

Ф. А. БОКАНОВ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЕМИНАРИЙ  
ПО ГИНЕКОЛОГИИ



19  32  
МЕДГИЗ

ДОКТОР  
КОНСТАНТИН АРСЕНЬЕВИЧ

Д-р Ф. А. БОКАНОВ **КУЗНЕЦОВ.**

ассистент клиники Смоленского Медицинского института

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЕМИНАРИЙ ПО ГИНЕКОЛОГИИ

С 52 рисунками

*2-е издание (1-е Медгиза)*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МОСКВА — 1932 .

П Е Р В А Я  
ТИПОГРАФИЯ ОГИЗА РСФСР  
«О Б Р А З Ц О В А Я».  
М О С К В А, ВАЛОВАЯ, 28.

★

akusher-lib.ru

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Еще в 1928 г. согласно желаниям студентов автор выпустил «Клинический семинарий» — плод своей педагогической работы со студентами — на правах рукописи.

Успех семинария среди студентов Смоленского медицинского института и побудил его взять на себя задачу переиздать семинарий через Медгиз.

Автор сознает трудности задачи. Вот почему он, значительно переработав свой семинарий, решает выпустить его пока только в виде первой части. Если общественная критика встретит выпуск этого семинария сочувственно, автор найдет в этом уверенность, что следует создать и вторую часть его, где будут затронуты другие отделы гинекологии.

При изложении клинических случаев автор имел целью изложить основы клинического мышления, с обращением особого внимания на дифференциальный диагноз.

А в т о р

---

## ЧАСТЬ ОБЩАЯ

### ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ

Среди жалоб гинекологических больных преобладают три главных: бели, боли и кровотечения.

Тщательное изучение этих симптомов у постели больной, обнаружение моментов перехода физиологических состояний в патологические наряду с данными объективного исследования решают вопросы диагностики.

Для суждения о характере кровотечения в каждом отдельном случае необходимо прежде всего решить основной вопрос: идет ли речь о менструации или о патологическом процессе, вызывающем кровотечение.

Но прежде чем изучать патологический процесс, необходимо в кратких чертах дать очерк физиологических менструальных кровотечений.

### Менструация и овуляция

Функция половых органов находится под влиянием гормональной деятельности яичников, которые оказывают свое протективное (способствующее) влияние и на развитие у женщин так называемых вторичных половых признаков.

Яичник функционирует полноценно до периода прекращения менструальной функции женщины, до так называемого климактерического периода.

Внутрисекреторная овариальная функция находится под постоянным воздействием других желез внутренней секреции, особенно гипофиза и щитовидной железы, одновременно оказывая со своей стороны воздействие на указанные железы.

Все железы внутренней секреции находятся во взаимодействии с вегетативной нервной системой и обменом веществ. Это тройное звено постоянно влияет друг на друга в зависимости от целого ряда моментов экзо- и эндогенного порядка. Нарушение равновесия в какой-либо из этих систем дает себя знать и на других системах.

Теперь, приняв во внимание эти общие положения, перейдем непосредственно к рассмотрению физиологического процесса — менструации.

Экспериментальное удаление половых желез у молодых животных, ряд эмбриологических данных дают основание полагать, что половые железы у девочки начинают функционировать еще задолго до периода полового созревания, т. е. времени появления первых месячных.

Еще в эмбриональной стадии развития опытными данными у животных добыты указания, что в яичнике наряду с процессами прогрессивными — ростом фолликулов — идут процессы регрессивные — распад и гибель части фолликулярного аппарата, одного из важнейших факторов внутренней секреции в ткани яичника. Ряд изменений в росте матки у плодов в разные месяцы беременности (матери) и в особенности скачкообразный характер роста матки незадолго до родов возможно являются результатом гормональной деятельности железистого аппарата плода, получающего импульс от гормонов плаценты. Появление «менструаций» — кровянистых выделений из половых путей — у ребенка обуславливается этими же факторами. С рождением ребенка выпадают гормон плаценты и гормоны яичника матери и временно рост матки у родившегося ребенка почти прекращается, приблизительно до 10-летнего возраста. Начало или середина второго десятилетия жизни совпадает с ростом и периодическим созреванием фолликулов: происходит их лопание и освобождение яиц — овуляция.

Этот момент обычно и совпадает с появлением менструаций и вторичных половых признаков (округлость форм тела, широкий таз, развитие грудных желез, отсутствие растительности на кожных покровах за исключением головы, наружных половых органов и подмышечных впадин, характерный для женщин тембр голоса и пр.).

Процесс созревания фолликула происходит не только в результате процесса самодвижения, но и находится в непосредственной зависимости от целого ряда внешних условий, среди которых особо важное значение будут иметь условия климата, питания и профессионально-бытовые условия. Для жительниц средней полосы нашего Союза период полового созревания падает на возраст от 12 до 16 лет. В этот период девочка, с еще неокрепшим скелетом, быстро формируется. Ряд изменений, происходящих в этом возрасте, дают тип женщины. В этот период функция полового аппарата достигает своего максимального развития.

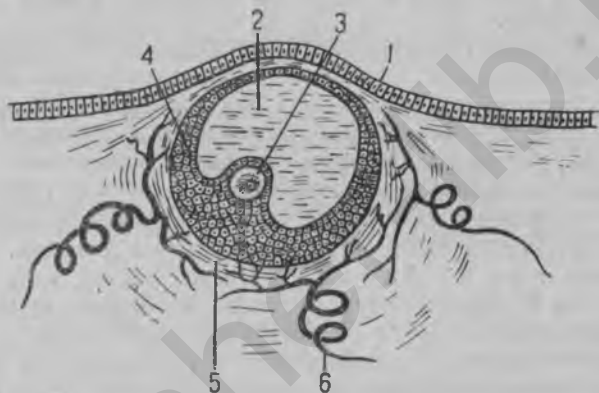
К моменту периода полового созревания в яичнике женщины насчитывают до 500 000 фолликулов. В среднем каждые

28 дней один из этих фолликулов, подходя к периферии яичника, начинает заметно увеличиваться в своем размере. Клеточки первичных фолликулов, размножаясь митотическим путем, образуют кольцо кубических клеток с расположенным в центре яйцом (рис. 1).

При дальнейшем развитии среди этих клеток образуются небольшие полости, сливающиеся затем в одну, заполненные прозрачной, так называемой фолликулярной жидкостью.

В результате образуется графов пузырек, достигающий величины горошины и более.

Ряд количественных изменений, происходящих в графовом пузырьке, и в частности увеличение фолликулярной жидкости



1. Созревающий графов фолликул.

1—зародышевый эпителий; 2—фолликулярная жидкость; 3—яйцо; 4—фолликулярные клетки; 5—яичниковая ткань, окружающая фолликул; 6—сосуды.

создают такое напряжение в нем, что покровы его истончаются и он разрывается, яйцо вместе с током фолликулярной жидкости выпадает в брюшную полость — происходит овуляция. Лопнувший фолликул наполняется кровью. Окружающая его ткань яичника начинает разрастаться, что ведет к превращению фолликула в массивное тело, по размерам занимающее почти  $\frac{1}{3}$  часть всей ткани яичника — в желтое тело, *corpus luteum*, главная часть которого состоит из полигональных клеток с протоплазмой, богатой лютеином. Эти лютеиновые клетки обладают внутрисекреторной функцией. Если яйцо, вышедшее из фолликула, было затем оплодотворено, то *corpus luteum* получает название *corpus luteum graviditatis*; которое растет дальше и функционирует приблизительно до

—4 месяцев беременности, а иногда и позднее (в этот момент образование новых фолликулов прекращается).

Если беременность не наступает, то желтое тело получает название *corpus luteum menstruale*. После гибели яйца гибнет и *corpus luteum menstruale*; замещаясь гиалиновой тканью, превращаясь в *corpus albicans*.

На смену погибшему фолликулу идет уже новый фолликул, который прodelывает те же стадии изменения, превращения и уничтожения. И так каждые 28 дней, если какие-либо моменты эндо- или экзогенного порядка не изменят установившегося цикла овуляции.

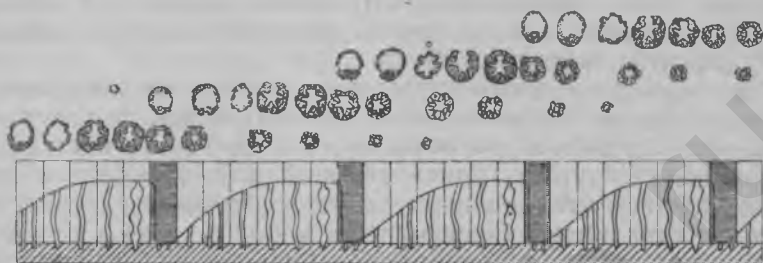
Параллельно с изменениями в яичнике происходит ряд циклических изменений и в матке, главным образом в ее слизистой оболочке.

Под влиянием гормонального раздражения со стороны растущего фолликула из основного, базального слоя слизистой оболочки вырастает новый слой, так называемый функциональный слой слизистой. Макроскопически слизистая резко утолщается, микроскоп обнаруживает ряд изменений как количественного, так и качественного характера, главным образом со стороны железистого аппарата: железы сильно вытягиваются, видны многочисленные фигуры деления. Эта так называемая пролиферативная фаза идет от 4-го до 15-го дня и характеризуется главным образом количественными изменениями. К 15-му дню яйцо уже готово к оплодотворению — фолликул разрывается и превращается в *corpus luteum*. Начинает действовать гормон желтого тела, под влиянием которого слизистая оболочка претерпевает дальнейшую метаморфозу. Увеличение желез прекращается, начинается секреция: эпителий желез продуцирует гликоген и белковоподобную субстанцию, которые могут быть обнаружены гистолого-химическими методами. Одновременно клетки соединительной ткани слизистой оболочки увеличиваются, принимают эпителиоидную форму и превращаются в так называемые децидуальные клетки, также богатые гликогеном (питательное вещество). Эта стадия секреции длится от 15-го до 28-го дня и характеризуется главным образом качественными изменениями (рис. 2).

Все указанные изменения в слизистой оболочке подготавливают слизистую к восприятию яйца. Если наступает беременность, то слизистая оболочка развивается дальше и превращается в так называемую децидуальную оболочку (рис. 3). Если беременность не наступает и яйцо гибнет, то образовавшийся функциональный слой слизистой оболочки матки распадается и наступает менструация. Этот распад слизистой



носит скачкообразный характер. Весь пышный функциональный слой распадается в течение нескольких часов при участии лейкоцитов, незадолго до месячных, наводняющих весь функциональный слой и протео- и липолитических ферментов, имеющих в матке.



2. Схема нормального менструального цикла.

Верхняя схема показывает овариальный цикл в нормальном его чередовании. Нижняя схема иллюстрирует фазы эндометрия. Заштрихованный нижний слой — *basalis*, поверх его циклические изменения функционального слоя. Вертикальные полосы обнимают промежуток времени в 4 дня, темные полосы указывают на время менструального кровотечения (по Шредеру).

Эта стадия носит название фазы десквамации (слущивания) и регенерации. Продолжительность ее от 1 до 4 дней. Этот менструальный период совпадает с гибелью яйца, обратным развитием желтого тела и созреванием нового фолликула.

Весь процесс многообразных изменений как в слизистой матки, так и в яичнике можно схематически представить в виде приведенных схем.



3. Развитие и прививка яйца (по Шредеру).

*a*—обратное развитие желтого тела предыдущей менструации; *b*—овуляция; *c* — желтое тело беременности; *d* — прививка яйца в утолщенной слизистой матки.

Причиной наступления менструации, как видно из вышеуказанного, является внутрисекреторная деятельность яичника, гормоны которого поступают в организм женщины. Гормон фолликула — «фолликулин» — воздействует на слизистую оболочку до стадии секреторной фазы, после чего гормон желтого тела обуславливает развитие секреторной фазы. В менструальный период гормоны исчезают вследствие обратного развития желтого тела.

До периода полового созревания гормона «фолликулина» из растущих и быстро обратно развивающихся фолликулов образуется очень мало. С началом половой зрелости в организм поступает гормон передней доли гипофиза и доводит действие «фолликулина» до стадии превращения фолликула в corpus luteum. Гормон гипофиза был в крови и раньше, но количество его для воздействия на яичник оказывается достаточным лишь к моменту периода полового созревания. Таким образом гормон передней доли гипофиза является первичным мотором менструальной функции женщины. Гормон передней доли гипофиза действует на развитие фолликула только до стадии превращения фолликула в желтое тело. С момента развития последнего начинает действовать гормон желтого тела, который, обуславливая развитие секреторной фазы, одновременно тормозит действие гормона гипофиза.

Когда же желтое тело начинает развиваться обратно, то гормон гипофиза вновь получает возможность воздействовать на рост фолликула и т. д.

Этот гормон содержится не только в крови, но и в частности в моче. Особенно много этого гормона в моче беременных женщин, что позволило применить этот гормон и с диагностической целью для определения ранних стадий беременности. Для этой цели моча беременных женщин впрыскивается белым инфантильным мышам в течение 3—4 дней под ряд по 0,2, несколько раз в день. На 5-й день мышь убивается, и яичник исследуется микро- и макроскопически. При положительной реакции яичник оказывается на вид усеянным точечными кровоизлияниями, а при микроскопическом исследовании обнаруживается быстрый рост и развитие фолликулов. У контрольных инфантильных мышей, которым впрыскивается моча небеременных женщин, яичник, как и другие половые органы, остаются в состоянии инфантилизма. Что касается фолликулина, то и он рядом экспериментальных исследований был выделен из фолликулярной жидкости и предложен для лечения расстройства менструального цикла. Обычно добывают фолликулин из яичников свиньи путем соответствующей обработки фолликулярного сока, извлеченного при помощи шприца из фолликулов.

Вернемся к менструальному процессу. Циклические изменения в слизистой оболочке матки зависят причинно от функциональной деятельности яичника, как видно из всего вышесказанного и что доказывается еще и тем обстоятельством, что удаление яичников оперативным путем прекращает менструальную функцию женщины. Целый ряд условий эндо- и экзогенного порядка будут поддерживать равновесие этой периодичности. Но нельзя ограничиваться фактами воздействия только лишь яичника на матку. Несомненно одно воздействует на другое и обратно. Вот почему те или иные изменения в слизистой оболочке матки будут изменять и цикличность процессов в созревании и гибели фолликулярного аппарата.

В свою очередь мы должны постоянно учитывать взаимную связь между эндокринной системой, обменом веществ и вегетативной нервной системой. Вот почему менструальный процесс будет подвергаться ряду изменений в зависимости от конституциональных особенностей организма, понимая конституцию не статически, а в ее динамическом развитии, изменении и превращении под влиянием социальных условий. Вот почему тип менструальной функции может изменяться под влиянием условий со стороны вегетативной нервной системы, обмена веществ и всех желез внутренней секреции. Как на пример воздействия вегетативной нервной системы на функцию яичника можно указать на так называемое *depressio mensium* — прекращение месячных под влиянием ряда аффектов: внезапный испуг, радость и пр.

Зависимость менструальных функций от обмена веществ доказана рядом клинических наблюдений.

В голодные годы, вызванные империалистической интервенцией, у многих женщин наблюдалась аменоррея — отсутствие менструаций. Аменоррея как обычное явление наблюдается в капиталистических странах, где безудержная эксплуатация капиталистами на своих фабриках работниц, низкая заработная плата последних, скверные жилищные условия ведут к аменоррее. Нужно отметить, что условия труда, существующие у нас в СССР, как показывает статистика, дают резкое падение числа случаев аменорреи.

Общее ожирение также часто приводит к аменоррее. С другой стороны, удаление яичников оперативным путем часто влечет за собой ожирение вследствие ослабления окислительных процессов в организме.

Влияние эндокринной системы на функцию яичников огромно. Здесь как на пример можно указать на факты прекращения менструаций под влиянием тормозов со стороны гормонов грудных желез при кормлении (появление менструаций

в период кормления лишь указывает на то, что количество гормонов грудной железы является недостаточным).

Влияние климата сказывается не только в различных моментах периода полового созревания у северянок и южанок, но и доказывается клиническими нередкими фактами длительного прекращения менструаций у южанок при переезде их на север при прочих равных условиях.

Таким образом причина менструации — функция яичника, находится под влиянием целого ряда условий, подчас сложного порядка как со стороны вегетативной нервной системы, так и обмена веществ и всех желез внутренней секреции.

Количество менструальной крови подвержено индивидуальным колебаниям, но в среднем оно равняется 50—150 г. Среди моментов, способствующих остановке кровотечения из раневой поверхности матки, после распада функционального слоя имеет первенствующее значение гладкая мускулатура матки, которая также изменяется в зависимости от овариального цикла. Параллельно с ростом слизистой растут и мышечные клетки, а параллельно с ростом мышечных элементов происходит и потеря их тонуса, что доказано рентгеновскими снимками при наполнении матки контрастной массой. После распада функционального слоя идет обратное развитие мышечных элементов и тонус мускулатуры матки повышается, что приводит к сокращению матки, в результате чего сдавливаются просветы расширенных во время менструального периода сосудов и кровотечение прекращается.

Механизм остановки кровотечения во время менструального периода таким образом аналогичен механизму остановки кровотечения в послеродовом периоде.

Тонус мышечных элементов матки находится под постоянным воздействием вегетативной нервной системы. Установлено, что *plexus hypogastricus*, как симпатический нерв, возбуждает сокращения и является сосудосуживающим нервом, а *plexus pelvici* тормозит маточные сокращения и расширяет сосуды. В межменструальный период наблюдается проявление смешанного типа иннервации. Во время регул перевешивает действие *plexus pelvici*. Эта менструальная ваготония не является чисто местной. В ряде случаев можно установить и гиперсекрецию желудка и сердцебиения, и чувство полноты в области живота и желудочно-кишечные неврозы и пр.

У многих женщин накануне менструального периода можно наблюдать ряд сопутствующих как местных, так и общих явлений. Из местных следует отметить тянущие боли в области

крестца и нижней части живота вследствие индивидуальных особенностей нервной системы, реагирующей на сокращения матки при изгнании из ее полости менструальной крови.

Из общих симптомов особенный интерес представляют головные боли, общее недомогание, появление иногда крапивницы и пр., что дает некоторым авторам право говорить о токсических свойствах менструальной крови. Все эти явления постепенно исчезают с наступлением менструаций.

Общие симптомы указывают, что в процессе менструального кровотечения принимает участие весь организм. Ряд исследований показал, что перед регулами повышаются и кровяное давление, и частота пульса, и теплорегуляция, и емкость легких. Путем газового анализа установлено повышение кислотных промежуточных продуктов обмена веществ.

Таковы в основном сопутствующие общие явления менструальному процессу. Эти общие явления имеют много сходного с так называемыми явлениями выпадения в климактерическом периоде с той лишь разницей, что интенсивность этих явлений в климактерическом возрасте повышается. Ощущение «обваривания» — то жар, то озноб — головные боли, ряд общих неврастенических явлений указывают, что с угасанием менструальной функции еще не угасает функциональная деятельность яичника, но количество гормональных раздражителей является уже недостаточным для проведения циклических изменений в слизистой оболочке матки. Нарушения в обмене веществ в связи с изменением и выпадением функции яичника ведут возможно к накоплению ядовитых продуктов обмена в организме, которые будут раздражать вегетативную нервную систему и обуславливать ряд вазомоторных расстройств в климактерическом возрасте (ощущение «обваривания», ряд общих неврастенических явлений и пр.). Тот же симптомокомплекс явлений выпадения функции яичников можно наблюдать и у женщин после удаления яичников в молодом возрасте. Однако индивидуальные колебания в интенсивности проявлений симптомов выпадения велики вследствие индивидуальных особенностей организма.

Нормально менструальная кровь не свертывается вследствие присутствия в матке ферментов, которые растворяют не только функциональный слой слизистой оболочки, но и фибринообразующие ферменты крови. Из химических составных элементов в менструальных выделениях можно найти мышьяк, железо, фосфор, серу, магнезию, кальций и пр., а из органических — лецитин, холестерин, жирные кислоты, сыворотку слизи и пр. Микроскоп обнаруживает помимо форменных элементов крови элементы тканей слизистой оболочки.

Клинически физиологический менструальный процесс в отличие от патологических кровотечений протекает при следующих условиях.

Менструальные кровотечения должны останавливаться по истечении определенного периода. Чаще продолжительность менструаций равняется 3—4 дням. Но индивидуальные колебания в этом отношении очень велики и следует считать физиологически нормальным явлением продолжительность их от 1—2 до 7 дней. Менструальная кровь не свертывается. Наконец количество менструальной крови не должно превышать примерно 150 г.

### Расстройства менструации

Физиологический менструальный процесс при известных условиях может нарушаться; одним из видов таких нарушений является **аменоррея, отсутствие менструаций**. Эти условия могут быть как физиологического порядка, так и патологического. В зависимости от этого следует прежде всего различать физиологическую аменоррею от патологической.

Примером физиологической аменорреи является отсутствие менструации, при беременности. К этой же группе относится аменоррея во время кормления ребенка и аменоррея климактерического возраста. Патологическая аменоррея по времени возникновения может быть первичной, когда у женщины в возрасте 20 и более лет нет еще менструаций, или вторичной, если раньше бывшие менструации прекращаются.

Причина первичной аменорреи лежит обычно в общеконституциональных особенностях организма (инфантилизм, интерсексуальность) и в поражении фолликулярного аппарата яичника каким-либо инфекционным заболеванием, перенесенным в детском возрасте (корь, скарлатина, дифтерия, дизентерия и пр.). Необходимо иметь в виду, что первичная аменоррея может быть ложной, при которой менструация есть, но кровь не выходит через естественное отверстие вследствие заращения выходной трубки, чаще всего гимена. В таких случаях кровь скопляется позади гимена — во влагалище (гематокольпос), затем в матке (гематометра) и в трубах (гематосальпинкс) (рис. 4). Такая ложная аменоррея может быть и вторичной вследствие заращения влагалища после родов, хотя заращению тогда обычно сопутствует истинная аменоррея.

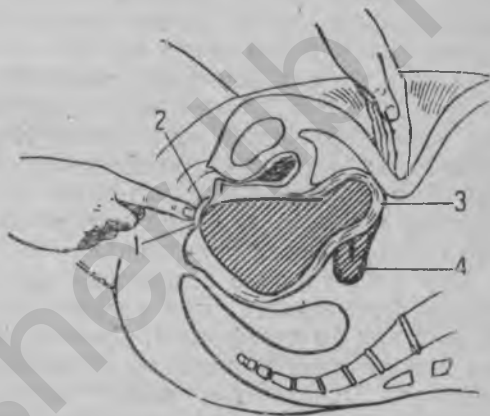
При систематике причинных моментов аменорреи следует иметь в виду три главных причины.

1. Причина аменорреи лежит в патологических изменениях полового аппарата.

Аменоррея в таких случаях постоянная. Здесь играют роль следующие моменты: оперативное удаление яичников или матки, разрушение базального слоя слизистой под влиянием тяжелых септических процессов в матке или под влиянием слишком усердных выскабливаний с удалением всех слоев в слизистой, вследствие чего регенерация оказывается невозможной. Известную роль играет инфантилизм.

Меньшее значение имеет врожденное отсутствие матки или яичников. В практической деятельности чаще приходится встречаться с пороками развития мюллеровых ходов, из которых образуются влагалище, матка и трубы. Обычно при врожденном отсутствии влагалища на месте матки и труб при ректальном исследовании или

при лапаротомии находят лишь мышечные тяжи без элементов слизистой. Так как в эмбриональной стадии развитие половых желез происходит вне зависимости от развития мюллеровых ходов, то яичники или мужские рудиментарные половые железы в таких случаях имеются, хотя они естественно не могут вызывать менструации при отсутствии матки. Однако можно



4. Atresia hymenalis.

1 — заращенный гимен; 2 — гематокольпос;  
3 — гематометра; 4 — гематосальпинкс.

наблюдать при таких пороках развития так называемые в и к а р и р у ю щ и е, заменяющие менструации в виде периодических кровотечений из носа, слизистых оболочек губ, десен, глаз или слизистых малых половых губ.

2. Вторая причина аменорреи — это аменоррея на почве общих заболеваний в зависимости от расстройства обмена веществ, вегетативной нервной системы и эндокринной. Аменоррея в таких случаях вторичная и стойкая. Анемия, тяжелые пороки сердца с декомпенсацией, истощающие заболевания, в виде болезни почек, диабета, язв желудка и пр., наконец все острые инфекции играют здесь главную роль. Нередка причина — общее ожирение.

3. Третья причина аменорреи может считаться ф у н к ц и о н а л ь н о й. Речь идет в таких случаях о задержке менструаций нестойкого характера. Сюда относится временная аменоррея, связанная с тяжелой физической работой, например во время полевых работ, что наблюдается особенно в условиях индивидуального хозяйства, аменоррея, связанная с общим переутомлением, переменой климата, социально-бытовых условий, условий питания и пр. (условия работы на капиталистических фабриках).

Сюда же следует отнести аменоррею, зависящую от различного рода психоневрозов, главным образом истерию, и так называемое *depressio mensium* — остановку месячных под влиянием психических аффектов: испуг, радость и пр. Нередко временная аменоррея бывает связана с некоторыми заболеваниями: охлаждением тела и пр.

С и м п т о м ы аменорреи сводятся к явлениям выпадения, аналогичным тем, которые мы видим у женщин при наступлении климактерической менопаузы. Характер их может быть различным: от тяжелых припадков до едва заметных проявлений. При объективном исследовании находят: при нормальном строении полового аппарата матку уменьшенной в своих размерах до различных пределов.

При д и а г н о з е необходимо исключить н а ч а л ь н у ю стадию беременности, при которой матка также может быть найдена как бы атрофичной. Диагноз функциональной аменорреи нужно ставить лишь по исключении других причинных моментов. Практически важно исключить так называемый *abortus interruptus* — прерванный аборт, при котором плодное яйцо погибает, но не извергается из полости матки. Также важно исключить начинающийся туберкулезный процесс в легких.

П р о г н о з аменорреи при патологических состояниях полового аппарата обычно безнадежный, прогноз при второй причине более благоприятный и он всегда хороший при функциональных расстройствах.

Л е ч е н и е во всех случаях должно быть направлено на устранение основной причины.

Для уяснения сущности патологических кровянистых выделений из половых путей следует прежде всего указать, что надо различать расстройства менструальных функций от атипических кровотечений. Менструальные кровотечения всегда связаны с развитием и созреванием граафоваго пузырька и бывают периодичны. Атипические кровотечения с функцией яичника обычно не связаны и обусловлены всегда патологическими процессами,



Локализация которых чаще всего бывает вне яичника. Этим конечно не исключается возможность вторичных изменений в яичнике под влиянием патологических процессов например в матке и не исключается возможность изменения менструаций под влиянием патологических процессов. Но важно, что причина атипических кровотечений — метроррагий — лежит в огромном большинстве случаев в патологических изменениях полового аппарата. Рассмотрим прежде всего аномалии менструальной функции. Речь будет идти о неправильных менструальных кровотечениях как в отношении их количества, так и промежутков. Практически наибольшее значение имеет **гиперменоррея** — регулярные, но сильные и продолжительные месячные. В легких случаях эта гиперменоррея будет зависеть от индивидуальных физиологических особенностей организма. Так как стадия секреции зависит от функции желтого тела, то мощное развитие последнего даст и мощно развитую слизистую оболочку, вследствие чего в фазе десквамации будет больше продуктов распада и следовательно больше менструального отделяемого. Но ввиду того, что обычно эти усиленные менструации устанавливаются с самого начала периода половой зрелости, их для данного организма следует считать нормальными.

Причины усиленных менструаций чаще лежат вне яичника. В основном их три.

1. Первая причина лежит в ненормальном притоке крови к матке. Это чаще бывает при воспалительных процессах в придатках матки.

Вследствие анастомозов между сосудами яичника и труб, с одной стороны, и телом матки, с другой стороны, воспалительная гиперемия придатков передается и матке. Но и всякая другая гиперемия в малом тазу естественно может вызвать усиленный приток крови и к матке. Так, можно наблюдать иногда кровянистые выделения при острых аппендицитах. Также могут действовать параметриты и растущие опухоли. Прерванное половое сношение — *coitus interruptus* также вызывает усиленный прилив крови к матке. Ненормальный прилив крови может быть и вследствие пассивной гиперемии, которая бывает на почве неправильного положения матки, при загибах ее кзади, когда при достаточном притоке артериальной крови к матке отток ввиду перегиба широких связок и сдавления вен страдает.

Аналогичного происхождения могут быть усиленные менструации и при заболеваниях сердца. Общее повышение кровяного давления при артериосклерозе может вызвать усиленный приток крови и к матке, что клинически может дать усиленные менструации.

II. Вторая причина гиперменорреи обусловлена нарушением механизма остановки кровотечения.

Здесь будут играть роль следующие факторы.

1. Воспалительные сращения, окутывающие матку при хронических воспалительных процессах покрывающей ее брюшины, препятствуют нормальному сокращению матки, что и ведет к усиленным менструациям.

2. Недоразвития полового аппарата — гипоплазия, инфантилизм — сопровождаются нередко усиленными менструациями вследствие слабости мускулатуры матки.

3. Тяжелые воспалительные септические процессы в матке с образованием рубцов понижают сократительную способность матки, что и ведет к усиленным менструациям.

4. Повторные и многочисленные роды, с неправильным обратным развитием матки, при наличии застойных явлений ведут к замещению мышечной ткани в матке тканью соединительной, к так называемому хроническому метриту, что препятствует нормальной остановке кровотечения.

5. Доброкачественные опухоли матки — фибромы, миомы, в особенности подслизистые, обуславливают плохое сокращение матки, что приводит к усилению и удлинению месячных.

III. Третья причина гиперменорреи лежит в плохом заживлении раневой поверхности слизистой оболочки матки.

Нормальная слизистая заживает в течение 5—7 дней. При патологических процессах период заживления может затянуться. Главнейшую роль при этом играет эндометрит — воспаления матки — как септической, так и гонорройной природы.

Из аномалий менструаций имеет сравнительно большое значение также **полименоррея**, частые менструации, с промежутками короче трех недель.

В таких случаях речь идет об укорочении фазы пролиферации и фазы секреции вследствие быстрого созревания фолликула и быстрого обратного развития образовавшегося из фолликула желтого тела. Главнейшие причины следующие.

1. Воспалительный процесс. Здесь играет роль, с одной стороны, непосредственное повреждение паренхимы яичника, что ведет к преждевременному обратному развитию желтого тела, вследствие чего распад слизистой наступает раньше; с другой стороны, играет роль и общая гиперемия.

Воспалительный процесс оказывает свое воздействие на укорочение промежутка между менструациями и при эндометритах вследствие того, что под влиянием воспаления рас-

над слизистой совершается раньше. Разумеется, в процессе могут быть заинтересованы оба фактора.

2. **Общий инфантилизм или гипоплазия полового аппарата.** Полименоррея здесь обусловлена относительной недостаточностью половой железы.

3. **Хронические интоксикации.** Так например полименоррея может быть при туберкулезных процессах вследствие, надо думать, токсического воздействия туберкулезных бацилл на яичник и слизистую оболочку матки.

4. **Расстройства со стороны эндокринного аппарата:** базедова болезнь, *dystrophia adiposogenitalis* и пр. При этом надо заметить, что характер аномалии менструаций будет зависеть от стадии развития болезни, связанной с расстройством эндокринной системы.

5. **Застойные явления в органах малого таза** вследствие сидячего образа жизни, мастурбаций и пр.

Среди аномалий менструаций меньшее практическое значение имеют гипоменоррея и олигоменоррея. Под **гипоменорреей** разумеют регулярные, но скудные месячные. Причина здесь чаще всего лежит в недостаточности овариальных раздражителей, в порочном влиянии общих заболеваний, расстройствах обмена веществ и пр. Матку чаще находят инфантильной или недоразвитой.

**Олигоменоррея** — очень редко наступающие менструации, т. е. пауза между месячными более четырех недель. Созревание фолликула при этом запаздывает.

Причина — резкая конституциональная недостаточность яичника.

При практическом распознавании и установлении причинности той или иной аномалии менструаций следует иметь в виду различные комбинации отдельных картин менструальных аномалий и, с другой стороны, помнить, что физиологический менструальный процесс зависит причинно от функции яичника и ряда условий со стороны других эндокринных желез, вегетативной нервной системы и обмена веществ, взаимно влияющих друг на друга. Вот почему для точной диагностики и вскрытия патогенеза заболевания необходимо тщательное исследование всего организма, а не только полового аппарата.

### Атипические кровотечения

Атипические кровотечения представляют огромный практический интерес ввиду того, что они часто принимают характер угрожающих жизни кровотечений, с другой стороны, они являются сигналом злокачественного патологического процесса.

По локализации атипические кровотечения могут быть наружными и внутренними. Примером внутренних физиологических кровотечений являются небольшие кровотечения из corpus luteum, иногда принимающие характер обильных кровопотерь.

Патологические внутренние кровотечения бывают на почве внематочной беременности, на почве перфорации матки при абортах и пр. Для этих видов кровотечений клинически будет характерно несоответствие между общим видом обескровленной больно и отсутствием наружного кровотечения. Атипические наружные кровотечения из половых органов могут быть по анатомическим исходным пунктам и причинным моментом разделены на следующие виды.

**1. Кровотечения из наружных половых органов и влагалища.** Здесь играют роль следующие причинные моменты.

1. Травматические повреждения. К этой категории относятся кровотечения при падении на острые предметы, например на проволоку, ведро и пр. Особо сильные кровотечения чаще дают при этом ранения клитора, богато снабженного сетью кровеносных сосудов. Травма бывает иногда связана с половым сношением. Кровотечения в таких случаях наступают при дефлорации, если гимен очень плотный и мясистый, и при грубых половых сношениях, когда повреждается стенка влагалища, из сосудов которой и течет кровь. Разрывы влагалища и промежности особенно часто бывают при родах.

2. Кровотечения после оперативных вмешательств. Сюда следует отнести кровотечения из влагалищной трубки после операции удаления матки, кровотечения из влагалища вследствие расхождения швов после пластических операций по поводу опущений и выпадений половых органов, кровотечения вследствие раннего рассасывания кетгута, положенного на раневую поверхность после удаления амбулаторным путем мелких опухолей вульвы и влагалища, и пр.

3. Опухоли как причина кровотечений из наружных половых органов и влагалища представляют наибольший практический интерес. Из злокачественных опухолей, в общем редко встречающихся в этой области, здесь имеет значение рак. Во влагалище он чаще располагается, при первичной локализации, на задней стенке, в виде цветной капусты. Тот же вид он имеет при локализации в области клитора, уретры. Кожный рак обычно имеет вид язвы. Хорион-эпителиома, злокачественная опухоль из синцитиальных элементов, после родов или аборта очень редко встречающаяся, имеет вид узелков сине-

багрового цвета, обильно кровоточащих и хрупких при исследовании.

4. Старческие воспалительные процессы влагалища—кольпиты — иногда являются причиной не обильных, но продолжительных метроррагий.

**II. Вторая группа атипических кровотечений — это кровотечения из шейки матки.** Здесь причинными моментами будут следующие.

1. Рак шейки матки.

2. Простая эрозия шейки, на почве воспалительных процессов или функциональных расстройств.

Дифференциальный диагноз между раком шейки матки, в начале процесса протекающим в виде эрозии, и простой эрозией в некоторых случаях бывает трудным.

Отличие состоит в том, что простая эрозия не сильно кровоточит и при исследовании не оказывается плотной наощупь.

Маточный зонд при раке шейки вследствие хрупкости тканей проникает в язву, в то время как подведенный к простой эрозии он скользит по ее поверхности.

Если смазать шейку люголевским раствором при простой эрозии, то она окрашивается через несколько секунд в темно-коричневый цвет вследствие присутствия гликогена. Если же смазать раковую язву, то ввиду отсутствия гликогена в патологически измененных тканях язва не изменяет своей окраски.

Рекомендуют и другой признак. Смазывают эрозию 5% раствором ляписа и вводят на сутки тампон, смоченный 20% раствором протаргол-глицерина. Через сутки тампон извлекают и назначают спринцевание с молочной кислотой. Если при таком лечении в течение недели кровотечения и бели прекращаются и при объективном исследовании эрозия обнаруживает склонность к заметному заживлению, то эрозию следует признать не раковой. Однако во всех сомнительных случаях нельзя тратить много времени на консервативное лечение, а следует произвести биопсию.

3. Кровотечения из шейки могут быть обусловлены полипами. Полипы, встречающиеся в шейке (рис. 40) вследствие местных разражений слизистой оболочки, дают кровотечения обычно при механическом их повреждении при вагинальном исследовании или при половом сношении. Полипы фиброзные обычно исходят из полости матки. Рождаясь через шейку в просвет влагалища они здесь часто инфицируются и скорее дают гнойные с запахом бели, чем обильные кровотечения. Однако подобные больные часто поступают обескровленными. Геморрагия в таких случаях бывает еще до момента рождения опухоли, пока последняя находится в матке.

В редких случаях доброкачественные полипы переходят в раковое новообразование. Тогда они сопровождаются упорными кровотечениями и белями.

4. Кровотечения из шейки могут быть обусловлены и т р а в м а т и ч е с к и м и п о в р е ж д е н и я м и. Здесь играют роль кровотечения из шейки после удаления полипов, путем их откручивания, кровотечения из шейки после взятия кусочка для микроскопического исследования. Иногда эти кровотечения принимают угрожающий характер. Профилактически важно остановить эти кровотечения тотчас после вмешательств, путем ли тампонады или путем наложения швов (после биопсии). Кровянистые выделения после половых сношений подозрительны на рак шейки.

**III. Третья группа атипических кровотечений — это кровотечения из матки.** Это наиболее часто наблюдаемая группа. Причины здесь следующие.

1-я подгруппа — опухоли тела матки.

а) Доброкачественные опухоли матки, главным образом подслизистые фибромиомы. Опухоль обычно отграничена от матки так называемой капсулой, близлежащими мышечными пучками. Опухоль, являющаяся инородным телом, при достижении известной величины при росте вызывает схватки. Под влиянием схваткообразной деятельности мышечные пучки этой капсулы, нередко изобилующие венозными сплетениями, разрываются и из сосудов тогда наступает очень сильное кровотечение. Таким образом кровоточит из капсулы. Кроме того кровотечение обусловлено и другими моментами. Расстроенная функция слизистой оболочки вследствие ее повреждения скаывается и на яичнике, который оказывается уже не в состоянии регулировать нормальные изменения в слизистой оболочке. При операциях по поводу фибромиом яичники часто находят в состоянии мелкокистозного перерождения. Неправильная функция слизистой оболочки обуславливает со своей стороны изменения и в строении слизистой оболочки, которую находят нередко в состоянии гиперплазии.

Следует иметь в виду, что подслизистые фибромиомы при своем росте сдавливаются, вследствие чего наступает недостаточное питание поверхностных слоев опухоли. Это приводит к асептическому некрозу. В слизистой оболочке, также страдающей от сдавления, могут наступить дефекты, которые при благоприятных условиях, например при открытом канале шейки, могут быть источниками инфекции.

Из доброкачественных опухолей в матке меньшее практическое значение имеют полипы слизистой оболочки. Опухоль исходит из базального слоя слизистой (рис. 32). При малых

размерах полип вообще не вызывает никаких симптомов и, только достигнув значительной величины, он уже является инородным телом в полости матки, что и влечет за собой метроррагии.

б) Злокачественные новообразования матки чаще встречаются в возрасте 40—50 лет. Атипические кровотечения при раках тела матки, как и при раках шейки, чередуются с гнойными белями. Саркома тела встречается очень редко, чаще в более молодом возрасте и далеко не всегда дает метроррагию, характеризуясь более резким увеличением тела матки. Злокачественная опухоль — хорион эпителиома — встречается еще реже. Клинически всегда дает метроррагию. Овариальные опухоли не дают маточных кровотечений обычно. Только лишь большие опухоли яичников вследствие нарушений кровообращения могут иногда вызывать усиленные менструации, но не метроррагию.

2-я подгруппа — атипические кровотечения связанные с беременностью. Это довольно большая подгруппа, часто встречающаяся в практической деятельности.

В этой подгруппе следует различать:

а) А б о р т. В анамнезе всегда имеется задержка менструаций. При прочих равных условиях, чем меньше по сроку беременность, тем сильнее бывают кровотечения ввиду большого количества ворсинок хориона. Кровоточит в таких случаях из сосудов плацентарной площадки при отслойке ворсинок хориона. Аборты различаются: *abortus imminens* — угрожающий аборт. Кровотечения в этой стадии бывают несильными, канал шейки матки закрыт; *abortus incipiens* — начавшийся аборт — кровотечения бывают очень сильными, в особенности до 3—4 месяцев беременности. Канал шейки в таких случаях приоткрыт или пропускает палец. Все плодное яйцо еще в матке; *abortus incompletus* — неполный аборт. Большая или меньшая часть плодного яйца бывает изгнана, и в матке остается лишь небольшая часть. В зависимости от момента исследования канал шейки бывает то открыт, то закрыт, то лишь приоткрыт. Кровотечение может быть то сильным, то умеренной силы. Под именем *abortus completus* — полный аборт — разумеют аборт, при котором все плодное яйцо уже вышло из полости матки. Нужно иметь в виду, что одна стадия может переходить в другую и скорость этого перехода бывает различна.

Кровотечения при *abortus incipiens* и *abortus incompletus* часто бывают сгустками.

б) Кровотечения после аборта. В тех случаях, когда в матке после аборта остаются куски плацентарной ткани, говорят о *retentio placentaе post abortum*. Крово-

течения в таких случаях бывают непосредственно вслед за неполным выкидышем. Это не что иное, как третья стадия аборта — *abortus incompletus*.

Если оставшаяся плацентарная ткань не изгоняется самопроизвольно, то впоследствии происходит его организация. Говорят в таких случаях о плацентарном полипе (после аборта или после родов). Месячные обильные. Крови могут быть и вне менструаций. Кусочек плаценты является инородным телом, который мешает сокращению матки, вследствие чего сосуды остаются долгое время открытыми. При выскабливании удаляют организовавшийся кусок плаценты.

Если в матке остаются после аборта небольшие кусочки плацентарной ткани, то большая часть матки вскоре после аборта оказывается покрытой слизистой и лишь небольшие участки остаются с ворсинками хориона. Эти места отграничены от нормальной слизистой валом из лейкоцитов. В слизистой оболочке можно видеть круглые и плазматические клетки как указание на асептический воспалительный процесс при отсутствии микробов и температуры.

Это так называемый *endometritis post abortum*.

Клинически этот процесс протекает с длительными кровянистыми выделениями после аборта, а вновь пришедшие менструации бывают очень сильными. Иногда они принимают характер гиперменорреи, а иногда атипических маточных кровотечений, т. е. носят характер метроррагии. Так будет продолжаться до тех пор, пока не выйдут все оставшиеся кусочки плацентарной ткани либо самопроизвольно, либо при помощи оперативного вмешательства.

Как видно из существа процесса, разницы между *endometritis post abortum* и плацентарным полипом почти нет. Различие будет только лишь количественное.

Клинически они также протекают сходно. Если плацентарный полип большой по своим размерам, то матку находят слегка увеличенной после аборта. При *endometritis post abortum* матку находят нормальной по размерам или даже уменьшенной, так как она сокращается под влиянием раздражения вагинально исследующих рук.

Кстати следует сказать, что, как видно из патологоанатомической сущности процесса, само название *endometritis post abortum* является неудачным. Под эндометритом — воспалением слизистой матки — следует разуметь настоящий воспалительный процесс с участием микроорганизмов. Конечно вышеуказанный *endometritis post abortum* при благоприятных условиях (инфекция) может перейти в *endometritis post abortum septica*.



Но тогда следовало бы говорить и об асептическом эндометрите. Разрешение этого вопроса мы найдем в специальной части.

в) Кровотечения при беременности. Здесь прежде всего нужно указать на неправильность взгляда, что некоторые беременные женщины имеют менструации. Действительно наблюдающиеся при беременности, в начальных ее стадиях, кровянистые выделения из половых путей напоминают месячные, так как они обычно совпадают по времени с ожидаемыми менструациями. Но благодаря задерживающему влиянию растущего при беременности желтого тела слизистая оболочка беременной матки не в состоянии проделать фаз менструальных изменений. Да и самый характер кровянистых выделений при беременности другой, чем при менструации: они бывают 1—2 дня и очень скудными. Причина таких кровянистых выделений вероятно лежит в отслойках ворсинок хориона на ограниченных участках.

Кровотечения при беременности могут иметь свою причину и в небольших шеечных полипах. В редких случаях они обусловлены раковым новообразованием, развивающимся параллельно с беременностью. Кровь в таких случаях имеет вид мясных помоев.

г) Кровотечения при внематочной беременности. Как было уже указано выше, кровотечения в таких случаях принимают характер угрожающих кровотечений внутренних, т. е. в брюшную полость. Однако наряду с внутренними кровотечениями часто можно наблюдать и кровотечения наружные, из матки, вследствие отслойки и отхождения децидуальной оболочки, образующейся и при внематочной беременности. Эти маточные кровотечения бывают в виде темных кровянистых выделений, по цвету напоминающих кофе, в очень скудном количестве. Больные обычно заявляют, что кровь «мажется». Продолжительность этих выделений бывает различна. Чаще всего этим кровянистым выделениям предшествует задержка менструаций. Однако ее может и не быть.

д) Кровотечения после родов. Здесь чаще всего причиной кровотечения являются оставшиеся части последа, т. е. речь идет о *retentio placentae post partum*. Обычно яркие кровянистые выделения после родов продолжаются 3—4 дня, и только после родов двойнями или после родов при многоводии и пр. срок этот удлиняется вследствие замедленного сокращения перерастянутой матки. Кровотечения из матки заставляют всегда думать прежде всего об оставшихся кусочках плацентарной ткани. Количество теряемой крови чаще

всего бывает обильным, в особенности тотчас после родов (анамнез).

Спустя 2—3 недели обычно приходится видеть лишь небольшие кровянистые выделения, иногда протекающие с повышенной температурой вследствие инфицированности оставшихся кусочков тканей. Канал шейки матки чаще всего бывает приоткрытым. Иногда небольшие кровянистые выделения переходят внезапно, под влиянием каких-либо внешних моментов, например подъем тяжести, в угрожающие кровотечения.

Третья подгруппа атипических кровотечений из матки — это кровотечения функционального характера. Главную роль играют кровотечения вследствие неправильного созревания графова пузырька. Заболевание своеобразное и описывается авторами под названием «геморрагическая метропатия». Однако правильнее называть это заболевание функциональным геморрагическим эндометритом (см. специальную часть). Обычно оно встречается в возрасте около 40 лет, в предклимактерическом периоде, но нередко наблюдается и у молодых девушек. Кровотечения чаще всего носят характер гиперменорреи, т. е. совпадают с месячными, но иногда гиперменоррея переходит в метроррагию. В патогенезе заболевания играет роль первичная конституциональная недостаточность и нарушения в обмене веществ и вегетативной нервной системы. Причиной является ненормальное развитие фолликула под влиянием вышеуказанных условий.

Как известно, гормон фолликула действует до 14-го дня после менструаций и обуславливает фазу пролиферации — развитие желез. После 14 дней на смену фолликулина выступает гормон желтого тела, который и обуславливает фазу секреции. При функциональном геморрагическом эндометрите созревание фолликула бывает задержано. На 14-й день после регулы не происходит разрыва фолликула и он остается существовать или, как говорят, персистировать (рис. 31). Вследствие этого воздействие на слизистую со стороны яичника в стадии пролиферации является длительным, и количественно резко увеличенные железы ведут к образованию мощно развитой слизистой оболочки, которая и дает при наступающих менструациях богатый материал для распада и последующего упорного кровотечения. При объективном исследовании обычно не находят заметных изменений со стороны внутренних половых органов. К функциональным кровотечениям следует отнести атипические кровотечения на почве физической или психической травмы (испуг). Они наступают вероятно вследствие внезапной гиперемии малого таза под влиянием вазомоторных

расстройств. Объективных изменений при вагинальном исследовании также не находят.

Четвертая подгруппа атипических кровотечений из матки связана с воспалительными процессами. Здесь играет роль прежде всего инфекционный эндометрит на почве гонорройной или септической инфекции. Часто ему сопутствует аднексит, т. е. воспаление придатков матки.

Метроррагия не бывает сильной и наступает вследствие воспалительной гиперемии. Клинически она протекает, особенно при септической инфекции, с повышенной температурой. Туберкулезные эндометриты, развивающиеся путем заноса бактерий кровеносным путем либо через трубы, обычно не дают кровотечений, а, наоборот, вследствие разрушения туберкулезным процессом слизистой ведут к аменоррее, т. е. задержке менструаций.

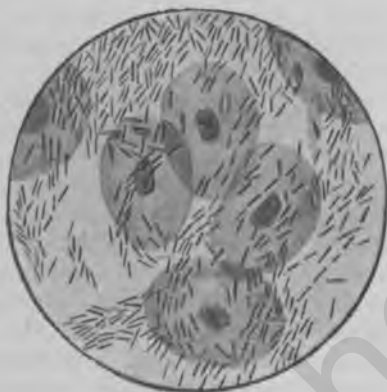
При разборе аномалий менструаций необходимо сказать несколько слов о болезненных менструациях — дизменоррее. Следует различать три основных вида дизменорреи: физиологическую, механическую и функциональную. При физиологической дизменоррее болевые ощущения обусловлены повышением индивидуальной чувствительности к сокращениям матки. Механическая дизменоррея имеет в своей основе загибы матки кзади или резкие ее перегибы кпереди, вследствие чего отток менструальной крови оказывается затрудненным. Вот почему в таких случаях болезненность бывает лишь в первые дни менструаций, как только отток менструальной крови налаживается, боли исчезают. Третья причина дизменорреи кроется в функциональных расстройствах яичника, первичного или вторичного происхождения. Речь идет в таких случаях чаще о женщинах-ваготоничках, с общими проявлениями ваготонии. Тогда наряду с дизменорреей можно найти указание на сердцебиения, усиленную потливость, спастические запоры и пр. Вследствие плохого тургора тканей болезненные месячные могут быть и при инфантильных половых органах. Обычно дизменоррея бывает сложного происхождения.

### **Бели и боли**

Нормально секреторная деятельность половых органов настолько незначительна, что проходит обычно незаметно для женщин. Можно сказать, что конституционально и в половом отношении здоровая женщина не имеет белей. Ряд физиологических факторов, например половое возбуждение, вызывают временную гиперсекрецию бартолиновых и цервикальных

желез, выделяющих лишь стекловидную слизь. Однако слизистая оболочка влагалища постоянно находится во влажном состоянии, и это увлажнение происходит не за счет очень скудной секреции слизистой матки, а за счет слизи из шейки и за счет трансудата из кровеносных и лимфатических сосудов самой слизистой влагалища (желез последняя не содержит). Количество трансудата (влагалищного отделяемого) зависит от степени наполнения сосудов во влагалищной трубке.

Нормальная кислая реакция влагалищного секрета здоровой женщины зависит главным образом от присутствия молочной кислоты, образующейся из гликогена (заложенного во влагалищном эпителии) при содействии бактерицидных палочек Дедерлейна. Содержание гликогена в слизистой оболочке зависит от влияния секреторной деятельности яичника. Гликоген, освобожденный из клеток, разрушается ферментом до моносахаридов, из которых в дальнейшем под влиянием палочек Дедерлейна и образуется молочная кислота.



5. Первая степень чистоты влагалищной флоры. Окраска по Граму

В мазке под микроскопом — палочки Дедерлейна и плоский эпителий влагалища

Нормальный секрет шейки матки (в виде стекловидной слизи) — щелочной реакции.

Количество нормального влагалищного содержимого равняется в среднем около половины грамма. Исследование выделений под микроскопом обнаруживает различные степени чистоты. Принято различать три основных вида (рис. 5, 6 и 7).

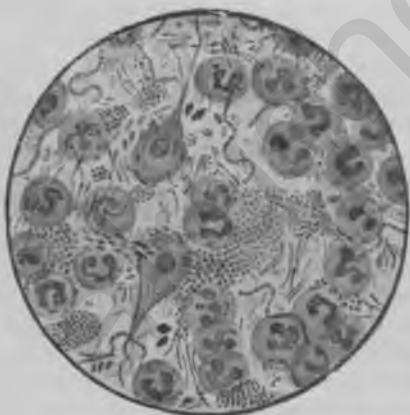
Практически важно иметь в виду, что при оценке данных микроскопического исследования решающее значение имеет нахождение лейкоцитов, а не тех или иных бактерий, так как лейкоциты указывают на воспалительный процесс.

Как было указано, существует известная зависимость, с одной стороны, между функцией яичника и образованием гликогена, с другой стороны, между функцией влагалища и его нормальной флорой. Для самоочищения влагалища и служат все вышеуказанные факторы, т. е. гликоген, кислая реакция влагалища, вагинальная флора и биологические свойства слизистой влагалища. Появлению белей всегда

предшествуют изменения в каком-либо из вышеуказанных факторов.

Нормальные отношения являются не вполне стойкими и подвергаются изменениям порядка не всегда генитального.

Прежде всего все нарушения нормального кровообращения в органах малого таза (венозные застои), обусловленные эндс- или экзогенными факторами, среди которых играют важную роль механические причины (опухоль живота, беременность, мастурбация, прерванный coitus, сидячий образ жизни и пр.), ведут вследствие усиленной трансудации к появлению белей, молочного цвета на вид. Эти бели сливкообразные или светловодянистые носят название *fluor albus*. Они сопровождают иногда также запоздалый климакс или скудные менструации.



7. Третья степень чистоты влагалищной флоры

Плоского эпителия нет. Много лейкоцитов. Палочки Дедерлейна отсутствуют. Много стрепто- и стафилококков. Кроме того в препарате — сарцины, диплококки, кишечные палочки, дрожжевые грибки и пр.



6. Вторая степень чистоты влагалищной флоры

Много плоского эпителия. Есть лейкоциты. Палочек Дедерлейна мало. Видны грамположительные диплококки и стафилококки.

Там, где при наличии указанных белей нет местных явлений, причину нужно искать в общеконституциональных факторах (инфантилизм, анемия, хлороз, ожирение и пр.).

Повод к обильной секреции слизистой полости матки могут дать субмукозные фибромы. При этом в некоторых случаях светлая жидкость с розоватым оттенком выливается по утрам, скопившись в полости матки за ночное время.

Желтовато- студенистые бели, вида яблочного желе, встречаются при аденомах шейки, доброкачественной опухоли, характеризующейся пролиферацией цервикальных желез.

Бактериальные бели (*fluor flavus*) являются следствием воспалительного состояния влагалища, шейки, тела матки и в редких случаях труб.

Этиология — чаще гоноррея, стрепто- или стафилококковая инфекция. Бели в таких случаях при свежих воспалениях имеют гнойный характер. В хронических случаях бели при катаррах матки принимают желтовато-слизистую окраску и особенно усиливаются после менструального периода. Бели густые, слизистые, источником которых является шейка, есть результат катаррального состояния последней после разрывов и выворотов ее при родах и пр. Зеленого цвета бели характерны для гонококковой инфекции, причем в острой стадии бели эти густые, в хронической — они приобретают более жидкую консистенцию. Бели с большой примесью крови, похожие на мясные помои, часто с сильным запахом, встречаются при раке шейки матки, при распадающихся полипах, миомах и запущенных неполных абортах.

Трубные бели наблюдаются при *hydrosalpinx tubae profluens* (см. воспаление придатков).

Как видно из вышеизложенного, источниками белей могут быть влагалище, шейка, тело матки и трубы. Дифференциальная диагностика белей во многих случаях является трудной, тем более, что иной раз причина их лежит во всех указанных отделах полового аппарата.

Одним из важнейших симптомов заболеваний женских половых органов являются б е л и. Однако они не могут служить критерием тяжести и далеко не всегда говорят о роде болезни. Одно из самых тяжелых заболеваний половой сферы — рак — лишь в далеко зашедших случаях, когда происходит сдавление нервных волокон, дает симптом болевых ощущений. До этого при наличии даже больших разрушений боли отсутствуют. Локализуясь в нижних отделах таза, в крестце, в области поясницы, пахах, боли сопровождают и всевозможные воспалительные процессы и новообразования и неправильные положения матки, а подчас и не имеют под собой анатомической подкладки. Вот почему необходимо отдать должное внимание характеру болей. Острые боли всегда являются характерным симптомом поражения брюшинных покровов тазовых органов. Такие боли связаны с острыми воспалительными процессами, особенно сильными при гонококковой инфекции, с внезапно наступившим разрывом беременной трубы, перекручиванием ножки кисты яичника и т. п. Не надо забывать и аппендицита. Хронические воспалительные процессы вызывают скорее боли ноющего характера, усиливаясь под влиянием перемены положения, подъемов тяжести и половых сношений. Растяжение

брюшинного покрова матки субсерозной фибромой, растяжение труб гноем или серозной жидкостью вызывают постоянные, тупые боли.

Далее боли могут быть обусловлены вовлечением в болезненный процесс периферических нервных стволов (п. *ischiadicus*, п. *obturatorius* и пр.). Среди причин таких болей играют роль воспалительная инфильтрация нервов и чисто механические давления на нервы вследствие новообразований.

При временных контрактурах нижних конечностей, вызванных воспалительным состоянием клетчатки тазовых органов, боль при движении может зависеть и от растяжения *musc. ileopsoas* и раздражения окружающей его воспалительно измененной клетчатки.

Сокращения матки при изгнании задержавшихся частей плодного яйца, субмукозной фибромиомы, полипов, чаще носят схваткообразный характер. Известное значение имеют иррадиирующие боли. Поясничный отдел спинного мозга является центром нервных тазовых сплетений, и от этого центра рефлекторно, как по проводам, передаются боли далеко от места заболевания. Сюда относятся боли по ходу п. *scrualis*, отраженные боли в области копчика и пр. Излившаяся в брюшную полость кровь или гной раздражает п. *phrenicus*, и через спинальные нервы боли иррадиируют в плечо или лопатку (*phrenicus symptom* например при внематочной беременности).

Диафрагмальные боли как результат усиленной, непривычной работы мышц диафрагмы наблюдается в послеоперационном периоде, после операций в положении Тренделенбурга (с вниз опущенной головой), при котором на грудобрюшную преграде лежат кишечные петли.

В особую группу должно выделить психогенные боли в зависимости от повышения иногда местной чувствительности (вагинизм) или чаще в зависимости от повышенной общей возбудимости нервной системы. Сказать, где в таких случаях начинается гинекологическое страдание и кончается общий невроз, представляется делом очень трудным. Хроническая форма женских болезней в конечном счете расшатывает нервную систему и делает больную истеричкой и, наоборот, истеричная женщина, фиксируя свое внимание на вполне здоровой половой сфере, становится подчас гинекологической больной.

Одной из менее частых жалоб больной является б е с п л о д и е.

Бесплодие может быть первичным или вторичным. В последнем случае брак остается бесплодным после (обычно только одной) перенесенной беременности. Причина кроется здесь чаще всего в воспалительных процессах придатков, на почве

септической или гонорройной инфекции. Облитерация просвета труб может наступить и после искусственного прерывания беременности или после внутриматочных впрыскиваний иода с целью предупреждения беременности. Причина бесплодия в  $\frac{1}{3}$  и более бесплодных браков зависит от мужа, перенесшего гоноррею. Микроскопическое исследование мужского семени, добытого при помощи кондома или путем прерванного coitus'a, обнаруживает в таких случаях или полное отсутствие сперматозоидов — азоосперию, или уменьшение их количества — олигосперию, или полную их неподвижность — некросперию.

Первичное бесплодие, зависящее от женщины, лежит в ненормальностях влагалища, матки, труб и яичников. Врожденные пороки развития какого-либо из этих отделов играют при этом немаловажную роль. При недоразвитиях матки бесплодие может иметь и лишь относительный характер, т. е. беременность через 2—3 и более лет, при созревании матки, может наступить.

Из сопутствующих жалоб гинекологической больной следует отметить жалобы на расстройства мочеиспускания в виде рези и частых позывов на мочу.

Воспалительное состояние и переполнение тазовых органов кровью (например при беременности) вызывают застойную гиперемию, набухание мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, вследствие чего наступает ряд дизурических явлений: частые позывы и рези (последние вследствие сужения просвета уретры). Указанные жалобы являются с одним из первых симптомов воспаления уретры, чаще гонорройного характера. В отличие от первых рези при гоноррее не покидают больную и в ночное время, а при давлении на уретру пальцем, введенным во влагалище, по направлению к выходу, к отверстию уретры, удается обычно выдавить капельку гноя.

Частые мочеиспускания сопутствуют фибромиомам, большим воспалительным инфильтратам в предпузырном пространстве, уже чисто механически препятствуя растяжению пузыря и тем самым уменьшая его емкость. При смещениях матки и передней стенки влагалища смещается и анатомически связанный с этим отделом пузырь (граница мочевого пузыря лежит на поперечной палец отступя от наружного отверстия маточного зева). Следствие этого после каждого мочеиспускания в мочевом пузыре (именно в сместившейся его части) остается некоторое количество мочи, которое не может итти снизу вверх; новые же порции мочи из мочеточников переполняют пузырь и вызывают вновь позывы на мочу. Нельзя при этом также отрицать и некоторого значения гиперемии половых органов ввиду затруднений в кровообращении.



Сопутствующей жалобой являются и запоры, причина которых чаще механическая: сдавление просвета прямой кишки опухолью, воспалительным инфильтратом, отклоненной кзади маткой и пр. Известную роль играют астения и венозный стаз в нижних отделах кишок.

Для целей распознавания рода заболевания все перечисленные симптомы должны быть учтены при подходе к гинекологической больной.

Для полного представления картины заболевания и его причинных моментов следует при расспросе больной держаться определенного плана. В частности вам яснее будет анамнез болезни, если ему вы предположите вначале анамнез жизни.

### Основы дифференциального диагноза

Диагнозу всегда предшествует исследование, а исследование каждого больного организма, следовательно и гинекологической больной, имеет целью не только поставить диагноз и назначить терапию, но и указать пути профилактики.

Жизнь с ее разнообразными проявлениями разворачивается в окружающей среде. Моменты жизнепроявления — физиологические и патологические — здоровье и болезнь — разворачиваются на фоне этой окружающей среды. Эта последняя воздействует на организм, подобно тому как и человеческий организм воздействует на окружающую среду. Проследить это взаимодействие в ее историческом развитии — такова задача врача. Вот почему нельзя ограничиваться при подходе к больной одним лишь изучением status'a. Надо изучить больной организм в процессе его динамического развития. Необходимо рассматривать всякий процесс в его возникновении, изменении и уничтожении. Важно за настоящим увидеть будущее и заглянуть в прошлое, ибо прошлое нам указывает пути к возможной, но не осуществленной профилактике, а будущее дает возможность принять профилактические меры против аналогичных процессов. Необходимо тщательно проанализировать анамнез и status, учесть их взаимную связь и, установив причину болезни и приняв во внимание общие законы динамики развития того или иного процесса, указать ход дальнейшего течения этого процесса и пути профилактики. Это сразу врачу не дается. Не удастся это и в дальнейшем, если врач будет основывать свои выводы только лишь на основании своих опытных данных без соответствующих теоретических знаний как чисто медицинских, так и социально-биологических. Теория дает возможность ориентироваться у постели больной и, с другой стороны, опытные данные, полученные от больной, могут обога-

тить теоретические знания. Одно без другого невысказано. Только синтез теории и практики обеспечивает правильное решение вопроса.

Для детального охвата всех возможностей, способствующих выявлению болезненного процесса, необходимо при исследовании держаться определенного плана.

Для изучения истории развития индивидуальной больной надо узнать историю всей ее жизни со дня рождения, по годам, вплоть до настоящего времени. Но одно это изучение недостаточно. Большое, а во многих случаях решающее значение имеют влияние на женщину условия среды того коллектива, в котором она живет. Эта среда формирует социальную личность женщины, с одной стороны, и изменяет динамику биологических процессов — с другой.

Поэтому тщательное знакомство со всей окружающей больную действительностью, со всеми пережитыми ею вредными и благоприятными влияниями даст возможность в каждом отдельном случае составить себе представление о динамике развития того или иного заболевания, в связи с социальными и конституциональными особенностями организма, приняв конституцию как результат взаимодействия гено- и фенотипических особенностей, т. е. врожденных особенностей и влияний внешней среды.

Поэтому всякая схема истории болезни должна быть гибким орудием в руках врача, гибким по отношению к индивидуальным особенностям случая. Важно выделить по годам этапы развития организма в связи с влияниями внешних факторов.

Должны быть проанализированы условия питания, жилища, работы. Время появления первых менструаций, годы замужества, беременностей и родов и все болезненные процессы до настоящего заболевания должны быть в центре внимания врача, взоры которого ни на минуту не отрываются при этом от действительности, в которой проходили важнейшие моменты как физиологического, так и патологического порядка, особенно связанные с женской половой сферой.

Начинающий, подходя к гинекологической больной, может, при своем стремлении установить диагноз, впасть в ошибки. Видя кровянистые выделения из влагалища, он готов думать и об аборте, и о внематочной беременности, и о раке, и о воспалении придатков, и о десятках других причинных моментов. Встретив опухоль в области живота, он старательно вспоминает все теоретические изученные им опухоли из области гинекологии, хирургии, урологии и терапии. Иначе говоря, он подходит к больной без всякой системы и плана.

Вот почему диагнозу необходимо предпослать прежде всего тщательно собранный анамнез, данные которого имеют подчас решающее значение для распознавания (например при внематочной беременности, абортах и пр.). Тот, кто умеет узнать от больной самое ценное и отбросить ненужное, уже имеет в руках приблизительный диагноз.

Приступая к объективному исследованию, нужно приучить себя видеть все существенно важное и расценивать все найденное в плоскости того или иного страдания. Кто видит только кровотечение из половых путей — в сущности еще далеко не все видит. Надо определить силу кровотечения, цвет теряемой крови (жидкая, алая, темная), ее запах, сгустки, примесь других секретов или тканей, а также и условия, при которых кровотечение появилось и т. д.

Необходимо принять во внимание и возраст больной. При метроррагиях у девиц надо думать о функциональном геморрагическом эндометрите, при метроррагиях в возрасте периода половой жизни надо думать об аборте или фиброме. Молодой возраст больной не должен говорить и против рака, хотя последний встречается чаще в климактерическом периоде. Кровотечения упорные, недавние по анамнезу, темного, коричневого цвета на вид и необильные по количеству, в особенности если они наступили после задержки менструаций в сопровождении болей в области живота, должны направить мысль о возможности внематочной беременности.

Нередки кровотечения и при воспалительных процессах в придатках, причем гиперменоррея может перейти и в метроррагию.

Жалобы на гиперменоррею в возрасте 18—25 лет у женщины, ни разу не беременевшей при половой жизни, должны обратить внимание врача на возможность недоразвития полового аппарата. Кровотечения в возрасте 45—60 лет, после прекращения месячных, в 90% случаев бывают на почве рака матки. 10% остаются на кровотечения вследствие старческих воспалительных процессов влагалища, полипов в матке и редких случаев возвращения месячных под влиянием вновь возникшей нормальной функции яичника. Вход во влагалище осматривается по раздвигании половых губ двумя пальцами левой руки. Тогда можно видеть хорошо и отверстие уретры и по бокам ее расположенные парауретральные ходы и отверстия бартолиниевых желез. Обратите внимание, в особенности при жалобах больных, на выделения из половых органов. Помимо кровотечения необходимо отметить характер имеющихся белей. Их патологическое значение плохо расценивается больными. Некоторые из них не замечают и не придают значения белям

гнойным, другие испуганы появлением белых белей, сравнительно безобидных по своему существу. Практически важно, что желто-зеленые бели, оставляющие такого же цвета пятна на белье, подозрительны на гоноррею, а розовые, вида мясных помоев, с запахом, бели — обычное явление при раке матки. Нередко при беременности увеличивается нормальное отделяемое и больные приходят с жалобами на бели. Бели часто бывают на почве функциональных расстройств. Если количество гликогена во влагалище, образующееся под влиянием гормонов яичника, оказывается недостаточным, то падает содержание молочной кислоты, что может повлечь за собой не только патологическую флору влагалища, но и обусловить усиленные нормальные отделения в виде белей. Эти *fluor albus* могут быть не только в результате общих заболеваний — анемии, инфантилизма, базедовой болезни и пр., но и также в результате застойных явлений, на почве ли профессиональных вредностей (сидячей работы) или неправильных положений матки. Катаральные состояния шейки при выворотах, разрывах после родов или чаще гонорройной инфекции являются частыми причинами белей. При диагнозе всегда необходимо исключить гонорройные бели. Если в острой стадии гонорреи бели характеризуются зеленым цветом, то в хронической они приобретают наиболее часто встречающийся тип белей — белей белого цвета. Небольшой желтоватый оттенок может пройти незаметно не только для больной, но и для врача. Вот почему для решения вопроса необходимо прибегнуть к исследованию выделений под микроскопом. Взять мазок на стекло можно при отсутствии платиновой петли и при помощи простой палочки со стерильной ватой на конце. Взятый мазок тонким слоем размазывается на стекле и затем фиксируется над пламенем спиртовой горелки. Однако необходимо иметь в виду, что отрицательный ответ на присутствие гонококков в мазке еще не говорит против гонорреи.

Гнойные бели при септических процессах в матке протекают как правило с высокой температурой. Однако диплококковый и стафилококковый катарры влагалища и шейки чаще протекают без температуры. При оценке микроскопических данных следует придавать большее значение присутствию лейкоцитов, а не нахождению тех или иных бактерий. При диагнозе белей у девиц скорее можно думать о функциональном их характере, хотя гоноррея может быть и у девиц (неполное половое сношение с мужчиной, который болеет гонорреей, редкие случаи заражения через белье и пр.).

Бели у девочек, при явлениях острого вульвовагинита, с припуханием и краснотой наружных половых органов, по-

крытых нередко засохшим гнойным отделяемым, почти всегда бывают гонорройного происхождения. Однако встречаются бели и вследствие мастурбации и бели, вызванные кишечной палочкой или острицами, а в редких случаях и вызванные инородными телами и дифтерией влагалища.

Как при собирании анамнеза, так и при объективном исследовании необходимо держаться определенной схемы.

Общий вид больной, активное или пассивное ее положение, цвет лица, выражение глаз, состояние языка дают ценные указания для диагностики.

Гинекологическое исследование надо начинать с осмотра живота, причем в определенной последовательности: вначале глазом, затем уже ручными приемами, прибегая к методу пальпации и перкуссии. В особенности не забывайте последнее. Обнаружив опухоль, определите ее размеры, форму, подвижность (вверх, вниз и по сторонам), болезненность и наконец консистенцию (плотная, мягкая, эластическая и пр.).

Форма опухолей яичника и доброкачественных опухолей матки — округлая или овальная. Удлиненная, колбасовидная форма характерна для труб. Плоская, с неясными границами опухоль, обычно воспалительного характера, бугристая — злокачественного. Все подвижные опухоли обычно невоспалительные, и наоборот.

Болезненность — один из важных симптомов воспаления.

Плотная или мягкая консистенция свойственна матке, эластическая (как будто шар, наполненный жидкостью) — яичниковым кистам. Вагинальному исследованию предшествует опять прежде всего наружный осмотр глазом. Распределение волосяного покрова, красноту вульвы, сифилитические папулы, острые кондиломы, старые разрывы промежности, опущения влагалища и многое еще другое можно видеть глазом.

Когда закончен наружный осмотр, приступают к влагалищному исследованию (если больная — девица, исследуют ректально).

Двумя пальцами правой руки определяют состояние стенок влагалища, форму, величину и консистенцию шейки, а также и зияние наружного маточного зева. У нерожавших женщин шейка матки имеет форму усеченного конуса, а у рожавших форму цилиндра. Пальцы, скользя по шейке, определяют ее поверхность, разыскивая неровности и шероховатости. Затем обращают внимание на своды, определяя их глубину, степень эластичности и болезненность. Вслед за этим левая рука кладется на брюшные покровы и производится бимануальное или двуручное исследование, при котором опре-

деляют величину, форму и положение матки, а затем и придатков.

При осторожном вагинальном исследовании вы обратите внимание помимо анатомических и топографических отношений на болезненность при исследовании, наблюдая при этом за выражением лица больной.

**Б о л ь** — в а ж н ы й с и м п т о м б о л е з н и, тем более, что 90% гинекологических больных обращаются по поводу болей. Поэтому оценка полученного симптома боли должна быть строго объективна. Ряд женщин боится влагалищного исследования или напрягают брюшные покровы во время исследования, или преувеличивают болевые ощущения. Нужно в таких случаях успокоить больную и попросить ее расслабить мышцы живота. Все это очень важно, так как поспешное исследование может обнаружить воспаление придатков и там, где нет никаких изменений.

Болезненность при влагалищном исследовании может быть обнаружена в разных отделах полового аппарата.

Боли при введении пальцев во влагалище могут быть вследствие 1) повышения общей чувствительности, 2) воспалительных процессов во влагалище, 3) при больших опухолях влагалищной трубки вследствие чисто механических сдавлений, 4) при исследовании женщин при климактерических половых органах вследствие атрофии и уменьшении емкости влагалища, 5) при повышении местной чувствительности, при так называемом вагинизме.

В последнем случае больная является с жалобами на невозможность половых сношений.

Шейка матки нечувствительна при исследовании.

Если давление на шейку или приподнимание шейки вверх пальцами исследующей руки вызывает боль, то это может быть, во-первых, при воспалительных процессах парацервикальной клетчатки и крестцово-маточных связок и, во-вторых, при воспалениях околоматочной брюшины. В последнем случае боль усиливается, если пальцы передвигаются в задний свод. Болезненность в заднем своде и при смещениях шейки матки вверх имеет большое практическое значение.

Локализация болей в этом месте указывает, что в процессе заинтересована брюшина, покрывающая матку.

Если боль при вагинальном исследовании ограничивается боковыми сводами, то следует предполагать заболевание придатков. Однако диагноз воспаления придатков будет несомненным лишь при обнаружении объективно увеличенных труб и яичников. Найденную опухоль придатков можно смешать с опухолью трубы при внематочной беременности. Но боль

в последнем случае почти отсутствует. Подвижность болезненной опухоли при вагинальном исследовании всегда исключит параметрит — воспаление клетчатки, тем более что опухоль при параметритах уплощенной формы и располагается близко к стенкам таза и нередко прощупывается через брюшные покровы, сейчас же непосредственно от *spina ant.*

Гонорройные воспалительные процессы в придатках матки отличаются от септических тем, что они обычно бывают двусторонние и располагаются вдали от ребра матки, в то время как септические придатки лежат тесно припаянными к боковым отделам матки, что может дать повод принять их даже за фиброму, исходящую из матки.

Конечно при оценке симптома боли необходимо увязывать данные вагинального исследования с данными наружного исследования и анамнезом больной.

Когда влагалищное исследование закончено, производят в случае нужды ряд дополнительных исследований при помощи влагалищных зеркал, маточного зонда и пр. Всегда нужно обратить внимание на извлеченные из влагалища пальцы. На них могут остаться кровь, бели, кусочки тканей и т. д. Надо все это рассмотреть и определить запах.

Для установления патогенеза болезни в заключительной части исследования следует выслушать сердце и легкие, исследовать почки (признак Пастернацкого).

В сложных случаях необходимо воспользоваться и лабораторными исследованиями мочи и крови.

Когда все данные собраны, можно приступить к выводам, т. е. диагнозу. Чтобы не разбрасываться, хорошо запомнить основные виды гинекологических заболеваний; их шесть:

1. Воспалительный процесс или инфекционные заболевания,
2. Осложненная беременность (аборт, внематочная беременность, пузырный занос).
3. Опухоли добро- и злокачественные (фиброма, киста, рак).
4. Смещения половых органов (загибы матки, опущения и выпадения влагалища и матки).
5. Пороки развития и функциональные расстройства.
6. Травматические повреждения.

Однако необходимо иметь в виду, что один вид заболевания может переходить в другой. Так, осложненная беременность, например аборт, может перейти в воспалительный процесс, а воспалительный процесс в трубах может быть причиной внематочной беременности.

Внематочная беременность является иногда следствием инфантильного состояния труб и т. д.

В каждом из указанных видов заболеваний можно всегда найти различные переходы. Так, острый воспалительный процесс переходит в хронический и обратно, в свою очередь острый местный воспалительный процесс переходит в общий и обратно.

Загибы матки кзади могут давать опущения; опущения в свою очередь могут переходить в выпадения. Даже доброкачественная опухоль может переходить в злокачественную.

Необходимо всегда помнить и о всевозможных комбинациях. Так например аборт может протекать при одновременном воспалительном процессе. При злокачественных опухолях часто находят и воспалительный процесс. Кроме того изолированные процессы наблюдаются редко. Воспаление матки часто протекает совместно с воспалением труб, а воспаление труб — с воспалением прилегающей брюшины. Вот почему можно встретить у больной например и параметрит и воспаление придатков.

Дифференциальный диагноз проще вести методом исключения, от общего к частному, все время связывая анамнез с данными объективного исследования.

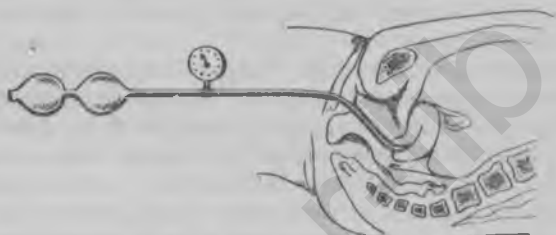
Так, найдя опухоль у больной в области живота, следует прежде всего решить: принадлежит ли опухоль половым органам. Все опухоли, локализующиеся в нижних отделах живота, ниже пупка, заставляют думать о гинекологическом заболевании. Исключение надо сделать для слепой кишки и в редких случаях для смещенной почки, поперечно-ободочной кишки и селезенки. Метастазирующие, злокачественные опухоли яичников чаще первично исходят из желудка. Большие опухоли печени (например ангиомы), селезенки, спускаясь до нижних отделов таза, могут симулировать гинекологическое заболевание. Перкуссия от правого или левого подреберья вниз помогает диагнозу. Ценные данные перкуссии решают и спорный вопрос: асцит или опухоль. Приглушение перкуторного звука по сторонам будет говорить за асцит, а притупление по средине линии — за опухоль.

По анамнезу и объективному исследованию придя к заключению, что больная страдает воспалением половых органов, следует поставить вопрос: хроническое воспаление в данный момент или острое. Высокая температура и наличие острых болевых ощущений будут говорить за острый процесс. Затем идет решение вопроса о локализации воспаления. Одновременно по анамнезу, общему состоянию и объективному исследованию решается вопрос о необходимости оперативного пособия (гнояный пельвеоперитонит). Если нет показаний к операции, не прилагайте большого старания при бимануальном исследовании точно установить место локализации ввиду возможного ухудшения воспалительного процесса под влиянием исследо-



вания. Помните, что лечение в таких случаях будет назначено все равно противовоспалительное в независимости от воспаленного органа.

Отсутствие воспалительного анамнеза, болевых ощущений при исследовании, при наличии опухоли будет говорить скорее за опухоль невоспалительную, и вы решаете тогда вопрос: добро- или злокачественна она (прежде исключите беременность). Одной из характерных особенностей злокачественной опухоли, как вам известно, является ее прогрессирующий быстрый рост. Присутствие асцита облегчает диагноз. Только не полагайтесь на исхудание больной. Кахексия не всегда сопутствует раку и нередко у цветущих на вид женщин вы можете найти уже общий карциноматоз брюшины.



8. Продувание труб

Методом исключения при дальнейшем дифференциальном диагнозе нужно прийти к заключению, к какому органу относится опухоль.

Смещения половых органов, недоразвития, свищи распознаются при исследовании и не требуют обычно дифференциального диагноза. При распознавании беременности и ее осложнений анамнезу должно быть придано особо важное значение.

Приступая к выяснению причинных моментов бесплодия, нужно прежде всего решить вопрос, кто является виновником бесплодия: муж или жена. В случае, если муж здоров, у жены следует искать прежде всего недоразвития матки и чаще поражения труб, точное определение проходимости которых возможно лишь методом сальпингографии или при помощи продувания труб.

Общее правило: на основании одного какого-либо симптома, даже и очень характерного, нельзя ставить диагноз. Только связь всех впечатлений, полученных от анамнеза и объективного исследования, может предостеречь от ошибок. В некоторых случаях для постановки диагноза требуется специальное клиническое наблюдение (например иногда внematочная беременность и пр.).

## Основы терапии

Когда будет поставлен диагноз у постели гинекологической больной, надо будет решить вопрос о терапии. Прежде всего следует задать себе вопрос, подлежит ли больная в данный момент консервативному или же оперативному лечению. Если вы придете к убеждению, что случай требует хирургического вмешательства, то вслед затем вы должны сейчас же поставить следующий вопрос: есть ли показания к экстренной операции или нет. Главнейшими показаниями к немедленной оперативной помощи будут два рода болезни: 1) сильные кровотечения и 2) наличие перитонеальных явлений; в первую очередь на почве внематочной беременности и перекручивания кисты яичника.

К первой категории на видное место по частоте должны быть поставлены аборты.

При постановке показаний к выскабливанию следует руководствоваться силой кровотечения, сроком беременности и состоянием пульса. Так, если канал закрыт и налицо лишь небольшие кровянистые выделения, то вообще нет показаний к экстренному пособию. С другой стороны, нельзя приступить даже при сильном кровотечении к операции выскабливания например при беременности 6 месяцев с закрытым каналом шейки, хотя показания несомненно и есть. Иначе говоря, для выполнения операции аборта, как и вообще всякой операции, требуется целый ряд условий, причем наилучшие вы будете иметь при небольшой беременности и у рожавших женщин. Если для производства полного аборта наиболее благоприятным сроком следует считать беременность 6—8 недель, то для начавшегося выкидыша лучшие условия будут при вполне открытом как наружном, так и внутреннем отверстии маточного зева. Выхождение плода облегчает производство выскабливания. Однако при неполных поздних абортах придется приступить к операции подчас в далеко невыгодных условиях. В таких случаях при больших беременностях я вам советую комбинировать методы инструментальные с ручными приемами. Так, при сильном кровотечении до отхождения последа при 5—6-месячной беременности я вам не советую сразу итти инструментом в полость матки во избежание возможности сильных кровотечений при операции помимо опасности перфорации. Будет лучше, если конечно метод Кредэ не дает эффекта, ввести два пальца в открытый канал шейки и пальцами удалить послед. Кюретка, введенная вслед за тем в полость матки, лишь проконтролирует работу пальцев.

Если операция ручного отделения последа при доношенной беременности является очень опасной, то ручное отделение

последа при абортах в огромном большинстве случаев безопасно, так как чем меньше по сроку беременность, тем меньшего калибра, при нарушении ее, вскрываются сосуды плацентарной площадки и тем меньше условий для инфекции. Необходимо принять во внимание и степень обескровливания женщины: чем больше больная потеряла крови, тем больше падают ее защитные биологические свойства. Вот почему для последних случаев, особенно с повышенной температурой, необходима особо тщательная дезинфекция операционного поля, лучше всего сулемой.

Ко второй категории заболеваний, требующих экстренной помощи, относятся заболевания, сопровождающиеся перитонеальными явлениями. Последние могут быть на различной почве. Сходная картина перитонеальных явлений, при различных первичных очагах, в практической деятельности часто обозначается термином «острый живот». Разлитые боли в области живота с внезапным началом при напряжении прямых мышц живота (*défense musculaire*), при резкой чувствительности к давлению стенок и особенно при отдергивании руки от брюшных покровов (симптом Блюмберга) наряду с икотой, рвотой и неотхождением газов, при общем тяжелом состоянии больной — вот картина «острого живота».

Наиболее частыми причинами являются следующие.

**1. Нарушенная внематочная беременность.** Начало внезапное. В первые часы можно видеть хорошо перитонеальные явления. Но они не резки. Живот вздут, но в общем мало болезнен при ощупывании. Ясно можно определить *défense musculaire*. При перкуссии стенок обнаруживают притупление по бокам живота. Больная бледна, пульс обычно частый, а температура в границах нормы. В общей картине заболевания выступают не столько перитонеальные явления, сколько несоответствие между бледностью лица больной при частом пульсе и отсутствием наружного кровотечения.

Необходимо срочно оперировать ввиду внутреннего кровотечения. Не всегда в таких случаях количество излившейся крови, обнаруженной при вскрытии брюшной полости, будет соответствовать тяжелой картине перед оперативным вмешательством. Это объясняется тем, что больные поступают в состоянии шока. Распознать шок от внутреннего кровотечения трудно. Наблюдение за больной в течение двух-трех часов может дать некоторые данные для суждения. Если под влиянием покойного положения и впрыскивания камфоры под кожу при одновременном согревании тела больной нет заметного улучшения — речь идет о продолжающемся внутреннем кровотечении. Тем скорее нужно оперировать. В момент поступления

отличить шок от внутреннего кровотечения можно на основании данных перкуссии стенок живота. Если пульс очень частый и слабый, а при перкуссии нет заметного притупления, — речь идет о состоянии шока. Выгоднее в таких случаях обождать с оперативным вмешательством на несколько часов, поставив больную под особое наблюдение. Действительно бывают случаи, когда шок оказывается более грозным, чем само кровотечение. Операция всегда дает шок и взаимодействие двух травм может повести к летальному исходу.

Операция должна быть произведена быстро, в тяжелых случаях лучше для быстроты с разрезом по средней линии. Нужна всегда осторожность при переключении больной с нарушенной внематочной беременностью из положения с вниз опущенной головой в горизонтальное: внезапная анемия мозга может повести к смерти. Впрочем прогноз при операции по поводу внематочной беременности в огромном большинстве благоприятный.

Если в острой стадии при вышеописанной картине больная не оперируется, то излившаяся в брюшную полость кровь свертывается, кровотечение останавливается временно, до следующего разрыва, при развивающейся дальше беременности. Конечно больная без операции может и погибнуть от обильной кровопотери. Вот почему все больные с внематочной беременностью должны быть подвергнуты операции.

**2. Перекрученная киста яичника** также дает внезапную картину болезни с перитонеальными явлениями. «Острый живот» и здесь не будет давать резко выраженных симптомов перитонита. Характерным является притупление над опухолью при перкуссии. Этот признак является решающим для диагностики.  $T^{\circ}$  — высокая. Показана экстренная операция.

**3. «Острый живот»** может быть и **на почве быстро распространяющейся маточно-придатковой инфекции на брюшину**. В таких случаях перитонеальные явления выступают более ярко, в особенности в случаях гонорройной инфекции. Резкие боли, крайняя чувствительность даже при малейших сотрясениях кровати больной, икота, рвота, высокая температура и выразительный симптом Блюмберга — обычно не оставляют сомнения у врача, что перед ним «острый живот». Но как раз в этих случаях решать вопрос о необходимости экстренного оперативного пособия в положительном смысле было бы явной ошибкой. Через несколько часов под влиянием покоя и льда на живот нередко бурные явления постепенно стихают, пульс и температура падают параллельно друг другу. Но это бывает не всегда. Вот почему эти случаи подлежат наблюдению. Если по истечении 12—24 часов под влиянием указанной выше те-

рапии в состоянии большой нет улучшения, а, наоборот, пульс ухудшается, рвота усиливается, необходимо оперировать. Практически важно, что гонорройные острые процессы брюшины в огромном большинстве случаев лечатся консервативно. Зато перитониты на почве септической инфекции, после родов, аборт и пр., требуют возможно раннего оперативного пособия. Если гонорройный перитонит часто отграничивается и переходит например в тазовый перитонит, при котором гной можно удалить через влагалище, то септический перитонит обычно, раз начавшись, прогрессирует и ведет без операции к смертельному исходу. Вот почему «чем раньше, тем лучше» должно быть установкой врача при подходе к начинающемуся септическому перитониту. Решение вопроса в таких случаях осложняется тем, что острые боли при септической инфекции могут и отсутствовать. Операцию, смотря по случаю, производят или путем чревосечения или путем вагинальным.

**4. «Острый живот» при завороте кишечника** имеет своеобразную картину, в иных случаях напоминающую живот при нарушенной внепочечной беременности.

Боли начинаются внезапно. Вначале они бывают сильными, затем могут ослабевать и потом вновь, когда разовьется на почве заворота перитонит, они становятся невыносимыми. Живот всегда вздут. В начале болезни температура лишь слегка субфебрильна. Боли при ощупывании не резкие. Важным для диагноза является симптом Валя: перистальтирующие изолированные петли кишок вздуваются на равномерном фоне живота в виде валов. Заворот на почве гинекологических заболеваний чаще бывает странгуляционный: петля кишок заворачивается за воспалительные тяжи. Иногда петля кишки заходит под другую петлю, припаянную к воспалительному очагу в параметрии или в придатках.

Спешить с оперативным вмешательством при заворотах не следует, так как многие из них оканчиваются выздоровлением и при консервативном лечении — назначении сифонных клизм. Операция неизбежна, если консервативные методы остались безрезультатными.

**5. «Острый живот» при хирургических заболеваниях** чаще имеет причиной перфоративный аппендицит, перфоративную язву желудка или реже кишечника и опять-таки заворот. Инвагинация — внедрение кишки в кишку — дает перитонит в запущенных случаях. Вначале при общих перитонеальных явлениях в сопровождении нередко кровотечений из кишечника можно прощупать в виде колбасовидной опухоли, особо болезненной при исследовании, внедрившиеся петли кишок. Сравнительно редко встречаются перитониты на почве желчно-

каменной болезни и диплококковые перитониты, развивающиеся гематогенным путем при воспалениях легких.

Хирургические перитониты дают «острый живот» со всеми его характерными признаками, выраженными отчетливо и ясно. Икота, рвота, огневая болезненность в области живота, в особенности в области заинтересованного органа (не всегда), яркий симптом Блюмберга, резкий *défense musculaire*, неотхождение газов — все это можно видеть хорошо при хирургических перитонитах. Резко болезненный живот при перфоративном аппендиците чаще слегка вздут, а при перфоративной язве желудка он плотный, как доска, в особенности в области желудка. Температура — высокая.

**6. «Острый живот» на почве различного рода ранений органов брюшной полости** протекает с яркими симптомами. Здесь мы ограничимся указанием, что прободение матки при выскабливаниях дает картину перитонита, главным образом при сопутствующих перфорации ранениях кишечника. Важно знать, что в первые часы обычно не наблюдают типичной картины перитонита. Она развивается на вторые-третьи сутки. Тотчас после прободения матки налицо будут не перитонеальные явления, а состояние в различной степени выраженного шока. Тем не менее экстренная операция показана и является необходимой, однако далеко не во всех случаях (см. специальную часть).

При дифференциальном диагнозе гинекологического перитонита от хирургического необходимо учесть помимо всех вышеуказанных моментов анамнез и возраст больной. Задержка менструаций в анамнезе еще ни в коем случае не говорит за природу заболевания. При аппендикулярных перитонитах можно видеть одновременно и нормально протекающую беременность или аборт на почве перитонита. С другой стороны, отсутствие задержки месячных не дает права отрицать гинекологический перитонит. Важный симптом при диагнозе гинекологического перитонита — гнойные выделения из матки, часто с резким запахом. Если этот симптом налицо, природа перитонита — воспаление половых органов. Отрицательные данные еще не говорят против гинекологического заболевания. Ценный симптом — болезненность в заднем своде при вагинальном исследовании и болезненность при поднимании шейки матки вверх. При перитонитах гинекологических этот симптом всегда бывает положительным. При хирургических перитонитах он в огромном большинстве случаев отсутствует. Однако его можно найти в далеко зашедших случаях и хирургических перитонитов, например на почве аппендицита, при переходе воспалительного процесса на органы малого таза.

Имеет большое значение при диагнозе возраст.

Так, в возрасте 45—55 лет, после менопаузы, перитониты гинекологические почти не наблюдаются. Перитонит у девушек обычно не гинекологический. Исключение надо сделать для туберкулезного перитонита, который однако протекает не остро и потому экстренной операции обычно не требует.

Перитонеальные явления при инфекционных воспалительных процессах тазовой области требуют обычно строжайшего покоя и являются противопоказанием к операции за исключением случаев разлитых перитонитов на почве например разрыва гнойной трубы или случаев изолированного скопления гноя.

Если нет показаний к экстренному вмешательству, то при наличии острых воспалительных явлений показан постельный режим, лед на живот, легкая диета и наркотические средства. Последние назначаются обычно в виде суппозиторий.

Вот примерные рецептурные формулы:

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Extr. Belladon.                | 2. Pantoponi 0,01              |
| Extr. opii aquos. aa 0,015        | But. cacao q. s.               |
| But. cacao q. s.                  | Ut fiat supposit. Dtd № 12. S. |
| Ut fiat supposit. Dtd № 12        | То же                          |
| DS. по 1 свече утром и на<br>ночь |                                |

Можно назначать наркотические средства и в каплях.

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 3. T-rae Cannabis indic. 10,0 | 4. Extr. Belladon. 0,5        |
| DS. по 8 кап. 3 раза в день   | Aq. amygdalar. amar. ad 20,0  |
|                               | MDS. по 15 кап. 3 раза в день |

Необходимо помнить, что строжайший покой является главнейшим фактором при лечении острых воспалительных процессов. Даже при исчезновении болевых ощущений и падении температуры необходимо выдержать больную в постели в течение 10—14 дней.

Хронические воспалительные процессы требуют по преимуществу рассасывающего лечения, каковое состоит прежде всего в назначении ряда гидротерапевтических процедур. Сюда относятся горячие влагилищные спринцевания от 36 до 38°, согревающие компрессы и тазовые соленые ванны на 32—33°. Для последней цели мы советуем обычно деревянные кадушки. Соли берутся по расчету 200,0 на ведро воды. Лечение ведется следующим образом. Утром больная производит спринцевание, с каким-либо дезинфицирующим раствором, вечером, перед сном, тазовую ванну (через день), затем опять горячее сприн-

цевание и согревающий компресс на живот. Через 30—40 дней больная является вновь для осмотра, и, если нужно, после некоторого отдыха, лечение повторяют. Надо сказать, что методика очень утомительна и хлопотлива, но при педантичном его выполнении и терпении как врача, так и больной и при условии покоя после каждой процедуры лечение такое дает хорошие результаты.

В клинической обстановке прибегают к более сложной терапии. Следует отметить прежде всего назначение так называемых постоянных влагалищных орошений. Для орошения требуется стеклянный наконечник, который можно раздобыть в магазинах санитарии и гигиены. Можно сконструировать наконечник и из металла, что прочнее. Он представляет собой цилиндр с двумя коленами разных диаметров, на противоположном конце которого имеется несколько отверстий. К обоим коленам прикрепляются резиновые трубки длиной около 2—3 м. Один конец трубки соединяется с большой кружкой Эсмарха, другой, отводящий конец, опускается в таз или ведро. Приводящий конец снабжен эбонитовым краном для регулирования притока воды. Наконечник вводится во влагалище женщины, лежащей на кровати. Кран открывается, и вода устремляется в наконечник. Благодаря вытеснению воздуха трубка в области отверстий плотно присасывается к стенкам влагалища и вода, омыв своды и шейку, стекает по отводящей трубке в ведро.

Продолжительность сеанса от 20 минут до 2 часов в зависимости от состояния больной.

Для целей рассасывания часто прибегают к назначению солевых клизм, обязательно после предварительной промывной клизмы. Доступным средством являются грелки, согревающие компрессы и припарки из отварного льняного семени или овсяной муки. Нужно иметь в виду, что при длительном употреблении грелок на коже появляется пигментация: кожа принимает мраморный вид. После прекращения лечения постепенно коричневые пятна исчезают. Наилучшие результаты при лечении водой можно получить от б а л ь н е о т е р а п и и — лечения минеральными водами. Особенно хорошие результаты дает лечение в Мацесте, близ Сочи, сероводородными ваннами. Действующим началом является сероводород, расширяющий кровеносные сосуды и путем гиперемии ведущий к рассасыванию воспалительных процессов. Лечебная вода на курорте применяется не только в виде ванн, но и в виде спринцеваний, клизм и тампонов.

Вышесказанным исчерпываются наиболее употребительные гидротерапевтические мероприятия.



Могучим средством для рассасывания воспалительных процессов издавна считается грязевое лечение. Ввиду того, что влажная грязь обладает меньшей теплопроводностью, чем вода, при грязевом лечении возможно применение высоких температур — до 46°. Твердые частицы, примешанные к грязи, раздражают кожные покровы, что ускоряет циркуляцию крови. Все вместе взятое усиливает обмен веществ.

Грязевые ванны могут быть искусственного нагревания и естественного. В Сакках, Евпатории грязи нагреваются действием солнечных лучей. В Липецке, Старой Руссе грязь получается искусственно.

Употребляется грязь в виде ванн, полуванн, грязевых лепешек и грязевых тампонов во влагилице. В последнем случае грязь обычно завертывают предварительно в марлю.

Так как грязевое лечение предъявляет большие спросы к организму, то оно является противопоказанным при туберкулезе, при пороках сердца, общих истощениях и беременности. Противопоказанием являются также все острые воспалительные процессы.

Хорошие результаты курортного лечения зависят не только от рассасывающего действия. Большое значение имеет и перемена образа жизни. Отдых, исключение половых сношений, перемена питания и климата оказывают благоприятное влияние на обмен веществ, на нервную систему и половые органы.

По своему эффекту при воспалительных процессах к грязелечению близко стоит диатермия, лечение переменным током высокой частоты и низкого напряжения. Тепло при диатермии развивается эндогенно благодаря молекулярным соударениям отдельных частиц тканей. Помимо рассасывающего действия диатермия дает заметное уменьшение и в некоторых случаях исчезновение болевых ощущений, что говорит за влияние диатермии на чувствительные нервные окончания.

К аппарату диатермии всегда имеется несколько электродов. В зависимости от их применения различают абдоминально-сакральный, вагинально-абдомино-сакральный и ректально-абдоминальный методы. При первом методе два гибких пластинчатых электрода накладываются на нижнюю часть живота и область крестца с таким расчетом, что ток, идущий между пластинками, проникает между органами малого таза (рис. 9).

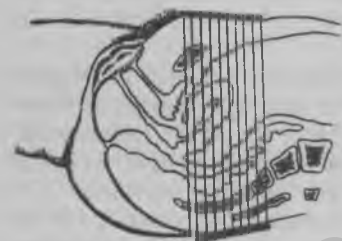
Показанием к применению диатермии являются лишь хронические случаи воспалительных процессов. Назначается 20—30 сеансов продолжительностью от 20 до 30 минут. В зависимости от эффекта можно курс лечения повторить, лучше после перерыва. Менее эффективным методом лечения воспалительных процессов является лечение светом. Самый простой

способ — световая ванна, представляющая собой короб, в виде дуги, с лампочками накаливания. Ванна устанавливается над открытым животом больной и, по включении электрического тока от штепселя, закрывается со всех сторон одеялами. Температура доводится до 60°. Продолжительность сеанса — 20—30 минут. Световые ванны можно без особого риска назначать и при подострых воспалительных процессах. Одобряющие результаты можно видеть особенно при воспалительных инфильтратах в околоматочной клетчатке и вокруг придатков.

Из других методов лечения светом следует отметить лечение кварцевой лампой, дающее удовлетворительные результаты при лечении туберкулеза половых органов.

Среди терапевтических противовоспалительных мероприятий известное значение имеет протейноterapia, т. е. лечение белковыми веществами, введенными парэнтерально (не через рот). В широком смысле слова к протеинотерапии сле-

дует отнести и лечение такими веществами, которые по своему терапевтическому воздействию близко стоят к протеинам. Среди этих веществ наибольшее значение имеют коллоидные металлы, растворы солей, сахара, скипидара и кровь (аутогемотерапия). Вводятся эти вещества подкожно или внутримышечно, а коллоидные металлы, растворы солей, сахара и кровь чаще внутривенно.



9. Абдомино-сакральная диатермия

Дозировка различна в зависимости от процесса и характера реакции организма. Обезжиренное молоко впрыскивается в верхне-наружный квадрант ягодицы, через 2—3 дня, от 2 до 10 г, скипидар подкожно.

При парэнтеральном введении какого-либо из упомянутых веществ следует ожидать появления следующих реакций: местной, очаговой и общей. Местная реакция разыгрывается в области применения протеиновых веществ, при подкожном и внутримышечном их применении, и выражается в припухлости, покраснении и болезненности в месте инъекции. Характер реакции бывает различным в зависимости от индивидуальных особенностей организма, течения и фазы развития болезни, и также и рода протеина. Так, молоко обычно рассасывается, если не было внесено инфекции, а скипидар, впрыснутый подкожно, в количестве 2—3 г, дает инфильтрат, переходящий затем в асептический абсцесс, с творожистым содержанием.

Очаговая реакция появляется в области воспалительного процесса. Она сопровождается расширением сети кровеносных и лимфатических сосудов и усилением лейкоцитоза. Вначале при этом обычно наблюдается так называемая отрицательная фаза, во время которой воспалительный процесс как бы ухудшается: боли усиливаются вследствие набухания очага поражения. Через несколько дней наступает положительная фаза, характеризующаяся обратным развитием воспалительных симптомов, что клинически выражается улучшением.

Общая реакция состоит в повышении температуры и общем недомогании. В крови можно найти повышение лейкоцитоза, ускорение скорости оседания эритроцитов и пр.

Сущность реакции в точности неизвестна. Наиболее вероятным следует считать усиление реакции ретикуло-эндотелиальной системы на внедрившуюся в организм вредность. К ретикуло-эндотелиальной системе, в узком смысле слова, относятся клетки эндотелия сосудов и эндотелий селезенки. Экспериментально удается насыщать или, как говорят, блокировать р.-э. с. Эта блокада вначале раздражает р.-э. с., а затем это раздражение сменяется угнетением. Вот почему следует применять протеиновые вещества с учетом индивидуальных особенностей организма и фазы течения болезни. Так например колларгол, введенный внутривенно при общих септических процессах, откладываясь в р.-э. с., может то раздражать, то угнетать р.-э. с. Это подтверждается тем фактом, что далеко не всегда можно наблюдать благотворное влияние колларгола на течение септического процесса. По нашим наблюдениям колларгол дает удовлетворительные результаты лишь в начале заболевания.

Повидимому повторные вливания, и тем более в разгар болезни, вызывают перенасыщение р.-э. с. и дают отрицательные результаты — угнетение. То же следует сказать и про рекомендуемые при воспалительных процессах облучения селезенки рентгеном или диатермией для раздражения р.-э. с.

Вакциноотерапия нашла себе большое распространение, главным образом как терапия гонорройных заболеваний. Так как хроническая гоноррея довольно часто осложняется присутствием в воспалительных органах и других микробов, то для борьбы с такой смешанной инфекцией употребляют и поливалентные вакцины, в которых помимо гонококков содержатся стрепто-, стафилококки и кишечные палочки.

В некоторых случаях хорошие результаты при воспалительных процессах дает лечение по Клингмюллеру — внутримышечное впрыскивание раствора скипидара.

Ol. terebinth. rossic. rectific. 15,0  
Chinini muriat. 0,5  
Novocaini 0,5  
Ol. olivar. provincialis 84,0

Раствор впрыскивается по задней акцилярной линии, на 2—3 см ниже гребешка подвздошной кости, тонкой и длинной иглой, проникающей до кости, по  $\frac{1}{2}$  см<sup>3</sup> через 5 дней. Среднее количество впрыскиваний 3—5.

Аутогемотерапия получила большое применение и распространение. Техника: взятая из локтевой вены шприцем кровь, в количестве 5 или 10 г, впрыскивается в верхне-наружный квадрант ягодицы. Для предупреждения свертывания крови стерильный шприц находится в теплом физиологическом растворе или промывается стерильным раствором 5%о natr. citric.

Для целей рассасывания воспалительных опухолей, достигающих больших размеров, показано назначение иодистого калия и натрия, лучше в клизмах.

Kali jodati  
Kali bromati āā 10,0  
Extr. Belladon. 0,3  
Aq. destil. 300,0

DS. по 15 см<sup>3</sup> с 80 см<sup>3</sup> воды per rectum 2 раза в день

С той же целью можно рекомендовать и свечи, что несомненно удобнее в домашней обстановке.

Pyramidoni 0,2	Kali jodati 0,06
Ichtyoli 0,3	Extr. Bellad. 0,015
But. cacao q. s.	But. cacao q. s.
Ut fiant supposit. № 12	Ut fiant suppos. № 12

Extr. Belladon. 0,02	Jodi puri 0,1
Ichtyoli 0,3	Kali jodati 0,1
But. cacao q. s.	But. cacao q. s.
Ut fiant supposit. № 12	Ut fiant boli vagin. № 12

Или глобули или тампоны с ихтиолом.

Extr. opii aq. 0,02	Ichtyoli 10,0
Ichtyoli 0,3	Glycerini 90,0
But. cacao q. s.	S. Для тампонов
Ut fiant boli vaginales.	
№ 12	

Шарики вводятся обычно на ночь, после спринцеваний. С чем назначать последние — будет зависеть от характера белей.

Так, при зеленых гонорройных белях обычно рекомендуют спринцевания с молочной кислотой по рецепту.

*Acidi. lactici* 100,0

DS. По чайной ложке на кружку для спринцевания

Если бели густые, чтобы их сделать более жидкими, показано будет спринцевание с обычной питьевой содой (по чайной ложке на кружку). При обильных и жидких белях хорошие результаты дает древесный уксус.

*Acet. pyrolignos. crud.* 180,0

*Acidi tannici* 20,0

DS. По столовой ложке на кружку воды для спринцеваний

Или

*Zinci sulfurici*

*Alumen crud.* aa 50,0

DS. По 1 чайной ложке на кружку

В целях уменьшения секреции показан резорцин, одновременно возбуждающий регенерацию эпителия.

Его можно назначать в глобулах.

*Resorcini* 0,3

*Zinci oxyd.* 1,0

*Glycerini gutt.* IV

*But. cacao* 2,0

*Ut fiant glob. vag.* № 12

Сулему в участковой практике применять не следует во избежание возможности случайных отравлений детей, которые могут выпить яд.

Наиболее распространенным и дешевым лекарственным веществом для спринцеваний является марганцевокислый калий, который обладает дезинфицирующим и дезодорирующим свойством.

*Kali hypermang. crystall.* 3,0

DS. По 8—10 кристаллов на кружку воды

Как болеутоляющие можно назначать спринцевание по рецепту.

*Inf. herb. Conii ex* 20,0—230,0

*Aq. amygd. amar.* 20,0

DS. По 2 столовых ложки на кружку

При хронических воспалительных процессах, при наличии больших спаек, с сопутствующим загибом матки кзади иногда хорошие результаты дает гинекологический массаж. Однако

применение последнего должно производиться при точно установленном диагнозе, так как при ошибочной диагностике при массаже можно разорвать и беременную трубу и гноем наполненные трубы, что может дать перитонит.

Массаж строго противопоказан не только при всех острых процессах, но и при подострых ввиду возможности обострения последних и перехода их в острое состояние.

К хирургическому лечению воспалительных заболеваний следует прибегать лишь при упорных, длительных заболеваниях при безуспешности консервативного лечения. Конечно всякий гнойник в органе малого таза, доступный для оперативного вмешательства, должен быть вскрыт своевременно.

Лекарственная терапия кровотечений. Помимо тех рецептурных формул, которые указаны в различных отделах (см. фибромы, аборт), можно назначать для остановки кровотечений и следующие лекарственные составы:

Extr. Hamamelis Virginicae fluid.	Ergotini Bonjeani 2,0
Syr. cort. Aurantii āā 50,0	P. liquirit. q. s. ut fiant pil. № 40
Tinc. Vanilae 1,0	DS. По 1 пилюле 2 раза в день
DS. По чайной ложке 2—3 раза в день	

Ergotini Bonjeani 2,0
Acidi phosphor.
Acidi citrici āā 1,0
Syr. rubi id. 20,0
Aq. destill. 180,0
DS. По чайной ложке 3 раза в день

В заключение никогда не следует забывать, в особенности это касается воспалительных процессов, п р о ф и л а к т и к и, этого краеугольного камня советской медицины.

Как дополнение к общему лечению нужно научиться пользоваться и психотерапией, которая во многих случаях дает весьма ценные результаты.

### Основы профилактики и значение социально-бытовых условий

Условия для возникновения того или иного патологического процесса могут быть экзогенные и эндогенные (экзогенные условия, извне идущие, эндогенные — условия со стороны организма).

Для наступления воспалительного процесса наиболее благоприятными условиями эндогенного порядка могут быть ин-

дивидуальные особенности организма (потеря крови, некоторые физиологические моменты). Наиболее важными физиологическими моментами являются роды, аборт и менструация, когда канал шейки, закрытый слизистой биологической пробкой, препятствующей проникновению бактерий в полость матки, оказывается открытым. Кроме того в указанные моменты полость матки представляет собой раневую поверхность, что облегчает возможность внедрения инфекции. Экзогенные условия, могущие служить причиной возникновения болезненных явлений, являются влияниями внешней среды. Задача профилактики и состоит в выявлении причин и условий того или иного процесса и их устранении.

Насколько важное значение имеет открытие причины, можно видеть хотя бы опять на примере инфекции: до тех пор пока причина заражения ран — инфекция — не была известна, смертность от родов и оперативных вмешательств была колоссальна. Открытие причины родило асептику и антисептику и свело процент заражений до минимума.

Профилактика осуществляется советским государством, различными общественными организациями и отдельной личностью. Взаимная связь — синтез — профилактики государственной, общественной и личной и обеспечивает реальные успехи профилактики — устранение причин и условий заболеваний.

Остановимся прежде всего на влияниях социальной среды. Динамика заболеваемости и смертности населения в классовом разрезе является показателем того социально-экономического строя, в котором живет большинство трудящихся. Буржуазия лишь постольку заинтересована в оздоровлении широких масс трудящихся, поскольку это вызывается необходимостью оградить свое собственное здоровье и благополучие от возможной опасности (инфекционные заболевания). Кроме того необходимостью оздоровительных мероприятий диктуется потребностью сохранения на определенном уровне армии безработных.

Только переход власти в СССР в руки рабочего класса создал условия для действительного оздоровления трудящихся. Чрезвычайно показательно в этом отношении резкое снижение инфекционных заболеваний, детской смертности, смертности от туберкулеза и пр. у нас в СССР за последние годы. Те же отношения существуют и в области женских заболеваний.

Успехи социалистического строительства, вовлечение все новых миллионов женщин в производство естественно ведут к изменению социально-бытовых и материальных условий и к повышению культуры в стране.

Социально-бытовые условия — это те условия, в которых человек рождается, развивается, работает, живет и умирает. Плохие социально-бытовые условия играют огромную роль в развитии целого ряда болезней, и женских в частности. Социально-бытовые условия влияют на организм женщины в самые различные моменты ее жизни. Уже в детском возрасте плохие социально-бытовые условия грозят рядом таких заболеваний, которые могут оставить на организме девочки следы на всю дальнейшую жизнь. Недостаток света, воздуха и питания несет часто рахит — английскую болезнь. Как одно из последствий рахита следует отметить неправильное развитие тазовых костей, что оказывает подчас огромное влияние на течение родов. Целый ряд наблюдений показал, что число узких тазов среди трудящихся гораздо выше, чем среди эксплуатирующих классов. Изнуряющий труд, полуголодное существование, постоянная угроза безработицы создают ряд таких условий, при которых нормального развития органы ребенка не получают. И если с этим сопоставить те условия, в которых работа протекает на наших фабриках, на наших заводах, где находят применения все формы и виды охраны труда, где сотни тысяч женщин участвуют в создании социалистических форм труда, где труд является «делом чести, делом доблести, делом героизма» (Сталин), то станет ясным, что в наших условиях возможно резкое снижение ряда гинекологических заболеваний.

С наступлением половой зрелости, т. е. времени появления первых месячных, ряд бытовых моментов могут повести за собой заражение женских половых органов. Как было уже указано, во время месячных имеются благоприятные условия для заражения ввиду того, что вход в матку, нормально закрытый, оказывается открытым. Так представляются еще и сейчас единичные факты половых сношений во время месячных, что часто вызывает тяжелое воспаление половых органов, а в редких случаях даже и смерть. Санитарное просвещение, здоровый труд, физкультура, половая гигиена есть залог устранения неправильных взглядов и предупреждение женских болезней, связанных с месячными.

Особо ранимым женский организм оказывается в период замужества, беременности и родов. Начало половой жизни часто приносит женщине бич современного человечества — триппер. Вскоре после полового сношения, при заражении триппером, женщина ощущает рези при мочеиспускании, появляются бели зеленого цвета и в обильном количестве. В дальнейшем болезнь, если нет лечения, перекидывается на трубы, яичники, брюшину, что ведет по выздоровлении очень часто к бесплодию женщин. Это играет известную роль в по-



нижении рождаемости. Среди причинных моментов большого распространения триппера решающую роль играет бесправное положение женщины. Безработица толкает женщин вначале на случайные половые связи, а затем на открытый путь проституции. В то время как проституция на Западе растет, у нас в Союзе подрублены основные корни этого зла; полная ликвидация безработицы, вовлечение все новых и новых кадров в производство экономически раскрепостили женщину, сделали ее равноправным строителем социалистического общества.

Наше государство вовлекает бывших проституток в производство, создает трудовые профилактории, где после излечения женщина научается здоровому труду и становится в одну шеренгу с женщиной-работницей.

В СССР закон ограждает женщину от заражения венблезью путем привлечения к ответственности того лица, который ее заразил. Кроме того при вступлении в брак брачащиеся осведомляют друг друга о состоянии здоровья, и в случае заражения виновный несет уголовную ответственность. Широкая сеть венерологических диспансеров, санитарное просвещение дополняют картину борьбы с этим злом.

Тяжелое экономическое положение женщин в России до Октябрьской революции вынуждало часто женщину-работницу в случае незаконной или нежелательной беременности из боязни потерять место на фабрике и в силу невозможности сделать аборт в медицинской обстановке идти к бабкам, знахаркам и ко всем тем, кто был не прочь поживиться на нечасти женщины-работницы.

Заражение крови, прободение матки и в лучшем случае тяжелое воспаление половых органов всегда оказывались в результате визитов к бабке.

Для работниц Советского союза это время отошло в далекое прошлое и не вернется никогда. Но в буржуазных странах и сейчас не одна сотня тысяч женщин гибнет от абортов, произведенных невежественными людьми. В одном Берлине заболевают ежегодно заражением крови после абортов у акушерок 75 тысяч женщин.

Понижение рождаемости в капиталистических странах пугает буржуазию, которой нужна армия солдат для новых империалистических войн. Условия капиталистического производства требуют наличия также постоянной большой армии безработных. Рост абортов находится в противоречии и с лицемерной буржуазной моралью и с догматами официальной религии как орудиями угнетения трудящихся.

Вот почему на Западе аборты запрещены.

40 миллионов безработных в капиталистических государствах (1932 год) с достаточной ясностью говорят об экономическом положении женщин на Западе в данный момент.

Экономический кризис ежедневно выбрасывает все новые тысячи безработных, среди которых имеется большой процент женщин. Тяжелое материальное положение семьи заставляет женщину-работницу все чаще и чаще прибегать к аборту. Но законы капиталистических стран направлены против работницы. Параграф 218 германских законов гласит: «5 лет тюрьмы для женщины, произведшей аборт».

И это в то время, как женщины зажиточных классов свободно делают себе аборт по медицинским показаниям в частных лечебницах, обходя таким образом параграф 218. Тысячи работниц сидят в тюрьмах за аборт, а сотни тысяч с кровотечением после работы бабок боятся обращаться в лечебницу, пугаясь наказания. Буржуазная мораль погрязла в противоречиях. Она делает вид, что не знает о тысячах умирающих и калечащихся женщин у бабок. Она делает вид, что не видит, как ежегодно тысячи трупиков извлекаются из вод реки Сены (Париж).

Религия спешит оправдать все эти преступления капиталистов. Уже не раз на протяжении истории религия стремилась подвести аборт под детоубийство. В VII веке христианский собор установил даже смертную казнь за аборт. Религия всегда является орудием угнетения и обмана трудящихся масс в руках господствующих классов.

Политика советской власти в вопросе об абортах исходит из совершенно других оснований. Каждая женщина имеет право произвести себе аборт. Этот аборт должен быть произведен в соответствующей больничной обстановке и опытным врачом.

Легализация абортов свела обращаемость к бабкам до таких низких цифр, которых не знает ни одно государство в мире; во многих местах бабки совершенно ликвидированы. Резко сократилась, понятно, и заболеваемость после абортов.

Но это отнюдь не значит, что аборт, произведенный в больнице, проходит бесследно для женского организма. Ряд осложнений, могущих произойти как во время операции, так и после, заставляют с осторожностью относиться к этому вопросу. Аборт и в медицинской обстановке есть зло, но неизмеримо меньшее, чем аборт у бабки. Вот почему правительство, легализуя аборт, подчеркнуло, что это мера временная, что по мере перехода к социалистическому обществу к аборту будут прибегать все меньше и меньше.

Социально-экономические условия до Октября 1917 года

вредно отражались и на здоровье женщины-крестьянки, давая и среди них большой процент женских болезней. Крайне ограниченная врачебная помощь в деревне и почти полное отсутствие родильных коек создавали такие условия, что крестьянки рожали с бабками, грязными руками которых вносилось заражение в половые органы, и не одна молодая жизнь погибала. Еще большее количество женщин после родов оставалось калеками.

По статистике в старой России ежегодно умирало свыше 40 тысяч женщин от различных осложнений, связанных с беременностью и родами.

Так было в деревне. А в городе, если с родильной помощью обстояло лучше, то женщине-работнице приходилось нести работу на фабрике чуть ли не до самого дня наступления родов.

Так обстоял вопрос до Октября. В настоящее же время женщина-работница по беременности освобождается сроком на 4 месяца; широкая сеть консультаций, рост ясельной помощи и т. д. уже не делают для женщины материнство обузой и несчастием.

В деревне широко разворачивается сеть акушерских пунктов и акушерских коек. Во многих колхозах уже и сейчас беременные женщины получают отпуск по беременности. В тысячах колхозов разворачиваются новые ясли. Самая система колхозов обеспечивает женщине помощь коллектива. Если при единоличном хозяйстве крестьянка вынуждена была работать в поле не только в последние дни беременности, но и во время болезни, то в колхозе больную женщину заменяет коллектив.

Замена тяжелого физического труда машинами оказывает огромное влияние на снижение и даже полное устранение целого ряда женских болезней. Тяжелый физический труд, связанный с подъемом непосильных для женщины тяжестей, вызывал при единоличном хозяйстве при соответствующих благоприятных условиях такое массовое заболевание среди крестьянок, как опущение и выпадение матки. В летнюю пору наклонное положение туловища во время беременности иногда приводило к неправильному членорасположению плода. Поперечное положение плода, требующее во время родов оперативной помощи, часто встречается именно у крестьянок, а в городе — у прачек, судомоек, принимающих во время работы наклонное положение. С применением машин все эти вредности производства устраняются.

Некоторые производства, особенно такие, работа на которых сопровождается вынужденным положением тела (работа на швейных ножных машинах) или вдыханием ядовитых паров и пыли (свинец, бензин и пр.), могут вызвать ряд рас-

стройств в половой сфере работницы — усиленные и болезненные месячные, загибы матки кзади, хронические воспаления матки и придатков. Проводимая в настоящее время коренная реорганизация старых заводов и фабрик, постройка новых, где все вредности данных производств в громадной степени нейтрализуются, ряд мер по охране труда, широко проводимая физкультура, особенно коррегирующая гимнастика и целый ряд других мероприятий позволяют утверждать, что так называемые профессиональные заболевания решающей роли в этиологии заболеваний женской половой сферы уже не имеют. Они сохраняют лишь некоторое значение для тех работниц, которые вступили в производство 25—30 лет назад.

Еще и сейчас работница несет помимо работы на производстве и работу по домашнему хозяйству и работу по уходу за детьми. Одно из обследований «бюджета времени» рабочих семейств показало, что если мужчины тратят на труд 52,4% времени, то женщины — 62,2%; если мужчины тратят на отдых 14,3%, то женщины — 9,8% и если мужчины тратят на сон 33,3% времени, то женщины тратят на сон всего лишь 28% времени. Но мы можем на сегодня уже сказать, что так было, частично еще есть, но что так не будет.

Гигантский рост промышленности и колхозного строительства вызывают естественно и огромный рост культуры. Идет новый быт. Общественное питание освобождает работницу от кухни; ясли обеспечивают спокойствие матери за здоровье ребенка.

Уже статистика 1926 года показала, какое огромное значение имеет рост культуры в деле снижения процента смертности. Если в 1896/97 году в европейской части России смертность мужчин была равна 34,2 на 1000 и женщин — 37,7, то в 1926 году по европейской части РСФСР смертность мужчин снизилась до 24,2% и женщин упала до 19%. Если в старое время женская смертность превышала мужскую, то в настоящее время смертность женщин во всех возрастах ниже смертности мужчин. Так в возрасте от 20 до 30 лет женская смертность ниже мужской на 12%, а в возрасте 30—40 лет — на 20% и т. д. В соответствии с этим и продолжительность жизни женского населения значительно увеличилась.

Революция, улучшив общие условия женщины, привела уже теперь к удлинению срока жизни женщины в среднем на 6 лет.

Дальнейшие успехи социалистического строительства создадут еще лучшие условия жизни, повысят культурный уровень страны, что даст еще большие результаты в деле снижения процента смертности и заболеваемости.

Ликвидация неграмотности, широчайшая сеть школ, рабочие факультеты, приток женщин-работниц в высшие учебные заведения не только повышают культуру женщин-работниц и колхозницы и все более снижают процент заболеваемости, но и дают новые кадры борцов на новый быт, за новые культурные достижения, за дальнейшие все новые и новые успехи на социалистическом фронте труда и быта. И вместе с тем все шире будут внедряться элементы личной профилактики.

Гигиена беременности, родов, послеродового и менструальных периодов станет достоянием каждой женщины.

По своей методике профилактика может быть абсолютной и относительной. Абсолютная профилактика преследует цель недопущения заболевания, а относительная — возможно раннее лечение уже возникшего болезненного процесса.

Примером проведения абсолютной профилактики является диспансерное обследование, примером относительной — раннее выявление раковых процессов у женщин, предварительно ознакомленных с картиной болезни.

Там, где причина болезни известна, профилактика дает огромные результаты. Но причинность некоторых видов женских заболеваний нам в точности неизвестна.

Вот почему на современном уровне наших знаний профилактика воспалительных процессов, осложнений беременности, профилактики смещений половых органов и травматических повреждений дает несомненно большие результаты, чем профилактика новообразований, где пока мы можем говорить главным образом об относительной профилактике, преследующей цель возможно раннего удаления новообразований оперативным путем.

Но пройдут годы, а может быть и дни и будет найдена причина возникновения опухолей. И тогда абсолютная профилактика заменит место относительной.

---

## ЧАСТЬ СПЕЦИАЛЬНАЯ

### СМЕЩЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

#### *Retroversio uteri*

Больная Б., жена рабочего, 68 лет, поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота и в области поясницы и бели.

Замужем 6 лет. 3 года назад были последние роды с нормальным послеродовым периодом. Считает себя больной уже давно. За время заболевания отмечает моменты особого ухудшения. Временами боли проходят и тогда беспокоят лишь бели. Больная неоднократно лечилась у разных врачей и теперь по совету одного из них, признавшего загиб матки, явилась в клинику для оперативного пособия.

**St. praesens:** больная среднего роста, пониженного питания и сложения. Длинная грудная клетка, слабая мускулатура, несколько выпяченный вперед живот и анемичный вид больной указывают, что больная астеничка.

**Вагинально:** шейка сверху, почти у самого симфиза, дно нормального по величине тела матки отклонено кзади, к крестцу, угла между шейкой и телом нет. Комбинированным методом матку легко удается вывести в нормальное положение. Придатки не определяются, но чувствительны при максимальном сведении пальцев исследующих рук. На пальцах, после исследования, — жидкие бели, молочного цвета на вид, в небольшом количестве.

При дальнейшем осмотре найдено: резко повышен коленный рефлекс, а глоточный понижен, ясно выражен клонус коленной чашки и болезненность в области солнечного сплетения. Моча нормальна.

Очень впечатлительная женщина, часто видит сны.

**Диагноз** кажется простым тем более, что он уже был поставлен до поступления в клинику больной. Подтверждение к этому мы нашли как будто и при нашем объективном исследовании. Однако это не совсем так. Найти те или иные изменения в половой сфере еще не значит найти причину основных жалоб больной. Вот почему мы должны внимательно проанализиро-

вать как анамнез, так и данные объективного исследования. Остановимся прежде всего на данных вагинального исследования. Мы обнаружили отклонение дна матки кзади, к крестцу, а шейку приподнятой вверх. Угол между шейкой и телом отсутствует. Это положение матки носит название *retroversio* (см. рис. 11).

Следует различать *versio* — наклонение и *flexio* — перегиб. *Versio* есть отношение продольной оси влагалища к продольной оси тела матки. В норме это отношение образует угол, отклоненный кпереди. Это будет *anteversio* — наклонение кпереди (см. рис. 10).



10. Нормальное положение матки

Помимо того при нормальном положении можно найти еще и перегиб между телом и шейкой, в виде тупого угла, что обозначается как *anteflexio*. В огромном большинстве случаев мы находим матку в *anteversio-anteflexio*. Значительно реже можно встретить только *anteversio*, без перегиба. В зависимости от разных отношений между осью влагалища и осью тела, с одной стороны, и углом между шейкой и телом, с другой стороны, следует различать помимо указанных положений *retroversio-retroflexio* (см. рис. 12).

Если угол между шейкой и телом будет найден острым, то можно говорить о чрезмерном загибе, *hyperanteflexio* и *hyperretroflexio* (см. рис. 13).

Таким образом например при положении матки с наклоном дна ее кзади и острым углом между шейкой и телом мы

будем говорить о *retroversio-hyperretroflexio*. Но так как при *hyperretroflexio* матка почти никогда не может быть с накло-



11. *Retroversio uteri*



12. *Retroflexio uteri*

нением кпереди, то можно ограничиться при этом только одним термином — *hyperretroflexio*.

Указанные виды имеют большое практическое значение. Меньшее значение имеет *torsio*, перекручивание матки в стороны, во-



круг неподвижной точки в области внутреннего маточного зева. Шейка в таких случаях остается на месте.

Известный интерес представляет *positio* — положение матки в целом, вместе с шейкой. Нормально она расположена в малом тазу таким образом, что внутренний маточный зев находится примерно на одинаковом расстоянии как от симфиза, так и от мыса крестцовой кости. Это *positio normalis*. Там, где матка целиком приподнята вперед, приближаясь следовательно к симфизу, можно говорить об *antepositio* (см. рис. 14).



13. *Retropositio uteri. Hyperanteflexio*

Так бывает, когда какая-либо опухоль, расположенная позади матки, смещает последнюю вперед, не изменяя при этом ни *versio*, ни *flexio*. Обратное положение, когда матка целиком отклоняется назад, к крестцу, носит название *retropositio*. Если внутренний маточный зев, а следовательно и матка, располагается выше, чем в норме, по отношению к горизонтальной плоскости таза, то говорят об *elevatio*. Если же матка смещается вниз, ко входу влагалища, говорят о *descensus* — об опущении. Максимальное опущение есть уже выпадение внутренних половых органов.



14. *Antepositio uteri. Яичниковая киста в заднем дугласовом пространстве*

Нормальное положение матки обусловлено нормальным тонусом матки, нормальным внутрибрюшным давлением, связочным аппаратом матки и мышцами тазового дна и хорошим тургором брюшных стенок. Взаимная связь между указанными

моментами и приводит к нормальному *anteversio-flexio*.

Различные отклонения от нормы являются следствием либо физиологических моментов и тогда они бывают временными,

либо бывают приобретенными и тогда они бывают стойкими. В последнем случае загибы матки кзади, представляющие наибольший клинический интерес, появляются нередко после родов вследствие неправильностей в послеродовой инволюции, на почве воспалительных процессов в заднем дугласовом пространстве и вследствие нарушения согласованности действия внутрибрюшного давления и брюшных стенок при астении или в послеродовом периоде. Болезненные явления от загибов матки иногда выступают на первый план в общей картине заболевания, чаще же они маскируются жалобами от более серьезных объективных изменений. Весьма нередко они вообще не имеют никакого отношения к жалобам больных. Это надо принять во внимание.

При разборе жалоб и нашей больной мы смелее пожалуй могли бы отнести большинство болевых симптомов у нее за счет *retroversio*, если бы матка была фиксирована кзади сращениями (см. рис. 21). Но нам удалось легко поставить матку в нормальное положение. Надо иметь в виду, что и здесь можно сделать ошибку. Дело в том, что иной раз, в особенности при напряжении брюшных покровов, матку не удается вывести из *retroversio* в *anteversio*. Это еще не значит, что у больной обязательно есть *retroversio uteri fixata*. Подобную ошибку может сделать и не только начинающий, тем более в случаях, где есть болезненность при попытках к выведению, которая может зависеть и от общего повышения чувствительности. Повторные исследования, в случае особой нужды под наркозом, исправят возможную ошибку.

Разобраться в сложном комплексе различных болевых ощущений больных, у которых обнаружены неправильные положения матки, представляет задачу подчас одну из труднейших и для врача-гинеколога и для врача-терапевта. Это может случиться и тогда, когда к врачу приходит больная с истероневрастией. Немало подобных больных встречается на амбулаторном приеме. Одним из них лечили колит, другим пришивали матку, третьим почку, четвертым производили операцию аппендэктомии. Все они ходят от одного врача к другому, меняя без конца терапию. Однако было бы легкомысленной ошибкой трактовать все болезненные явления у подобных больных за проявление истерии. Диагноз *hysteria* ставится нередко и там, где есть органический процесс.

От умения подойти к больной, от способности к анализу и синтезу будет зависеть вскрытие истинной природы заболевания.

Нашу больную мы не собираемся оперировать.

Астеническое сложение больной, ее общая повышенная впечатлительность и почти полное отсутствие глоточного рефлекса

Указывают пути, по которым мы должны направить наше лечение. Твердо и уверенно надо убедить больную, что болезнь ее не серьезна. Посоветуем ей для восстановления нормальной тургора брюшных стенок носить бандаж. Примем возможные меры против малокровия и рекомендуем ей укреплять брюшные стенки живота и мышцы тазового дна путем ежедневных гимнастических упражнений по утрам. Приседание и вставание, отведение ног вперед, назад и в стороны, а главное укрепление брюшных стенок при помощи привставаний лежа на кровати всем корпусом, при неподвижном положении ног, дает при регулярном применении хорошие результаты. Дадим совет больной для укрепления нервной системы производить холодные обтирания по утрам и чаще бывать на чистом воздухе. Если есть возможность, хорошо направить больную в Институт физических методов лечения для пользования душем Шарко. Прекрасно действует и гинекологический массаж, не только укрепляющий мышцы тазового дна, но и позволяющий врачу ежедневно воздействовать на психику больной, убеждая ее в улучшении болезненных симптомов.

Указанная терапия при терпеливом выполнении больной всех назначений дает удовлетворительные результаты. Оперативное пособие будет показано в случае *retroversio uteri fixata*, а в случаях подвижной *retroversio* лишь тогда, когда аномалия положения сопровождается усиленными менструациями и когда все консервативные методы оказались безрезультатными. Типичная операция при *retroversio* есть операция укорочения круглых маточных связок. Лучшим методом является метод Довери, при котором круглые связки пришиваются к апоневрозу.

Это одна из простейших гинекологических операций. По вскрытии брюшной полости, в стороне от разреза, делают небольшой гадрез апоневроза, через который проводят зажим Кохера в брюшную полость. Концом зажима захватывают круглую маточную связку, вблизи от угла матки, и извлекают ее сложенную в виде петли из брюшной полости наружу. Здесь пришивают ее к апоневрозу одиночными шелковыми швами. То же проделывают и с другой стороны. В результате матка становится в нормальное положение.

Профилактика загибов матки сводится, в особенности в период формирования женского организма и период послеродовой, к спорту, гимнастическим упражнениям и своевременным опорожнениям мочевого пузыря, переполнение которого является одним из моментов смещения матки кзади.

## Опущение влагалища

Больная В., 43 лет, крестьянка, беднячка, поступила в клинику с жалобой на выпадение матки.

В анамнезе — 8 родов и 2 аборта. Начало заболевания больная относит к периоду времени последних родов, бывших 2 года назад, после которых она и стала отмечать вначале чувство напирания на низ, а затем испытывать неудобство при ходьбе. Все эти явления постепенно усиливались. К ним с год назад присоединились учащенные позывы на мочеиспускание. Со стороны менструальной функции никаких отклонений от нормы не наблюдалось.

**St. praesens:** при осмотре половых органов найдено, из зияющей половой щели видна снаружи опухоль величиной со средних размеров яблоко, полукруглая, бледнорозового цвета, исчерченная поперечно идущими бороздами; промежность без повреждений. При натуживании опухоль увеличивается и в половой щели показывается шейка матки.

**Вагинально:** матка средних размеров, отклонена кзади, в *retroversio-flexio*, подвижна и свободно переводится в нормальное положение.

**Диагноз:** перед вами случай опущения половых органов. Диагноз при подобных заболеваниях почти всегда прост. Обычно больные приходят уже с готовым диагнозом, заявляя, что они страдают выпадением матки. Однако этот термин слишком общий и потому не следует ставить диагноз *prolapsus uteri* там, где есть в действительности опущение — *descensus*.

Следует различать опущение от выпадений и делать различие между выпавшими органами. Чаще всего опускается передняя стенка влагалища. Реже задняя. В первом случае, при *descensus pariet. vaginae anterior*, обычно смещается анатомически связанный с этим отделом мочевого пузырь, что носит название *cystocele*. При *descensus pariet. vaginae posterior* иногда можно видеть старый разрыв промежности и довольно редко так называемое *rectocele*, когда через стенку влагалища выпадает прямая кишка.

В таких случаях изогнутый палец, введенный во влагалище, можно провести в отверстие прямой кишки. Часто можно видеть комбинацию опущений как передней, так и задней стенок влагалища. Матка обычно следует за опущенными стенками, опускаясь все более и более к выходу. Когда вся влагалищная трубка лежит уже вне половой щели и свисает следовательно между бедрами в виде опухоли, говорят о полном выпадении влагалища — *prolapsus vaginae totalis*.

Матка тогда может быть найдена или только резко опущенной или же выпадению влагалища сопутствует полное выпадение матки — *prolapsus uteri totalis*.

В последнем случае, т. е. при *prolapsus vaginae et uteri totalis*, пальцами исследующих рук ясно можно ощущать все выпавшее тело матки (см. рис. 15).

Для решения вопроса, имеется ли полное выпадение матки или же только ее резкое опущение, пальцы обеих рук располагаются вертикально, одна сверху, другая снизу, приближая их как можно ближе ко входу во влагалище. Если при этом между пальцами не ощущается ни шейки, ни тела матки, то налицо полное выпадение матки; дно ее тогда можно найти несколько ниже, удаляя сведенные пальцы от входа. Между двумя крайностями, полным выпадением и неполным, могут быть различные переходы. Иногда встречается значительное удлинение шейки — *elongatio colli* — или на почве застойных явлений в матке, вследствие сдавления вен при перегибе широких связок при опущениях матки, появляются усиленные менструации, бели и боли в области поясницы. В запущенных случаях можно видеть огромные опухоли между бедрами, до размера детской головки. Растянутые стенки влагалища вмещают тогда не только выпавшую матку, но и петли тонких кишок. Как правило обширные изъязвления на почве трофических расстройств, а также и механического раздражения от трения при ходьбе, обычно в виде островков по бокам влагалища и на шейке матки, сопровождают эти колоссальные грыжи.



15. *Prolapsus uteri*

У нашей больной процесс опущения еще не зашел так далеко. Как видно из вышеизложенного, у нее имеется лишь довольно значительное опущение передней стенки влагалища. Смесать с каким-либо другим заболеванием это опущение вряд ли возможно. В редких случаях можно принять за выпадение передней стенки кисту влагалища. Развиваясь из эмбриональных зачатков влагалищной трубки, кисты эти обычно бывают не-

большой величины — с горошину. Достигая однако величины с куриное яйцо и более, они, выступая из половой щели в виде полукруглой опухоли, покрытой гладкой слизистой влагалища, могут симулировать выпадение. Один наружный осмотр при этом может легко привести к ошибке, если не обратить внимание на отсутствие поперечных складок влагалища. Разрешает ошибку только вагинальное исследование, при котором ясно ощупывают опухоль, не исчезающую при сдавлении, легко смещающую и обнаруживающую флюктуацию. Анамнез указывает обычно на медленный рост опухоли. Женщина жалуется помимо ощущений неловкости еще и на неудобство при половом сношении.

Смешать опущение с выворотом матки вряд ли возможно. При вывороте видна опухоль яркокрасного цвета, плотная наощупь. Скорее по форме и консистенции можно принять за выпадение влагалища выворот мочевого пузыря при больших мочеполовых свищах. Но опять яркокрасная, воспаленная слизистая оболочка мочевого пузыря, при жалобах больной на недержание мочи, предостерегает от поспешного диагноза.

У нашей больной имеются лишь частые позывы на мочеиспускание, которые несомненно объясняются опущением вместе с передней стенкой влагалища и пузыря. Сместившаяся часть мочевого пузыря лежит ниже отверстия мочеиспускательного канала и этот отдел не опорожняется при мочеиспускании. Поступающие свежие порции мочи вновь переполняют пузырь, что и ведет к частым позывам на мочу. В отличие от уретрита резей при этом не бывает, а при спокойном положении, когда выпавшая стенка влагалища, а с ней вместе и мочевой пузырь ставятся почти в нормальные условия, мочеиспускание становится обычным.

Пройдет 3—4 дня и у нашей больной под влиянием постельного режима можно будет отметить значительное улучшение всех симптомов, но стоит лишь ей опять приняться за тяжелую физическую работу, как все явления вновь дадут себя знать. Это потому, что в этиологии выпадения половых органов играет первенствующую роль тяжелый физический труд, связанный с подъемом тяжестей.

Разрывы промежности, многочисленные роды, несомненно ослабляющие связочный аппарат матки и сопровождающиеся разрывом отдельных пучков *levat. ani*, имеют значение лишь как предрасполагающие моменты, так как можно видеть в редких случаях женщин, страдающих опущениями, ни разу не рожавших. Нередко опущениям половых органов сопутствует

общий энтероптоз. Тот факт, что не все женщины, несущие подобного рода труд, страдают опущениями, говорит за то, что конституциональные особенности при этом заболевании играют огромную роль. Но дело не только в чисто физических моментах. Ведь, как было уже указано выше, опущением и выпадением половых органов страдают преимущественно крестьянки. Если проанализировать моменты, которые заставляли нашу больную вскоре же, на 3—4-й день после родов, выполнять тяжелую физическую работу, то станет ясным, где искать истинные пути профилактики. Единоличное хозяйство приводит женщину к тяжелой физической работе, к чему присоединяется воспитание детей. Другое дело при коллективном хозяйстве. Здесь всегда обеспечена помощь коллектива. Во многих совхозах и колхозах уже и сейчас женщины освобождаются от работ в последние месяцы беременности.

Вот почему в основе профилактики опущений и выпадений половых органов лежит изменение форм быта, переход единоличных бедняцких и середняцких хозяйств к коллективизации. В настоящее время в основном организационный период колхозного строительства закончен. Машинные способы обработки полей устраняют тяжелый физический труд. В совхозах и колхозах задача врача заключается в том, чтобы, учитывая многогранность форм сельскохозяйственной работы, способствовать переводу женщин с обремененной недостаточностью тазового дна на более легкие виды работы.

Так вопрос обстоит в деревне. В городе же, где развитие производственных сил до Октября шло в ином направлении, условий для возникновения опущений и выпадений половых органов у женщин было меньше. Вот почему и процент заболеваемости в этом отношении в городе меньше, чем в деревне. В данный момент при новых формах труда, в условиях новой и новейшей техники не осталось и причин, вызывающих выпадения и опущения.

**Лечение** имеющихся выпадений и опущений сводится главным образом к оперативному вмешательству.

Консервативные методы состоят в назначении влагалищных колец, массажа влагалища и спринцеваний. Из колец лучшими являются кольца Мейера, круглые.

Кольца бывают разных размеров. Если имеется под руками целый набор, то примеряют их одно за другим, вставляя так, чтобы отверстие кольца вошло на шейку матки. Подходящим следует признать то, при котором оно при нагуживании не выпадает из влагалища, а женщина не ощущает присутствия инородного тела. Тогда измеряют диаметр кольца и указывают его в рецепте.

Так как далеко не всегда набор может быть под руками, то можно ограничиться общим указанием в рецепте, что требуется кольцо малого размера, среднего или большого.

При проведении этого вида лечения больной необходимо назначить дезинфицирующие спринцевания и нужно предложить ей показываться периодически для осмотра. Это делается потому, что постоянное пребывание во влагалище кольца (половым сношениям оно почти не мешает) может повести к изъязвлению и даже некрозу влагалищных стенок от давления, что требует своевременного перерыва в ношении кольца. Уже имеющиеся изъязвления до вставления кольца необходимо залечить прижиганиями 5% раствора ляписа и вяжущими спринцеваниями.

Ввиду того, что хирургическое вмешательство при опущениях и выпадениях половых органов является относительно безопасным, кольца все меньше и меньше находят себе применение. Их лучше оставить лишь для тех случаев, где есть противопоказания к операции. Сюда прежде всего следует отнести старческий возраст.

Касаясь методов оперативного пособия, приходится отметить, что количество их растет с каждым годом. Это указывает на то, что верных методов, гарантирующих на 100% от рецидивов после операций, нет.

При выборе метода весьма важно иметь в виду, что не каждый метод может быть приложен к одной и той же больной; иначе говоря, каждый метод требует своих показаний.

Все способы в огромном большинстве случаев сопровождаются пластической операцией — кольпоррафией, которая состоит в иссечении влагалищных лоскутов, с целью сузить влагалищную трубку, ушивая фасции и мышцы.

Эту операцию как весьма распространенную мы опишем подробнее.

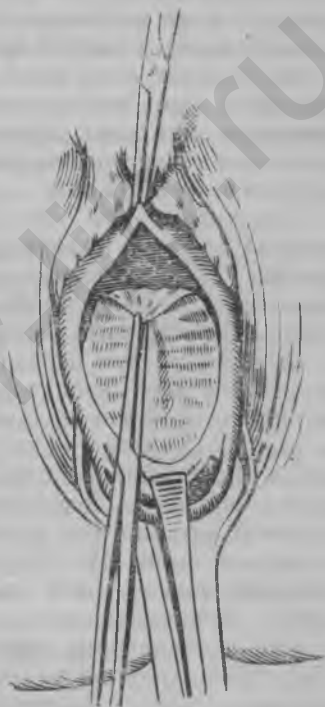
При colporrhaphia anterior оператор, натянув левой рукой при помощи пулевых щипцов влагалищную часть по направлению книзу и к себе, правой рукой вырезывает лоскут опущенной слизистой влагалища в виде овала (см. рис. 16). Разрез проводится от шейки матки, на поперечный палец отступая вверх, не доходя до отверстия уретры приблизительно на 2—3 см. Боковые границы также должны быть отмечены заранее глазом, иначе при последующем сшивании краев слизистой может оказаться, что удаленный лоскут был или слишком мал, или, наоборот, слишком велик. В последнем случае при наложении швов они будут прорезываться ввиду сильного натяжения и большая часть раны тогда заживает вторичным натяжением. Нужно также не забывать при разрезе, что слизистая



оболочка при выпадениях бывает различной толщины благодаря гипертрофии. Скальпель прорезает либо только слизистую, до следующей за ней предпузырной фасции, либо рассекает и последнюю, доходя до опущенной стенки мочевого пузыря.

Как поступить—будет зависеть от оператора. Проще и лучше дойти только до предпузырной фасции. При известном навыке разрез попадает в надлежащий слой. В таком случае весь лоскут легко снимается, как перчатки с рук, при потягивании за верхний край разреза, захваченный зажимом Кохера. Из обнаженной поверхности всегда кровоточит. Видимые мелкие сосудистые веточки следует перевязать тонким кетгутом. Вслед за этим обычно идет зашивание краев раневой поверхности, лучше всего одиночными кетгутовыми швами, прилаживая края разреза друг к другу для лучшего заживления.

При значительном *cystocele* необходимо перед зашиванием слизистой поставить мочевой пузырь в возможно нормальные анатомические условия. Этого можно достигнуть очень просто, наложив на опущенную часть пузыря обычный кисетный шов, как при погружении аппендикса. Но это будет несовершенный метод. Лучше, но значительно сложнее, отслоить мочевой пузырь вверх, за симфиз. Для этой цели предпузырная фасция ножницами Купера рассекается внизу, в поперечном направлении, несколько отступив от нижней границы разреза слизистой. Это можно сделать во избежание ранения пузыря под контролем металлического катетра, введенного в пузырь. Затем небольшим тупфером на зажиме Кохера проникают через надрез вверх, под слой предпузырной фасции, отделяя при этом смещенную часть пузыря со всех сторон, за симфиз. Как только это будет сделано в достаточной мере, вводят указательный палец левой руки под фасцию, где оказалось свободное пространство после отделения мочевого пузыря



16. Colporrhaphia anterior

и, под контролем этого пальца, смело разрезают в продольном направлении изолированную фасцию. Образовавшиеся два лоскута ушивают, в виде двубортного пальто, над отсепарованным мочевым пузырем, захватывая в швы глубже лежащие ткани с мышцами шейки матки.

Таким образом прочно закрывается люк, в который при всех прочих методах возможно повторное опущение мочевого пузыря. Рекомендуемый способ имеет под собой анатомическое обоснование тем более, что удерживает матку именно связочный аппарат, а не растяжимая слизистая. Вот почему при зашивании только слизистой бывают сравнительно часто рецидивы.

Из осложнений при операции передней кольпоррафии при всякой методике необходимо отметить возможное повреждение мочевого пузыря. Кровь в моче при катетеризации может подтвердить в случае сомнений такого рода хирургическую травму.

Отчаиваться при этом отнюдь не следует, так как свежие ранения мочевого пузыря дают при зашивании весьма хороший прогноз. Найдя свищевое отверстие, в случае нужды при помощи катетра, введенного в уретру, следует зашить его, положив один кисетный погружной шов, а сверху ряд одиночных.

Мочеточник при передней кольпоррафии повредить трудно, так как он находится вдали от операционного поля. Вторая неприятность может получиться при отслойке мочевого пузыря по вышеуказанному методу. Отделяя его сзади, от шейки, и слишком углубляясь в стороны, по боковой поверхности шейки, можно поранить довольно крупную цервикальную веточку маточной артерии или даже самый ствол артерии, проходящий несколько выше. Из нее фонтаном брызжет кровь. Зажимом Пеана и последующей лигатурой на игле это кровотечение быстро останавливается.

При составлении плана операции задней кольпоррафии или, вернее, кольпоперинеоррафии (так как восстанавливается при этом обычно и промежность) надо учесть в каждом отдельном случае, будет ли женщина в дальнейшем рожать и живет ли она половой жизнью. При отрицательных ответах промежность можно сделать высокой, что несколько лучше в отношении прочности операции. В зависимости от желаемой высоты промежности захватывают зажимами Пеана участок в месте слияния малых губ с большими то выше, то ниже спайки. Приближая зажимы друг к другу, можно видеть, какова будет промежность. Затем берут на пулевые щипцы или в зажим Кохера слизистую влагалища в центре, возможно дальше от спайки, примерно на расстоянии 6—8 см, судя по степени опущения задней стенки влагалища.

Теперь, потягивая за наложенные зажимы Пеана в стороны, а взятую в центре на пулевые щипцы слизистую вверх, можно хорошо видеть фигуру опущенной слизистой в виде треугольника. Если от зажимов Пеана провести мысленно две линии, вблизи к центру, так чтобы они сошлись приблизительно на середине протяжения промежности, то получится участок слизистой ромбовидной формы, который и подлежит удалению (см. рис. 17).

Как и при передней кольпоррафии, разрезы проводятся скальпелем, причем особенно желательно дойти только до фасции. Это значительно облегчает удаление лоскута тупым путем. Ножницы Купера помогут при этом, а также и при иссечении имеющихся рубцов на месте старых разрывов промежности. Кровотечение из раневой поверхности при этом бывает обычно здесь более значительным, чем при передней кольпоррафии. Остановить его можно только быстрым наложением швов, которые нужно положить в два слоя. Первый слой глубокий, из одиночных кетгутовых швов, накладывается с расчетом захватить не только тазовую фасцию, но и по сторонам расположенные пучки *levat. ani*.

Это весьма важный момент операции. Чем отчетливее он может быть выполнен, тем лучше будут результаты. Наложение швов лучше производить под контролем пальцев левой руки, которые по сторонам довольно ясно могут ощупать в виде вала мышечные пучки. При этом захватывать необходимо все подлежащие ткани, чтобы проведенный через все слои шов был почти не виден для глаза. Это гарантирует лучший гемостаз и лучшее заживление.

Как только первый ряд швов закончен, следует наложить второй ряд, который должен сблизить края раневой поверхности. Эти края слизистой оболочки можно приблизить друг к другу при помощи непрерывного кетгута. Кожа должна быть сшита шелком.

Из осложнений, возможных при операции кольпоперинеоррафии, следует отметить ранение прямой кишки и вскрытие заднего дугласова пространства. То и другое требуют наложения швов и не представляют большой опасности. При излишнем усердии оператора можно при наложении глубокого ряда швов зашить наглухо самый просвет прямой кишки. Но это уже курьезное осложнение.



17. Colpoperineorrhaphia

Пластической операции бывает достаточно лишь при средней степени опущения. При значительных опущениях обеих стенок к операции кольпоррафии присоединяют фиксацию матки путем чревосечения. Обычно при этом производят операцию по методу Леопальда-Черни, при котором по вскрытию брюшной полости матка пришивается к брюшным покровам шелковыми швами, проходящими через всю толщу брюшных покровов, начиная с апоневроза. Одиночные швы, в количестве 3—4, проходят по одну сторону разреза, при лапаротомии по средней линии, затем захватывают тело матки и переходят по другую сторону разреза.

Серозный покров матки перед завязыванием узлов соскабливается скальпелем, чтобы матка приросла к брюшным покровам, что делает фиксацию более надежной. Одновременно производится стерилизация, которая показана при выпадениях половых органов. Однако если женщина хочет еще иметь детей, то операция фиксации матки по указанному методу будет противопоказана. Тогда лучше произвести операцию Долери, если имеется неправильное положение матки. При этой операции, как вам уже известно, круглые связки пришиваются к апоневрозу. Но эта операция при выпадениях мало надежная, так как круглые связки растягиваются.

*Ventrofixatio uteri* по методу Леопольда-Черни в комбинации с пластической операцией дает довольно удовлетворительные результаты. Одной вентрофиксацией, в особенности при *cystocele*, никогда не бывает достаточно.

Как было уже указано, эти операции являются наиболее распространенными и наиболее простыми по технике. Однако не для всех случаев выпадений они могут быть пригодными. При полном выпадении матки и влагалища в возрасте, близком к климактерии, тем более при сопутствующих больших язвах и резко увеличенной шейке, будет несомненно лучшим полная экстирпация матки по методу Pozzi, при котором иссекаются одновременно большие лоскуты влагалища.

Разрез при этой операции ведется в виде ромба, в центре которого будет шейка матки.

Отсепарованными лоскутами закрывается изъязвленная шейка матки при помощи крепких дуаеновских зажимов. В дальнейшем операция ведется по методу обычной влагалищной экстирпации, к которой добавляется *colporperineorrhaphia*.

При значительном *cystocele* хорошим методом, при небольшой величине матки, в пожилом возрасте, является операция под названием *interpositio uteri*. При этом способе матка ста-

вится, правда, в антифизиологические условия, экстраперитонеально, но она создает несомненно прекрасный пелот для мочевого пузыря.

Такого рода операцию мы и произведем нашей больной. Этот метод для данного случая мы выбираем еще и потому, что больной 43 года, у нее имеется загиб матки кзади и к тому же она нуждается в стерилизации.

Операцию лучше начинать по средней линии продольным разрезом слизистой, верхней и нижней границей которого будут те же пункты, что и при передней кольпоррафии. Рассечь здесь следует как слизистую, так и предпузырную фасцию до мочевого пузыря (вернее, до рыхлой клетчатки, окружающей пузырь). Тупфером, взятым на зажим Пеана или корнцанг, отделяют мочевой пузырь вверх, за симфиз, как в одном из рекомендованных выше методов для устранения cystocele. Но при данной операции его отстраняют вверх, насколько только возможно, для обнажения брюшинной складки переднего дугласова пространства. Как только последняя будет найдена, ее вскрывают, между щипцами, ножницами Купера. Образовавшееся отверстие в брюшную полость несколько расширяют и при помощи пулевых щипцов матку выводят наружу, так чтобы все тело ее было в руках оператора. После стерилизации (здесь обязательной) верхний листок вскрытой складки брюшины пришивают одиночными кетгутowymi швами к задней поверхности матки в области шейки. Затем заправляют тело матки так, чтобы можно было покрыть ее слизистой оболочкой, так как при этом всегда оказывается избыток слизистой влагалища, его срезают в виде овала, после чего остается только наложить швы на слизистую, захватывая (через один шов) и мышцу матки.

Если нужно, к операции присоединяют кольпоперинеоррафию. В нашем случае этого не требуется.

Самое трудное для начинающего при этом методе — разыскать складку брюшины дугласового пространства. Вот почему следует в первый момент операции дойти до пузыря, разрезав предпузырную фасцию, так как в противном случае отслойка пузыря пойдет в ненадлежащем слое и тогда в отделяемые ткани будут неизбежно вовлечены и мышцы шейки матки, что и запутает ход операции.

Второе осложнение может быть по вине оператора, если к оперативному пособию было приступлено в момент предменструальной гиперемии матки или тотчас после регул. В таких случаях бывают досадные кровотечения из уколов матки пулевыми щипцами. Его можно остановить только продолжительной тампонадой, что значительно удлинит операцию.

Третье осложнение может обнаружиться в позднем послеоперационном периоде, если женщина с *interpositio uteri* забеременеет, что требует кесарского сечения. Вот почему резекция труб будет лучшим методом стерилизации при этой операции. Вот и все осложнения. О случайных ранениях пузыря говорилось уже выше. О случаях ранения кишечника при вскрытии складки брюшины нам неизвестно.

Как видно из описания хода операции, ее нельзя производить при наличии сращений позади матки.

В заключение следует еще раз подчеркнуть важное значение профилактики при опущениях и выпадениях половых органов как в крестьянском быту, так и на предприятиях, связанных с подъемом больших тяжестей.

## ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

### Неполный аборт

Больная С., 38 лет, член колхоза, поступила в клинику с жалобами на сильное кровотечение.

Менструации с 14 лет по 3—4 дня каждый месяц до последних, десятых по счету срочных родов, после которых крови стали приходить нерегулярно, через 2—2½ недели. Год назад, после трехлетнего бесплодия, наступила 11-я беременность, закончившаяся выкидышем на 5-м месяце, по словам больной, от ушиба.

В течение последних 3—4 лет отмечает появление жидких белей, в небольшом количестве, белого цвета.

Настоящее кровотечение началось при появлении схваткообразных болей, еще 2 недели назад, после предварительной задержки менструаций в течение 6 недель. Вчера с вечера кровотечение усилилось. Всю ночь шли сильно крови.

**St. praesens:** б-ная крайне бледна. Пульс 110, слабого наполнения.

**Вагинально:** шейный канал раскрыт, в зеве прощупывается мягковатая неровная ткань, нераздавливающаяся между пальцами. Матка увеличена против нормы вдвое (см. рис. 18), размягчена, t°—N.

На пальцах после исследования — яркая кровь.

Итак, основной симптом у нашей больной сильное кровотечение. Уже по анамнезу, где отмечена перед кровотечением задержка, нужно думать об аборте.

И действительно увеличенная, размягченная матка, открытый канал шейки говорят за нарушенную маточную беременность. Ткань, выступающая из шейки, несом-

ленно послед (сгустки крови раздавливались бы между пальцами, а гладкий по о щ у щ е н и ю полип сидел бы на ножке) (см. рис. 40).

Нам остается лишь выяснить причину аборта и определить вид и степень его инфекции.

Попытки к искусственному прерыванию беременности, эндометрит, сифилис и недоразвитая матка являются основными и наиболее главными причинами выкидышей. К более редким относятся причины, препятствующие росту матки вследствие ли перегибов ее кзади, сращений позади матки или раз-



18. Неполный аборт: канал открыт, зев пропускает палец.  
1 — остатки плодного яйца; 2 — сгустки крови

личных опухолей живота — кист яичника, миом (особенно внутрисвязочных), опухолей печени, селезенки и пр. Острые как общие, так и местные инфекции, как то: скарлатина, тиф, воспаление легких, грипп, аппендицит, пиелит и пр., также могут повести к аборту. Действуют также и хронические инфекции, причем помимо сифилиса и далеко зашедший туберкулез вследствие токсического воздействия на плод прерывает беременность. Декомпенсированные пороки сердца, хронический нефрит вследствие расстройств плацентарного кровообращения иногда являются причиной аборта. В некоторых случаях вызывают аборт и медикаментозные интоксикации: алкоголь, сабина, большие дозы аюве. Большой слабой как аборт-

тирующего средства пользуется марганцевокислый калий кстати сказать, далеко небезразличное средство вследствие перехода под влиянием этого лекарственного вещества гемоглобина крови в метгемоглобин.

Наконец среди этиологических моментов аборта довольно часто фигурирует физическая травма: подъем тяжести, падение, удар в живот и пр. Чаще эти моменты действуют при наличии предрасполагающих условий.

Возвращаясь к нашей больной и прилагая к ней все из вышеизложенных причин, мы легко можем исключить и недоразвитие матки (ведь наша больная многорожавшая женщина) и инфекции и медикаментозные интоксикации. Матку мы нашли в правильном положении, никаких опухолей не было обнаружено, почему думать о каких-либо препятствиях для роста матки нет данных. Травмы не было. Остаются лишь две причины: сифилис и эндометрит. Но можно ли думать о сифилисе у женщины, которая так прекрасно родила нескольких доношенных, здоровых детей. Только не найдя других объяснений, показана была бы реакция Вассермана.

Есть все основания полагать, что предрасполагающая причина аборта в данном случае — эндометрит, клиническим симптомом которого обычно являются расстройства менструаций и бели (см. анамнез).

Какой же вид аборта перед нами?

У нашей больной канал шейки свободно пропускает палец, и в зеве прощупывается плацентарная ткань. Плод был слишком мал, и больная могла не заметить его среди массы жидкой крови и сгустков.

Ясно теперь, что перед нами *abortus incompletus*. Судя по нормальной температуре, надо думать, что случай неинфицированный.

Терапия — выскабливание, но если по тем или иным соображениям вы не сможете приступить к этому, я советую вам в таких случаях после тщательной дезинфекции рук зайти в полость матки одним или двумя пальцами и выделить им 1 послед, помогая левой рукой, охватывающей матку через брюшные покровы.

Впрочем это далеко не во всех случаях возможно. Иногда исследующий палец наталкивается на непреодолимое препятствие — канал шейки оказывается закрытым. В случае угрожающего кровотечения тогда остается одно из двух: либо крепко затампонировать влагалище, либо решиться на радикальное вмешательство — произвести выскабливание.

Операция в нашем случае и для начинающего не представляет больших затруднений. Ведь канал шейки открыт и бере-



меньность небольшая. Но такие благоприятные условия для производства операции бывают далеко не всегда. Если говорить не по отношению к данному случаю, то следует сказать, что операция выскабливания беременной матки представляет операцию простейшую и в то же время одну из труднейших. Эта противоречивость понятна, если представить себе все возможные осложнения в момент операции. Впрочем они встречаются сравнительно редко.

Непосредственно перед операцией всегда нужно убедиться, в каком положении находится матка, а перед производством полного аборта также и выяснить, нет ли противопоказаний к операции. При подостром воспалительном процессе в придатках или при гнойных белях (гоноррея) следует воздержаться от вмешательства. Для операции должен быть готов стерильный набор инструментов для выскабливания. В этом наборе должны быть расширители Гегара, лучше всего для производства полного аборта через полномера. Всего расширителей 24 номера, начиная с 4-го. До 10-го номера в некоторых наборах и имеются полномера. Кроме расширителей должны быть готовы абортцанг, кюретки как тупые, так и острые различных размеров, маточный зонд и плейфер. Конечно необходимы пара хороших пулевых щипцов и зеркала. Если все готово, можно приступать к выскабливанию, предварительно приготовив свои руки к операции.

Вам конечно известна методика подготовки рук перед операцией, но нелишне будет еще раз осветить этот вопрос.

Причина инфекции есть микроб. Для того чтобы устранить эту причину, есть два пути. Один путь лежит в устранении микробов путем антисептических растворов, второй путь — путь профилактики, путь недопущения инфекции к рукам хирурга и недопущения уже инфицированных рук хирурга к тканям больного организма. Первый путь есть путь антисептики, второй путь — путь асептики. На современном уровне наших знаний синтез асептики и антисептики обеспечивает максимальное ограждение больного от инфекции.

В настоящее время применяются хирургами методика обработки рук по Фюрбрингеру, с предварительной механической очисткой рук при помощи щеток и горячей воды с мылом в течение 15 минут и последующим обтиранием рук спиртом и обмыванием сулемой, методика Альфельда (дезинфекция горячей водой и алкоголем). Методики расходятся только в частности. Большинство хирургов уже оставлено длительное мытье рук щетками с мылом и центр внимания переносится на мытье рук спиртом (в чистом виде или с таннином).

В недавнее время предложена обработка рук раствором аммиака (Спасокукоцкий). Руки моются стерильной марлей в стерильном тазике, в котором налит  $\frac{1}{2}\%$  раствор аммиака на горячей воде, в течение 5 минут в два сеанса по  $2\frac{1}{2}$  мин., со сменой растворов и марли. После аммиака без предварительного обмывания водой руки протираются в течение 5 минут марлей, смоченной в спирте. Иодом не пользуются.

Многочисленные способы обработки рук свидетельствуют о том, что и в этом вопросе еще не сказано последнего слова. Посевы с рук хирурга во время хода длительных операций показывают, что руки не всегда остаются стерильными на всем протяжении оперативного вмешательства. Вот почему центр внимания в вопросе о стерилизации рук должен быть направлен к недопущению инфекции на руки хирурга. Поэтому сама по себе методика обеззараживания рук не играет решающей роли. Важно усвоить какой-либо один метод и помнить, что асептика важнее антисептики.

Кто хочет получить наименьшее количество инфекций после операций, тот наряду с пристальным вниманием за методами кипячения инструментов и обеспложивания материала для операций должен беречь свои руки от источников заражения. Подальше руки от септического больного, подальше руки от непосредственного соприкосновения с чистыми тканями, подальше больного от возможных источников заражения. Септические микробы не летают, но передаются при помощи рук, суден, белья, инструментов и пр. Для содержания рук в чистоте лучше всего пользоваться перчатками как для влагалищного исследования, так и для операций.

Мы в операционной применяем следующую методику обработки рук. Прежде всего при помощи ножниц очищаются ногти и ногтевое ложе, затем в течение 3—5 минут применяется мытье рук теплой водой с мылом двумя щетками, после чего руки, предварительно насухо вытертые стерильным полотенцем, протираются марлей, смоченной в спирте в течение 2 минут. Если есть перчатки, их одевает операционная сестра, а если нет, то к вышеуказанной обработке рук добавляют смазывание ногтевых пространств иодом.

Больной накануне операции назначается ванна. На операционном столе при сомнительной чистоте кожных покровов производится предварительная очистка кожи бензином, а затем смазывание поля операции  $10\%$  раствором иода (метод Гроссига).

Значительно труднее дезинфицировать вагинальную трубку. Конечно самое лучшее взять мазок из влагалища и если будет найден первая степень чистоты, то вообще можно отказаться

от дезинфекции. Но практически это далеко не всегда доступно. Вот почему приходится почти всегда перед операцией приготавливать влагалище. Методика, применяемая с этой целью в клинике, различна в зависимости от рода болезни, особенностей операции и пр. Перед операцией аборта мы обычно промываем влагалище раствором сулемы, затем протираем спиртом и наконец шейку матки и вход в канал 3% раствором иода (крепкие растворы иода здесь вызывают ожоги и последующее слущивание эпителия).

Теперь перейдем к описанию техники производства операции выскабливания.

После обнажения влагалища зеркала шейки матки берутся на пулевые щипцы. Одними из них лучше захватить верхнюю губу, другими нижнюю. При загибах матки кзади следует потягивать только за верхнюю губу, а при резких перегибах кпереди — за заднюю. Перед введением маточного зонда лучше еще раз протереть канал шейки спиртом. Зонд с делениями нужно вводить, как и расширители, обязательно в направлении маточной полости, т. е. если матка была кпереди, то и зонд следует вести кпереди, а если матка была кзади, то и зонд следует вести кзади. Этим устраняется до известной степени возможность перфорации матки в первый же момент операции. Если зонд не идет, ни в коем случае не нужно форсировать его проведение, так как можно проложить при этом ложный ход. В таких случаях нужно попытаться провести в полость матки вначале расширитель Гегара самого малого размера, а затем уже зонд. Вслед за зондом вводятся расширители. Наибольшее препятствие они встречают обычно при прохождении внутреннего маточного зева. Как только это препятствие пройдено, дальше идти не следует, так как в противном случае, если послед расположен близко к зеву, произойдет отслойка последа и как следствие этого преждевременное кровотечение. В этот момент женщина должна лежать на кресле спокойно, так как при движениях инструментами легко можно поранить матку. Оператор одновременно должен внимательно следить за тем, как реагирует больная на расширение, которое является наиболее чувствительной частью операции. В редких случаях, в особенности при выскабливании у первобеременных, может случиться болевой шок. При его тяжелых формах мы имеем возможность наблюдать наряду с бледностью лица и расширением зрачков резкую адинамию сердечной деятельности (исключить внематочную беременность!). В таких случаях показан немедленный эфирный рауш-наркоз. Под наркозом пульс замедляется, все явления исчезают и оператор может спокойно продолжать выскаб-

ливание. Однако принципиально все выскабливания лучше производить без наркоза, так как благодаря общей анестезии расслабятся все мышечные ткани, а в том числе и маточные. Это ведет часто к атонии, на почве которой наступает очень сильное кровотечение. Вот почему если вы все же вынуждены будете производить операцию под наркозом, то при потере тонуса матки не забудьте тотчас снять маску.

До которого номера следует производить расширение?

При беременности например 2 месяцев достаточно раскрыть зев до 12-го номера, но для начинающего лучше расширять больше, так как удобнее будет затем работать кюреткой. Когда расширение закончено, берут вначале тупую кюретку и доводят ее до дна матки, чтобы знать ее полость. Вслед за тем осторожно начинают выскабливать, причем систематично: вначале переднюю поверхность матки, потом заднюю, боковые и наконец дно. Наиболее просто выскабливание кюреткой производится при «эндометритах» (см. функциональные расстройства), когда приходится удалять лишь измененную слизистую. В случаях беременности тупой кюреткой достигается чаще только отслойка плодного яйца от стенок матки и разрыв околоплодного пузыря, после чего следует взять абортцанг, которым и захватывают для удаления части плодного яйца, главным образом послед.

Операция в этот момент идет совершенно вслепую. Рука оператора должна различать мягкую ткань плаценты от более плотных стенок матки. Когда абортцанг перестанет захватывать части плодного яйца, берут опять тупую, а затем и острую кюретку и удаляют ими остатки плацентарной ткани, обратив особое внимание на маточные углы. При инфицированных абортах следует воздержаться от выскабливания острой кюреткой во избежание проталкивания кюреткой инфекции в глубокие слои матки и излишнего обнажения сосудов.

Конец выскабливания будет выражаться характерным хрустом при движениях кюретки, появлением пузырьков воздуха и отсутствием кровотечения.

Важно не оставить в полости матки частей плацентарной ткани. В противном случае в послеоперационном периоде будет длительное кровотечение. Остающиеся даже небольшие частицы плацентарной ткани ведут вследствие постоянного раздражения к гиперплазии слизистой. Своеобразные изменения слизистой оболочки, при этом сопровождающиеся атипическим кровотечением, известны под названием *endometritis post abortum*.

Большие задержавшиеся плацентарные куски если не извергаются самостоятельно, то в дальнейшем, организовав

в полости матки, ведут к образованию так называемых плацентарных полипов. Помимо этого оставшиеся части плодного яйца могут инфицироваться, что несомненно осложнит обычно хороший прогноз при абортах.

Все это очень важно. Однако в погоне за чистотой выскабливания нельзя слишком увлекаться. Чрезмерно энергичное выскабливание ведет к удалению не только слизистой, но и мышечных слоев матки. Это может дать в послеоперационном периоде гнойное воспаление матки даже без инфекции, приращение последа при последующих родах на месте дефекта мышечной ткани, рубцово измененной. Последнее обстоятельство указывает, насколько имеет важное профилактическое значение осторожное и умелое выскабливание. Это тем более нужно принять к сведению, что в настоящее время нередко можно наблюдать при родах у женщин, в анамнезе у которых был ряд выскабливаний, кровотечения в послеродовом периоде в зависимости от приращений отдельных долек плацентарной ткани.

Вот почему особенно осторожно надо работать острой кюреткой.

По окончании выскабливания полость матки смазывают при помощи плейфера iodom, влагалище протирают спиртом, а затем сухой марлей. Никаких тампонов в обычных случаях. Кровотечение из места наложения пулевых щипцов останавливается тупфером на корнцанге.

Из осложнений наиболее опасными являются атония матки и перфорация. Клинически расслабление матки выражается прежде всего сильнейшим кровотечением. Обычно это бывает при производстве больших аборт. Женщина в 2—3 минуты может остаться без пульса. Кровь льет из матки фонтаном, а матка, резко увеличиваясь в объеме, становится вялой, дряблой. Кюретка уходит до самой рукоятки, не ощущая ясно полости.

Это осложнение требует самого решительного вмешательства оператора. Здесь ни в коем случае не следует тампонировать влагалище, так как этим можно добиться лишь временной и кажущейся остановки кровотечения: оно будет продолжаться внутрь, в полость матки, а затем через тампон и наружу. Несмотря на сугубую в этот момент опасность перфорации и не смущаясь сильным кровотечением, следует как можно скорее опорожнить матку.левой рукой через стерильное полотенце, положенное на брюшные покровы, охватывают матку, а правой продолжают выскабливание. При таком методе левая рука будет контролировать положение инструмента и одновременно массировать матку. Под кожу впрыскивают

питуитрин или эрготин. Если операция шла под наркозом, его следует немедленно прекратить. Только таким способом можно выйти из положения при угрожающей атонии.

Методом выскабливания, под контролем левой руки, хорошо воспользоваться и при производстве больших неполных абортов для удаления плодного яйца или его остатков. Полный аборт позволительно делать только до 3 месяцев.

Сильное кровотечение при выскабливании может быть и на другой почве. Этот другой вид кровотечений обычно приходится наблюдать при экстракции организованных остатков плацентарной ткани или при выскабливаниях в редких случаях так называемого несостоявшегося аборта (*abortus interruptus*), при котором кровотечение начинается спустя долгое время после гибели плодного яйца. В анамнезе при этом задержка менструаций может быть например в течение 4 месяцев, а матку при исследовании находят равной всего 2 месяцам.

Операция в подобных случаях бывает всегда сложной, так как отличить при выскабливании части плодного яйца от стенок матки бывает очень трудно. Сильное кровотечение следует за каждым отрывом кусков плацентарной ткани из сосудов плацентарной площадки. Матка остается плотной. Вот почему здесь хотя тампон и не показан, он все же может остановить кровотечение. Это надо иметь в виду начинающим. Через 2—3 дня можно закончить выскабливание. Конечно лучше сделать это в один прием. Нужно заметить, что такие же кровотечения можно видеть и при ранении кюреткой мышц матки.

Еще большей опасностью, чем кровотечение, является перфорация. Это осложнение может случиться в любой момент операции. Перфорировать можно каким угодно инструментом: расширителем, кюреткой или абортцангом. Наиболее опасны ранения абортцангом ввиду возможности повреждения кишечника. Получившееся отверстие в матке будет либо экстраперитонеальным или интраперитонеальным. В первом случае инструмент попадает обычно в рыхлую клетчатку параметрия, между листками широкой связи, не повреждая брюшины, а во втором — в свободную брюшную полость. Последнее несомненно опаснее.

Момент перфорации далеко не всегда бывает ясным, так как острая боль может отсутствовать. Главное оператор ощущает, что инструмент уходит чрезмерно далеко, не встречая обычного сопротивления стенок матки. Необходимо извлечь инструмент. Если это был абортцанг, бранши его нужно раздвинуть, чтобы не вытащить им петли тонких кишок или сальника. Теперь следует проверить факт перфорации, если уже не был извлечен

наружу какой-либо внутренний орган. Для этой цели берется чистый маточный зонд, который и вводится по направлению к месту перфорации. Если зонд уходит очень далеко, например до самой рукоятки, и левой рукой он ясно ощущается непосредственно через брюшные стенки, то перфорация несомненна. Вслед за этим нужно решить вопрос, внебрюшинное или внутрибрюшинное повреждение. Это распознать может только опытный хирург. Руководствоваться при решении этого вопроса следует направлением зонда. Если он проник только в широкую связку, то, растянув брюшинные листки, он встречает в них сопротивление и дальше не идет. При интраперитонеальном повреждении он без препятствий идет почти до диафрагмы.

При экстраперитонеальной перфорации дело в огромном большинстве случаев ограничивается образованием кровоизлияний в широкой связке.

Маточная артерия, как эластическая, обычно ускользает из поля повреждения. Но в редчайших случаях повреждается и она, давая грозное внутреннее кровотечение. Редко также повреждается заложенный в параметральной клетчатке и мочеточник (кровь в моче при катетеризации!).

При интраперитонеальной перфорации опаснее всего повреждение кишечника. Ввиду того, что при этом виде перфорации никогда нельзя быть уверенным в целостности кишечника, именно в случаях внутрибрюшинных перфораций и показана немедленная лапаротомия, при которой приходится пересмотреть весь отдел кишечника. Аборт при этом можно закончить сверху, через предварительно расширенное перфоративное отверстие.

При чревосечениях из-за перфораций сравнительно редко можно видеть разрыв кишечных петель, но если это будет обнаружено, необходима резекция или зашивание, смотря по повреждению. Если установлено, что перфорация произведена внебрюшинно, то нет необходимости вскрывать брюшную полость.

Осторожными движениями зонда следует определить полость матки и произвести удаление оставшихся частей плодного яйца. В случае, если при уверенности в чистоте полости матки кровотечение будет продолжаться и после выскабливания, надо будет положить на сутки тампон в матку и во влагалище, так как кровоточит в таких случаях из места прободения. Больной назначают постельный режим, лед на живот, 8 капель опийной настойки и сокращающие средства под кожу. Если в течение двух дней температура и пульс остаются в пределах нормы и нет грозных явлений со стороны брюшины, то можно быть спокойным за хороший исход.

Консервативный метод терапии перфораций можно избрать и при внутривагинальных прободениях при условии, что в полости матки не было острых и хватательных инструментов.

Сказанным исчерпываются главнейшие опасности при операции аборта.

В неосложненных случаях женщина остается под наблюдением в стационарном отделении в течение по крайней мере 3 дней. При выписке температура и пульс должны быть нормальными, а выделения — серозными. Если и на 3-й день после аборта продолжаются яркие кровянистые выделения — контрольное повторное выскабливание. Как правило при этом можно найти оставшиеся части плодного яйца.

### Поздний аборт

Больная К., жена служащего, повторнобеременная, поступила в клинику с жалобами на кровотечение после 5-месячной задержки менструации. Кровотечение наступило после горячих спринцеваний влагалища, произведенных с целью вызвать аборт. 5 часов назад были схватки. Воды еще не проходили.

**St. praesens:** пульс 110, среднего наполнения. Температура 36,6°. Матка на 2 пальца ниже пупка. Сильное наружное артериальное кровотечение.

**Вагинально:** влагалище заполнено отчасти жидкой, отчасти свернувшейся кровью, канал шейки свободно пропускает палец.

**Диагноз прост:** происходит аборт. Не смешайте его в аналогичных случаях с пузырьным заносом, для которого характерно будет увеличение матки несоответственно сроку беременности и обычно более ранние, по сроку беременности, кровотечения.

Что делать? Прежде всего конечно следует решить вопрос, нужно ли вообще что-нибудь делать. Если кровотечения сильного нет и пульс хороший, нужно предоставить только покой. Вмешаться следует лишь при показаниях: кровотечение и признаки малокровия.

Остановить в нашем случае происходящий аборт уже нельзя. Адреналин под кожу (8—10 капель на 2 г физиологического раствора под кожу), который мы рекомендуем при кровотечениях, здесь может дать лишь временный эффект, равно как и другие кровоостанавливающие средства.

Для вашей будущей практической деятельности я советую вам в данном случае произвести горячее (на 38°) влагалищное спринцевание с иодом (чайную ложку на кружку), а затем туго



затампонировать влагалище, под контролем зрения, при помощи зеркал и дать внутрь большой хинин по 0,3 3 раза в день.

Тампон остановит кровотечение и в то же время совместно с горячим спринцеванием и хинином вызовет хорошую схваткообразную деятельность матки. Через несколько часов, когда возможно промокнет тампон, вы, удалив его, увидите, что плод лежит уже вне матки, за тампоном. Если последа не будет во влагалище, то вы удалите его по Кредэ. Это удастся чаще всего легко благодаря тому, что он в этот момент уже отделился от стенок матки. Удаленный послед должен быть тщательно осмотрен. В случае обнаружения дефектов лучше произвести выскабливание, но проще будет после тщательной дезинфекции рук войти в полость матки двумя пальцами и удалить ими оставшиеся куски плацентарной ткани и оболочек. Вслед за тем больной нужно будет положить лед на живот.

Так нужно поступать при поздних абортах в случаях сильного кровотечения. Но если кровотечения нет, а температура и пульс больной в пределах нормы, то показана выжидательная терапия. Правда, дело все равно заканчивается в конце концов чаще абортom, но иногда женщины с явлением позднего выкидыша без попыток к вмешательству просят сохранить им беременность. Последнее удастся далеко не всегда. Даже при лечении опийными клизмами, покойным положением и пр. картина угрожающего аборта может затянуться. Кровянистые выделения, иногда после дефекации, могут продолжаться в течение 2—3 недель. Сердцебиение плода при беременности от 5 до 6 месяцев трудно прослушать и потому нелегко бывает решить вопрос: жив плод или мертв. На субъективные ощущения беременной о движениях плода не всегда можно полагаться.

Когда будет потеряна всякая надежда на остановку кровянистых выделений, приходится перейти к активным мероприятиям: горячим спринцеваниям, хинину, питуитрину, фарадизации, вставлению бужей и пр. Однако и это иногда не ведет к изгнанию плода, как не всегда ведут к цели и аналогичные попытки самих женщин к аборту. Пока нет явлений анемии, торопиться не следует. Но если пульс становится в пределах 100, или если температура повышается выше 37,5°, то в случае безрезультатности консервативных методов становится необходимым более активное вмешательство.

При двух пальцах открытия можно закончить аборт поворотом по Braxton-Hicks'у. Это не всегда удастся, так как захватить двумя пальцами ножку плода труднее, чем произвести поворот полной рукой. В случае успеха на извлеченную ножку

накладывают петлю из бинта марли; к петле через кровать привешивают небольшой груз и предоставляют дальнейшее изгнание естественному течению. Ни в коем случае не следует форсировать извлечение плода тотчас после поворота, если нет достаточного открытия. Обширный разрыв шейки, вплоть до параметрия, с грозным кровотечением как правило следуют тогда за экстракцией плода. Тампонада влагалища может не дать эффекта. Нужно будет иглой, работая в глубине, зашивать разрыв, что вряд ли под силу начинающему.

Также не следует и приступать к повороту при отсутствии открытия зева. В случае необходимости, когда все уже исчерпано, приходится обратиться к ножу — к операции влагалищно-кесарского сечения. Эта операция была бы простой, если бы при ней не приходилось встречаться с мочевым пузырем. Технически она производится следующим образом.

После вставления влагалищных зеркал шейка матки при помощи пулевых щипцов оттягивается на сколько возможно книзу. Операция начинается с расширения маточного зева до 24-го номера. Затем скальпелем слизистая влагалища разрезается по средней линии до мочевого пузыря. В разрез должна попасть расположенная за слизистой перед пузырем и предпузырная фасция. Образовавшиеся два лоскута слизистой оттягивают при помощи зажимов Пеана в стороны. Теперь хорошо виден мочевой пузырь. Его отделяют вверх как можно выше. Благодаря слою рыхлой клетчатки, в которой он заложен, это удастся очень легко. Прямыми ножницами рассекают затем продольно шейку матки. Подъемное зеркало в этот момент защищает мочевой пузырь от ранения. Разрезается наружный зев, шейка, внутренний зев и нижний сегмент матки.

По мере продвижения ножниц к нижнему сегменту крепкие двузубцы Дуаена или щипцы Мюзо, которыми захватываются края разреза шейки матки, перемещаются все выше и выше. Если контрольная левая рука находит, что имеется уже достаточное отверстие в полость матки, можно будет приступить к повороту. Все инструменты из влагалища удаляются и пальцами рук производят поворот и извлечение. Если встретятся затруднения при выведении головки, то лучше ее перфорировать каким-либо острым инструментом, после чего она легко извлекается. После двух-трех минут выжидания удаляется и послед по Кредэ. Шейка матки вновь захватывается пулевыми щипцами и большой тупой кюреткой выскабливаются возможные остатки плацентарной ткани. Рана послойно зашивается кетгуттом, наблюдая за тем, чтобы случайно не прошить насквозь просвет шейного канала. Полость смазывается иодом.

На 3-й день больной можно после операции сидеть, а на 7—8-й день при нормальной температуре и хорошем заживлении раны ее можно уже выписать.

Надо сказать, что к подобной операции приходится прибегать главным образом при поздних абортах, самопроизвольно происходящих или при предлежании последа, которое не так уже редко встречается и при 5—6-месячной беременности. Ввиду того, что послед при начавшихся поздних абортах оказывается на большем своем протяжении уже отслоившимся, то можно не ждать кровотечения из сосудов плацентарной площадки при вмешательствах. Вот почему в соответствующей обстановке и опытной рукой можно закончить аборт и при 5—6-месячной беременности простым выскабливанием. Оно опасно только в смысле возможного ранения частями плода стенок матки. Но кровотечения при этом почти не наблюдаются. В клинической обстановке мы часто бываем вынуждены к этому потому, что обычно такие больные часто подолгу лежат в отделении и хотя незначительное, но упорное кровотечение истощает их силы. Впрочем случаи абортов от вмешательства обычно заканчиваются самопроизвольно и врач оказывается вынужденным прийти на помощь лишь при значительном кровотечении. Как помните, ведь и наша больная производила себе горячее спринцевание. Ряд условий ее могут заставить и в будущем прибегнуть к вмешательству, а возможно толкнуть ее к бабке со всеми вытекающими последствиями, как вы могли видеть из других случаев (см. инфицированный аборт). Вот почему так важно подчеркнуть еще раз необходимость популяризации среди населения противозачаточных средств.

Широкое и официальное распространение с санкции широкой общественности противозачаточные средства получили только у нас, в СССР. Буржуазия, сама широко пользуясь ими, лицемерно, на основе морали и религии, противится их широкому внедрению в массы. Причины здесь в сущности те же, о которых мы говорили выше, выясняя отношение буржуазии к аборту:

Все средства для предупреждения беременности могут быть разделены на средства, предпринимаемые мужчиной, и на средства, употребляемые женщиной.

Для мужчин рекомендуют кондом. Это средство несколько притупляет половое чувство, но совершенно безвредное. Оно имеет малое распространение, так как мужчины всегда неохотно идут на неудобства, связанные с предупреждением зачатия и предпочитает кондому *coitus interruptus*, чрезвычайно вредный способ предупреждения зачатия ввиду неизбежных застойных явлений в органах малого таза, связанных с такого

рода прерванным половым сношением, с одной стороны, и ведущий к неврастении обоих супругов — с другой.

Противозачаточные средства для женщины имеются механические и химические. Среди первых доступными для распространения являются колпачки Мензинга и губки.

Колпачки бывают различных номеров в зависимости от размеров шейки. Их примеряют, надевая один за другим на шейку. Подходящий номер должен плотно прикрывать отверстие зева и не соскакивать. Снимать его можно не часто, лишь перед менструациями. При разрывах шейки и эрозиях назначение пессариев противопоказано.

Губки имеются в продаже в шелковых сетках, с длинной ниткой. Их вставляют незадолго до полового сношения во влагалище, как можно глубже, для того чтобы закрыть отверстие шейки. После сношения губку извлекают за конец нитки. Можно сконструировать губку и домашним способом. Метод довольно ненадежный.

Химические средства назначаются чаще в виде спринцеваний или глобуль.

Для спринцевания можно выписывать следующие средства.

Aceti pyrolignosi 200,0

Acidi lactici 50,0

DS. По 1—2 столовых ложки  
на кружку

DS. По 1 чайной ложке на  
кружку воды

Спринцевание очень простое и едва ли не самое доступное средство. Оно дает и верные результаты при условии двукратного их выполнения. Первое спринцевание производится за 15—20 минут до coitus'a, второе — не позднее чем через 5—10 минут после него. Выполнять его можно не только при помощи кружки Эсмарха, но и при помощи баллона, что проще.

Глобули вставляются за 10 минут до coitus'a. В состав их входят различные средства. Выписывать их можно например по такому рецепту.

Thymoli 0,06

Chinini muriat. 0,3

Acidi muriat. dil. gutt. III

But. cacao q. s: ut fiant boli vaginal.

DS. По шарику во влагалище

После применения шариков утром следует произвести горячее спринцевание, при котором удаляется трудно растворимое масло какао.

Лучшие результаты дает комбинированное применение разных методов (шариков или колпачков со спринцеванием или губок, пропитанных какой-либо кислотой и пр.).

Рекомендуют патентованную пасту «Прекопсолъ». На этикетках указан способ ее употребления. Средство это достаточно надежно.

### Внематочная беременность

I. Б-ная Т., 29 лет, работница, доставлена в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на сильные схваткообразные боли в области живота, рвоту, потемнение в глазах и темные кровянистые выделения.

Menses с 16 лет без особенностей. Половая жизнь с 17 лет. Последние роды 5 лет назад. В послеродовом периоде пролежала около двух недель в постели. С тех пор не беременела и ничем не болела. Менструации носила правильно. Последние— $1\frac{1}{2}$  месяца назад.

Сегодня утром внезапно почувствовала вначале (справа внизу) резкую боль в области живота, закружилась голова и вслед затем на момент потеряла сознание.

**St. praesens:** положение больной пассивное. Больная довольно упитанная женщина, крайне бледна. Губы синюшны. Выражение лица испуганное, растерянное. На вопросы отвечает ясно. Пульс на лучевой артерии не прощупывается. На сонной артерии 140—150 в минуту. Живот слегка вздут, ясно выражен *défense musculaire* и симптом Блюмберга. При перкуссии живота определяется притупление по бокам. Тупость меняется при перемещении положения больной. Вагинальное исследование ввиду болезненности брюшных стенок не дает никаких характерных данных. Своды свободны. Выделения темные, кровянистые, цвета кофе.

**Дифференциальный диагноз:** перед вами — столь характерная картина внематочной беременности, что дифференциальный диагноз здесь пожалуй и не нужен. Диагноз конечно нами ставится не только на основании обморочного состояния в анамнезе. Один обморок может обмануть. Мы наблюдали обморочные состояния у истеричных женщин, с резкими болями в области живота при случайной задержке менструаций. Данные вагинального исследования были также неясны ввиду болезненности стенок живота. Учащенный пульс в таких случаях всегда нормального наполнения. Зрачки широки, на лице у истеричек играл яркий румянец, а по временам пробегала и искаженная улыбка.

Вы не можете объяснить внезапно наступившие резкие изменения со стороны пульса каким-либо наружным кровотечением. Острый живот больной мог бы на момент остановить наше внимание на возможности перитонита, внезапно наступившего вследствие перфоративного аппендицита, разрыва пиосальпикса или перфорации язвы желудка.

Но в анамнезе так много данных за внематочную беременность и, наоборот, их нет за аппендицит, перфорацию *ulcus'a* или гнойной трубы. Обратите внимание в таких случаях на лицо больной. Вы увидите при перитоните *facies hypocratica*, с впалыми глазами и заострившимся носом, но розовыми губами и крайнюю бледность лица при тубарной беременности. Измученному выражению при перитоните вы противопоставьте изумленный и испуганный взгляд больной с нарушенной внематочной беременностью. Эти же данные вас удержат и от диагностической ошибки при инфицированном аборте с сопутствующим разлитым септическим перитонитом. В анамнезе будет и задержка менструаций, при объективном исследовании вы можете найти и темные кровянистые выделения и малый частый пульс и температуру ниже нормы и приглушение перкуторного звука по сторонам живота (не кровь, а гной). Вмешательство может быть скрыто от вас. Обратите внимание в таких случаях и на затяжное течение болезни и на потрясающие знобы в анамнезе и на прогрессирующее ухудшение с момента заболевания.

Резкие боли в области живота как при септическом перитоните, так и при внематочной беременности отсутствуют. Симптом Блюмберга может быть лишь слабо положительным в первом случае вследствие тяжелой интоксикации нервных элементов брюшины, а при внематочной беременности ввиду отсутствия инфекции. С другой стороны, при всех хирургических перитонитах, на почве ли аппендицита или других причинных моментов, всегда бывают очень сильные боли в области живота. Всякое сотрясение кровати вызывает болезненную реакцию со стороны больной. Вот почему для нарушенной внематочной беременности будут характерны не столько перитонеальные явления, сколько наличие несоответствий между бледностью лица и частым пульсом, с одной стороны, и отсутствием наружного кровотечения, с другой стороны.

Вздутие живота при почти нормальной температуре и отсутствие резкой болезненности при ощупывании живота могут быть найдены и при другом внезапном заболевании — завороте, если непроходимость будет частичная и вы будете наблюдать начало заболевания. Задержка менструаций, синюшность входа во влагалище и темные кровянистые выделения наряду с симптомами внутреннего кровотечения будут указывать на внематочную беременность.

Состояние пульса и крайняя бледность нашей больной говорят за внутреннее кровотечение. В редких случаях оно может наступить и при разрыве желтого тела. Но против такой возможности говорит задержка менструаций. Однако в клинике

мы наблюдали случаи внематочной беременности и без задержки регул.

Итак, в диагнозе у нас нет сомнений. Ввиду грозных явлений надо полагать, что произошел разрыв беременной трубы. При трубном аборте, когда яйцо выталкивается спазматическими сокращениями трубы, без нарушения серозного покрова последней, явления были бы менее бурные.

Положение больной мы должны признать тяжелым. Здесь промедление будет стоить жизни больной и потому надо экстренно оперировать, помня, что пульса нет. Вам ясно, в чем состояла бы ваша обязанность, если бы вы сами оказались у постели такой больной. Только будьте осторожны при назначении такой больной вливаний физиологического раствора и сердечных средств под кожу. Этим вы можете повысить кровяное давление, а тем самым усилить внутреннее кровотечение. Лучше будет, если вы дадите опиум внутрь, положите лед на живот и ограничите питье больной. Но главное позаботьтесь о немедленной транспортировке больной в ближайшую больницу для производства операции.

Операция в нашем случае будет технически очень проста. С больной ведь это первый шок и потому мы не найдем больших сращений с сальником и кишечными петлями, которые делают производство подобных операций затруднительным.

Вскрыв брюшную полость, мы пойдем к месту положения правых придатков (судя по болевым ощущениям беременность вероятно в правой трубе), удалим беременную трубу, а затем и излившуюся жидкую кровь. Последнее мы в клинике считаем несбодимым делать, так как мертвая кровь является хорошей питательной средой для бактерий. Но нет правил без исключений и в некоторых случаях ввиду крайне тяжелого состояния больной достаточно ограничиться остановкой кровоточащих сосудов путем удаления трубы.

**О п е р а ц и я** — под спинномозговой анестезией (Novocaini 0,3, Coffeini natr. benz. 0,4, Aq. destillata 6,0. Кипятить перед употреблением 2 минуты. Впрыскивается половинная доза). Положение Трендленбурга.

Разрез кожи для быстроты операции по средней линии. Совершенно белая, обескровленная подкожно-жировая клетчатка подтверждала диагноз внутреннего кровотечения. По разрезе апоневроза мы расслоили прямую мышцу тупо ножницами и тотчас увидели второе подтверждение диагностики: брюшина вместо обычно розового оттенка имела темносиний цвет — это просвечивала кровь, излившаяся в брюшную полость. Вскрыв осторожно брюшину, дабы не поранить кишечник, между пинцетами, мы увидели далее большое количество

жидкой крови. Тупфером на корпцанге прежде всего извлечена была правая беременная труба, разорванная в абдоминальном конце. Плодного яйца там не оказалось — оно выпало в брюшную полость. На mesosalpinx наложен зажим Кохера и ножницами удалена труба. Раневая поверхность была обшита непрерывным кетгутом.

Левую трубу, найденную в состоянии хронического воспалительного процесса, мы во избежание наступления повторной внематочной беременности сочли за лучшее также удалить.

Затем, придав больной горизонтальное положение, большими тампонами мы удалили жидкую кровь, после чего брюшная полость была закрыта наглухо.

Примечание. Больная выписалась на 12-й день после операции в хорошем состоянии. Назначено общеукрепляющее лечение (железо с мильпьяком) и дан совет усиленно питаться.

---

II. Больная поступила с жалобами на боли внизу живота справа и темные кровянистые выделения.

Больной 35 лет, жена служащего. Перенесла в замужестве 2 беременности. Последние роды — 12 лет назад, с каким-то послеродовым заболеванием. С тех пор более не беременела. Менструации правильные. Настоящее заболевание началось три недели назад, когда вдруг, после предварительной задержки регул на 4 дня, чего не бывало раньше, начались резкие схваткообразные боли в нижней части живота — справа и особенно в области правого плеча. Приступ болей сопровождался потемнением в глазах и головокружением. Больная обратилась в амбулаторию по внутренним болезням. Врачом была прописана мазь для растирания плеча. На другой день появились темные кровянистые выделения, непохожие на обычную менструальную кровь, но боли в плече «от мази» успокоились. Крови «мазались» и в последующие дни, в течение 3 недель, почти без перерыва. Вчера с вечера вновь появились резкие схваткообразные боли в области живота, с позывом на низ. Опять было затемнение зрения и головокружение. От поставленной клизмы не прослабило.

**St. praesens:** больная бледна. Цвет лица с бледножелтым оттенком как-то не соответствует общему сложению женщины, роста выше среднего, с хорошим тургором тканей и хорошо развитой жировой подкладкой. Пульс 90, удовлетворительного наполнения. Температура — 37,3°. Живот мягкий.

**Вагинальное исследование:** матка слегка увеличена в объеме, несколько размягченная, прощупывается отклоненной от сред-



ней линии влево; правый боковой свод резко укорочен, и в области правых придатков определяется опухоль величиной с кулак, неправильно округлой формы, мягковатой консистенции, при осторожном исследовании совершенно безболезненная. Опухоль дает впечатление глубокой флюктуации (см. рис. 19).

На пальцах после исследования — темная кровь.

**Дифференциальный диагноз:** случай очень характерный для внематочной беременности. 12 лет больная была бесплодна, по видимому вследствие воспаления труб после последних родов. 3½ недели назад ожидаемые менструации не пришли и вскоре



19. Разрыв трубы при правосторонней внематочной беременности.

1 — ворсинки хориона; 2 — беременная труба

затем — вдруг шок — симптом внутреннего кровотечения, с потемнением в глазах, головокружением, а потом упорная «кровянистая мазня» темного цвета.

Матку мы нашли увеличенной в объеме. В ней и при внематочной беременности образуется *decidua*, но как только беременность нарушается, децидуальная ткань отходит. Это отхождение децидуальной оболочки иногда происходит в виде отдельного слепка — пленки, иногда же постепенно, что и выражается темными кровянистыми выделениями. Один последний симптом конечно еще не говорит за внематочную беременность. Ведь темные крови свидетельствуют лишь о ее химическом изменении, что можно наблюдать и при старых абортах. Там, где аборт осложняется воспалением придатков, опухоли

последних можно принять за беременную трубу с кровоизлиянием в окружности. Для абортот характерно в анамнезе сильное наружное кровотечение. Однако в очень редких случаях мы видели такие кровотечения и при внематочной беременности. В дифференциально-диагностическом отношении здесь важно, что при аборте вначале появляются кровотечения, а затем уже под влиянием инфекции в придатках, наступают боли, в то время как при внематочной беременности — вначале боли, а затем кровотечения. При объективном исследовании воспалительно измененные придатки очень болезненны и никогда не бывают мягкой консистенции, обусловленной при внематочной беременности наличием в опухоли крови (как жидкой, так и свернувшейся). Кроме того воспалительно измененные придатки обычно двусторонни, в то время как при внематочной беременности опухоль прощупывается с одной стороны.

Односторонность заболевания характерна и для перекрученных кист яичника. Диагноз может быть очень неясным, если больная явится спустя две-три недели после явлений перекручивания. В анамнезе будут знобы и перитонеальные явления, недавние. Температура в момент осмотра может быть уже нормальной. При объективном исследовании находят опухоль в одном из сводов, почти безболезненную, неподвижную и темные кровянистые выделения. Все это может дать мысль о внематочной беременности. Но перекрученные кисты дают совершенно ясную флюктуацию и хорошо контурируются.

При дифференциальном диагнозе следует помнить и о сравнительно редко встречающихся экссудативных периаднексите. Воспалительно измененные придатки в таких случаях окружены серозным выпотом. Опухоль, чаще с одной стороны, дает ясное впечатление флюктуации, но это будет ощущение шара, наполненного жидкостью. Границы опухоли величиной приблизительно с кулак, может быть больше или меньше, бывают чаще неясны. Болезненность ввиду хронического процесса будет выражена нерезко. В анамнезе — боли обычно уже давно и на внезапность заболевания указаний найти нельзя.

Сходные данные можно получить и при абсцессе яичника. Опухоль тогда обычно лежит сравнительно далеко от свода, что вынуждает при бимануальном исследовании приблизить ее книзу, ближе к вагинально исследующей руке. Опухоль округлой формы, в хронических случаях также мало болезненная, дает ясную флюктуацию. Задержка менструаций вероятно вследствие отсутствия овуляций из большого яичника, может дать повод к диагнозу внематочной беременности. Но

в анамнезе нет шока, а есть знобы. Пробная пункция, с приближением яичника левой рукой к своду, дает гной.

Распознавание становится весьма затруднительным при комбинации воспаления придатков с внематочной беременностью. В таких случаях двусторонние болевые ощущения при исследовании могут быть приняты за обострение воспалительного процесса. Клиническое наблюдение за больной, у которой в анамнезе была небольшая задержка менструаций, а затем упорная кровянистая «мазня», в конце концов выясняет диагноз.

В некоторых случаях сконившаяся в заднем дугласовом пространстве кровь дает большие опухоли, которые могут доходить до уровня пупка (см. рис. 20).



20. Заматочная кровяная опухоль при правосторонней трубной беременности

1 — Haematocele retrouterina; 2 — прямая кишка; 3 — беременная труба

Это так называемая haematocele retrouterinum характеризуются безболезненностью и несколько напряженной консистенцией, с наличием флюктуации. В отличие от больших кист яичника заматочная кровяная опухоль неподвижна. От ложного диагноза при хронически протекающих с выпотом осумкованных тазовых перитонитов или при больших спаянных гидросальпинксах, с одновременной задержкой менструаций, в таких случаях вас предостережет тщательно собранный анамнез, анемичный вид больной и в крайнем случае — пробная

пункция заднего свода, которая определит характер жидкости (см. рис. 27).

Практически очень важно знать, что при свежем haematocеле кровь разлитая и может оставаться жидкой в течение пескольких дней, вследствие чего ее можно не заметить при исследовании. Только позднее кровь свертывается и тогда haematocеле определяется при исследовании. Если будут рассмотрены перитонеальные явления и при вагинальном исследовании не будут обнаружены изменения со стороны придатков, то возможен ложный диагноз неполного аборта. Произведенное выскабливание обычно обнаруживает лишь небольшие обрывки тканей. При дифференциальном диагнозе нужно воспользоваться следующими данными. При аборте начало сигнализируется чаще болями в области поясницы, а при внематочной беременности в области живота. При аборте цвет крови чаще бывает красным, а при внематочной беременности — кровь темного цвета. Задний свод при аборте без инфекции — безболезнен, а при внематочной беременности он чувствителен. Общее состояние при аборте страдает лишь при обильной потере крови или инфекции, а при нарушенной внематочной беременности лицо бывает бледным, без обильного наружного кровотечения. В трудных случаях сомнения разрешает пробная пункция. Нужно иметь в виду, что только положительный результат пункции — кровь в шприце — является решающим моментом для диагноза внематочной беременности. Отрицательный же результат еще не говорит против. Впрочем в редких случаях можно добыть кровь при пункции заднего дугласового пространства и из кровяной кисты яичника. Однако большого практического значения последнее не имеет. Зато кисту небольших размеров легко принять при кровотечении за опухоль беременной трубы. Для отличия нужно знать, что кисты обычно хорошо подвижны. Наконец при диагнозе иногда путают ретрофлексированную беременную матку 2—3 месяцев с haematocеле; увеличенную шейку в таких случаях принимают за тело, а тело беременной матки за гематоцеле.

Особенно следует иметь в виду, что можно смешать заматочную кровяную опухоль с экссудативным серозным периметритом (см. рис. 27).

Опухоль в таких случаях дает напряженную флюктуацию. При лишь подостром процессе болезненность будет выражена не резко. Могут быть и темные кровянистые выделения из матки. Но в анамнезе обычно нельзя найти задержки менструаций и ясных указаний на шок. Важно, что вследствие воспалительного процесса может быть и вторичная анемия. В подобных случаях, протекающих иногда без резких повышений темпера-

туры, вы обратите внимание на то, что болевые ощущения будут явно превалировать над явлениями малокровия и шока.

При собирании анамнеза во всех случаях надо быть строго объективным, иначе при подозрении на внематочную беременность можно собрать ложный анамнез и найти анамнестические признаки внематочной беременности там, где их нет.

Теперь обратим внимание на некоторые другие признаки внематочной беременности в данном случае. Прежде всего цвет лица больной, с лимонножелтым оттенком, указывает на повторные внутренние кровотечения (конечно при наличии других данных за внематочную беременность). Этот признак встречается очень часто при повторных разрывах, но он не обязателен. Боли в правом плече (так называемый phrenicus-symptom), отмеченные больной, появляются рефлекторно вследствие раздражения диафрагмального нерва излившейся кровью. Этот симптом при ряде других характерных признаков является хорошим диагностическим подспорьем, но придавать ему решающего значения нельзя: он может быть и при разрыве пиосальпинкса и при общем разлитом перитоните. Иногда такие рефлекторные боли при внематочной беременности мы наблюдали и в области ключицы или в области шеи.

Второй, более характерный для внематочной беременности симптом у нашей больной — чувство напирания на прямую кишку. Как видно из рис. 20, скопившаяся в заднем Дугласе кровь чисто механически давит на rectum, что и вызывает ложные ощущения позывов на низ. Вот почему поставленная клизма не помогла.

Третья особенность данного случая — несоответствие между пульсом и температурой. Пульс для диагноза внематочной беременности иногда имеет решающее значение. Обычно он бежит впереди температуры и при грозных внутренних кровотечениях бывает 130—140 в минуту при температуре ниже нормы. Так бывает в большинстве случаев. Однако периферическое сердце не всегда так реагирует на внутреннее кровотечение, и мы не раз наблюдали больных с внематочной беременностью, где в момент шока пульс был 60. Конечно на пульс оказывает влияние не только внутреннее кровотечение, но и потрясенная нервная система. У нашей больной пульс 90. Он не соответствует все же температуре 37,3°, которую мы должны отнести за счет всасывания излившейся крови, т. е. асептической резорбционной лихорадки.

Терапия ясна. У больной ведь это уже второй по счету приступ. Беременность следовательно еще продолжается. Гроз-

ный призрак третьего, возможно смертельного кровотечения угрожает больной.

Примечание. Экстренная операция подтвердила диагноз.

### **Graviditas interligamentaris**

Больная К., 27 лет, работница, поступила в клинику с жалобами на опухоль в области живота и задержку менструаций. Амбулаторный диагноз: «tumor abdominalis».

Menses с 16 лет, все время нормальные до настоящего заболевания. Половая жизнь с 20 лет. Имела 7 беременностей, из них три первых закончились срочными родами. Отмечает, что после первых родов были сильные боли в нижней части живота и повышение температуры в течение 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> месяцев. Следующие за родами три беременности были прерваны искусственно внутриматочными впрыскиваниями иода.

Настоящее заболевание больная относит к периоду 8 месяцев назад, когда в больнице ей было сделано выскабливание по поводу диагностированной у нее двухмесячной беременности.

По словам больной, во время производства аборта с ней было плохо: она внезапно почувствовала резкую боль внизу живота, закружилась голова, и она на один момент потеряла сознание. На 3-й день после операции больная выписалась из больницы. Ее лишь удивило, что после выскабливания у нее не было кровянистых выделений, что она заметила у многих своих соседок, также после аборта. Ожидаемые следующие менструации не появились. Она вновь обратилась к врачу, производившему аборт, который заявил ей, что при выскабливании им не было найдено беременности. Menses не пришли и в последующие месяцы. Больная заметила увеличение живота. Вот уже 6 месяцев прошло после выскабливания. За этот период больная обращалась ко многим врачам, однако диагноз заболевания не был поставлен. Месяц назад один из врачей нашел у нее нормальную беременность шести месяцев. Однако движений плода больная не ощущала. В заключение больная отмечает, что никаких резких болей после выскабливания не было и опухоль за последний месяц даже несколько уменьшилась.

**St. praesens:** больная слегка бледна. Цвет лица с лимонно-желтым оттенком не соответствует общему сложению женщины, роста выше среднего, с хорошим питанием и сложением. Температура и пульс нормальны. При осмотре живота видна опухоль, расположенная строго симметрично по средней линии, по форме вполне напоминающая беременную матку. При ощупывании: опухоль на 2 пальца ниже пупка, по величине соответствует пятимесячной беременности, безболезненная, плот-

ной консистенции, с ограниченной подвижностью. Над опухолью — ясное приглушение перкуторного звука. При выслушивании — сердцебиение нигде не определяется. При вагинальном исследовании: влагалище нормальной окраски, без резких изменений со стороны сводов, матка, слегка увеличенная в объеме, несколько размягченная, хорошо прощупывается — отдельно спереди, у лонного соединения.

Позади матки, близко от нее, но не тесно связанная с ней, отходит вышеуказанная опухоль, имеющая тот же характер, что и при наружном осмотре. Опухоль остается относительно подвижной и безболезненной, только при попытках сместить ее вверх больная реагирует. Опухоль плотна, без всяких признаков флюктуации. Из грудных желез выдавливается молоко.

**Дифференциальный диагноз.** Обратите внимание на данные анамнеза. Они здесь существенно важны ввиду относительно трудной диагностики!..

Что привело больную в клинику? Не резкие боли, что сразу говорит против воспаления, а аменоррея и «tumor abdominalis».

Плотная консистенция опухоли может привести нас к ложному диагнозу и потому исключим прежде всего возможность как добро-, так и злокачественных опухолей.

Больная заявила, что ровно месяц назад врач определил у нее беременность 6 месяцев, а мы нашли tumor, соответствующий пятимесячной беременности. Ясно, что если опухоль не растет, а уменьшается в своих размерах, то она не может быть злокачественной. Допустим тогда на момент, что она принадлежит к разряду доброкачественных.

К какому органу в таком случае мы можем ее отнести?

Матка прощупывается отдельно, и потому вряд ли она исходит из нее. По форме скорее можно думать о яичнике. По консистенции в таком случае это дермоид или фиброма. Но опухоль была бы тогда более подвижной и совершенно безболезненной при смещении. Вы скажете, что могло быть перекручивание кисты, что и повело ее к относительной и ограниченной подвижности. Анамнестические данные решительно говорят против такого диагноза. Почему в таком случае врач, производивший выскабливание, не заметил предполагаемой опухоли яичника (ведь все доброкачественные опухоли растут медленно), чем объяснить тогда аменоррею? В период после выскабливания, в период, связанный с ростом опухоли, у больной не было резких болевых ощущений и потому нельзя предполагать у нее перекручивания несуществующей кисты. Итак, у больной нет ни добро-, ни злокачественной опухоли. Конечно нет и воспаления, так как при нормальной температуре

и пульсе опухоль безболезненна. Если так, то остался один род заболевания, возможный у нашей больной (см. основы дифференциального диагноза).

Этим самым мы подходим вплотную к диагнозу — у больной беременность. За это же говорит и получение молозива из грудных желез. Конечно этому признаку нельзя придавать решающего значения. Ведь это признак беременности лишь вероятный и вы можете его найти иногда и в небеременном состоянии. Однако среди прочих вероятных данных за беременность (а у нашей больной задержка менструаций на 8 месяцев) и этот признак нужно учесть. Итак, возможна беременность. Тогда нормальна ли она? Матка пуста и потому беременность вне матки, т. е. у больной *graviditas extrauterina*. В анамнезе есть указания на этиологический момент ее в данном случае — три беременности были прерваны внутриматочными впрыскиваниями иода. Последние, плюс аборт, занимают видное место среди причинных моментов неправильной беременности. Вот почему, надо думать, так участились случаи внематочной беременности за последние годы. Конечно главным этиологическим моментом является воспалительный процесс.

Но вернемся к нашей больной.

Что с плодом прежде всего? Конечно он мертв.

Больная не ощущает движения плода, мы не выслушиваем сердцебиения, а плодоемместилище вместо роста обнаруживает склонность даже к уменьшению. Эта изменчивость величины опухоли является чрезвычайно характерной для внематочной беременности.

Теперь нужно решить вопрос о более точной локализации беременности. Самым частым видом внематочной прививки яйца является *graviditas tubaria*. Но вряд ли в данный момент беременность в трубе. Во второй половине беременности там она встречается крайне редко, так как труба не может выдерживать большого растяжения. При живом плоде сквозь истонченные стенки можно было бы прощупать части плода. При мертвом, как в нашем случае, опухоль была бы более подвижной и удлинненной формы. Плод погиб не вследствие разрыва трубы, каковое при большой беременности сопровождалось бы несомненно грозным внутренним кровотечением, на что нет указаний в анамнезе за последние месяцы. Но из анамнеза видно, что при выскабливании был шок. Еще тогда, вероятно при беременности 2 месяцев, под влиянием травмы произошел разрыв трубы, но плод, выйдя из трубы в момент разрыва, не погиб, а стал развиваться. Вот почему удивленная больная и не видела кровянистых выделений после выскабливания. Ведь если бы это был простой трубный аборт, то кровоизлияние, которое



мы могли бы определить по тесной связи опухоли с маткой и выпирающему заднему своду, где скопляется кровь, не могло бы и увеличиваться без повторных разрывов, чего нет, повторяем, в анамнезе. Итак, после выскабливания беременность продолжалась. Шок во время производства аборта указывает на перемену в расположении плода.

Но где же была первичная прививка яйца?

Помимо трубы, где чаще всего при внематочной беременности происходит имплантация, яйцо может приготовить себе ложе в яичнике, в добавочном роге матки и непосредственно в брюшной полости (первичная брюшная беременность). Не будем останавливаться на редчайшей возможности последней, равно как и беременности в добавочном роде, так как тогда остался бы неясным шок при выскабливании. Яичниковая беременность если и встречается, то в первой половине беременности. В клинике нам приходилось видеть случаи, весьма похожие при макроскопическом осмотре на яичниковую беременность, однако мы не могли доказать этого с микроскопом в руках.

Исходя из вышеуказанных предположений, остается сосредоточить наше внимание на трубной беременности. Исход последней, как известно, либо аборт, либо разрыв. Плод, попадая в брюшную полость при разрыве, обычно погибает. Но может случиться, что он найдет себе там дальнейшие благоприятные условия для существования и будет продолжать развиваться.

Так получается вторичная брюшная беременность, исключить которую у нашей больной мы не можем. Если же разорвется та часть трубы, которая обращена к клетчатке, заложенной в мезосальпинксе, то тогда в случае дальнейшего развития плода образуется межсвязочная беременность — *graviditas interligamentaris*. В зависимости от того, будет ли плод развиваться спереди или кзади, различают *graviditas interlig. subperitonealis anterior* и *graviditas interlig. subperitonealis posterior*. В первом случае плод будет развиваться, отслаивая передний листок широкой связки и париетальную брюшину спереди, во втором — плод расслоит брюшину заднего Дугласа, а затем, располагаясь под брюшиной, войдет в тесную связь с сигмовидной кишкой. Если считаться с возможностью межсвязочной беременности у нашей больной, то беременность конечно будет задняя.

Итак, мы пришли к двум предположениям: у больной либо вторичная брюшинная беременность, либо межсвязочная. Этот вопрос может решить лишь лапаротомия.

Плод погиб конечно не от разрыва плодместилища, на что мы уже указали, а вероятно от недостатка питания или

вследствие тесноты плодовместилища. В последнем случае оболочка его должна быть очень плотной и прочной, так как она не разорвалась.

Питание плода, выпавшего из трубы, происходит либо за счет маточной и яичниковой артерий, если плацента остается в связи с трубой, либо за счет других сосудов брюшной полости (наиболее богаты сосудами сальник и брыжейки кишок).

Нам остается согласовать данные анамнеза с предполагаемым диагнозом. Почему опухоль уменьшилась? Когда плод погибает, то его жидкие составные части всасываются, всасываются также и другие составные части плодного яйца. Надо полагать, что эта причина и повлекла за собой уменьшение опухоли за последний месяц. В остальном анамнез и объективное исследование сходны.

Оставшийся плод в брюшной полости может пролежать там годами, иногда не вызывая резких расстройств. Он или высыхает — мумифицируется, или превращается в *lythopelion* — окаменелый плод, в редких случаях он прокладывает себе путь через брюшные покровы, с образованием абсцесса. Иногда силами природы он изгоняется через кишечник. Мы предложили больной оперативное вмешательство.

Больная измучена разноречивыми диагнозами, мертвый плод может принести ей и большие бедствия. Располагаясь по соседству с кишечником в брюшной полости, он может инфицироваться или же, производя давление на стенки кишечника, он может дать пролежень, с последующим возможным перитонитом.

Примечание. Операция, технически очень трудная, подтвердила диагноз задней межсвязочной беременности.

## ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### Инфицированный аборт

Больная К. поступила в клинику с жалобами на кровотечение и знобы после двухмесячной задержки кровей.

Больной 24 года, работница. Перенесла 2 беременности, без особых осложнений. Настоящее заболевание связывает с 2-месячной задержкой менструаций, по поводу чего 7 дней назад обращалась к бабке, которая и произвела больной какое-то внутриматочное впрыскивание из резинового баллона. На второй же день был сильный озноб.

**St. praesens:** общее состояние больной очень тяжелое. Пульс 130 в минуту, температура 40,0°. В сердце резкий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, прощупывается увеличенная селезенка.

**Вагинально:** матка увеличена до 2 месяцев беременности, размягчена, канал шейки приоткрыт, пальца не пропускает, придатки не прощупываются. Кровотечение умеренное.

**Диагноз** на основании клинической картины — аборт.

**Этиологический** момент его в данном случае ясен: было вмешательство. Случай несомненно инфицированный, причем, судя по общему тяжелому состоянию больной, по пульсу и температуре, видно, что инфекция весьма вирулентная. Уже на вторые сутки после визита к бабке у больной был потрясающий озноб. По клинической картине следует думать, что мы имеем дело с *abortus incompletus septicus*.

Там, где нет общих тяжелых явлений и высокой температуры, принято говорить обычно об *abortus putridus*. Повышение температуры в последнем случае вызывается гноеродными бактериями, способными размножиться лишь на остатках последа и оболочек и сгустках крови.

Случаи, где инфекция сосредоточивается по преимуществу в составных частях плодного яйца, следует обозначать как резорбционные лихорадки, т. е. лихорадки от всасывания. Как только удаляется плодное яйцо, удаляются и все пирогенные вещества и температура падает до нормы.

Клинически резорбционная лихорадка при аборте — *febris ex resorbitione sub abortu* — может сопровождаться и довольно грозной клинической картиной, с температурой до 39° с десятичными и вечерними ознобами. Но в отличие от септического эндометрита при аборте (*endometritis septica sub abortu*), где микробы размножаются уже на живой ткани слизистой, общее состояние больных при резорбционных лихорадках бывает удовлетворительным. Сон и аппетит мало страдают, пульс хорошего наполнения и соответствует температуре. Вслед за выскабливанием следует обычно потрясающий озноб, с температурой выше 40°. Тяжелое состояние в этот момент может дать повод принять этот потрясающий озноб с синюшностью лица и похолоданием конечностей за начало общего сепсиса. Однако на утро температура падает критически и общее состояние больных резко улучшается. Временное ухудшение было обусловлено однократным поступлением микробов и их токсинов в кровь через раневую поверхность после выскабливания.

У постели больной с инфицированным абортом в начале болезни далеко не всегда можно распознать, имеется ли сравнительно невинная резорбционная лихорадка или *endometritis septica sub abortu*. Это решить тем более трудно, что неизвестно, и как будет в дальнейшем реагировать организм на инфекцию, которая при благоприятствующих моментах может выйти из

матки; а она может выйти в каждый момент и при резорбционной лихорадке. Тогда она может пойти тремя путями. Первый путь лимфогенный — в околоматочную клетчатку и через всю толщу матки в брюшную полость. Второй путь через маточное отверстие труб в придатки и дальше, также с угрозой общего перитонита. Третий путь через сосуды плацентарной площадки в общее кровяное русло.

Во что выльется инфекция в каждом отдельном случае, сказать бывает трудно. Вначале инфекция, поступившая в организм, вообще ничем клинически себя еще не проявляет. Для выявления качественной стороны процесса необходимо известное количественное напряжение.

Первым симптомом внедрившейся инфекции являются обычно изменения со стороны пульса — чаще всего можно видеть тахикардию (учащение пульса). Температуры и других проявлений еще может и не быть. Эта скрытая фаза инфекции, инкубационный период септического процесса, для больной проходит незаметно. Но инфекция для опытного глаза, в виде ли возбужденного состояния больной, в виде ли учащенного пульса, как последствие интоксикации нервной системы токсинами уже началась. В дальнейшие часы подъем температуры, озноб и прочие проявления инфекции не оставляют сомнения не только у врача, но и у больной, что заражение наступило. Это вторая фаза воспалительного процесса — фаза клинически ярко выраженного начала заболевания. Переход скрытой фазы инфекции во вторую фазу происходит внезапно. Утром еще организм был на вид здоровым, но к вечеру появившийся озноб резко изменяет картину.

При инфекции плодного яйца или остатков плацентарной ткани вначале процесс разыгрывается только в полости матки. Токсины и продукты распада белковых веществ под влиянием микробов всасываются в организм, что клинически выражается в виде озноба, повышения температуры и пр. Это и есть собственно то, что в чистом виде следовало бы называть резорбционной лихорадкой, т. е. лихорадкой от всасывания. По своему характеру резорбционная лихорадка может быть асептической, без участия микробов, и бактериальной — септической. Как на пример асептической резорбционной лихорадки можно указать на резорбционную лихорадку при внематочной беременности. Излившаяся в брюшную полость кровь, неинфицированная, всасывается в организм и как результат всасывания белковых веществ можно видеть картину резорбционной лихорадки, с температурой, доходящей в некоторых случаях до 39°. Впрочем чаще температура при этом бывает в пределах 38°.

Септическая резорбционная лихорадка как результат всасывания продуктов распада белковых веществ вследствие инфекции имеет другую природу возникновения. Как ясно из самого определения сущности процесса, в клиническом течении резорбционной лихорадки могут принимать участие различные патогенные микроорганизмы. В известные моменты при резорбционной лихорадке можно найти микроорганизмы и в крови. Так например после выскабливания инфицированных абортос проникновение бактерий в кровь доказано посевами крови. Известно, что однократное нахождение микробов в крови еще не дает права ставить диагноз сепсиса. С другой стороны, при отсутствии самопроизвольного изгнания или искусственного удаления инфицированных остатков плаценты из матки создаются чрезвычайно благоприятные условия для проникновения инфекции не только в толщу слизистой и мышечной стенок матки, но и непосредственно в кровь. При благоприятных условиях со стороны организма умножающаяся с каждым часом инфекция при переходе микробов в более активное состояние решает в конце концов исход начавшейся резорбционной лихорадки, которая переходит в дальнейшие фазы развития септического процесса, то местного, в виде поражения например придатков, то общего в виде септического процесса в крови или в брюшной полости. Вот почему септическая резорбционная лихорадка есть один из начальных этапов развития септического процесса, качество которого еще не выявлено. В каждом отдельном случае резорбционная лихорадка выльется то в чисто местный процесс, то в септический общий, а иногда будет давать комбинацию того и другого. У постели больной можно проследить различные фазы развития септических процессов при инфекции плодного яйца. Отсюда вытекают и практические задачи врача, обязанностью которого будет вмешаться в течение болезни возможно раньше. Отсюда конечно вы не сделаете ошибочного заключения, что развитию общего септического процесса всегда предшествует резорбционная лихорадка. Можно иногда видеть ряд местных воспалительных процессов, как например параметрит, протекающих неделями сравнительно доброкачественно, как вдруг температура дает резкий скачок вверх и больная гибнет через несколько дней от внезапно развившегося общего сепсиса. Ведь отсюда нельзя сделать вывод, что сепсису предшествует параметрит. Это только указывает, что биология микроорганизма еще далеко не изучена, что морфологические особенности микробов еще далеко не дают право делать заключение о вирулентности микробов. Весьма вероятно, что морфологически одинаковые микробы биологически различны. Экспериментальными ис-

следованиями добыты указания, что влагалище здоровой женщины убивает микробов самой высокой вирулентности в течение 24 часов.

С другой стороны, иногда достаточно бывает одного укола пальца зараженной иглой, чтобы развился подчас смертельный сепсис.

Клинические наблюдения у постели больной дают возможность поставить не только топический диагноз воспалительного процесса, но с известной степенью вероятности определить и исход болезни.

Диагноз уже развившегося общего сепсиса чаще не представляет затруднений. Анамнез играет далеко не мало важную роль. Вмешательство бабок, большие оперативные пособия во время родов, половые сношения вскоре после родов или во время месячных — все это нередко можно найти в анамнезе септических больных. При объективном исследовании общее тяжелое состояние, сухой и обложенный язык, высокая температура, до  $40^{\circ}$ , и частый пульс — 120—130 в минуту, при отсутствии каких-либо местных изменений в половой сфере дают подозрение на общий септический процесс. Наряду с общим тяжелым состоянием иногда особое беспокойство больной, отсутствие аппетита и сна являются дополнительными штрихами к картине начала сепсиса. Увеличенная селезенка еще более подтверждает мысль о сепсисе. На фоне этой картины взятый посев крови обнаруживает рост культуры микробов. Диагноз упрощается, когда появляются септические очаги (см. ниже). Но они появляются спустя несколько дней от начала заболевания. В первые же дни болезни диагноз будет колебаться между сепсисом, гриппом, тифом и септическим эндометритом. В редких случаях острые ревматоидные боли в суставах могут дать повод смешать сепсис с ревматизмом. Для резорбционной лихорадки обязательно наличие в матке остатков плодного яйца. Помимо того вне приступа ознобов больная будет чувствовать себя хорошо. Аппетит и сон не страдают. Пульс вполне соответствует температуре. Необходимо иметь в виду, что резорбционная лихорадка встречается несравненно чаще, чем общий септический процесс. Диагноз будет труднее, если больную приходится видеть спустя два-четыре дня от начала заболевания. В этот момент процесс будет на грани между резорбционной лихорадкой и сепсисом. Анализ крови, точный счет пульса и учет всех данных у постели больной позволяют на второй-третий день по поступлении выяснить сомнения. Но все же подобные случаи являются наиболее сложными. Важность скорого решения вопроса обуславливается необходимостью

выбора метода терапии. Как часто еще приходится сожалеть, что во-время не было произведено радикальной операции — экстирпации матки. Эта операция как акт исключения очага инфекции несомненно заслуживает большего применения, чем это делается до сих пор. С тех пор, как мы потеряли целый ряд больных с резорбционной лихорадкой на почве задержавшихся последов после родов вне клиники при ручном отделении последа, у нас нет более охоты рисковать жизнью больной. Пусть лучше остается живая женщина без матки, чем будет сохранена матка у мертвой. Конечно показания к этой радикальной операции должны быть строго ограничены. Среди условий главными будут являться тяжесть инфекции и возраст больной. Естественно, что в период, близкий к климактерию, хирургу проще решиться на эту ответственную операцию. Но вернемся к диагнозу.

Дифференциально-диагностические трудности будут и в более поздних стадиях развития болезни при отсутствии очаговых поражений (см. ниже). Особенно следует предупредить от поспешного отрицания сепсиса на основании небольших подъемов на температурной кривой ( $37,3-37,8^{\circ}$ ). Отсутствие местных поражений в половых органах, сухой язык, истощение больной, частый пульс и повторные посевы крови выявляют истинную природу заболевания.

Картина сепсиса может оказаться запутанной при нахождении объективных изменений при вагинальном исследовании. Но и здесь несоответствие между объективными данными и общим тяжелым состоянием заставляют взять посевы крови, которые разрешают сомнения.

Теперь вернемся к нашей больной.

Нельзя думать, что инфекция в данный момент по преимуществу местная, ограниченная полостью матки и что перед нами резорбционная лихорадка с однократным поступлением микробов в кровь.

Изо дня в день следующие ознобы, общее тяжелое состояние больной, систолический шум в верхушке сердца (вероятно септический эндокардит) не оставляют сомнения, что инфекция вышла уже за пределы матки. Микробы циркулируют в крови, неограниченно там размножаясь.

Для подтверждения диагноза общего сепсиса возьмем для исследования кровь. Для посева берем  $10\text{ см}^3$  мясного бульона. Перевязав тонким резиновым жгутом руку, выше локтевого сгиба, мы видим рельефно выступающую локтевую вену и после дезинфекции кожных покровов попадаем в нее тонкой иглой. Пробирку с бульоном подставляем тотчас к игле, и медленно, каплями стекающая кровь, в количестве около  $3\text{ см}^3$ .

смешивается с бульоном. Горящей ватой пробирка закрывается. Посев ставят на сутки или двое в термостат.

Пока получим лабораторный ответ, больной необходимо лечение теперь же. Выскабливать или нет? Мы в клинике придерживаемся активной терапии. Удалить очаг инфекции будет конечно полезным. Но инфекция уже вышла за пределы матки, и потому после выскабливания мы должны принять меры против общего сепсиса.

Открытие специфического лечения сепсиса — очередная задача медицины. Огромный арсенал предложенных средств, среди которых преобладают интравенозные вливания уротропина, сулемы, дистиллированной воды, растворов серебра, сальварсана и пр., свидетельствуют лишь о бессилии медикаментозного лечения. На основании клинического материала мы считаем наиболее благоприятным средством вливания через день колларгола по рецепту.

Sol. Collargoli 1% — 100,0

S. По 10 см<sup>3</sup> интравенозно через день и одновременное впрыскивание 2—3 г скипидара под кожу (лучше бедра с латеральной стороны) с целью вызвать так называемый фискационный абсцесс по Фоше.

Прогноз для нашей больной надо признать сомнительным. Надежду мы будем возлагать и на молодой организм больной; будем стремиться к особо тщательному уходу и питанию и поддерживать сердечную деятельность. Но больная вне сомнения находится под угрозой дальнейшего развития общего септического процесса. Если в крови будет найден стафилококк, то еще можно будет рассчитывать на спасение жизни, но если будет обнаружен стрептококк — вряд ли можно будет думать о благоприятном исходе. Подавляющее большинство больных стрептококковым сепсисом погибает от ряда сопутствующих септикопиемию болезненных процессов, которые можно видеть и при стафилококковой инфекции. Появление резкой отечности на одной из нижних конечностей будет указывать на одно из часто встречающихся такого рода осложнений — тромбоз. Нагноившиеся тромбы при аутопсиях больных, погибших от сепсиса, можно видеть не только в бедренной вене, но и в *v. iliaca communis* и даже в *v. cava inf.* В последнем случае тромбоз бывает двусторонним.

Септическая пневмония еще более часто осложняет течение сепсиса. Больной всегда угрожает и развитие гнойного экссудативного плеврита, а в редких случаях и гангрены легких. Барабанный звук при перкуссии легких и нахождение эластических волокон в мокроте подтвердят диагноз гангрены, поставленный на основании зловонной мокроты. Кровь в мокроте



будет указывать на образование инфаркта в легких. Довольно часто в течение септического процесса развивается эндокардит. Всегда страдает и миокард.

Сильные головные боли и ригидность затылка, иногда с коматозным состоянием больной, дают право ставить диагноз энцефалита, а появление параличей говорит за образование абсцессов в головном мозгу.

Местные явления обычно отступают на задний план, но влагалищное исследование может обнаружить гнойные выделения из матки, что указывает на эндометрит, иногда с сопутствующей гангреной матки. Объективно найденные увеличенные придатки или инфильтраты в параметральной клетчатке дают благоприятные указания, что здесь инфекция частично задержана. Ежедневно все новые и новые порции микробов, поступающих из этих очагов в кровь, будут давать вечерние ознобы и высокие цифры на вечерней температурной кривой.

Ряд дегенеративных изменений в сердце, почках, печени, паротиты, мастоидиты, септические желтухи, ряд кожных высыпаний, массовое образование подкожных и межмышечных гнойников, тяжелые артриты, с последующими анкилозами суставов, в редких случаях гангрена нижних конечностей на почве тромбоза артерий, а иногда и жестокий септический паноптальмит с потерей зрения — дают тяжелую картину септикопиемии. Ахилия и ряд изменений в желудочно-кишечном тракте усугубляют и без того безотрадное положение. Аппетит исчезает, а то, что принято большой, извергается с рвотными массами. На фоне этой картины в редких случаях наступает острый психоз. Болезнь затягивается иногда на несколько недель. Появляются пролежни. Смерть наступает значительно быстрее, если развивается с начала заболевания чистая септицемия (без образования отдельных септических очагов). Процесс, сосредоточенный тогда в крови, где идет непрерывное размножение микробов, с постоянно высокой температурой, дает в несколько дней летальный исход (при септикопиемии температурная кривая будет характеризоваться утренними ремиссиями и вечерними высокими подъемами после озноба).

Септический перитонит не менее опасен, чем септицемия или септикопиемия. Но если при инфекции в крови приходится ограничиваться консервативным лечением, то септический перитонит требует самого быстрого оперативного вмешательства. Радикальная операция — удаление матки с придатками — спасает жизнь, если не произошло уже общей генерализации процесса с проникновением бактерий в кровь. Вот почему

раздражение брюшины при аборте (а равно и после) должны заставить насторожиться врача. Появление икоты и рвоты и прогрессирующее с каждым часом учащение пульса наряду с общим ухудшением в состоянии больной требуют возможно быстрого оперативного пособия. Как еще часто гибнут подобные больные (иногда скрывая вмешательство), обращаясь досадно поздно к врачу. У нашей больной мы отказались от оперативного радикального вмешательства. Сухой и резко обложенный язык, очень частый пульс и систолический шум в сердце довольно ясно указывают, что радикальная операция ничего не даст.

Мы будем следить за дальнейшим течением болезни. Уже и сейчас помимо колларгола и фиксационного абсцесса мы назначили больной инъекции камфорного масла через каждые 2 часа по два грамма. Завтра мы ей введем интравенозно 300 г 10% раствора глюкозы. В дальнейшем будем внимательно следить за появлением возможных дальнейших осложнений. Важно вовремя распознать и начинающуюся пневмонию для назначения соответствующего лечения и появившиеся абсцессы для своевременного хирургического вмешательства. Имейте в виду, что септические гнойники чаще всего бывают глубоко расположенными. Поэтому покраснения кожных покровов в месте образования абсцессов далеко не всегда можно увидеть. В пораженном месте будет инфильтрат, с последующим гнойным расплавлением. Если с вскрытием фиксационного абсцесса как асептического спешить не следует, то всякий септический нарыв должен быть вскрыт возможно раньше. При поражении суставов необходимо придавать больным конечностям то положение, которое в случае наступления впоследствии анкилоза обеспечило бы наибольшую функциональную пригодность сустава. Так например при воспалительных процессах в суставах нижних конечностей надо придать ноге вытянутое положение (ногу в шину); при поражении правого локтевого сустава нужно зафиксировать сустав под острым углом (повязка через шею), для того чтобы в случае анкилоза сустава больная могла пользоваться рукой.

Необходимо наблюдать за чистотой полости рта, Полоскание раствором хлористого кальция и ментол с глицерином для языка предупредят возможные паротиты. Перемена положения туловища и периодическое обтирание области крестца спиртом или бензином, с последующим смазыванием глицерином наряду с опрятным содержанием постели будут хорошей профилактикой против нередко развивающихся пролежней. Улучшению пищеварения будет способствовать назначение микстуры по рецепту:

Acidi muriatici diluti  
Pepsini rossici aa 4,0  
Aq. menthae  
Aq. destill. aa 100,0

DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день. Уротропин по 0,5 3 раза в день и обильное питье в виде различных прохладных напитков из клюквы и фруктов будет усиливать диурез и тем способствовать выведению токсинов. В клинике с удовлетворительными результатами мы септическим больным вводим спирт и внутривенно (10% раствор на физиологическом растворе спирта в количестве 400—500 г через день).

Чрезвычайно важно следить за питанием. Больной при отсутствии поражения почек можно разрешить есть все, вплоть до соленых огурцов и кислой капусты, для возбуждения аппетита. С этой же целью хорошо назначать кильки и селедки. Побольше, при возможности до 200 г в день, масла. Нужно позаботиться и о разнообразии пищи. В случае отсутствия стула кишечник следует опорожнять клизмами. Легкие снотворные и успокаивающие нервную систему средства в виде брома, веронала будут также нелишними. Проветривание палат будет доставлять больной свежий приток кислорода, а наблюдение за чистой кожей будет помогать выводить токсины и через кожу.

Специфических средств против сепсиса пока нет. Различные сыворотки и вакцины не оправдали возлагаемых на них надежд. В перспективе хорошие результаты следует ожидать от переливания крови септическим больным от уже перенесших общий септический процесс. Единичные сообщения об успехах подобного лечения еще слишком незначительны, чтобы можно было сделать соответствующие выводы.

Лечение хорошо вести под контролем периодических исследований крови. Отсутствие в крови эозинофилов и появление миелоцитов и дегенеративных форм эритроцитов будет являться плохим прогностическим симптомом.

Обратите внимание и на прогностическое значение фиксационного абсцесса. Там, где реакции на 2-е или 3-и сутки в виде воспалительной красноты на месте инъекции нет, надо ожидать летального исхода. Но имейте в виду, что положительная реакция еще не дает права ставить благоприятный прогноз. Фиксационный абсцесс есть чрезвычайно ценное средство, как определяющее состояние реакции организма на инфекцию, но лишь по отношению к данному моменту. Можно видеть хорошие абсцессы от скипидара в начале болезни и полное отсут-

ствии эффекта от повторных инъекций в конце, ближе к летальному исходу. С другой стороны, отрицательная реакция (если качество скипидара хорошее) еще задолго до смерти при еще сравнительно удовлетворительном общем состоянии больной дает неблагоприятное предсказание.

Непрекращающиеся ознобы, отсутствие аппетита и ослабление с каждым днем пульса приводят в тяжелых случаях сепсиса к резкому истощению сил больной с безнадежным исходом.

Вам ясно, думаю, куда в связи с этим случаем должны быть направлены наши взоры. Борьба с бабками мерами пропаганды и административными, распространение сведений о противозачаточных средствах, развитие консультаций для беременных, родильных коек — вот единственно верный путь борьбы с сепсисом.

**Примечание.** В крови был найден стрептококк. Больная погибла на восьмой день по поступлении от жестокого сепсиса.

### Перитонит

Больная Л., 38 лет, колхозница, доставлена из амбулатории на носилках с жалобами на боли в области живота и грудной клетки, появившихся на 6-й день после родов, проведенных в деревне с бабкой. По словам больной бабка только принимала роды, но вагинально не исследовала. Послед был удален бабкой путем натягивания за пуповину через 10—15 мин. после родов, после чего было сильное кровотечение. К вечеру первого дня после родов появился жар и озноб. Икоты и рвоты не было.

В анамнезе 3 родов, без осложнений.

**St. praesens:** больная среднего роста, удовлетворительного питания и сложения. Общее состояние очень тяжелое. Лицо осунувшееся, с впалыми глазами. Язык сухой, местами потрескавшийся, с налетами в виде корок серо-коричневого цвета. Пульс 120 в минуту, скачущий, как будто полный, но легко сдавимый. Дыхание частое. Изредка — небольшая икота. Рвоты нет. Температура 39,2°. Живот довольно резко вздут, имеется болезненность, не ярко выраженная, в особенности в нижних отделах живота. Ясный *defense musculaire* (напряжение прямых мышц). При глубоком вдавнении рукой брюшных покровов и после внезапного отведения руки лицо больной искажается от боли (симптом Блюмберга).

При перкуссии определяется притупление по сторонам живота и внизу, над симфизом. При аускультации стетоскопом определяется редкая перистальтика кишечника. Из влагалища — небольшие кровянистые выделения.

**Вагинально:** канал шейки пропускает два пальца и исследующий палец, пройдя в полость матки, прощупывает остатки последа. Дно матки ввиду болезненности брюшных покровов контурируется не ясно, но приблизительно на три пальца ниже пупка. Своды свободны, но область придатков болезненна. На пальцах после исследования грязные кровянистые выделения, без гнилостного запаха. Газы не отходят.

**Дифференциальный диагноз.** У больной септический перитонит. Что может вас заставить еще колебаться в аналогичных случаях? Вы говорите, что у больной нет рвоты, резкой болезненности и ярко выраженного напряжения брюшных мышц. Но ведь вы еще не видели септического перитонита. Все вам хорошо известные классические симптомы этого заболевания: доскообразный живот огневой чувствительности, икота, рвота, резкий симптом Блюмберга — все это можно видеть обычно у постели хирургического больного например с перфоративным аппендицитом или с перфорацией язвы желудка. Очень сильные боли можно наблюдать и при гинекологическом перитоните гонорройного происхождения. Но перед нами септический перитонит, вызванный стрепто- или стафилококком, перитонит, развивающийся чаще от первого до пятого дня после родов или аборта. При нем не ждите классических симптомов воспаления брюшины. Огромное большинство такой природы перитонитов протекает по типу перитонита у нашей больной.

Отсутствие резкой болезненности объясняется высокой вирулентностью кокков, токсины которых парализуют чувствительные нервные окончания брюшины.

Аускультация определяет еще наличие редкой перистальтики кишечника у нашей больной. Это указывает, что кишечник находится в состоянии глубокого пареза, за что говорит также и неотхождение газов. Когда наступит паралич, вы увидите и каловую рвоту, с характерным запахом (в начале рвотные массы бывают водянистые, затем зеленого цвета и наконец цвета кофейной гущи).

Один какой-либо симптом перитонита еще не дает права ставить диагноз разлитого воспаления брюшины. Так, признак Блюмберга указывает лишь на раздражение брюшины. Его можно наблюдать в различной степени выраженным во всех случаях раздражения брюшины, вызванных не только общим, но и местным воспалительным процессом, а также и в случаях внематочной беременности, перекручивания кист яичника; но кроме симптома Блюмберга у нашей больной ведь мы нашли и приглушение перкуторного звука по сторонам живота.

Это — воспалительный выпот по всем данным гнойного характера (приглушение над симфизом объясняется увеличенной маткой). Количество экссудата при перитонитах бывает различным. В молниеносно протекающих случаях его образуется не более столовой ложки. Газы у нашей больной не отходят. Это указывает, что перитонит зашел уже далеко. За это же говорит и скачущий, малого напряжения пульс, и резко обложенный язык, и впалые глаза с заострившимся носом (*facies peritonealis*). Есть один благоприятный признак со стороны кишечника — выслушивается перистальтика. Если ее не бывает, то это плохой симптом, но если она есть — это еще не значит, что будет все хорошо. Другой благоприятный признак — это соответствие между пульсом и температурой. Если температура и пульс перекрещиваются (температура ниже нормы, а пульс 120—160), то дело уже безнадежно. Ни в коем случае не надо полагаться при оценке течения процесса иногда на очень хорошее самочувствие больных, так как в некоторых случаях токсины возбуждают нервную систему настолько, что у больных наблюдается эйфория (повышенная нервная возбудимость). Неблагоприятным также является чувство голода с усиленным желанием есть.

Благоприятными условиями для развития инфекции у нашей больной, внесенной руками бабки, явились несомненно куски плацентарной ткани, оставшиеся в матке вследствие неправильного ведения последового периода. В начале инфекция развивалась лишь на мертвом субстрате — плацентарной ткани. Затем количество инфекции все более и более нарастало и характер инфекции менялся. Ввиду быстроты развития инфекции путь последней, надо полагать, был лимфогенный, через всю толщу стенок матки в брюшную полость. При проникновении туда бактерий брюшина теряет свой обычный блеск, становится гиперемированной, тусклой и утолщенной. Экссудат на вид бывает вначале серозно-мутным, затем становится серозно-фибринозным и наконец принимает гнойный характер. Кишечные петли и сальник, склеиваясь между собой, в некоторых случаях отграничивают процесс и он останавливается на стадии пельвеоперитонита. Тогда верхние отделы живота становятся мягкими, на животе появляется поперечная борозда, на уровне пупка или выше, пульс, температура и общее состояние постепенно выравниваются. Но инфекция у нашей больной приняла, как видите, диффузный характер. Непрерывно нарастает она и теперь и у нас нет гарантии, что она не проникла уже и непосредственно в кровь.

Итак, я думаю, диагноз теперь у вас уже не вызывает сомнения. Всегда надо будет исключить перфору-

тивный аппендицит, начало которого может совпасть с послеродовым периодом. Но тогда больная расскажет, что первые дни после родов она чувствовала себя хорошо (ходила, работала) и боли внизу живота появились внезапно. Развитие перитонита на второй неделе после родов или аборта, так же как будто внезапное, может быть и вследствие разрыва гноем наполненных труб или вследствие выхода гонорройного процесса из матки в брюшную полость, но в таких случаях тщательно собранный анамнез укажет, что послеродовой период и до начала острых явлений протекал не гладко.

При перитоните, источником которого является прободная язва желудка, в анамнезе также будет острое начало заболевания, но больная сообщит, что в момент заболевания она почувствовала как бы удар кинжалом в живот. При объективном исследовании вы при этих заболеваниях найдете другую картину. Здесь будут наряду с сильными болями по всему животу и высокой температурой и огневая чувствительность в области заинтересованного органа, и резкое напряжение прямых мышц, и характерные икота и рвота. Но не всегда при перитоните можно с уверенностью определить источник инфекции. Уже не раз хирург вскрывал брюшную полость из-за перфоративного аппендицита, а находил перфоративную язву желудка. В некоторых случаях и на операционном столе хирург ограничивается вставлением тампонов в брюшную полость, а источник инфекции разыскивается уже патологоанатомом. Вряд ли можно смешать септический перитонит с перекрученной кистой яичника или внематочной беременностью. Там картина иная (см. соответ. отделы).

Ввиду сравнительной редкости заворотов в гинекологических отделениях можно и *ileus* принять за перитонит, в особенности в тех случаях, когда петли кишок, припаянные к воспалительно измененным придаткам или закрывающие вскрывшийся в свободную брюшную полость гнойник параметрия, заходят одна под другую и вызывают непроходимость.

При завороте резко вздутый живот почти безболезнен, как и при септическом перитоните, но ясно можно видеть симптом Валя. Он выражается в том, что вздутые отдельные петли кишок, в виде валов, будут то появляться, то исчезать, в особенности при механическом раздражении стенок живота движениями пальцев. Частый пульс будет объясняться интоксикацией из кишечника, но температура обычно бывает лишь субфебрильной (37,3—37,5°). Будет икота и рвота, если есть полная непроходимость.

Диагноз может представить особые затруднения, когда ileus, далеко зашедший, осложняется перитонитом вследствие например гангрены ущемленного отдела кишечника. Если при этом одновременно имеется и беременность, то перитонит может быть принят за гинекологический.

Однако закрытый канал шейки, отсутствие гнойных выделений из матки и сравнительная продолжительность заболевания, при острых болях в животе предупредят от поспешного диагноза.

Большие дифференциально-диагностические трудности могут представиться при диагнозе послеоперационного перитонита. В таком случае факт вздутия кишечника, хотя бы и резкого, еще не говорит за перитонит. Это вздутие может быть и как следствие послеоперационной атонии кишечника, на почве операционной травмы, что бывает не так редко. В тяжелых случаях атонии бывают икота и рвота, но в отличие от перитонита общее состояние остается вполне удовлетворительным. Температура бывает обычно нормальная и редко поднимается выше 38°. Назначением грелок, физостигмина или эзерина под кожу и сифонных клизм, с одновременным промыванием желудка утром и вечером удается добиться восстановления нормальной функции кишечника (при перитоните всякие клизмы противопоказаны). Только в исключительных случаях, при угрожающей атонии кишечника, показана будет спинномозговая пункция или операция цекостомии. Последняя производится под местной анестезией. Разрез — как и при аппендэктомии. По вскрытии брюшной полости слепая кишка пришивается непрерывным кетгутовым швом к вскрытой париетальной брюшине и затем вскрывается. В уже вскрытую слепую кишку проводится толстый дренаж, лучше всего желудочный зонд, что способствует усиленному отхождению газов. Через 24 часа, если не последует сейчас же после операции заметного улучшения, можно промыть нижний отдел кишечника через вставленный в слепую кишку дренаж. Недели через две можно будет зашить образовавшийся каловый свищ, если не наступит самопроизвольного закрытия. Операция цекостомии дает положительные результаты в некоторых случаях после операционных перитонитов.

При постановке диагноза перитонита нельзя полагаться на один симптом Блюмберга. Раздражение брюшины, в особенности после больших операций, можно видеть очень часто на вторые, третьи сутки. Нередко бывает и небольшое напряжение брюшных мышц и икота. При повышенной общей чувствительности может создаться впечатление, что надвигается опасность. Но чистый или лишь слегка обложенный



язык, хороший пульс, нормальная или субфебрильная температура и мягкий живот должны успокоить начинающего хирурга. К вечеру второго дня после операции поставленная газоотводная трубка отводит газы, слабительная клизма на третий день вызывает стул — все опасения исчезают.

Значительно труднее в послеоперационном периоде отличить перитонит от внутреннего кровотечения, могущего наступить либо вследствие геморрагии из сращений, если операция была произведена по поводу воспалительного процесса, либо вследствие соскальзывания лигатуры с сосуда.

Конечно если соскочит лигатура с крупного сосуда, то это будет ясно в первые же часы после операции: больная побледнеет, и пульс будет падать на глазах. Это просто диагностировать. Трудности будут в том случае, если кровотечение будет постепенным. Тогда в отличие одного от другого необходимо иметь в виду следующее.

Во-первых, температура при послеоперационном перитоните поднимается на второй же день после операции и пульс учащается вначале соответственно температуре. При послеоперационном кровотечении температура вначале бывает нормальной, так как нет инфекции, но пульс учащается уже со второго дня. Кроме того болей при геморрагии в животе не бывает и больные чувствуют себя в первые дни заболевания обычно хорошо, ни на что не жалуются, и только пульс и несколько вздутый живот указывают, что не все благополучно. При перитоните после операции уже со второго дня общее состояние больных нарушается в худшую сторону. На третий день при перитоните будут уже все типичные признаки с высокой температурой, до  $40^{\circ}$ . Но на третий день появляется температура и при внутреннем кровотечении вследствие всасывания излившейся крови, иначе вследствие асептической резорбционной лихорадки. Но эта температура в отличие от перитонита будет редко подниматься выше  $38,5^{\circ}$ . Пульс к этому дню будет 130—140, слабого наполнения и язык бывает влажным. Шум в ушах и головокружение помогают поставить диагноз внутреннего кровотечения. Но последних симптомов может и не быть. Вследствие подъема температуры может быть замаскирована и бледность кожных покровов лица.

С другой стороны, бледность лица может быть и при перитоните вследствие паралича чревного нерва под влиянием токсинов и переполнения кровью сосудов брюшной полости. Можно наблюдать также и катастрофическое падение пульса, но при перитоните это бывает в момент агонии как результат суммарного действия токсинов на сердечную мышцу. В этот

момент у постели больной с перитонитом можно получить субъективные жалобы на головокружение и на потемнение в глазах вследствие анемии головного мозга и отравления углекислотой. Икота и рвота могут быть в обоих случаях. И там и здесь можно видеть приглушение перкуторного звука по сторонам живота (при перитоните—гной, при геморрагии—кровь).

Живот будет вздут в обоих случаях, но при геморрагии он будет мягкий, а при перитоните напряженный. Сознание в обоих случаях может быть ясным и до летального конца.

Если больная не погибает, то на 4—5-й день течения болезни картина может оказаться еще более сходной. Температура падает в обоих случаях ниже нормы, а пульс становится едва уловимым.

Появляется холодный пот. Но и здесь хотя и поздно, но можно уловить разницу. Если перевести женщину в положение Тренделенбурга (с вниз опущенной головой), то при перитоните пульс и общее состояние ухудшаются вследствие сдавления сердца опущенной диафрагмой, отдавленной кишечными петлями.

Дифференциальный диагноз значительно облегчается исследованием крови. В то время как при внутреннем кровотечении формула Шиллинга не обнаруживает резких изменений, при перитоните будет резкий сдвиг формулы Арнэта влево.

Ввиду того, что своевременная повторная лапаротомия спасает больную, диагноз должен быть поставлен в крайнем случае при помощи пробной пункции длинной иглой в задний свод или непосредственно в брюшную полость, в месте наибольшего притупления перкуторного звука.

Большие трудности для определения источника инфекции при перитоните вынуждают иногда врача ставить общий диагноз: острый живот, что указывает на необходимость операции.

Теперь вернемся к нашему случаю. Что можем предложить мы этой больной, с уже так далеко зашедшей инфекцией. Если бы она поступила к нам на второй, третий день после родов, мы немедленно произвели бы ей выскабливание. Опыт клиники учит, что огромное большинство больных с инфекцией оставшихся кусков плацентарной ткани после выскабливания поправляются, хотя и не так быстро, как при резорбционной лихорадке на почве неполного аборта.

Мы не задумались бы вычистить полость матки тупой кюреткой даже и при наличии раздражения брюшины. Вместе с последом мы удалили бы главное депо микробов, а с уже поступившей порцией микробов брюшная полость обычно спра-

вляется при условии хорошей сопротивляемости организма и соответствующего дальнейшего лечения. От выскабливания в подобных случаях нас удерживает только объективно найденная локализация процесса в придатках матки или в клетчатке. В таком случае выскабливание представляет опасность ввиду возможности дальнейшего распространения инфекции. Небольшой процент больных гибнет при этой терапии от сепсиса, по еще больший процент погибает при консервативном ведении подобных больных.

В данный момент выскабливать конечно уже поздно, так как процесс сосредоточен уже в брюшной полости, а возможно и в крови.

Если бы нам пришлось наблюдать эту больную с момента заболевания, то мы могли бы проследить, как наряду с нарастанием перитонеальных явлений учащался пульс. Сегодня он уже 120 в минуту, слабого наполнения. Надо поспешить с оперативным вмешательством, так как без этого больная верное погибнет. Завтра пульс возможно будет уже 130 и сердце ослабленной больной может не перенести операции, а еще через день конечно следует уже воздержаться от оказания хирургической помощи. Но сегодня есть еще надежда на спасение жизни при хирургической помощи и потому мы будем оперировать больную, хотя и без большой надежды на успех.

Вы спрашиваете, каков будет план операции. Под спинно-мозговой анестезией мы вскроем брюшную полость и удалим источник инфекции — матку с придатками. Операцию эту надо проводить как правило возможно скорее ввиду опасности операционного шока. Если не будет налетов на брюшине и петлях кишок, то мы затем закроем брюшную полость наглухо. Так поступаем мы всегда, когда нам удается удалить источник инфекции. И лишь там, где этого нельзя достигнуть, мы вставляем в брюшную полость тампоны. При больших скоплениях гноя следует вставить дренажные трубки в разрез влагалища для стока гноя.

В случаях, когда состояние больной очень тяжелое, следует воздержаться от радикальной операции. Тогда приходится ограничиться вставлением тампонов в брюшную полость. Также вы поступите и в тех случаях, когда при вскрытии брюшной полости вы найдете большие налеты на кишечнике. Для лучшего стока гноя хорошо сделать помимо продольного разреза еще и дополнительные разрезы по бокам.

Вы предлагаете влить в брюшную полость эфир. Не стоит этого делать, так как подобные средства являются возвратом к антисептической эпохе в хирургии. Важно удалить источник инфекции и затем поставить брюшную полость в ее физиоло-

гические условия. Конечно после операции необходимо принять все меры к общему укреплению организма: согреванию тела больной, поддержанию сердечной деятельности и пр. Особенно благоприятно действуют капельные теплые клизмы из физиологического раствора поваренной соли и внутривенные вливания 10% раствора глюкозы.

Больную после операции надо положить на кровать с приподнятым головным концом (положение Фоулера).

Прогноз в отношении жизни в нашем случае следует признать сомнительным. Перитонит вообще дает очень большой процент смертности, причем исходы бывают тем лучшие, чем раньше производится операция. Малоудовлетворительные результаты и при оперативном лечении перитонитов объясняются тем, что при запущенных случаях наряду с септическим воспалением брюшины имеется уже и септический процесс в крови.

**Примечание.** Операция подтвердила диагноз. Брюшная полость была закрыта после удаления матки наглухо. В полости удаленной матки были найдены остатки плацентарной ткани. В левой трубе обнаружено небольшое скопление гноя. Больная погибла на третий день после операции. Патологоанатомический диагноз: перитонит и сепсис.

### Гнойный пельвеоперитонит

Больная К., 30 лет, жена служащего, поступила в клинику с жалобами на боли в нижней части живота. Больна около месяца. На 14-й день после произведенного у бабки двухмесячного аборта, при гнойных выделениях из влагалища и общем недомогании, появились сильные боли по всему отделу живота, рвота и жар. Живот был вздут, резко чувствителен при малейшем движении, газы не отходили. Прибывший врач назначил лед на живот и уложил больную в постель. Рвота через два дня прекратилась, боли несколько успокоились и через 2 недели больная начала ходить. Однако болевые ощущения продолжались, появились запоры, по вечерам познабливало и больная решила обратиться в клинику.

**St. praesens:** больная удовлетворительного питания и сложения. Положение активное. Пульс 80. Температура 36,9°. Накануне осмотра 39,0°.

При наружном исследовании: живот в верхних отделах мягкий и безболезненный. На 2 пальца ниже пупка, по средней линии, определяется опухоль округлой формы, тугоэластической консистенции, неподвижная и слегка болезненная при осторожных попытках в смещению. При перкуссии над опухолью — приглушенный тимпанит, ближе к симфизу переходящий в почти тупой звук.

**Вагинально:** шейка матки без особых изменений, приподнята несколько вверх, к симфизу. Задний свод укорочен и выступает вперед. Слизистая оболочка подвижная. Выпячивание в заднем своде, при бимануальном исследовании, переходит в опухоль, найденную при наружном осмотре. Опухоль при исследовании болезненна, но не резко, совершенно неподвижна и дает ясное впечатление флюктуации. Матка отдельно нигде не контурируется.

Наличие в анамнезе перитонеальных явлений после аборта, высокая температура накануне поступления в клинику наряду с болевыми ощущениями в нижней части живота заставляют думать о каком-то воспалительном заболевании с вовлечением в процесс брюшины. Данные объективного исследования, при котором обнаружена большая опухоль, занимающая весь малый и часть большого таза, позволяют остановиться на возможности у большой пельвеоперитонита, т. е. воспаления тазовой брюшины.

**Этиология пельвеоперитонита.** Возбудителями заболевания являются обычно стрепто- или стафилококки, гонококки, туберкулезная палочка и реже кишечная палочка. Септическая инфекция, обычно вторичная, развиваясь чаще после инфицированного аборта, идет лимфогенным путем из полости матки через всю ее толщу до брюшинного листка; гонорройная, распространяясь по слизистым оболочкам, обычно проходит по трубам, и через абдоминальный конец гной попадает в брюшную полость.

Особую форму пельвеоперитонита представляет так называемый неинфекционный пельвеоперитонит. Он возникает вследствие механических или химических раздражений брюшины малого таза. Такого рода пельвеоперитониты развиваются например после внутриматочных впрыскиваний исда. Сюда же должны быть отнесены раздражения брюшины, развившиеся после перекручивания ножки кисты или при нарушенной внематочной беременности. На какой бы почве не развился пельвеоперитонит, появление его сопровождается образованием экссудата, причем при неинфекционном пельвеоперитоните выпот не содержит гнойных телец и бактерий.

Инфекционный пельвеоперитонит дает серозный, серозно-гнойный или чисто гнойный экссудат.

Распространение инфекции будет зависеть не только от степени вирулентности бактерий, но и от степени сопротивляемости организма, причем предшествовавшая заболеванию большая потеря крови будет способствовать развитию инфекции. Чаще бактерицидными силами брюшины удастся отграничить очаг инфекции. Выпот или скоплется изолированно в полости

малого таза или заполняет и большой таз, причем париетальная брюшина утолщается, а кишечные петли и сальник покрывают сверху осумковавшийся выпот.

В первом случае выпот резко смещает матку вверх и располагается по преимуществу в заднем дугласовом пространстве — *perimetritis exudativa* (см. рис. 27).

В случае дальнейшего распространения воспалительного процесса выпот окружает матку со всех сторон и переходит в большой таз — собственно *pelveoperitonitis* и наконец при малой сопротивляемости организма инфекция принимает диффузный характер — *peritonitis universalis*. Таким образом периметритом и пельвеоперитонитом организм спасает себя от общего разлитого перитонита.

В последующем выпот или рассасывается, или в случаях гноя последний чаще вскрывается в прямую кишку. Как последствия острого воспаления брюшины малого таза нередко остаются воспалительные сращения в виде отдельных перетяжек, нитей, окутывающих матку и придатки, как паутиной, иногда фиксируя матку кзади, к крестцу — *perimetritis adhaesiva* (см. рис. 21).

К сращениям тазовых органов приводит в конечном итоге и неинфекционный пельвеоперитонит, причем в некоторых случаях и здесь в инкапсулированных, среди кишечных петель, пространствах остаются осумкованные полости с серозным выпотом, иногда достигающие больших размеров — *pelveoperitonitis saccata*.

**Клиническая картина** инфекционного пельвеоперитонита будет зависеть от стадии воспалительного процесса. В остром периоде вы найдете симптомы общего перитонита: высокую температуру, частый пульс, тошноту, рвоту, сухой обложенный язык, боли по всему животу и резкий симптом Блюмберга. Вагинальное исследование из-за болезненности не дает никаких определенных данных. Через несколько дней, когда боли определенно локализуются в нижних отделах живота, при периметрите можно будет контурировать матку, а позади нее болезненный выпот, а при пельвеоперитоните выпот будет доходить до пупка и даже выше. Если образуется гной, лихорадка принимает, как в нашем случае, ремиттирующий характер. При серозном выпоте нет резких колебаний температуры по утрам и вечерам, и в разгар заболевания она держится обычно, при колющих болевых ощущениях, на уровне 38—38,5°. Однако температура даже при гнойном пельвеоперитоните может быть лишь слегка субфебрильной, если гнойник старый, хорошо осумкован и следовательно не происходит всасывания гноя. В таких случаях незначительные жалобы больной будут итти

в разрез с данными вагинального исследования, при котором находят большой абсцесс в полости малого таза.

**Течение болезни** различно и зависит прежде всего от характера инфекции. Бурное начало с резкими болевыми ощущениями и скорое исчезновение перитонеальных явлений присуще гонококковой инфекции, медленное и вялое течение — туберкулезной. Септическая, после родов или выкидыша, начинается бурными явлениями обычно к концу второй недели, реже на 3—4-й день, после эндометрита или параметрита. Продолжительность различная, в среднем от двух недель до нескольких месяцев. При длительном течении, по окончании всех острых явлений, жидкий экссудат исчезает и остаются соединительнотканнные организованные массы, которые по плотности и малой болезненности можно принять за новообразование.

Возвращаясь к нашей больной, по анамнезу видно, что заболевание началось на 14-й день после аборта. Гнойные выделения из матки и общее недомогание указывают вероятно на эндометрит как первичное заболевание после аборта.

**Дифференциальный диагноз.** Если бы вы не обратили внимания на анамнез и гнойную температуру больной, то вагинальное исследование в данном случае привело бы вас несомненно к ложному диагнозу ввиду отсутствия резкой болезненности, важного симптома воспаления. Вы приняли бы опухоль возможно за кисту по ее упругой консистенции. Вы могли бы думать и об осложнении беременности резкой ретрофлексией матки, при которой околоплодные воды дают впечатление флюктуации. Эту ошибку легко можно было бы сделать тем более, что матку отдельно при вагинальном исследовании контурировать нам не удалось. По этой же причине вы наконец могли бы предположить о заматочной кровяной опухоли. Но вспомните основы дифференциального диагноза. Ведь нам предстоит прежде всего решить основной вопрос о характере заболевания. Анамнез и высокая температура накануне поступления определенно говорят за какой-то воспалительный процесс в тазовых органах. Первые острые явления у больной указывают на бывшее серьезное раздражение брюшины. Если бы в этот момент мы видели с вами больную, вы могли бы подумать об аппендиците. Однако в анамнезе имеется ясная этиология — аборт. Распознавание было бы затруднительно в этот момент, когда были лишь острые перитонеальные явления, лишь в том случае, если бы этиология оставалась неясной. В таких случаях я рекомендую вам вспомнить все другие симптомы аппендицита, а при вагинальном исследовании обратить внимание на болезненность при поднятии пальцами шейки матки

вверх. При гинекологическом страдании вы получите резкую чувствительность, при аппендиците она будет выражена слабо. Пусть не смутят вас тогда возможные и при аппендикулярном перитоните кровянистые выделения из половых путей, которые будут либо выражением лишь общей гиперемии брюшной полости, либо одним из симптомов начавшегося аборта. В последних случаях в анамнезе вначале будут боли при повышенной температуре, а затем уже крови, в то время как при гинекологическом перитоните на почве аборта вначале будут крови, а затем уже боли (перитонеальные).

Возвращаясь к больной, нам предстоит решить вопрос о локализации воспаления. Конечно инфекция в настоящий момент не в клетчатке. За это говорят и перитонеальные явления в анамнезе и данные объективного исследования (см. дифференциальный диагноз параметрита). Против диагноза воспаления придатков говорят центральное расположение опухоли и ее абсолютная неподвижность. Воспалительно измененные придатки лежат обычно сбоку, более или менее хорошо ограничены и несколько подвижны. Кроме того чаще удается контурировать отдельно матку. Диагноз осложняется, если воспаление придатков протекает при наличии у больной большой фибромы. Тогда при болезненном исследовании фиброму можно принять за пельвеоперитонит. Отличие будет состоять в том, что крестцово-маточные связки ясно прощупываются при фибромах, ясна и граница опухоли, чего нет при пельвеоперитоните. В практической деятельности при постановке диагноза пельвеоперитонита приходится принимать во внимание главным образом вышеуказанные заболевания.

Если диагноз типичного пельвеоперитонита не представляет больших затруднений, то этиология его не всегда является ясной. С другой стороны, при неясной этиологии приходится задумываться и над самой постановкой диагноза тазового воспаления брюшины. Трудности в этом отношении составляют туберкулезные пельвеоперитониты. Встречаются они по преимуществу у женщин астенического и инфантильного типа. Осумкованный туберкулезный пельвеоперитонит с небольшим выпотом, встречаясь обычно в молодом возрасте, легко принять при нормальной температуре за кисту ввиду того, что расположенный в тазу конгломерат склеенных кишечных петель, прощупываясь снаружи в виде опухоли, может дать впечатлительные ложной флюктуации, а объективное исследование может быть совершенно безболезненным. Неподвижность, характерная для пельвеоперитонита, может быть ошибочно отнесена за счет или бывших явлений перекручивания или за межсвя-



зочное расположение кисты. От этой ошибки могут предостеречь лишь данные перкуссии: в то время как над кистой будет ясное притупление, перкуссия при пельвеоперитоните дает лишь приглушенный тимпанит. Так называемые пластические формы пельвеоперитонита, без образования выпота, развиваясь в юношеском возрасте, до периода половой жизни, легко могут быть по своим иногда большим размерам (выше пупка) приняты за злокачественную опухоль. Опять приглушенный тимпанит, а не абсолютная тупость над опухолью, сейчас же исправят ошибку в диагнозе. В подостро протекающих случаях туберкулезного пельвеоперитонита температура бывает субфебрильной. Кроме того при дифференциальном диагнозе следует принять во внимание и быстрый рост опухоли при злокачественном ее характере. Если туберкулезный пельвеоперитонит принимается за злокачественную опухоль, то *pelveoperitonitis saccata* часто принимается за кисту. В дифференциально-диагностическом отношении важно, что флюктуирующая опухоль при *pelveoperitonitis saccata* не имеет таких резких контуров, как киста, кроме того болезненна и мало подвижна.

Теперь перейдем вновь к нашей больной. При вагинальном исследовании мы обнаружили флюктуацию, что указывает на присутствие жидкого экссудата. Надо думать, судя по температуре, что экссудат гнойный. Для подтверждения данных объективного исследования следует прибегнуть к пробной пункции, что производится обычно со стороны влагалища (см. рис. 27). Однако последнее возможно далеко не всегда. Вернее пункция возможна главным образом в тех случаях, где воспалительный выпот спустился в заднее дугласово пространство, что сказывается более или менее резким выпячиванием заднего свода. Пункция длинной иглой тогда совершенно безопасна. Она будет технически труднее и опаснее для случаев, где выпот близко подходит к боковым сводам. Пальцы при вагинальном исследовании обычно (но не всегда) здесь ясно ощущают биеение сосудов, которые могут быть легко поранены во время пункции и, что более опасно, во время последующего разреза. Эти случаи я вам лучше советую направить к ближайшему хирургу-гинекологу. Но если все же вы рискнете на подобный разрез и получите кровотечение, то остановить его можно будет лишь тугой тампонадой влагалища. Там, где выпот локализуется в переднем дугласовом пространстве, пункция строго противопоказана ввиду опасности ранения мочевого пузыря. В редких случаях воспалительный процесс поднимается высоко, выше *cristae*, и подходит близко к боковым отделам живота. В таких случаях пробным проколом живота можно воспользоваться также, но иглу следует вколоть осторожно и поверхностно

во избежание возможности повреждения кишечника. Там, где будет гной, следует немедленно за пункцией разрез, держась ближе к стенкам таза. Послойно разрезается кожа, подкожная клетчатка, апоневроз, а мышцы раздвигаются черенком скальпеля в поперечном направлении, после чего легко вскрывается брюшина и пальцем обследуется гнойная полость. В случаях обнаружения больших полостей хорошо сделать для лучшего стока гноя контрапертуру при помощи корнцанга, в сторону влагалища под контролем зеркал. Конечно вслед за разрезом следует хорошее дренирование полости. Однако должен вас предупредить, что в то время как простой разрез является операцией легкой, разрезы с контрапертурой технически трудны, а те, которые идут в сторону влагалища далеко небезопасны из-за возможности повреждения кишечника, мочеочника и сосудов. Вот почему от подобных операций начинающему следует решительно воздержаться.

Приступая к **оперативному вмешательству**, даже в виде простого вскрытия очага инфекции, в особенности сверху, нужно тщательно взвесить общее состояние больной. Частый и малый пульс при нормальной температуре, указывая на развитие уже общего перитонита, дают вообще плохой прогноз, а максимальное расширение зрачков при вагинальном исследовании подобных больных или при пробной пункции является грозным предостережением и указывает на состояние шока.

Выбор места для разреза является также делом не вполне легким. В то время как при параметритах разрез чаще приходится проводить сверху, при пельвеоперитонитах гнойник обычно вскрывают снизу, через влагалище, путем разреза последнего и последующего дренирования, операции, носящей название кольпотомии. Операция эта является технически очень простой и доступной для начинающего в тех случаях, где образовавшийся гнойник спустился очень низко, что сказывается, как было уже указано, выпячиванием заднего свода, в некоторых случаях резко выступающего впереди шейки матки.

В нашем случае выпот мягок и дает ясное впечатление флюктуации. Вот почему мы несомненно добудем жидкий экссудат. Для операции кольпотомии не нужно много инструментов. Пулевые щипцы, длинная игла, с 5 или 10,0 рекордовским шприцем, нож, корнцанг, дренажная трубка, пара пинцетов и несколько стерильных съемок — вот все, что будет необходимо для этой операции. Обнажив влагалищную часть зеркалами, после дезинфекции влагалища спиртом, а затем 5% раствором иода, шейка матки берется на пулевые щипцы и осторожно поднимается вверх для лучшего

обнажения заднего свода. Длинной иглой, примерно по средней линии выступающего заднего свода, проникают в гнойную полость (см. рис. 27). Игла, пройдя с очень незначительным препятствием сквозь тонкую слизистую влагалища, небольшой слой клетчатки и брюшину, сразу затем идет свободно, оказавшись в гнойнике. Шприцем Рекорда, надетым на иглу, сейчас же добывают гной или серозную жидкость. Последнюю следует выкачать шприцем. В случае нахождения гноя прежде всего удобнее дать больной эфирный рауш-наркоз. Снимают шприц и тонким лезвием скальпеля, по ходу иглы, разрезают, лучше в поперечном направлении, заднюю стенку влагалища. Разрез делается достаточный для вставления затем дренажа. Идет гной, иногда под большим давлением. Во вскрытую полость вставляют при помощи корнцанга длинный резиновый дренаж с ушками. Конец трубки, видный снаружи, погружают в стеклянную «утку».

Операция закончена. Больной для лучшего стока гноя следует придать положение Фоулера (с приподнятым головным концом кровати).

Температура на вторые или третьи сутки падает. Дренаж остается до 9—12-го дня, после чего его следует извлечь во избежание возможности пролежней прямой кишки. Если в послеоперационном периоде будет вновь повышение температуры, следует прочистить или сменить дренаж: повидимому гной где-то задерживается.

Там, где при пробной пункции, вагинальным или брюшностеночным путем, вы найдете серозную жидкость, следует ограничиться отсасыванием экссудата шприцем, что ведет не только к уменьшению болевых ощущений, но и к более быстрому всасыванию экссудата. Нужно однако иметь в виду, что отсасывание приходится иногда производить не один раз ввиду того, что экссудат вновь накапливается.

В случаях, где нет жидкого выпота, приходится прибегать к общей рассасывающей терапии, причем на видное место должно быть поставлено лечение ваннами (см. отдел — Общая терапия).

**Примечание.** После операции кольпотомии больная выписалась на 12-й день в удовлетворительном состоянии, без всяких болевых ощущений. Вагинально матка хорошо контурировалась, но в заднем своде остался еще инфильтрат. Больной дан совет производить горячие спринцевания и солевые клизмы.

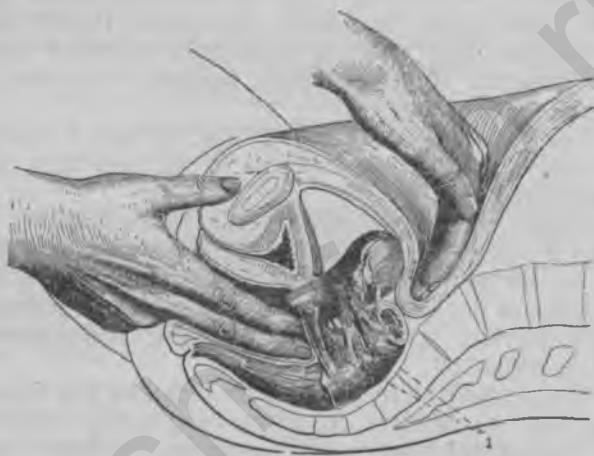
### **Хроническое воспаление придатков матки—Adnexitis chronica**

Больная С., 28 лет, жена служащего, поступила с жалобами на постоянные тупые боли в нижней части живота и в

крестце, на усиленные и болезненные менструации, бели и бесплодие.

**Анамнез.** Замужем 8 лет. Вскоре после замужества появились рези при мочеиспускании, а затем бели зеленоватого цвета. Лечилась. 7 лет назад были первые и последние роды. В послеродовом периоде перенесла воспаление брюшины. С тех пор боли не покидали больную, временами давая обострения. Последний приступ с повышенной температурой был 2 года назад.

Менструации со времени заболевания обильные, по 7 дней, и в первые дни болезненные.



21. Периметрит. 1 — перитонеальные сращения

**St. praesens;** сложение и питание удовлетворительное. Сердце и легкие в пределах нормы.

**Вагинально:** шейка приподнята вверх и смотрит к симфизу, дно матки отклонено резко кзади и образует с шейкой острый угол, направленный к крестцу. Попытки выведения матки очень болезненны и оказываются безуспешными (см. рис. 21, сращения). Справа, тотчас от матки, прощупывается тяж толщиной с палец, удлинённой формы, болезненный, в особенности при смещении, с ограниченной подвижностью. Слева, менее рельефно, прощупывается такой же тяж и рядом с ним болезненное округлое тело величиной с голубиное яйцо (см. рис. 22).

**Дифференциальный диагноз.** Анамнез и болезненное объективное исследование указывают на воспалительную природу

заболевания. Роды сыграли в этом процессе несомненно решающую роль, но вряд ли это была септическая послеродовая инфекция. Повидимому воспалительный процесс — гонококкового происхождения, на что указывают рези при мочеиспускании и бели зеленого цвета после выхода замуж. Вероятно мы имеем дело в данном случае с последствиями так называемого *Einkindsterilität*, т. е. бесплодия после одних родов, что бывает чаще всего как результат гонорреи. Открытая шейка матки во время родов, и вскоре после, представляет хорошие входные ворота для инфекции, которая, оставаясь



22. Двусторонний сальпингит. Слева виден увеличенный яичник

ранее в цервикальном канале, после родов проходит в матку, а оттуда в брюшную полость, что и вызывает общие перитонеальные явления, отмеченные в анамнезе у нашей больной. Устанавливая таким образом вероятную этиологию заболевания, нам предстоит решить вопрос о локализации воспаления. Болезненная опухоль справа по своей удлиненной форме напоминает трубу. За это же говорит и близкое расположение тяжа от матки и его подвижность. Объективные данные для постановки диагноза *salpingitis*, т. е. воспаления трубы, достаточны. Аналогичную опухоль слева нужно отнести также за счет хронического воспаления трубы. Округлое и болезненное тело, расположенное по соседству с трубой, по форме напоминает яичник. Вот почему его увеличение слева и болез-

ненность дают право думать, что и он вовлечен в воспалительный процесс, т. е. у больной *Salpingoophoritis sinistra*.

Итак, больная страдает двусторонним поражением труб. Различают *endosalpingitis* — воспаление слизистой трубы, *mesosalpingitis* — мышечной и *perisalpingitis* — воспаление серозного покрова. Гонорейная, самая частая, инфекция происходит из слизистой матки, септическая чаще лимфогенным путем, а туберкулезная, наиболее редкая, обычно заносится кровью из других туберкулезных очагов в организме (легкие). В этиологии известную роль играют также кишечная палочка и бациллы инфлюэнцы. Как результат катарра слизистой трубы впоследствии может произойти полная облитерация просвета, что и ведет к бесплодию. Наряду с этим можно наблю-



23. Pyosalpinx

дать и другую картину. Так закупорка абдоминального конца трубы ведет к скоплению серозного или гнойного содержимого в трубе, благодаря чему растянутая труба принимает вид завязанного мешка — *Sactosalpinx*. Если содержимое мешка гнойное, говорят о *pyosalpinx'e*, если серозное — о *hydrosalpinx'e*. Достигая больших размеров, пиосальпинкс может разорваться, что ведет к общему перитониту. Иногда он подобно кисте перекручивается, что впрочем встречается крайне редко. *Hydrosalpinx* не разрывается, но в некоторых случаях его серозное содержимое время от времени опорожняется через маточное отверстие трубы (*Hydrosalpinx tubae profluens*). Если опорожняется гнойное содержимое, говорят о *pyosalpinx profluens*. В острой стадии сальпингит маскируется сопровождающим его метро-эндометритом и пельвеоперитонитом. Вот почему в хронической стадии как изолированное заболевание сальпингит можно встретить редко. Обычно ему сопутствует эндометрит и периметрит.

Сам по себе сальпингит является наиболее важным этиологическим моментом для оофорита. Последний обычно начинается как периоофорит; затем воспаление распространяется с поверхности в глубину. В зависимости от ткани, захваченной воспалением, различают паренхиматозную, фолликулярную и интерстициальную формы. Фолликулярный аппарат или погибает, замещаясь соединительной тканью, или отдельные фолликулы превращаются в маленькие кисты, со светлой жид-

костью — *degeneratio cystomatosa ovarii*, что вероятно и случилось с левым яичником у нашей больной. Иногда эти отдельные кисты соединяются, или один из них обнаруживает склонность к интенсивному росту, до размеров куриного яйца — *hydrops folliculi*. В случае нагноения весь яичник превращается в абсцесс, округлой формы, величиной с кулак — *pyoovarium*. Его сопровождает иногда тяжелый пельвеоперитонит с большими сращениями. Упорная интермиттирующая лихорадка и постоянные боли, иной раз годами, делают жизнь такой больной в конце концов невыносимой. При одновременном гнойном воспалении трубы и яичника может случиться, что перегородка между ними исчезает и тогда образуется так называемый тубоовариальный абсцесс.

Иногда под влиянием травмы тубоовариальный абсцесс прорывается в брюшную полость, что вызывает перитонит. В редких случаях прорыв происходит в мочевой пузырь, что ведет к тяжелому, не поддающемуся обычной терапии циститу. Подобно этому при слиянии содержимого гидросальпинкса с кистой получается тубоовариальная киста.

Переходя к данным объективного исследования, надо отметить, что в практической деятельности чаще приходится диагностировать «*Adnexitis*», т. е. воспаление придатков. Это объясняется тем, что изолированная диагностика придатков является вообще трудной, отчасти ввиду болезненного исследования. С другой стороны, дифференциально-диагностических признаков, специфических для воспаления труб и для воспаления яичников, не так-то уже много. При больших придатковых опухолях удлинённая форма и тесная связь с маткой будут говорить за воспаление трубы, округлая и менее связанная с маткой — за воспаление яичников. Обнаруженная флюктуация в опухоли будет указывать на присутствие жидкости — серозной или гнойной. В хронических случаях гной становится стерильным, вокруг гнойника образуется плотная оболочка, вследствие чего всасывания гноя не происходит. Температура в таких случаях может быть нормальной, в пределах нормы будет и реакция Фарреуса (реакция оседания эритроцитов), если нет заметного малокровия у больной. Наличие туберкулезных очагов в легких будет говорить за туберкулезную натуру пиосальпинкса, рези при мочеиспускании и бели после замужества — за гоноррею, а заболевание после аборта или родов — за септическую инфекцию.

От всех других воспалительных фокусов в органах малого таза придатковая опухоль отличается в большей или меньшей степени выраженной подвижностью. Только при комбинации больших *adnexit'ov* с пельвеоперитонитом диагноз

становится затруднительным. В таких случаях боковое и близкое расположение опухоли от матки будет говорить за осложненный аднексит.

Очень важно, что пораженные септической инфекцией придатки лежат очень близко к ребру матки, в то время как гонорройные придатки — далеко от матки. Вот почему в первом случае матка плохо контурируется даже при отсутствии болезненности. Тесно прилегающие к матке и увеличенные придатки можно принять и за беременное тело матки или фиброму.

Ошибка будет чревата большими последствиями, если спянные в одну опухоль придатки и тело матки будут приняты за увеличенное тело матки вследствие якобы задержки кусков плацентарной ткани (после родов или аборта). Ошибочно производимое выскабливание в таких случаях легко приводит к перфорации. От параметрита опухоль придатков помимо подвижности последней будет отличаться и своей локализацией. Параметриты в огромном своем большинстве септической природы и располагаются близко к стенкам таза, а пораженные септической инфекцией придатки — близко к ребру матки. Руководствоваться при этом следует и течением болезни: в то время как инфильтрат при параметрите обычно исчезает по истечении 4—5 месяцев, опухоль придатков может держаться годами. Необходимо иметь и в виду, что возможны комбинации процессов.

Как правило воспаление придатков чаще встречается в виде двустороннего заболевания, в особенности гонококкового происхождения. Эту особенность следует принять во внимание и при дифференциальном диагнозе между пиосальпинксом и перитифлитом. К этому следует присоединить еще и более высокое расположение опухоли при перитифлите. Большие трудности представляет дифференциальный диагноз между аппендицитом и сальпингитом, осложненным общим раздражением брюшины. Острое начало заболевания со рвотой, предшествовавшие запоры, отсутствие белей и локализация болей справа скорее будут говорить за аппендицит. При объективном исследовании при аппендиците вы найдете болезненность в точке Mc Burney'я, симптом Ровсинга (Rovsing) и другие симптомы аппендицита. При вагинальном исследовании смещение пальцем шейки матки будет совершенно безболезненно в противоположность сальпингиту, при котором вы найдете резкую чувствительность.

При дифференциальном диагнозе для практических целей можно воспользоваться и схемой точек (см. рис. 24) с той однако оговоркой, что положение придатков не является столь постоянным, как положение червеобразного отростка.





исключить путем анализа мочи почечные заболевания. При левостороннем сальпингите при дифференциальном диагнозе нужно исключить колит.

В заключение следует отметить, что при постановке диагноза сальпингита всегда нужно помнить, что жалобы на боли внизу живота могут быть лишь одним из проявлений общей истеро-неврастении. Вы найдете тогда болезненность по всем отделам живота, без строгой локализации, но в особенности в области солнечного сплетения. Повышенный коленный рефлекс, резкий дермографизм и особенно отсутствие глоточного рефлекса будут дополнять картину общего невроза.

У нашей больной мы нашли боли с определенной локализацией, зависящие от воспаления придатков. Боли в крестце, отмеченные среди жалоб больной, являются повидимому результатом неправильного положения матки, фиксированной кзади сращениями.

Вот почему и попытки исправления матки в нормальное положение оказываются безуспешными и очень болезненными (при выведении матки происходит натяжение и раздражение париетальной брюшины).

Загиб матки кзади вызывает помимо болей и перекручивание широких связок, вследствие чего отток крови из матки по венам оказывается затрудненным, что вызывает постоянный венозный застой в матке, поддерживающий ее хроническое катаральное состояние. Вот почему и менструации у больной со времени заболевания приходят обильными и болезненными. Дисменоррея обусловлена конечно чисто механическими причинами. За это говорит и периодичность болевых ощущений и боли лишь в первые дни менструации. Как только же отток крови налаживается, боли стихают.

Итак, заключительный диагноз нашей больной будет *Salpingitis dextra, salpingoophoritis sinistra et retroversio-flexio uteri fixata*.

Переходя к терапии, следует признать, что лечение воспалительных процессов придатков является сложным. На первом плане профилактика.

В остром периоде — постельный режим, лед на живот, легкая диета, опорожнение кишечника клизмами и назначение наркотиков.

В хронических случаях — консервативное лечение (см. отд. Общая терапия).

Нашей больной мы думаем предложить оперативное лечение. Мы думаем хирургическим путем разорвать сращения, освободить придатки и поставить матку в нормальное положение. Сказать заранее, как мы поступим с трубами, нельзя. Если

окажется возможным, мы их сохраним. Ввиду желания больной иметь ребенка в крайнем случае, если трубы окажутся непроходимыми, мы произведем пересадку труб в матку. Однако физиологическая подвижность трубы вероятно уже утеряна и после пересадки ожидать от нее верного успеха конечно трудно.

**Примечание.** Операция подтвердила диагноз с той лишь разницей, что оба яичника оказались кистозно-перерожденными. Трубы пришлось удалить. Больная выписалась на 12-й день после операции в хорошем состоянии: боли не беспокоили.

### Параметрит

Больная К., 36 лет, колхозница, поступила в клинику с жалобами на боли в нижней части живота справа.

Перенесла без осложнений 7 родов за исключением последних, которые были два месяца назад. Рожала в деревне, с бабкой. На 5-й день после родов появился жар и боли в вышеуказанной области, постоянные, ноющие, «как будто бы появился камень в животе», по словам больной. По ночам знобило. Однако больная работала по хозяйству и только шесть недель назад вынуждена была лечь в постель ввиду затруднений движения в области правого тазобедренного сустава (больная не могла выпрямить правую ногу). Последние две недели боли приняли дергающий характер.

Температура накануне осмотра вечером 39,2°.

**St. praesens:** температура 37,3°, пульс 110 в минуту, удовлетворительного наполнения. Положение больной пассивное. Правая нога согнута под тупым углом. При попытках к полному разгибанию конечностей больная реагирует, жалуясь на боли в области живота справа. В указанном месте, над пупартовой связкой, через брюшные стенки прощупывается опухоль, прилегающая вплотную к стенкам таза, плоской формы, не резко болезненная, плотная наощупь и совершенно неподвижная. Опухоль, начинаясь от тазовых костей, идет на расстоянии ладони в сторону по направлению к средней линии и вверх к пупку. В прочих отделах живот мягкий и безболезненный. Над опухолью при перкуссии тупой звук. Такой же звук и на *spina os. il. ant. sup.*

При внимательном ощупывании плотной опухоли удастся вблизи от *spina* обнаружить глубокую флюктуацию.

**Вагинально:** шейка без особенностей, смещена влево. Своды свободны и слизистая оболочка влагалища при смещении ее пальцами везде подвижна. Матка прощупывается отклоненной влево от средней линии. Прилегая непосредственно к правому ребру матки, высоко от сводов, располагается вышеуказанная опухоль, найденная при наружном исследовании (см. рис. 25).

**Дифференциальный диагноз:** анамнез больной, высокая температура накануне осмотра, частый пульс и наличие болезненной опухоли указывают на какой-то воспалительный процесс в области внутренних половых органов.

Перед нами типичный случай воспаления тазовой клетчатки, расположенной под брюшиной — параметрит.

Анатомический ход клетчатки малого таза — параметрия — имеет важное клиническое значение, и потому мы прежде всего остановимся на кратком ее описании.

Она выстилает весь малый таз, окружая со всех сторон половые органы. Широкая связка матки, подходя к стенкам таза, все больше и больше расслаивается, содержа большое количество рыхлой клетчатки. Последняя, направляясь кзади и вверх, входит в сообщение с клетчаткой выстилающей почечное вместилище, а направляясь кпереди, она переходит в предпузырное пространство, окружая мочевой пузырь, откуда идет на другую сторону. В нижних отделах клетчатка из широкой связки переходит на влагалище и прямую кишку, образуя паравагинальную и параректальную клетчатку. В силу указанных топографических отношений воспалительный процесс, начавшись например в левом параметрии, может перекинуться на соседние отделы клетчатки.

Чаще параметрит локализуется слева. Пристеночная брюшина отслаивается и смещается к средней линии, отстраняя и петли кишок. Инфекция, в огромном большинстве случаев развиваясь после родов или аборта, с самого начала идет лимфогенным путем либо через разрывы шейки, либо через лимфатические сосуды матки. Реже вначале развившийся общий септический процесс впоследствии локализуется в параметрии и тем самым организм спасает себя от гибели.

Воспалительный инфильтрат в клетчатке, вначале мягкий, а затем твердый, имеет вид при разрезе в свежих случаях студня, в более поздних приобретает сальный цвет. Проходящие в клетчатке кровеносные сосуды тромбозируются, а лимфатические расширяются и наполняются гноем, содержащим возбудителей заболевания. Если экссудат располагается сбоку, то такой параметрит носит название *Parametritis lateralis* (см. рис. 25).

В зависимости от устойчивости клетчатки инфильтрат располагается либо высоко от влагалищных сводов, отслаивая брюшину, покрывающую большие сосуды таза и направляясь к почечной области, а спереди подходя к пупартовой связке, либо, захватывая паравагинальную клетчатку, он располагается близко к сводам влагалища, выпячивая свод или только укорачивая его глубину. Если воспалительный выпот локализуется

впереди лонного соединения, в околопузырной клетчатке,— говорят о *parametritis anterior*, а для случаев, где экссудат располагается позади шейки, инфильтрируя крестцово-маточные связки и паравагинальную клетчатку, принято название *parametritis posterior* (см. рис. 26). Чаще приходится иметь дело с боковыми и задними параметритами.

Данные объективного исследования будут различны в зависимости от отдела клетчатки, захваченного воспалением.



25. *Parametritis lateralis*.

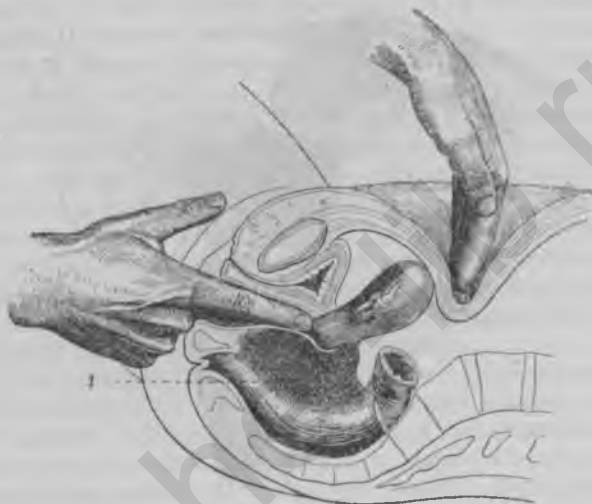
1 — экссудат

Экссудат, проникая между листками широкой связки, образует интралигаментарную опухоль. Однако при наружном ощупывании далеко не всегда удастся обнаружить инфильтрат. Только там, где он располагается сбоку или спереди и достигает сравнительно больших размеров, его можно прощупать, или отходящим от тазовых костей или сейчас же за лобком, в виде твердой, ограниченной, слегка болезненной и абсолютно неподвижной опухоли.

Аналогично наружному будут различны и данные вагинального исследования. Выпячивание сводов, резкую отечность и плотность влагалищных стенок можно обнаружить там, где инфильтрат занял паравагинальную клетчатку или очень близко подошел к слизистой влагалища. Для этих случаев

будет характерна при исследовании неподвижность слизистой оболочки влагалища.

Из жалоб больных следует отметить при расположении экссудата сбоку боли в указанной области, иррадиирующие в ногу, при расположении сзади — боли в области крестца и тенезмы при испражнении вследствие сдавления инфильтратом просвета кишки (парапрсктит, парасигмоидит), а при переднем параметрите частые и болезненные мочеиспускания, чаще как результат сдавления и уменьшения емкости пузыря.



26. Parametritis posterior.

1 — инфильтрат

Появившийся инфильтрат или со временем рассасывается, чаще медленно, в течение нескольких месяцев, или переходит в нагноение, которое может быть или частичным или полным, т. е. захватывает весь инфильтрат.

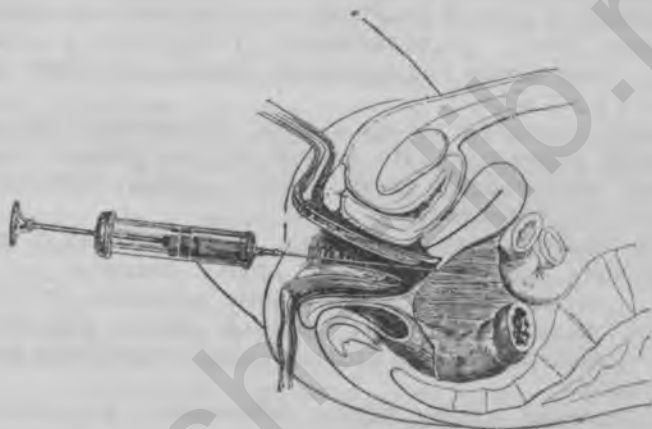
Как частичные, так и полные абсцессы в свою очередь могут быть или глубокими или поверхностными; в последнем случае кожные покровы будут покрасневшими на вид.

Возвращаясь к нашей больной, мы должны признать у нее *parametritis lateralis*. Инфильтрат расположен высоко и потому мы не нашли особых изменений как со стороны сводов, так и слизистой влагалища. Располагаясь на *musc. ileo-psoas*, инфильтрат повел к контрактуре левой ноги. Конечно вы не можете здесь думать о воспалении седалищного нерва. Не может быть речи и о тромбофлебите правой ноги, так как в таком слу-

чае пораженная конечность была бы отечна; к тому же при вагинальном исследовании мы нашли бы вероятно и сопутствующий тромбофлебит тазовых вен, прощупываемый обычно в виде отдельных шнуров по сторонам влагалища или, как говорят, в виде «дождевых червей».

Диффузное отхождение инфильтрата, непосредственно от тазовых костей, вас всегда предупредит от ложного диагноза воспаления придатков.

Пиосальпинксы обычно располагаются далеко от стенок таза и более или менее подвижны. Впрочем иногда, достигая больших размеров, они подходят близко к стенкам тазовых



27. Экссудат в заднем дугласовом пространстве при периметрите. Пробная пункция

костей, но форма их не плоская, как при параметрите, а вытянутая, ретортообразная. Гидросальпинксы обычно двусторонни и ясно флюктуируют. Свежие случаи воспаления придатков и тазовой брюшины дают как правило перитонеальные явления; к тому же боли носят остро-режущий характер в противоположность параметриту, при котором бывают тупые боли, и только с переходом в нагноение они принимают колющий, дергающий характер.

Периметритический экссудат (см. рис. 27) мягкий, часто упруго эластической консистенции и флюктуирует, что всегда отличает его от твердого параметрита. Смешать наш случай с периметритом никак нельзя еще и потому, что для периметрита характерно медиальное расположение экссудата, для параметрита —

боковое. Далее, в то время как периметрит приподнимает матку вверх, параметрит отстраняет ее в бок, а пельвеоперитонит как бы окружает матку и сверху и снизу. Диагноз затрудняется, если параметрит комбинируется с пельвеоперитонитом, что бывает в тех случаях, когда воспалительный процесс из клетчатки перебрасывается через лимфатические пути на прилегающий брюшинный покров таза. Тогда границы параметрита становятся неясными и появляется резко повышенная чувствительность нижнего отдела или по всему отделу живота. В нашем случае этого нет. В редких случаях к ложному диагнозу при параметрите может повести раковый инфильтрат в параметрии (см. рис. 44), что впрочем возможно лишь при игнорировании данных анамнеза и вагинального исследования.

Также сбоку расположенная гематома широкой связки, развившаяся под влиянием травмы, протекает обычно без лихорадки.

Иногда перитифлические выпоты принимаются за правосторонний параметрит. Но первые не так близко подходят к крылу подвздошной кости, мягки, очень чувствительны и имеют другой анамнез.

Замочная кровяная опухоль, не говоря уже о данных объективного исследования, дает другой анамнез.

Все тазовые экстраперитонеальные опухоли, из которых наиболее часты фибромиомы широкой связки (см. рис. 46), обычно безболезненны при исследовании и отличаются длительным течением.

Актиномикоз, крайне редкое заболевание, встречаясь и в клетчатке, дает при наружном осмотре картину параметрита. Диагноз устанавливается путем нахождения характерных друз лучистого грибка, находимого в гною при пробной пункции.

Наконец встречающиеся в параметральной области холодные гнойники отличаются безболезненностью при исследовании.

Итак, методом исключения мы пришли к убеждению, что у нашей больной — параметрит.

Найденное при исследовании притупление над опухолью указывает, что петли кишок лежат в стороне от опухоли и не располагаются поверх инфильтрата. Тупой звук над *spina* говорит за то, что к стенкам таза подходит близко вместо кишечных петель инфильтрат, нарушая проводимость звука обычно с тимпаническим оттенком в этой области.

Глубокая флюктуация, обнаруженная при наружном ощупывании, указывает на присутствие гноя. Гнойное расплавление инфильтрата, иначе, тазовую флегмону, можно было уже заподозрить и по характерной гнойной температуре. Помните, ведь у больной накануне поступления было  $39,2^{\circ}$ , а утром



37,3°. Вечерние знобы и переход тупых болей в дергающие еще более подтверждают мысль о наличии гноя.

Терапия в нашем случае ясна: надо удалить гной. Правда, защитные силы организма велики, брюшина обладает удивительной способностью сопротивляться инфекции, и потому гной возможно сам проложит себе путь наружу либо через кожные покровы, либо, спустившись вниз, к влагалищу, опорожнится через прямую кишку или, реже, через седалищное отверстие. Однако, по счастью в редких случаях, гной, прорвав брюшину, вызывает и смертельный перитонит.

При объективном исследовании мы нашли глубокую флюктуацию, что и указывает на глубокое, а не поверхностное расположение гноя. Ждать, пока гнойник подойдет ближе, нецелесообразно. Длительное пребывание его в организме может повести к амилоидному перерождению внутренних органов.

Итак, необходимо удалить гной. Вам ясно, думаю, какой путь мы должны избрать при этом. Если бы гнойный очаг подходил близко к сводам влагалища, выгоднее было бы произвести удаление его снизу, путем кольпотомии и последующего дренирования. Но в нашем случае, как чаще это и бывает, придется приступить к опорожнению гнойника путем *laparotomia externa*, т. е. путем экстраперитонеальной (внебрюшинной) операции через брюшные покровы. Для большей уверенности в наличии гноя лучше произвести предварительно пробную пункцию опухоли через брюшные покровы длинной иглой.

Пункция совершенно безопасна, если держаться как можно ближе к тазовым костям — ближе к *spina* — и пунктировать на месте наибольшей тупости. Вдали от тазовых костей пункция может оказаться рискованной ввиду близости кишечных петель, которые могут располагаться над инфильтратом. Сомнения в этом отношении разрешают данные перкуссии.

Выбрав место с наиболее ярко выраженной флюктуацией и ближе к *spina*, над пупартовой связкой, после дезинфекции кожных покровов иодом, следует иглу глубоко вколоть в инфильтрат. Первое впечатление, пока игла идет через кожу и подлежащие ткани, будет впечатление плотности — игла идет с некоторым трудом — затем же сразу она как бы проваливается, плотность исчезает и игла оказывается в гнойной полости. Шприцем сейчас же достают гной, чаще густой, иногда с икрозным запахом. Теперь следует дать больной эфирный рауш или общий хлор-этиловый наркоз, и под наркозом делают разрез вперед и кзади от иглы и, держась как можно ближе к последней, рассекают параллельно пупартовой связке кожу, поверхностную фасцию и мышцы, после чего тупым путем — указательным пальцем, проходят в гнойник. Остается

дренировать полость, что достигается одним или двумя дренажами, которые лучше фиксировать к кожным покровам путем лигатур.

Из осложнений, которые могут встретиться при этой небольшой операции, выполненной экстраперитонеально, следует отметить кровотечение при разрезе. Это будет в том случае, если в разрез попадет надчревная артерия. Ее необходимо перевязать. Иногда, по вскрытии гнойника, из полости идет гной с большим количеством крови из вен. Для таких случаев, если кровотечение не останавливается на глазах, я вам советую на первые два дня туго затампонировать полость марлей. Это несомненно хуже дренажей, но тампон гарантирует вас от последующих кровотечений из вен, которые в этой области не имеют клапанов. Через два дня следует извлечь тампоны и заменить их дренажными трубками. Ранение больших сосудов таза возможно лишь, если работать в глубине ножом. Вскрытия брюшной полости и ранения кишечника всегда можно избежать, если держаться при разрезе вышеуказанной техники. При вскрытии переднего гнойного параметрита существует большая опасность ранения уретры. Предотвратить это трудно исправимое осложнение можно лишь при помощи контроля пальцем, который ясно ощущает уретру в виде плотного тяжа в гнойной полости. Эффект от произведенной операции сказывается в первые же сутки: к вечеру температура падает почти до нормы, если обеспечен хороший сток гною, исчезают боли, наступает хороший сон, и самочувствие больных резко изменяется к лучшему.

В нашем случае просто и легко удалось дойти до абсцесса без всяких осложнений. Вылилось полстакана густого гноя и полость была дренирована резиновыми толстыми трубками.

Хирургическое лечение параметрита возможно конечно лишь в тех случаях, когда произошло нагноение. Там, где этого нет, показано консервативное лечение. В острой стадии оно будет состоять в назначении постельного режима, льда на живот, наркотических средств и регулирования кишечника клизмами. В хронической стадии при нормальной температуре назначают горячие спринцевания, солевые ванны, лекарственные рассасывающие клизмы, ихтиоловые тампоны, постоянное влажностное орошение по способу Снегирева, грязе- и электротерапию. Внутри дают иодистый натрий. При плотных хронических инфильтратах получают хорошие результаты от лечения отягощением. Во влагалище больной, с приподнятым головным концом кровати, вводят на полчаса и более кольпейринтер, наполненный дробью, а на живот для противодействия кладут мешок с песком в 2—3 кг весом. Иногда при затяж-

ном течении мы видели улучшение после пробных влагалищных пункций в плотный инфильтрат, каковые действуют повидому как раздражающая терапия. В некоторых случаях хороший эффект дает молочная терапия. Известным терапевтическим свойством обладает хинин, каковой впрыскивают по 1 г 2 раза в день интрамускулярно (chinini bimir. 50%).

**Прогноз параметритов** в отношении жизни почти всегда благоприятен. Лишь длительность заболевания изнуряет больную, а иногда и ведет к полной неподвижности органов малого таза. Однако в огромном большинстве случаев параметрит рассасывается, лишь редко оставляя следы в виде смещений матки благодаря сморщиванию и рубцеванию клетчатки в сторону после parametritis lateralis, и кзади после parametritis posterior. В последнем случае больные являются с жалобами на боли при половых сношениях.

### Гоноррея

Больная И., 32 лет, без определенной профессии, поступила с жалобами на едкие, гнойные бели и рези при мочеиспускании. Заболела 2 недели назад вскоре после половых сношений. Незамужняя. 2 года назад развелась с мужем; с тех пор имела случайные половые связи. Раньше была здорова. Имела двух детей, которые умерли.

**St. praesens:** при раздвигании половой щели видны бели, гнойно-зеленого цвета, в довольно большом количестве. После тщательного вытирания белей стерильной марлей пальцем, введенным во влагалище, выдавлено из уретры несколько капель гноя.

При осмотре зеркалами на нижней губе шейки имеется краснота — эрозия. Слизистая влагалища нормальна.

При **вагинальном** исследовании: матка в нормальном положении, придатки и параметрии свободны и безболезненны. Взятые мазки белей, окрашенные по Граму, как из уретры, так и из влагалища обнаружили присутствие гонококков.

**Дифференциальный диагноз.** Диагноз, как видите, уже поставлен при помощи микроскопа. Перед нами свежий случай гонорреи, который обычно диагностируется легко. Анамнез с определенностью указывает на источник инфекции — половое сношение. Вид гнойно-зеленых белей, даже без микроскопа, при таком анамнезе является всегда подозрительным на триппер. Но не ставьте никогда этого ответственного диагноза, нередко вызывающего тяжелое моральное переживание больной, без данных микроскопического исследования.

Заражение наступило вскоре после полового сношения, так как весьма вероятно, что на первые проявления гонорреи

она не обратила внимания. Инкубационного периода для гонорреи, в сущности говоря, не существует. Гонококк, возбудитель заболевания, начинает развиваться тотчас после перенесения на слизистую оболочку, но субъективные ощущения чаще начинаются в течение трех-пяти дней после заражения. Гонорройные поражения мочеиспускательного канала обычно дают себя знать на третий день.

Так начинается гоноррея в огромном большинстве случаев, затем поражая другие отделы и переходя в хроническое состояние. Хроническая гоноррея при благоприятных условиях может перейти вновь в острую. Особый интерес представляют так называемые латентные, скрытые виды гонорреи. Среди латентных видов различают первичные и вторичные.

При первичной латентной гоноррее гонококки могут жить в шейке матки годами, без каких-либо клинических проявлений и только внезапные перитонеальные явления вследствие поражения придатков или заражение другого лица могут обнаружить заболевание. В этих случаях больные являются бациллоносителями.

При вторичной латентной гоноррее после перенесенной острой формы гонококки остаются в глубоких железах шейки матки, мочеиспускательном канале или в парауретральных ходах, не вызывая никаких клинических явлений, откуда они при благоприятных условиях могут вновь выйти и быть источником новых подчас осложнений.

Иммунитета гоноррея не дает. Все это говорит за то, что отрицательные данные при однократном исследовании выделений под микроскопом еще ни в коем случае не говорят против гонорреи. Для отрицательного ответа необходимо проделать 10—12 раз микроскопические исследования при разных условиях.

Микроскопический диагноз, простой в острых случаях, в хронических — осложняется тем, что типичных гонококков, граммотрицательных, не всегда удается найти. В мазках выделений тогда можно видеть измененные неправильной формы гонококки, то больших, то меньших размеров в виде полукруга, иногда скопляющихся в большой круг. Это — гонококки «типа Аша» (по имени автора). Они также вирулентны, как и настоящие гонококки Нейсера.

Распространяется гоноррея преимущественно по слизистой оболочке с цилиндрическим эпителием. Однако она поражает иногда и соединительную ткань, а в редких случаях проникает и в кровеносную систему, что доказывается случаями гонококкового сепсиса и гонорройных артритов.

Микроб, поселившись на слизистой, проникает в поверх-

ностные слои подэпителиальной соединительной ткани. В стро-  
ме в результате внедрения гонококков образуется экссудат,  
вначале серозный, а затем и гнойный благодаря примеси лей-  
коцитов. Этот экссудат через пространства между эпителиаль-  
ными клетками выходит на поверхность и дает бели. Вследствие  
воспалительного процесса, который протекает чаще со вторич-  
ной инфекцией другими микроорганизмами, эпителий местами  
отслаивается, что выражается в появлении эрозии, обычно на  
шейке матки, которую мы видели и у нашей больной в виде  
красноты на нижней губе. Мы не нашли никаких изменений со  
стороны слизистой оболочки влагалища. Последняя у взрослых  
женщин поражается крайне редко ввиду того, что многослой-  
ный плоский эпителий не про-  
пускает микробов в глубже-  
лежащие слои и ввиду кислой  
реакции вагинального секрета.  
Зато гоноррея у девочек про-  
текает главным образом по типу  
вульвовагинита (воспаления на-  
ружных половых органов и  
влагалища) вследствие того, что  
эпителиальный покров у дево-  
чек состоит из нежных, плохо  
ороговевших клеток и потому,  
что нормальная вагинальная  
флора еще не выявлена. Благо-  
приятные условия для разви-  
тия вагинита имеются и в стар-  
ческом возрасте благодаря атро-  
фии слизистой.



28. Излюбленные места внедрения  
гонококков.

Если заражение у взрослых  
как правило идет путем поло-  
вым и очень редко ввиду малой стойкости гонококков через  
белье и уборные, то у девочек в возникновении заражения  
играют роль отрицательные бытовые явления (совместное укла-  
дывание в постель детей с зараженной матерью, перенос инфе-  
кции руками или через губки и пр.).

У взрослых женщин различают гоноррею нижнего отрезка  
мочеполовых путей или открытую гоноррею и гоноррею верх-  
них отделов или закрытую гоноррею (у детей последняя почти  
не встречается).

Границей между этими отделами является внутренний ма-  
точный зев (см. общую часть и рис. 28).

При гоноррее нижнего отрезка в про-  
цесс вовлекаются шейка матки, уретра, парауретральные ходы,

бартолиева железа. Нередко поражается и прямая кишка. Вначале инфекция чаще попадает и развивается на шейке матки и уретре, а затем стекающими отделениями заражаются и другие отделы.

Как видно, у нашей больной имеется пока гоноррея нижнего отрезка.

Жалобы, которые мы слышали от нашей больной, есть наиболее частые жалобы больных с гонорройным процессом в нижнем отделе.

Бели обычно имеют своим источником эндоцервицит — инфекционный катарр шейки матки.

При дифференциальном диагнозе необходимо исключить все другие источники белей (см. общую часть).

**Точный диагноз** гонорройных белей устанавливается во всех случаях при помощи микроскопа.

Бели у девочек при явлениях острого вульвовагинита, с припуханием и краснотой наружных половых органов, покрытых нередко засохшим гнойным отделяемым, почти всегда бывают гонорройного происхождения.

Однако встречаются вульвовагиниты и другого происхождения,

вызванные кишечной палочкой, острицами или инородными телами. В редких случаях можно наблюдать и дифтерийные процессы. Все эти вульвовагиниты быстро проходят после устранения их вызывающих моментов.

В острой стадии гонорройного процесса у девочек легко разыскать гонококков, в хронических трудно, как и у взрослых.

У взрослых чаще, чем у детей, можно видеть воспаления бартолиевой железы (см. рис. 29). В острой стадии входные отверстия бартолиевой железы (открывающиеся с внутренней стороны малых губ, на середине протяжения, под складкой гимена, в виде точек величиной с була-



29. Наружные половые органы. [Бартолиева железа.

вочную головку) резко краснеют. Эти красные пятна — *maculae gonorrhoeicae* — могут быть и в хронической стадии, но они отнюдь не присущи только для гонорройной инфекции. Их можно видеть и у женщин, не болевших гонорреей. Практическое значение имеют не столько гонорройные пятна, сколько возможность закупорки выводного протока и воспаления стенок самой железы. Тогда появляется опухоль величиной с куриное яйцо или более, так называемый ложный абсцесс. Кожные покровы над опухолью могут быть отечны и покрасневшие. Опухоли эти часто самопроизвольно вскрываются либо через отверстие железы, либо через разрыв истонченного покрова слизистой. Очень часто опухоли появляются вновь. Их не следует смешивать с чисто ретенционными кистами бартолиниевой железы, образование которых происходит вследствие задержки нормального секрета. Этого характера опухоли в отличие от ложного абсцесса совершенно безболезненны при ощупывании и хорошо подвижны. Женщины обращаются обычно с жалобами на неудобства при половых сношениях и неудобства при движениях.

Нередко встречающиеся кисты влагалища имеют другую локализацию.

Ложный абсцесс вследствие вторичной инфекции септическими микроорганизмами может перейти в так называемый истинный абсцесс с гнойным расплавлением железы и окружающей его клетчатки. Тогда температура поднимается до 40° и общее состояние резко страдает. Большая опухоль и резкая болезненность вынуждают больную лечь в постель. При осмотре находят опухоль, с резко покрасневшими кожными покровами.

Гонококковый уретрит возникает вследствие проникновения возбудителей заболевания в слизистую мочеиспускательного канала, где микробы находят благоприятную почву вследствие переходного эпителия и массы лакун, ходов, в складках слизистой оболочки. Рези при мочеиспускании, часто не только днем, но и ночью, частые позывы на мочу, жжение и зуд в канале будут жалобами больных в острых стадиях. В этом периоде можно выдавить из канала пальцем несколько капель гноя, что мы видим и у нашей больной.

Вследствие вторичной инфекции гноеродными кокками может произойти закупорка одной из лакун с гнойным расплавлением железы и инфильтрацией клетчатки вокруг уретры. Тогда слизистая влагалища в области уретры при ощупывании окажется отечной и инфильтрат будет прощупываться пальцами. Часто поражаются при уретрите парауретральные ходы.

Острый уретрит течет приблизительно 3—4 недели и в своем течении может захватить и слизистую пузыря. В хронических случаях симптомов может и не быть.

При распознавании необходимо исключить уретриты, вызванные гриппом. Признаки могут быть сходными, но, во-первых, гриппозные уретриты имеют другой анамнез и, во-вторых, протекают изолированно, не давая никаких белей. Краснота вокруг отверстия канала может быть и в результате механических раздражений вследствие частых половых сношений или мастурбации.

Уретрит и сходные с ним симптомы цистита можно видеть и при воспалении этих отделов на почве инфекции кишечной палочкой или септическими микробами. Но гонорройный уретрит чаще течет в комбинации с другими гонорройными поражениями, а септический уретрит (и цистит) наступают обычно при септических процессах в других органах или после катетеризации. В хронических случаях вопрос решает анамнез и опять-таки микроскопическое исследование. Только имейте в виду, что добыть секрет из уретры в хронических случаях необходимо будет при помощи тампонодержателя, обмотанного ватой (предварительно женщина долго не мочится). Отделяемое тонким слоем следует размазать на предметном стекле, провести над пламенем спиртовой горелки раза 3—4 и направить мазок для микроскопического исследования. При отрицательном ответе хорошо вставить ватный тампон в уретру на несколько часов и уже таким образом собранный материал вторично исследовать.

Из более редких локализаций гонорройного процесса следует отметить прямую кишку. Симптомы при этом бывают очень неясными, но важно, что при лечении гонорреи всегда надо обратить внимание и на прямую кишку. Для взятия мазка надо выпятить слизистую кишки через заднюю стенку влагалища, в области спайки.

Известное практическое значение при диагнозе гонорреи имеет и появление так называемых **остроконечных кондилом**, папиллярных разращений на слизистой оболочке влагалища и кожных покровах наружных половых органов (см. рис. 30). При диагнозе надо исключить сифилитические папулы, которые сидят на широком основании. Следует иметь в виду, что остроконечные кондиломы можно наблюдать и при беременности, без гонорреи.

Вышесказанным исчерпывается картина гонорреи нижнего отрезка половых путей.

**Восходящая гоноррея** наступает с момента проникновения микробов за внутренний маточный зев. Благо-



приятными моментами являются менструации, роды и половые сношения. Так как гонококки не обладают способностью к самостоятельным передвижениям, то в переносе инфекции играют роль перистальтические движения матки и рост культур микробов. Возможно, что они заносятся вверх и вместе с движениями сперматозоидов.

В огромном большинстве случаев распространение процесса вверх сопровождается не только эндометритом, воспалением слизистой матки. Процесс обычно перекидывается на трубы и брюшину малого таза и тогда клинически протекает с сильными болевыми ощущениями и перитонеальными явлениями.

В острой стадии можно видеть то картину периметрита, то пельвеоперитонита, в зависимости от развития инфекции. У постели таких больных приходится наблюдать резкие боли в нижних отделах живота, а при тазовом перитоните и общую болезненность всех отделов живота, с преимущественной локализацией внизу. Можно видеть симптом Блюмберга, икоту, рвоту и высокую температуру. Вагинальное исследование дает неясную картину ввиду сильной болезненности. Если поднять пальцами исследующих рук шейку матки вверх — больная вскрикивает от боли. Под влиянием покоя и соответствующего лечения через 5—6 дней острые явления стихают, живот становится мягким и позднее при вагинальном исследовании можно найти увеличенные придатки.

Периодические вспышки перитонеальных явлений будут нередки на протяжении в дальнейшем хронически протекающего гонорройного процесса в придатках (см. воспаление придатков).

При каждом случае гонорреи необходимо вырешить следующие вопросы: 1) что явилось источником заражения, 2) острая форма гонорреи или хроническая, 3) имеется ли у больной только гоноррея нижнего отрезка или уже и восходящий процесс, 4) заразна ли больная для окружающих или нет и 5) как лечить больную.

Гоноррея излечима. Лечение гонорреи нижнего отрезка



30. *Condylomata accuminata*

обычно проводится в вендиспансере, восходящая гоноррея лечится в стационарных отделениях.

На первом плане стоит профилактика (см. общий отдел). При лечении процесса как принцип надо принять общее положение: чем острее процесс, тем меньше нужды во всяких лечебных манипуляциях. При гоноррее нижнего отдела необходимо принять все доступные меры против возможности распространения процесса на вышележащие отделы. Последнее достигается лучше всего постельным режимом, но так как это не всегда возможно, то из мероприятий в этом отношении нужно рекомендовать полное запрещение половых сношений, спорта и назначение папаверина, действующего антиперистальтически на матку.

Papaverini 0,02

Saloli

Urotropini aa 0,3

DS. По 1 порошку 3 раза в день

Из местных средств назначают спринцевание с молочной кислотой или раствором цианистой ртути.

Sol. Hydrarg. oxysuanati 2%—200,0

DS. По 1 столовой ложке на кружку для спринцеваний

Нужно избегать в острой стадии назначения вяжущих средств, которые препятствуют чисто механическому удалению микробов.

Кроме того назначают сидячие ванны с марганцевокислым калием или настоем ромашки. После ванны наружные половые органы вытираются насухо и припудриваются одним из следующих порошков:

Argenti nitrici 0,5

Bismut. subnit. 5,0

Talci veneti 50,0

DS. Присыпка

Zinci oxydati 10,0

Talci veneti 40,0

DS. Присыпка

Для купирования воспалительного процесса в уретре назначают антиспазматические средства: копейский бальзам или санталовое масло.

Ol. menthae pip. 0,1

Ol. santali 10,0

DS. По 10 капель 3 раза

в день в горячем молоке

Ol. menthae pip. 0,1

Bals. copaivae 10,0

DS. То же

При болях хорошо действует и гиосциамин.

Extr. hyoscyami 0,01

But. cacao q. s.

ut fiant supposit. № 6

DS. По 1 свече 3 раза в день при болях

Для уничтожения гонококков хорошо ввести при помощи спринцовки Тарновского или при помощи узкой полоски марли 2% раствор протаргола в уретру. Гонорройные цисциты лечатся, как и все цисциты другой этиологии.

При лечении все раздражающие вещества должны быть исключены из пищи.

Детские гонорройные вульвовагиниты лечатся назначением ванночек из марганцевокислого калия или ромашки и спринцеваниями при помощи нелатоновского катетра с раствором марганца или цианистой ртути. Раздраженные наружные половые органы хорошо смазывать следующим составом.

Ol. rusci 5,0  
Ol. olivarium 50,0  
DS. Наружное

Через 2—3 недели, когда стихнут все острые явления, можно приступить к более активной терапии. Кроме спринцеваний прижигают цервикальный канал 5 или 10% раствором ляписа, в уретру вводят 1% раствор ляписа или 10 см<sup>3</sup> жидкости следующего состава:

Plumbi acetici  
Zinci sulfurici aa 1,0  
Aq. destill. 100,0  
DS. Для введения в уретру

Хорошие услуги оказывает введение тампонов с ихтиолом или тампонов со следующим составом:

Acidi borici 3,0  
Alumnoli 5,0  
Camphorae 3,0  
Glycerini 125,0  
DS. Для тампонов

В хронических случаях показано и лечение вакциной, особенно закрытой гонорреей.

Бартолиниты лечатся по общим правилам лечения абсцессов. В случае нагноения — разрез. При рецидивирующих ложных абсцессах показано вылушивание железы хирургическим методом. При остроконечных кондиломах можно назначать присыпки из белой глины, но лучше всего под наркозом срезать ножницами кондиломы с последующим прижиганием при помощи аппарата Пакелена.

Самым трудным является вопрос: излечена ли уже гоноррея. В специальных учреждениях по борьбе с гонорреей этот сложный вопрос разрешается следующим образом. В течение трех

месяцев два раза в неделю берутся по 24 мазка из каждого органа и, если во всех мазках не находят возбудителей заболевания, женщина считается здоровой. Часть мазков берется после искусственно вызванной провокации [назначения острых веществ при приеме пищи (сеledку например) и протирания канала 5—10% раствором ляписа] и непосредственно после менструаций, когда гонококков в мазках найти легче всего.

Как видите, лечение гонорреи оказывается очень трудным. Вот почему тем более надо еще раз подчеркнуть важность профилактики. Борьба за оздоровление быта, диспансерное обслуживание рабочих, распространение сведений о способах заражения и общие гигиенические мероприятия — вот пути, по которым идет в настоящее время профилактика и в которых вы должны принять активное участие. Особое внимание надо обратить на санитарно-просветительную работу среди сезонных рабочих. Коллективизация сельского хозяйства, ликвидация безработицы, построение фундамента социализма — вот те предпосылки, на основе которых мы можем сказать, что профилактика гонорреи имеет твердую почву.

Борьба с вен болезнями ведется и по линии законодательства. В Уголовный кодекс РСФСР включена статья 150, которая гласит: «Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, влечет за собой лишение свободы на срок до 3 лет. Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью — лишение свободы или принудительные работы на срок до 6 месяцев». Декретом правительства органам НКЗдрава предоставлено право принудительного лечения венерических больных.

Все эти мероприятия на почве нашего социально-экономического строя являются чрезвычайно эффективными.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### Катарр матки

Больная А., 45 лет, жена рабочего, поступила с жалобами на кровотечение.

В анамнезе 4 родов, без осложнений. Последние роды были 2 года назад. Кровотечение впервые появилось 6 месяцев назад. По времени оно совпало тогда с менструациями, но продолжительность кровотечения, около 1 месяца, вынудило больную обратиться к врачу, которым и было произведено выскабливание. Через 2 дня после операции кровотечение прекратилось. Следующие менструации появились в срок и были нормальны. Затем наступила менопауза и больная решила,

что она крови уже «относила». Однако три недели назад неожиданно для больной вновь пришли крови, по времени опять совпавшие с менструациями. По совету врача она решила обратиться в клинику.

**St. praesens:** больная среднего роста, удовлетворительного питания и сложения, слегка анемична.

Осмотр половых органов — кровотечение.

**Вагинально:** матка в нормальном положении, не увеличена; придатки не определяются. На пальцах после исследования — яркая кровь.

**Дифференциальный диагноз.** Кровотечения в период, близкий к климактерию, должны быть всегда подозрительны на рак. Вот почему дифференциальный диагноз в подобных случаях следует производить с особой тщательностью. В случае малейших сомнений следует произвести пробную экзизию шейки или выскабливание для микроскопического исследования. Анализ анамнестических данных и объективного исследования говорит против злокачественного новообразования. Тогда в чем же лежит причина расстройств менструаций?

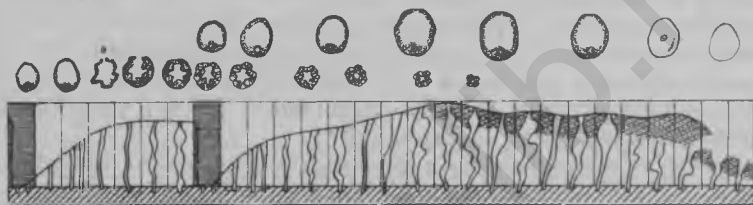
Среди гинекологических больных очень часто приходится встречаться с больными, у которых при ряде уклонений от нормы в функциях полового аппарата вы найдете при исследовании очень мало объективных данных. К этой категории и принадлежит наша больная.

**Патогенез** этих заболеваний является довольно сложным. В основе одних случаев лежит инфекция или ее последствия, в основе других — функциональные расстройства. В патологоанатомическом отношении речь идет об изменениях слизистой и мышечной матки.

Старыми авторами все подобные заболевания описывались как *endometritis* или *metro-endometritis*, причем к этой же категории заболеваний относили и такие изменения слизистой оболочки, которые в настоящее время рассматриваются лишь как отдельные моменты фаз менструального периода. Выяснение патогенеза подобных заболеваний осложняется еще и тем, что функциональная природа одних из этих случаев имеет в своей основе инфекционное начало. Ясное разграничение можно провести лишь между бактериальным эндометритом и так называемой геморрагической метропатией, заболеванием, в основе которого лежат изменения в слизистой, причина которых кроется в яичнике.

Рассмотрим прежде всего клиническую и патологоанатомическую картину при геморрагической метропатии. Заболевание это иначе называют железисто-кистозной гиперплазией эндометрия на почве персистирующего фолликула. ,

Ввиду того, что изменения происходят в слизистой оболочке под влиянием расстройства функции яичника, а клиническая картина характеризуется длительными кровотечениями, правильнее и удачнее было бы назвать это заболевание геморрагическим функциональным эндометритом. В яичнике при этой функциональной аномалии не происходит нормального перехода фолликула в желтое тело, вследствие чего фаза пролиферации в слизистой удлинняется, что и ведет к разрастанию слизистой оболочки с последующим распадом утолщенной слизистой и кровотечением. Более подробно процесс представляется в следующем виде. Заболевание чаще встречается в возрасте около 40 лет и реже у молодых девушек, еще не живших половой жизнью.



31. *Metropathia haemorrhagica* (схема).

Первый овариальный цикл, так же как и относящийся к нему менструальный цикл, в пределах нормы. Второе созревающее яйцо не выталкивается из фолликула, последний остается в зрелом состоянии (*persistentia*); слизистая матки, принадлежащая этому циклу, переходит из первоначальной нормальной фазы в патологическую — glandулярно-кистозидную гиперплазию. В такой патологически пролиферирующей слизистой появляются тромбозы и некрозы (из Шредера)

Кровотечения обычно совпадают с началом менструаций, но могут быть и после временной задержки на 5—6 недель и более.

Причина заболевания лежит в ненормальном развитии фолликула. Предрасполагающими моментами являются нарушения в обмене веществ, нервной системы и эндокринного аппарата.

Как известно (см. общую часть), гормон фолликула действует до 14-го дня и обуславливает в слизистой развитие желез — фазу пролиферации. После разрыва фолликула на 14-й день на смену действия фолликулина выступает гормон желтого тела, под влиянием которого и происходит стадия секреции. При функциональном геморрагическом эндометрите созревание фолликула бывает задержано. На 14-й день после менструаций не происходит овуляции; фолликул остается существовать или, как говорят, персистировать (см. рис. 31).

Вследствие персистенции воздействие со стороны яичника на слизистую в стадии пролиферации является длительным. Количественное увеличение желез ведет к образованию резко утолщенной слизистой оболочки. Железы видоизменяют их форму, становятся неправильными, рост эпителия идет настолько сильно, что отдельные эпителиальные элементы заходят друг на друга и в железах ясно выступает многослойность. Так растет слизистая, становясь в несколько раз толще нормальной.

Воздействие со стороны фолликула распространяется и на мускулатуру матки. Последняя утолщается и увеличивается в своем размере, в то же время теряя свой нормальный тонус. Это понижение тонуса дает возможность разрастаться слизистой оболочке.

Однако вскоре разросшаяся слизистая занимает всю полость. Количественно увеличенные железы, сдавливаемые чисто механически, начинают подвергаться частичному некрозу вследствие нарушения кровоснабжения. Происходит гибель старых элементов и одновременно рост новых и образование кистозно-расширенных желез. Некротизированные части отпадают. Сокращения матки их выталкивают, как выталкиваются куски плацентарной ткани после аборта. В свою очередь сокращение мускулатуры матки ведет к уменьшению пространства в полости, что обуславливает еще большие нарушения кровоснабжения, в результате чего процесс некротизации усиливается, что клинически и будет сопровождаться длительными кровотечениями. Так будет продолжаться до тех пор, пока будет персистировать фолликул. Если в этот момент соскоблить пышную слизистую, то можно видеть даже макроскопически маленькие кисты. Соскоб может быть так велик, что можно подумать о раке тела. Микроскоп обнаруживает обильное разрастание желез в стадии пролиферации, с большими кистозными железами, и отсутствие желез стадии секреции (1-я фаза). Если взять соскоб в начале кровотечения, то можно видеть и отдельные места, где сосуды слизистой затромбозированы, и места некрозов. Если рассматривают слизистую под микроскопом позднее, в случаях длительного заболевания, то, смотря по обстоятельствам, матку находят обнаженной частично от слизистой, а в уцелевшей слизистой обнаруживают типичную стадию пролиферации и некротические участки. Это 2-я фаза (см. рис. 31).

Незадолго до остановки кровотечения пролиферирующий фолликул атрезируется. С гибелью фолликула образование новых желез прекращается, а уже разросшаяся слизистая изгоняется. Под микроскопом в этой 3-й фазе можно видеть

гладкую, кровоточащую раневую поверхность слизистой, которую трудно различить от стадии десквамации. Если в этой фазе прибегают к выскабливанию, то соскоба почти не обнаруживают, а в добытых небольших обрывках тканей под микроскопом бывают видны лишь островки базального слоя с неспецифическими железами, вследствие чего гистологический диагноз невозможен.

Ввиду различия фаз при геморрагическом функциональном эндометрите клиническая картина кровотечения будет неодинакова.

Различают три вида функционального геморрагического эндометрита, переходящих один в другой.

При первом виде больные являются с жалобами на гиперменоррею, наступившую неожиданно для больной: пришедшие в срок месячные затягиваются от 2 до 3 недель. При вагинальном исследовании обычно никаких отклонений от нормы не находят. Сокращающие средства, назначенные больной, мало помогают, но кровотечение скоро прекращается. Проходит несколько месяцев с нормальным циклом менструаций, а затем заболевание вновь наступает.

Этот вид наиболее легкий, иногда самопроизвольно излечивающийся.

Второй вид более тяжелый по своей клинической картине. Кровотечения бывают длительными, до месяца и более, и вызывают более или менее значительную анемию. Третий вид характеризуется продолжительными и упорными кровотечениями, по нескольку месяцев, которые приводят больную в очень тяжелое состояние (анемия).

Как при первом, так и в особенности при втором виде функционального геморрагического эндометрита кровотечениям часто предшествует менопауза, на 2—3 месяца и более.

При вагинальном исследовании в обоих последних видах нередко находят матку увеличенной в объеме, что может навести на мысль о подслизистой фиброме. Если больная приходит с первым кровотечением, то предшествовавшая кровотечению задержка месячных дает повод думать о беременности, осложненной абортom. Если при этом матка оказывается почти нормальной по размерам, то обычно ставится диагноз *endometritis post abortum*. Трудно отличить заболевание и от подслизистого интраматочного полипа. Рак канала шейки и тела матки характеризуется помимо кровотечений белями (см. рис. 32).

Распознавание затрудняется и тем, что аномалия проявляется при наличии уже имеющихся заболеваний полового аппарата, как-то: при загибах матки, при инфантилизме, при воспалениях придатков и пр.



Точно диагноз устанавливается после выскабливания, при котором удаляют чаще довольно большой соскоб. Однако необходимо иметь в виду, что данные соскоба могут быть различны в зависимости от фазы заболевания. Если к выскабливанию прибегают в начале кровотечения, то соскоб получают довольно большой, если в конце — то очень малый.

Такова природа и картина заболевания при метропатии или лучше — функциональном геморрагическом эндометрите.



32. Схематический рисунок продольных разрезов матки при одинаковых пальпаторных данных.

1 — аборт, эндометрит после аборта; 2 — функциональный геморрагический эндометрит; 3 и 4 — подслизистая фиброма; 5 — рак тела; 6 — рак шейки; 7 — слизистый полип

Совершенно иной патогенез при бактериальных эндометритах. Причиной здесь является инфекция септическими микробами, гонококками и туберкулезными палочками.

Благоприятными моментами являются роды, аборты и менструации, когда разрушается слизистая биологическая пробка канала шейки матки. Известное значение имеет искусственное повреждение биологической пробки при зондировании полости

матки, например с диагностической целью при определении длины полости, при продувании труб и пр. Ряд патологических процессов в шейке и в полости матки могут быть также причиной разрушения пробки. Так, родившиеся из матки во влагалище слизистые полипы, рак канала шейки создают благоприятные условия для развития бактериального эндометрита.

По своему течению бактериальный эндометрит может быть острым или хроническим, причем острое состояние слизистой может переходить в хроническое, и наоборот. Острый бактериальный эндометрит, вызванный септической инфекцией, протекает с высокой температурой, гнойными выделениями и периодическими кровотечениями. Болей обычно не бывает, так как они появляются лишь с момента перехода воспалительного процесса на брюшину. При микроскопическом исследовании вся слизистая оболочка оказывается наводненной микробами, лейкоцитами и лимфоцитами. Эпителий желез набухает и местами слущивается, что дает кровоизлияния и в просветах желез. Септическая инфекция со слизистой лимфогенным путем может перекинуться и на мышечную ткань матки, которая также инфильтрируется. Тогда говорят о бактериальном метро-эндометрите.

В тяжелых случаях гибнет вся слизистая с последующей атрофией матки. Местами подвергается некрозу и мышечная ткань, с последующим образованием рубцов в матке, могущих привести в последующем к приращениям последа при беременности, что в свою очередь может дать не только осложнения во время родового акта, но и осложнения при беременности (разрыв матки).

Так протекает *endometritis septica*. *Endometritis gonorrhoeica* вызывает на слизистой ряд мелких изъязвлений и усиленное скопление лейкоцитов. Базальный слой слизистой и мышечная ткань чаще остаются без изменений, так как по своим биологическим особенностям микроб не обладает способностью проникать в глубину. Инфекция первично локализуется в уретре и в шейке матки, откуда она и проникает при вышеуказанных благоприятных условиях в матку. Клинически гонорройный эндометрит помимо белей характеризуется усиленными менструальными кровотечениями, иногда принимающими тип метроррагии. Кровотечение объясняется общей воспалительной гиперемией. Иногда эти кровотечения принимают профузный характер и приводят к общей анемии. Конечный исход этих кровотечений объясняется не столько стиханием воспалительного процесса, сколько теми столкновениями, которые происходят между гиперемизированной слизистой на почве воспаления и функцией яичника.

Последний сам не остается без влияния, идущего со стороны измененной слизистой, но в то же время своими гормонами тормозит продолжительные кровотечения.

В течении гонорройного эндометрита температурной реакции может и не быть. Клинически в огромном большинстве случаев он протекает с одновременным воспалением в придатках матки. В хронических случаях под микроскопом находят мелкоклеточную инфильтрацию.

*Endometritis tuberculosa* возникает гематогенным путем. При этой форме бактериального эндометрита кровотечений не бывает. Наоборот, вследствие разрушения туберкулезным процессом слизистой наступает аменоррея. Диагноз труден и будет основываться на наличии других туберкулезных очагов.

Таковы различные формы бактериальных эндометритов.

В практической деятельности важное значение имеют сопутствующие эндометриту *катарры шейки—эндоцервициты*. Клинически они часто проявляются эрозиями на шейке матки. Эрозия—это поверхностное слущивание эпителия, возникшее под влиянием мацерации плоского эпителия, выстилающего влагалищную часть матки (канал шейки выстлан цилиндрическим эпителием). Воспалительная эрозия носит название *истинной эрозии*. Это—дефект эпителия под влиянием инфекций—септической, гонококковой, туберкулезной или смешанной (сравните рис. нормальной слизистой и рис. истинной эрозии).

Свежая по своему происхождению эрозия на вид красного цвета, слегка кровоточит при растирании тупфером на пинцете и дает гнойные бели. Истинная эрозия всегда бактериального происхождения. Другой вид эрозии—*ложная эрозия*.



33. Нормальная слизистая шейки матки.

Влагалищная часть матки покрыта многослойным плоским эпителием, который заходит отчасти в цервикальный канал. Слизистая канала выстлана высоким цилиндрическим эпителием

Этиология ложной эрозии иная. Она может быть либо в результате заживления истинной эрозии, являясь одним из этапов заживления, либо в результате функциональных расстройств.

Дефекта тканей при ложной эрозии нет, а происходит замена плоского эпителия цилиндрическим (см. рис. 35).

Для уяснения патогенеза ложных эрозий важно иметь в виду, что во внутриутробной жизни цервикальный цилиндрический эпителий выстилает не только канал шейки, но



34. Истинная эрозия.

Дефект эпителия слизистой шейки матки. Цилиндрический эпителий полости шейки в нормальном состоянии. Строма шейки воспалительно инфильтрирована



35. Ложная эрозия.

Плоский эпителий влагалищной части матки замещен цилиндрическим. Видны воспалительная инфильтрация стромы и образование эрозивных желез

и заходит на влагалищную часть. Это так называемые врожденные ложные эрозии. При мацерации плоского эпителия у взрослых из глубины влагалищной части могут разрастаться цервикальные железы. С другой стороны, и цилиндрический эпителий шейного канала может надвигаться на мацерированную поверхность. Если ложная эрозия появилась как резуль-

Тат заживления истинной эрозии, то в последующие стадии заживления цилиндрический эпителий замещается нормальным плоским (см. рис. 36).

В этой стадии заживления плоский эпителий может закупорить отверстие желез, вследствие чего могут возникнуть ретенционные кисты цервикальных желез, так называемая *ovulae Nabothi*.

При осмотре зеркалами ложная эрозия представляется яркокрасной на вид и располагается чаще на нижней губе, в окружности зева. *Ovulae Nabothi* при осмотре выступает в виде пузырьков белесоватого цвета, величиной с горошину и менее.

Такова картина ложной эрозии, возникшей из эрозии истинной. Однако ложная эрозия может быть, как мне кажется, и чисто функционального происхождения без участия микроорганизмов.

Она возникает вследствие мацерации эпителия под влиянием усиленной гиперсекреции, на почве расстройства функции яичника, под влиянием изменений в обмене веществ и вегетативной нервной системе. Таковы ложные эрозии при беременности, при общей анемии и пр. Микроскоп в таких случаях обнаруживает нормальную флору при полном отсутствии лейкоцитов.

Эрозия — предмет ежедневной консультации врача. Практически важно различать формы эрозии не только для лечения и прогноза, но и в случаях искусственного прерывания беременности. В то время как функциональная эрозия не является противопоказанием к производству аборта, бактериальная эрозия грозит большими осложнениями ввиду возможности распространения инфекции вверх или в глубину.

Не менее важным является решение вопроса о природе катарра матки.



36. Заживление эрозии.

Многослойный плоский эпителий, нарастающий на эрозированную поверхность, подходит под цилиндрический эпителий и вызывает его отторжение. Плоский эпителий выполняет также и эрозийные железы. Видна воспалительная инфильтрация стромы

Вернемся к нашей больной. При вагинальном исследовании мы не нашли у нее никаких отклонений от нормы. 6 месяцев назад ей было произведено выскабливание, которое имело лишь временный успех. Наступившее повторное кровотечение не может быть объяснено какими-либо органическими изменениями в полости матки. Конечно это не рак, который дает всегда наряду с кровотечениями гнойные бели. Мысль об аборте и подслизистом полипе должна быть откинута. Вряд ли врач, производивший выскабливание, при операции не удалил полипа. Это и не фиброма, при которой матка бывает увеличенной.

Кровотечение в возрасте, близком к менопаузе, при отсутствии объективных изменений должно направить мысль о геморрагическом функциональном эндометрите. В практической деятельности иногда можно видеть кровотечения в этом возрасте и на почве так называемого хронического метрита, при котором происходит замена мышечных элементов матки соединительнотканными. Хронический метрит чаще развивается на почве застойных явлений в малом тазу при недостаточном обратном развитии матки после родов. В этиологии его нередко лежит и воспалительный процесс эндометрия, при котором вследствие длительной гиперемии происходит разрастание межжелезистой соединительной ткани. Для дифференциального диагноза важно, что при метро-эндометритах происходят изменения и в шейке, где наблюдают те же процессы, что и в матке. Часто при метро-эндометритах находят эрозии. Больные чаще обращаются с жалобами на бели, чем на кровотечения.

Последний вопрос, который приходится решать при дифференциальном диагнозе, — это вопрос: не идет ли речь о бактериальном эндометрите. Решение этого вопроса важно тем более, что ошибочное выскабливание при бактериальных эндометритах дает обычно обострение процесса (повышение температуры и гнойные бели). Но объективное исследование при бактериальных эндометритах обычно обнаруживает другие признаки воспаления, в частности гнойные бели.

Таким образом мы приходим к убеждению, что у нашей больной функциональный геморрагический эндометрит. Обычное лечение — выскабливание. После удаления измененной слизистой раневая поверхность эпителизируется, матка сокращается и кровотечение приостанавливается. Вмешательство на слизистой выравнивает и функцию яичника. Нашей больной была еще до поступления в клинику применена подобная терапия. Однако заболевание вновь повторилось. Что можем теперь мы ей предложить. Конечно можно повторно произвести выскабливание, которое иногда дает хорошие результаты, но у нас нет гарантии, что больная через несколько

месяцев опять не придет к нам. Вот почему мы прибегнем к более энергичному лечению. После повторного выскабливания мы проведем курс лечения по Грамматикати (впрыскивание иода в матку). Больной ведь уже 45 лет и потому внутриматочное впрыскивание иода с последующей атрофией матки не отзовется на общем состоянии больной. В крайнем случае в нашем распоряжении будут еще два метода терапии: рентген и операция надвлагалищного усечения матки, лучше через влагалище. Если бы речь шла о молодой девушке, то мы применили бы другие меры против заболевания, среди которых следует отметить лечение инсулином и питуитрином. С целью воздействовать на обмен веществ в молодом возрасте мы рекомендуем также спорт и купанье. Из медикаментозных средств помимо кровоостанавливающих применяем и общеукрепляющее лечение — железо, мышьяк и пр.

## ОПУХОЛИ

### Рак шейки матки — эндофитная форма

Больная К., 39 лет, крестьянка-единоличница, поступила в клинику с маточным кровотечением. Менструации с 18 лет, без особых отклонений от нормы. Половой жизнью живет в течение 19 лет. Перенесла 15 беременностей. Было 12 срочных родов и 3 выкидыша, 2 из которых вызваны вмешательством бабки. Последняя беременность закончилась срочными родами — 1½ года назад.

Шесть месяцев назад впервые заметила кровянистые выделения после половых сношений. Последние нормальные месячные были 3 месяца назад, после чего менструации стали приходить крайне нерегулярно, продолжаясь по 7—10 и 12 дней с перерывами на неделю или 10 дней. В промежутках между кровотечениями отметила появление каких-то бурых выделений, которых раньше не замечала.

**Гинекологическое исследование** (см. рис. 37): нижняя губа, увеличенная в объеме и уплотненная — гладкая на ощупь. Верхняя, в виде углубления, с инфильтрацией по сторонам, представляет размягченную массу, которая легко крошится под рукой. После исследования — довольно сильное кровотечение. При осмотре зеркалами: на верхней губе шейки видна язва, с неровным, как бы изъеденным дном. Введенный зонд проникает в язву, покрытую грязноватым налетом и язва кровоточит. Матка подвижна, инфильтратов нет.

**Дифференциальный диагноз:** обратите внимание на картину шейки: она имеет дефекты. Поверхность ее неровная, как

бы изъеденная. Она при исследовании очень легко кровоточит. О чем же можно думать? Конечно это не вульгарная эрозия на почве катарра шейки. Там нет дефекта тканей. Простая эрозия яркокрасного цвета и никогда так сильно не кровоточит. Особая ломкость и хрупкость сосудов присущи исключительно *сапсер'у*. Видя язву шейки, вы можете подумать здесь о твердом или мягком шанкре. В анамнезе нет указаний на это, но обратите внимание на характер язвы.



37. Рак шейки — эндсфитная форма  
1 — раковая язва

Твердый шанкр — эрозия правильных, округлых очертаний, с резко ограниченным плотным инфильтратом, в типичных случаях непокрытая распадом, мясисто-красного цвета, с лаковым блеском. Гуммы на *portio vaginalis* — редки. Папулезные язвы большей частью бывают множественны. Наряду с ними можно видеть неизъязвившиеся папулы по соседству и на вульве. Характер язвы заставляет нас откинуть мысль о сифилисе. Скорее можно думать о мягком шанкре. Это язва и язва глубокая, неправильной формы, покрытая на всем протяжении желтовато-сальным налетом. Но она, как и первичный твердый шанкр, не кровоточит. Острые кондиломы имеют вид отдельных образований, разделенных здоровой слизистой. Вид их красновато-белый и они не дают изъязвлений. Обычно находят кондиломы и на других местах влагалища или вульвы.

Нельзя думать и о туберкулезном поражении шейки, процессе по преимуществу вторичном. В таких случаях дно язвы, часто с подрытыми краями, слегка зернисто и бугристо. На дне и вокруг язвы можно видеть типичные, просовидные, бугорковые узелки.

Против всех вышеуказанных заболеваний говорит и анамнез, в котором на первом плане — симптом кровотечения. Упорная метроррагия в этом возрасте, близком к климактерию, должна быть всегда подозрительной на *сапсер*. Вот почему в таких случаях лучше сделать лишнюю пробную эксцизию, чем ставить



диагноз путем выжидания и назначения симптоматических средств.

Обычно рак шейки развивается в пожилом возрасте, у женщин многорожавших. Надо думать, что разрывы шейки при родах играют в этиологии рака известную роль. Однако злокачественная язва не щадит и молодых женщин, у которых клинически она протекает более злокачественно.

Карциноматозная язва исходит либо из portio, либо из шейки. Язва обладает склонностью очень рано распространяться в крестцово-маточные связки, в параметральную клетчатку и железы. Но одновременно рак ползет и per continuitatem, поражая соседние отделы влагалища. Именно эта форма рака чаще дает свищи мочевого пузыря и прямой кишки и делает жизнь больной в запущенных случаях невыносимой не только для себя, но и для окружающих. Оставленные подчас даже и близкими родственниками эти больные в состоянии крайней депрессии живут, пока общий сепсис при крайнем истощении не прервет их нитей жизни.

Вот почему — чем раньше, тем лучше — должно быть девизом для врача, имеющего дело с подозрительной на саргср больной. Промедление здесь смерти подобно. При современных наших знаниях должно быть обращено особое внимание на устранение и лечение разрывов шейки, выворотов ее и катарров у многорожавших женщин. Другим видом борьбы будет относительная профилактика, которая состоит из широкой пропаганды среди населения о ранних признаках рака.

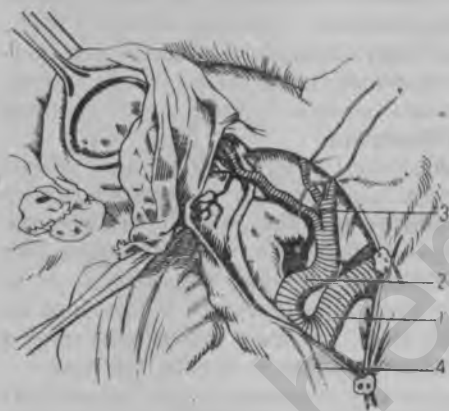
**Лечение** рака может быть оперативным или консервативным (радий). Можно ли оперировать нашу больную? Мы не нашли у нее метастазов и потому радикальная операция возможно принесет ей полное исцеление. Оперировать мы будем по методу Вертгейма. Удалению будет подлежать матка, придатки, часть влагалища и по возможности вся параметральная клетчатка и макроскопически измененные, увеличенные железы тазовой области.

Операция Вертгейма в отличие от простой экстирпации носит название расширенной полной экстирпации. При ней обнажается на большом протяжении тазовая клетчатка, с заложенными в ней важнейшими органами, сосудами и мочеточником.

Операции предшествует тщательная дезинфекция влагалища. Его промывают теплой водой с мылом, затем раствором сулемы и наконец, смазав канкрозную шейку 10% иода, тампонируют стерильной марлей.

Операцию лучше начинать принципиально срединным разрезом, так как при ней никогда нельзя исключить возможность послеоперационного нагноения брюшной раны.

По вскрытии брюшной полости накладывают прежде всего длинные зажимы Кохера на широкие связки и собственную связку яичника, у ребра матки с двух сторон. В зажим попадают и трубы. При помощи зажимов можно придать различные положения предполагаемой к удалению матки. Они заменяют пулевые щипцы, которыми не следует захватывать матку, полость которой может быть уже инфицированной, и предупреждают обратное кровотоечение из матки при дальнейшем ходе операции. Хирург, взявшись за эти зажимы, перемещает матку в сторону и поручает фиксировать полученное положение ассистенту. Видны теперь очень рельефно с одной стороны натянутые *ligamentum rotundum* и *lig. infundibulo-*



38. Один из моментов операции Вертгейма.

1 — *art. iliaca externa*; 2 — *art. hypogastrica*; 3 — *art. и vena uterina*—перевязка; 4 — мочеточник

*pelvicum*, где проходит *art. ovarica*, несущая кровь от аорты. Обе связки перевязывают на игле кетгуттом. Затем рассекают осторожно передний листок широкой связки, несколько отступив от лигатур, в направлении от круглой связки к *lig. infundibulo-*  
*pelvicum*, и входят тупфером на корнцанге в параметральную клетчатку. Оператор, расслаивая листки широкой связки, отыскивает надчревную артерию и мочеточник. Для более быстрого обнажения этих важных включений широкой связки лучше держаться при отсепаровке

возможно дальше от ребра матки. Когда в глубине станут видны большие сосуды—*art. iliaca externa* и *art. hypogastrica*, идущие от *art. il. communis*, на игле Дешампа перевязывают шелком надчревную артерию. Теперь переходят к мочеточнику, который в этот момент обычно уже виден проходящим по заднему листку широкой связки. Его изолируют тупым путем из окружающей клетчатки. Это удастся легко, пока отсепаровка не подойдет сверху, ближе к шейке, к месту перекрестка между ним и маточной артерией. Последняя лежит под прямым углом поверх мочеточника и для дальнейшего отделения мочеточника она должна быть обязательно перерезана, лучше после предварительного наложения зажимов. После того как

будут откинута в стороны перерезанные концы маточной артерии, освобождение мочеоточника идет легко, если нет вокруг него инфильтратов. Если же мочеоточник оказывается сдавленным новообразованием, хирургу предстоит весьма тонкая работа его выделения, имея в виду, что в противоположность мочевоому пузырю мочеоточник почти никогда не поражается раком. Так или иначе мочеоточник отделяют, дабы иметь его на виду во все моменты операции во избежание случайной перерезки. Вслед затем оператор приступает к удалению желез, уже ранее замеченных им, и попутно клетчатки.

Удалены должны быть все видимые железы. Большинство из них воспалительного характера. Изредка они встречаются в виде твердых, больших опухолей, сероватого цвета на вид — это заведомо раковые железы. Некоторые из них подвергаются гнойному расплавлению и тогда они становятся мягкими наощупь.

Обычно все железы вылуциваются легко, но иногда они интимно соединяются с крупными венами. В таких случаях необходимо наложить на сосуд провизорные лигатуры, не затягивая их, выше и ниже припаянной железы, чтобы в случае ранения вены можно было тотчас ее перевязать. При ранениях вен. *ii. communis* приходится и ее перевязать, что может повлечь за собой гангрену конечности в послеоперационном периоде.

Возможное венозное кровотечение при удалении желез останавливается большим тампоном. Оператор временно оставляет его и переходит на другую сторону, где производится то же самое, т. е. перевязка сосудов, выделение мочеоточника и пр.

Затем хирург одним или двумя ударами ножниц соединяет небольшой участок переходной складки брюшины с пузыря на матку и приступает к отделению мочевого пузыря от шейки и влагалища вперед, по направлению ко входу во влагалище. Это отделение следует произвести при помощи ножниц, так как отделение тупым путем нарушает стенки пузыря, что может дать свищ в послеоперационном периоде. В незапущенных случаях это не представляет больших затруднений. Но если раковый инфильтрат подошел уже близко к мочевоому пузырю, то надо действовать осторожно во избежание ранения пузыря в момент операции. В таких случаях надсекая, в пределах здоровых тканей, клетчатку ножницами Купера, приходится буквально завоевывать каждый сантиметр. Ассистент отстраняет отслоенную часть пузыря при помощи подъемного зеркала. Чем на большем протяжении будет произведена отслойка, тем больше можно будет удалить влагалища

и тем радикальнее будет операция при условии тщательно вылущенных желез и клетчатки.

Когда отслойка пузыря будет считаться законченной, матку запрокидывают вверх для отделения ее от крестцово-маточных связок. Этот момент начинают с предварительной отслойки, на уровне внутреннего маточного зева или несколько выше, брюшины, покрывающей матку с дорзальной поверхности. При этом разрез ведется от еще сохранившегося заднего листка брюшины широкой связки с одной стороны по направлению к другой, следя за целостью мочеочника. Как только будет надрезана брюшина позади матки, ее отделяют вниз, чтобы обнажить крестцово-маточные связки. Очень важно при перерезке последних предварительно перевязать их вплоть до влагалищной трубки. С этой целью после первой лигатуры лучше перерезать связку только до места перевязки, а затем уже под контролем пальцев левой руки, которая хорошо ощущает конец связки, захватить в шов и надсечь и остальную часть связки. Если в культю попали все сосуды, то кровотечения не бывает. В противном случае нередко приходится терять досадно много времени на дополнительное наложение швов.

В случае совершенной перевязки и перерезки крестцово-маточных связок матка сразу становится чрезвычайно свободной: она осталась в связи лишь с влагалищем. Удалить ее теперь уже нетрудно. Задача в этот момент сводится к тому, чтобы не вскрыть преждевременно влагалища, что загрязнит операционное поле.

Хирург просит извлечь влагалищный тампон, положенный до операции, после чего его левая рука может ясно прощупать границу новообразования. Два длинных и крепких зажима, наложенных как можно ниже, крепко сдавливают здоровую часть влагалищной трубки и ударами ножниц, следя за мочеочником, рассекают влагалище между зажимами. Этот метод гарантирует до известной степени от инфекции из ракового очага. Остается смазать место перерезки оставшегося влагалища, не снимая с него зажима, и зашить отверстие наглухо, при условии абсолютного гемостаза, или вставить тампоны в параметральные области, с выведением их через влагалище.

Операция заканчивается перитонизацией раневой поверхности непрерывным кетгуттовым швом, наблюдая за тем, чтобы и в этот последний момент операции не попал в шов мочеочник. Подобная ошибка ведет при двусторонней перевязке к неизбежной послеоперационной уремии, что потребует немедленной повторной лапаротомии.

Брюшная полость закрывается, как и влагалище, наглухо. Как видно, операция Вертгейма принадлежит к разряду одной из труднейших гинекологических операций и начинающему к ней приступить нельзя.

Предложенная в недавнее время операция удаления матки при раке влагалищным путем (Штекель) еще не получила большого распространения.

В запущенных случаях рака, с переходом новообразования на мочевой пузырь, мы с успехом иногда применяли операцию Грамматикати — Тихова (удаление матки вместе с мочевым пузырем) с последующей пересадкой мочеточников в прямую кишку.

### Рак шейки — экзофитная форма

Больная, 35 лет, жена служащего, поступила в клинику с жалобами на кровотечение и бели. В замужестве имела 6 беременностей, из них последняя закончилась абортom 1<sup>1/2</sup> года назад, по словам больной, от подъема тяжести. Около 1 года назад заметила небольшие кровянистые выделения после coitus'a. Вот уже 4 месяца как стали «путаться» крови. Больная потеряла их счет и сроки. Моментами кровянистые выделения переходили в настоящие профузные кровотечения. В промежутках между яркими выделениями, кровотечениями шли мутноватые бели с запахом.

**St. praesens:** большая хорошего питания и сложения. Кожные и слизистые покровы лица бледны.

**Вагинально:** введенные пальцы на месте расположения нормальной шейки наталкиваются на шероховатую опухоль величиной более грецкого ореха, округлой формы, плотной консистенции. Отверстия шейки прощупать не удастся. Введенные, по сторонам опухоли, пальцы, ощупывают хорошо выраженные, неизменные своды. Опухоль как бы свисает во влагалище. Матка в нормальном положении, не увеличена, подвижна. Придатки не прощупываются. Тотчас после исследования — значительное кровотечение. При осмотре зеркалами (см. рис. 39) опухоль серовато-красного цвета принадлежит нижней губе шейки. Отверстие шейки скрыто над самой опухолью, вверху. Слизистые покровы верхней губы на вид без резких изменений. Общий вид опухоли напоминает цветную капусту.

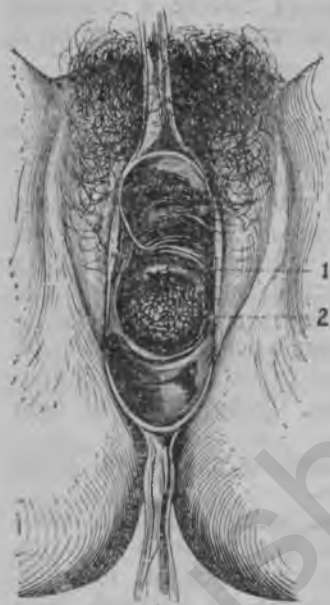
**Дифференциальный диагноз:** в противоположность предыдущему случаю вы видите здесь cancer без изъязвления. Обращают на себя внимание обратные явления — гипертрофические процессы. Если в том случае вы имели форму с разье-

дающими свойствами, идущую вглубь, то здесь перед вами разрастающаяся форма — экзофитный рак. Эта форма встречается более редко в более молодом возрасте и дает грибовидные разрастания, весьма напоминающие по виду цветную капусту. Конечно вы не смешаете этот вид рака с простым полипом на ножке (см. рис. 40).

Полип не крошится и имеет гладкие края.

Дифференциальный диагноз необходим и от подслизистых фибромиом, когда последние рождаются во влагалище (см. рис. 41).

В анамнезе будет и кровотечение, типа метrorрагии, но наряду с этим и схваткообразные боли, чего нет при раке. При объективном исследовании мы найдем и опухоль, выступающую во влагалище, но ясно в виде как бы обруча будет ощупываться, а при осмотре зеркалами и видна нормальная ткань растянутой шейки. Опухоль яркокрасного цвета как бы выглядывает из шейки, но не исходит из нее. Труднее дифференцировать от гангренозного полипа, сидящего на широком основании. Распадаясь, этот полип может дать и кровотечения и бели с запахом. Обратите в таких случаях внимание на вид опухоли: она обычно синеватого цвета. Однако ввиду возможности злокачественного перерождения полипов окончательный диагноз необходимо будет решить при помощи микроскопа.

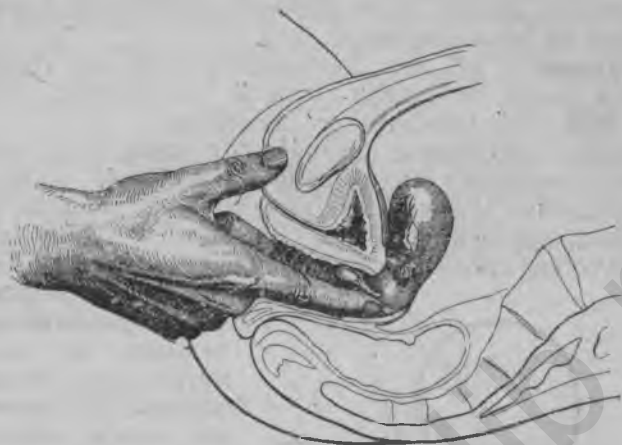


39. Рак шейки. Экзофитная форма.

1 — передняя губа шейки; 2 — раковая опухоль на задней губе в виде цветной капусты

Клиническое течение экзофитного рака шейки обычно более доброкачественное, хотя чаще он дает сильные кровотечения. Распространение идет медленнее, почему и прогноз для случаев этой формы более благоприятен, чем для всех других.

Как видно из данных объективного исследования, инфильтратов еще нигде нет, и потому операция Вертгейма возможно будет радикальной. Операция технически здесь будет проще, чем при эндофитном раке.



40. Полип шейки



41. Субмукозная фиброма, родившаяся во влагалище.  
1 — тело матки; 2 — фиброма; 3 — задняя губа шейки

## Инфильтрирующая форма рака шейки

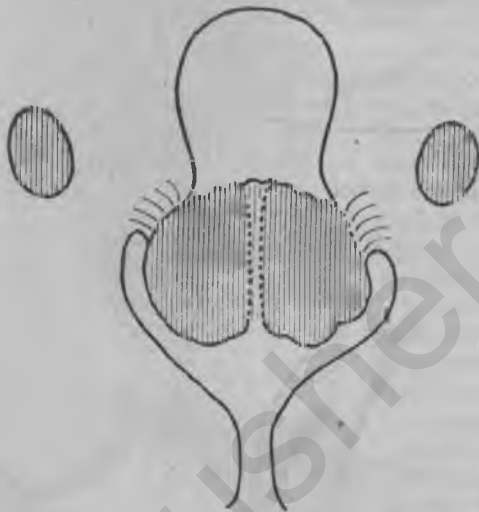
Больная К., 55 лет, жена рабочего, поступила в клинику с жалобами на кровотечение и бели.

Менструация с 18 лет. Замужество с 20 лет. Перенесла 11 срочных родов, по словам больной, без особых осложнений. На 48-м году прекратились месячные.

Настоящее заболевание началось год назад, когда впервые появились, совершенно неожиданно для больной, вновь крови в виде небольших кровянистых выделений из половых путей. Они то прекращались на неделю или две, то вновь появлялись. Отсутствие сильных кровотечений успокаивало больную.

За 2—3 последних месяца кровянистые выделения из половых путей почти не прекращались. В промежутках между ними шли бели, тоже с красноватым оттенком. Отмечает похудание.

**Вагинально:** portio vaginalis uteri шероховата, не выступает резко в просвет влагалища, но при бимануальном исследовании нижняя часть матки, т. е. вся шейка, определяется резко увеличенной, в виде узла, удлиненной формы, размером с громадную сливу (см. рис. 42).



42. Инфильтрирующая форма рака шейки.

Матка, резко атрофированная, подвижна, в нормальном положении.

Диффузно инфильтрированная шейка чрезвычайно плотной, прямо хрящевой консистенции. Осмотр зеркалами: гипертрофированная нижняя губа шейки красного цвета, с синеватым отливом; на верхней губе зонд ощущает неровность и не соскальзывает с ее поверхности. После исследования — кровянистые выделения.

**Дифференциальный диагноз:** перед вами еще одна форма рака шейки, также с эндофитным ростом, клинически протекающая обычно очень злокачественно. Инфильтрирующий рак чаще



не дает профузных кровотечений. Метастазируя лимфогенно, эта форма рака не имеет склонности распространяться на влагалище, а чаще поражает железы. В отличие от экзофитного рака в виде цветной капусты инфильтрирующий рак не выступает в просвет влагалища в виде опухоли, а вся ткань шейки, вначале без измененной portio, диффузно утолщена. Рак возникает из цервикального эпителия. Инфильтрат впоследствии подвергается распаду. Так экзофитная форма переходит в эндофитную.

Диагноз, я думаю, не вызывает у вас сомнений. Ведь у больной кровотечения после менопаузы. Подобно тому, как если придет к вам женщина с жалобами



43. Фиброматозный узел шейки.

1 — верхняя губа шейки; 2 — фиброма

на сильное, внезапно наступившее кровотечение во второй половине беременности, вы должны думать о предлежании последа, так всегда в случаях кровотечений у женщины после климакса, вы вряд ли ошибетесь, заподозрив у больной карциному. В очень редких случаях кровотечения после климакса наблюдаются при полипах, воспалениях и на почве изменений сосудов.

В более молодом возрасте вам следует исключить фиброматозный узел шейки, но, как видно из рисунка (см. рис. 43), фиброма занимает лишь одну губу шейки, вторая же губа остается нормальной. Тем не менее инфильтрирующий рак при объективном исследовании труднее для диагноза ввиду

того, что разрушение наступает очень поздно, а несколько измененная ее слизистая при осмотре зеркалами напоминает простую эрозию. Но последняя при протирании тупфером обычно не кровоточит.

Катаррально измененная шейка при метро-эндометрите при исследовании тоже дает ощущение плотности, но это нехрящевидная плотность, как при инфильтрирующем раке; кроме того при метро-эндометрите происходит равномерно пропорциональное увеличение и шейки и тела, а при инфильтрирующем раке измененная ткань шейки прощупывается в виде узла, матка же остается обычно нормальной.

В нашем случае диагноз облегчается нахождением небольшой язвенной поверхности на верхней губе, весьма характерной для сарцер'а: зонд не соскальзывает с язвы и как бы проникает в ее ткань.

### **Cancer colli uteri inoperabilis**

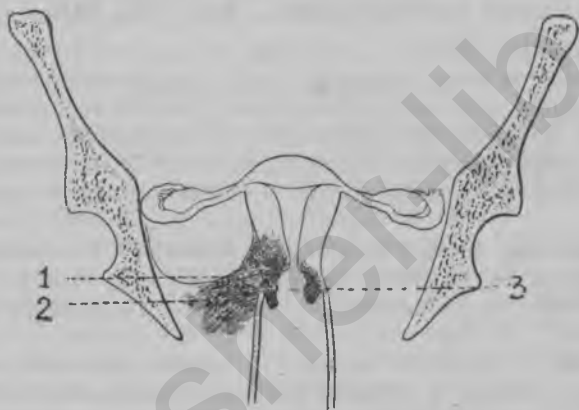
Больная Ж., жена служащего, поступила в клинику с жалобами на маточные бели и сильные боли в области живота. Ей 54 года. 8 лет назад климакс. Около года назад заметила кровянистые бели, за последнее время принявшие сильный, зловонный запах. 2 раза было довольно сильное кровотечение.

**St. praesens:** больная роста выше среднего, крепкого сложения и пониженного питания. Бледность лица, с некоторым землистым оттенком и страдальческим взглядом свидетельствуют о каком-то тяжелом заболевании.

**Вагинально:** на месте шейки матки ощущается разрыхленная, местами (по периферии) бугристая, плотная, местами (в центре) мягкая, крошащаяся ткань, без резких контуров и границ, переходящая на заднюю стенку влагалища, также неровную, с углублениями наощупь. Матка прощупывается отклоненной кзади и совершенно неподвижной. Справа от нее, прилегая непосредственно к шейке, определяется инфильтрат величиной более голубинового яйца, разлитой формы, плотной консистенции. Инфильтрат неподвижен.

**Диагноз:** даже без вагинального исследования, на основании одних анамнестических данных можно предположить, что у больной карцинома. Вагинальное исследование лишь подтверждает диагноз и является необходимым для определения степени распространения рака. Переход канкротной язвы с шейки на влагалище еще не является противопоказанием к радикальной операции. Ограниченная подвижность матки вследствие поражения крестцово-маточных связок говорит за тя-

желый, запущенный случай, но еще операбельный. Лишь абсолютная неподвижность матки или ограниченная подвижность с сопутствующими инфильтратами по сторонам в параметральной клетчатке указывают, что пути к оперативному вмешательству отрезаны. Тонкие нюансы границ возможного или невозможного оперативного пособия устанавливаются индивидуально хирургом. Не забудьте лишь, что неподвижность матки и опухоли по сторонам ее могут быть и воспалительного происхождения. В дифференциально-диагностическом отношении здесь нужно иметь в виду, что опухоли придатков в свежих случаях мягковатой консистенции, в хронической — фиброзы, но располагаются обычно несколько вдали от шейки противоположность раковому инфильтрату (см. рис. 44).



44. Раковый инфильтрат в правом параметрии.

1 — мочеточник; 2 — инфильтрат; 3 — раковая кратерообразная язва

Должное внимание заслуживает и анамнез (исключить воспаление). Разбираемый случай следует признать запущенным, иноперабельным.

Раковый процесс, захватив часть слизистой влагалища, уже перешел в клетчатку и сдавил нервные тазовые сплетения (боли). Больная несомненно погибнет от дальнейших метастазов, при явлениях общей кахексии, или от сепсиса, или, при сдавлении мочеточников, от уремии, или от внезапно могущей наступить сильнейшей, решающей кровопотери, при разрушении канкротным процессом больших сосудов.

Что можем предложить мы этой больной, которая несомненно должна скоро погибнуть. Вы предлагаете отправить ее

для радиолечения. В этом есть известный смысл, но имейте в виду, что и здесь при сомнительной надежде на успех не исключена возможность общей генерализации процесса. Но вы сделаете несомненно хорошо, если в возможных случаях направите больную для радиотерапии после радикальной операции. Нашей же больной мы намерены выжечь карциноматозную язву термокаутером и произвести перевязку art. hypogastr. Под влиянием перевязки условия для питания раковых тканей ухудшатся, и процесс пойдет возможно более вялым темпом. Уменьшится и опасность кровотечений, и жизнь больной будет продлена возможно на несколько месяцев. В дальнейшем — больной показаны наркотические средства.

### **Cancer corporis uteri — рак тела матки**

Больная В., 50 лет, поступила в клинику с жалобами на кровотечение и бели. Вот уже 5 лет как она не носила месячных, но около года назад неожиданно показали вновь кровь. Сильного кровотечения не было. С тех пор временами, раза два в месяц, показываются яркие крови без всяких правильных промежутков и гнойные бели с кровянистым оттенком и запахом.

**Вагинально:** шейка небольших размеров, без резких изменений; матка мягковатой консистенции, шарообразной формы, соответствует беременности 5—6 недель. Выделения гнойные, с запахом.

**Диагноз.** Уже один анамнез — «крови» после менопаузы — заставляют думать в первую очередь о карциноме. Ввиду отсутствия изменений со стороны шейки рак следует искать в теле матки.

Встречаясь приблизительно в 10 раз реже, чем рак шейки, рак тела исходит обычно из слизистой оболочки, поражая ее диффузно или образуя аденоподобную опухоль. Вначале обе формы рака имеют экзофитный рост, и лишь в дальнейшем идет поражение мышц и серозного покрова. Раково-измененная слизистая матки с течением времени подвергается распаду.

Вследствие растяжения полости наступают схваткообразные боли как результат сокращения матки. Канкрозные массы благодаря приоткрытому шейному каналу легко инфицируются влагалищными микробами, вследствие чего бели принимают зловонный характер. В некоторых случаях скопившийся гной в матке (пиометра) растягивает ее полость до 3—4 месяцев беременности. На первый план тогда выступают не кровотечения, а обильные гнойные, с резким запахом бели.

Протекая более благоприятно, чем рак шейки, рак тела все же в течение 3—4 лет сводит больную в могилу. Раннее оперативное лечение во многих случаях вырывает с корнем болезнь. Простая экстирпация дает здесь несомненно лучший прогноз, чем операция Вертгейма при раке шейки. Вот почему так необходима своевременная диагностика, которая при наличии уже указанных симптомов не представляет особых затруднений, если речь идет о женщинах в возрасте 50—60 лет. Труднее диагностировать рак тела в возрасте, близком к климактерию.

В таких случаях дифференциальный диагноз следует вести между раком тела, простым или плацентарным полипом, неполным абортom и эндометритом. В сомнительных случаях спорный вопрос разрешает микроскоп (пробное выскабливание).

В нашем случае диагностика ясна.

### Субмукозная фибромиома

Больная К. поступила с жалобами на сильное кровотечение. Больной 46 лет, менструации с 16 лет через 1 мес. по 3—4 дня. Половой жизнью живет с 20 лет. Родов 7, из них последние 7 лет назад, без особых осложнений.

Настоящее заболевание началось год назад, когда больная впервые отметила неправильность менструаций. Они стали приходить через 2—3 недели, бывали очень сильными, а за последние 3 месяца приняли характер непрерывных кровотечений. 1½ месяца назад в местной больнице было произведено выскабливание, однако безрезультатно.

**St. praesens:** больная крайне обескровлена. Пульс 120, слабого наполнения. Лицо отечно, восковидного цвета. Отечны и нижние конечности. У верхушки сердца резкий систолический шум.

**Вагинально:** шейка небольших размеров, канал закрыт, своды свободны, матка увеличена в объеме соответственно двум месяцам беременности, плотной консистенции, подвижна и безболезненна. На пальцах после исследования — чистая алая кровь, без запаха. При измерении зондом полость матки равна 11 см.

**Дифференциальный диагноз:** сильнейшее маточное кровотечение привело больную в клинику. Конечно один этот симптом не может нам указать на характер страдания. Кровотечения могут быть и при воспалительных процессах в матке или придатках, и при карциномах, и при абортах, и на почве целого ряда других органических и функциональных расстройств полового аппарата. Ответ дает вагинальное исследование.

Ясно, что причина кровотечения в данном случае лежит в матке. Аборта не может быть здесь. Данные анамнеза решительно говорят против такого диагноза. Хронический метроэндометрит, характеризующийся белями, неправильными менструациями и увеличением матки, вряд ли мог привести нашу больную к такому резко выраженному малокровию. Да и при вагинальном исследовании мы нашли бы в таком случае несколько иную картину. Шейка при метроэндометрите оказывается резко увеличенной в размере благодаря тому, что в ней

параллельно с маткой идет разрастание соединительной ткани, чего нет при фибромах и чего мы не нашли при вагинальном исследовании нашей больной. Тогда в матке вероятно опухоль. Нам предстоит лишь решить вопрос, какая: добро- или злокачественная. Как видно из анамнеза, неправильный тип менструаций у больной уже в продолжение года. Если рак шейки дал бы за этот период большие изменения со стороны ткани шейки, то рак тела мы не можем исключить.

Из доброкачественных опухолей матки нам известны фибриомы и аденомиомы (с развитием железистой ткани). Последние встречаются редко.

15. Схема развития фибриомы: сверху субсерозная, по середине — интерстициальная, внизу — субмукозная

Первичным местом локализации фибриом является мышечная ткань матки. Это так называемые интерстициальные фибриомы (см. рис. 45).

Развиваясь, опухоль занимает все большую и большую часть мышечной или идет по направлению к серозной оболочке матки, выпячивая ее в виде узла — субсерозные фибриомы (см. рис. 45), или растет в сторону слизистой. В последнем случае мы будем иметь субмукозные фибриомы (см. рис. 45).

Все эти виды фибриом могут давать различные клинические картины в зависимости от степени развития опухоли и

ее локализации. Существует изречение, что не следует трогать фибромиому до тех пор, пока фибромиома не трогает больную. До тех пор, пока фибромиома невелика и пока она интерстициальна, врач лишь случайно может обнаружить ее при вагинальном исследовании, так как сама больная не испытывает ни болей, ни кровотечения. Но тогда, когда опухоль, располагаясь субсерозно, достигает больших размеров, она, растягивая серозный покров матки или сдавливая соседние органы, может вызвать боли в нижних отделах тазовой области. Развиваясь субмукозно, опухоль растягивает уже слизистую оболочку и вызывает в ней сдавление прежде всего тонкостенных вен, что уже одно ведет к постоянной гиперемии и обуславливает мено- и метрорагию. Но и вдали от опухоли расположенная слизистая реагирует гипертрофией и гиперплазией своих желез, что создает еще большие условия для профузных кровотечений.

Теперь нам ясно, что у нашей больной, если допустить возможность фибромиомы, эта фибромиома будет конечно субмукозная. Но мы с вами не исключили еще возможности рака тела. Вы предлагаете произвести выскабливание и пробный соскоб послать на исследование. Без сомнения это верный способ исключения карциномы. Но можем ли мы гарантировать больной, что при выскабливании в случае фибромиомы, нарушая ее слизистый покров, мы не инфицируем опухоль. Ведь если произойдет инфекция, наступит нагноение и гнилостный распад ее, что может повести и к общему заражению. Лучше поэтому углубиться в данные анамнеза и объективного исследования. Мenses у больной уже год как стали приходить чаще и сильнее. Обычные менструации сменились поли- и гиперменорреей. За последние месяцы они приняли характер метрорагий. Повидимому чем ближе подходила при своем росте фиброма к слизистой, тем более субъективных расстройств она доставляла организму больной. Вспомните теперь данные объективного исследования. Мы обратили внимание на восковидный цвет лица больной. Для карциномы вам более известен землистый оттенок. Этот симптом нам будет в пользу диагноза фибромиомы. Матку мы нашли увеличенной в объеме, что может быть и при карциноме, но плотная консистенция скорее говорит за фибромиому. Обратили ли вы внимание на цвет крови: она алая, без малейших признаков запаха. Карцинома, развиваясь в течение года, дала бы распад, почему кровянистые выделения были бы с запахом. Как видно, больше данных за фибромиому. За это же говорит и увеличенная полость матки, которая вместо нормальных 7—9 см оказывается равной 11. И наконец, если для фибромиомы субмукозной

• характерны сильные кровотечения, то для рака характерна не сила, а упорство кровотечений.

Итак, мы склоняемся к мысли, что у нашей больной фибромиома. Нам остается лишь назначить лечение. Консервативный метод будет состоять в назначении больной средств, вызывающих сокращение матки или вызывающих обратное развитие опухолей (рентген). Первое достигается горячими (до 38°) спринцеваниями влагиалища и лекарственными веществами, из которых наибольшее распространение имеют следующие лекарственные формулы.

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Extr. hydrastis canad. fluid. | 3. Extr. secalis cornut. fluid. |
| 20,0                             | T-rae cinnamomii āā 20,0        |
| S. По 25 кап. 3 раза в день      | S. По 30 кап. 3 раза в день     |
| 2. Stypticini in tablet. 0,005   | 4. Mammocrin 0,3                |
| S. По 1 табл. 3 раза в день      | S. По 1 табл. 2—3 раза в день   |

Как временную меру я вам рекомендую назначение адреналина по рецепту:

Sol. adrenalini hydrochlorici † : 1000,0 — 2,0  
Aq. destil. 200,0

S. По 6 столовых ложек в день.

или Extr. fluid. polygoni hydroperis 20,0

S. По 40—60 кап. 3 раза в день

Все эти средства назначаются обычно за неделю до ожидаемых менструаций и в продолжение их, до окончания.

Можем ли мы рассчитывать на благоприятный эффект всех этих лекарственных формул? Анемия у нашей больной доведена уже до максимальных пределов, скорого эффекта ожидать нельзя, и потому больной несомненно показан хирургический метод — удаление миоматозной матки. Но класть на операционный стол такую больную тоже рискованно. Сердце этой крайне обескровленной больной (шум в верхушке анемичный) может не выдержать оперативного вмешательства. Вот почему она лежит в клинике уже в течение 2 недель. 5 дней назад ей было произведено переливание крови от донора-студентки той же 4-й группы, что и наша больная, в количестве 500,0. В течение 3 дней после переливания наша больная не теряла крови. Количество гемоглобина повысилось с 20 до 25%. Но вот вчера вновь появились значительные кровянистые выделения, и у нас есть опасение, что перелитая кровь выльется из организма через матку. Ждать более мы не можем. Я приглашаю вас в операционную, где больной под спинномозговой анестезией и будет произведена экстирпация матки влагиалищным путем, который мы считаем для данного случая более безопасным, чем путь брюшностеночный.



## Субсерозно-интралигаментарная фибромиома

Больная В., 43 лет, жена служащего, поступила в клинику с жалобами на сильные месячные и тупые боли внизу живота.

Менструации с 15 лет по 3—4 дня через 3 недели. Перенесла 12 беременностей. Больной считает себя 1 $\frac{1}{2}$  года, когда впервые заметила более обильные месячные. В течение последних 6—7 месяцев они стали продолжаться по 7—8 дней, однако приходили регулярно через 3 недели.

**Гинекологическое исследование:** при бимануальном исследовании найдено, что вся левая половина малого таза занята опухолью, округлой формы, величиной с большой кулак. Опухоль плотной консистенции, мало подвижна и безболезненна. Матка нормальной величины, прощупывается отклоненной вправо (см. рис. 46).

Опухоль, выпячивая левый боковой свод, тесно прилегает к матке и исходит непосредственно от ее левой боковой поверхности.

**Дифференциальный диагноз:** как анамнез, так и объективные данные говорят против диагноза воспаления. Воспалительные опухоли придатков обычно бывают болезненны при исследовании, чаще

не имеют правильных очертаний и бывают нерезко двусторонними. Это и не параметрит, который при л е г а е т чрезвычайно близко к стенкам таза и бывает абсолютно неподвижным. Захватывая клетчатку, инфильтрат при параметрите подходит вплотную к слизистой влагалища и делает ее также неподвижной.

Вряд ли можно думать и о внематочной беременности, для которой характерна опухоль мягкой консистенции (анамнез!).



46. Интралигаментарная фибромиома.  
1 — складка брюшины; 2 — опухоль

Остается предположить, что мы имеем дело с какой-то доброкачественной опухолью. Так как она тесно прилегает к матке и отличается малой подвижностью, можно предположить, что она локализуется, расслоив широкую связку, в параметральной клетчатке. Конечно это не липома по своей консистенции. К тому же липомы встречаются в этой области настолько редко, что мы в клинике их не встречали.

Интралигаментарно расположенные кисты обычно тугоэластичны. По консистенции скорее следует отнести опухоль к фибромиомам.

Мы ставим диагноз чаще более осторожный — фибромиома. От взаимного соотношения соединительной и мышечной ткани будет зависеть консистенция: чем больше в такой опухоли мышечных элементов, тем мягче будет опухоль, и наоборот. Субсерозные фибромиомы, по форме своей округлые или овальные, чаще подвижны, в особенности в тех случаях, когда они сидят на ножке. Ограниченная подвижность, как в нашем случае, может зависеть от двух причин: или фибромиома растет в широкую связку, или опухоль не может быть смещена из малого таза в большей вследствие своей величины. Решение этого вопроса иногда затруднительно и требует в исключительных случаях хлороформного наркоза. Обычно вопрос решается большей или меньшей подвижностью: межсвязочные фибромиомы отличаются крайне ограниченной подвижностью. В нашем случае подвижность некоторая имеется, и мы можем предположить, что ограниченная подвижность ее обуславливается значительной величиной. Фиброматозный узел вероятно подошел близко и к слизистой матки и вызвал расстройства кровообращения, что сказалось на менструациях: за последние месяцы они приняли характер гиперменорреи.

Вот почему желательная для всех субсерозных фибромиом консервативная миомэктомия, т. е. вылушивание отдельных узлов, здесь вряд ли окажется возможной и показанной, тем более, что возраст больной не исключает возможности злокачественного перерождения фибромиомы.

Поэтому мы произведем нашей больной экстирпацию матки, но с оставлением яичников.

### **Фиброма интерстициальная**

Больная Я., 31 года, поступила в клинику с жалобами на опухоль в нижней части живота и тупые боли в области поясницы, 5 лет назад перенесла вторые по счету, последние роды.

Опухоль заметила около 2 лет. Тип менструаций все время правильный.

При осмотре живота глазом заметна опухоль, верхняя граница которой стоит на уровне пупка. При ощупывании опухоль округлой формы, плотной консистенции и безболезненна. Расположение ее строго симметричное, по средней линии. Опухоль хорошо подвижна по сторонам и очень относительно — вверх.

**Вагинально:** шейка, нормальной величины, имеет тесную связь с опухолью. Матка отдельно не контурируется (см. рис. 47).

**Дифференциальный диагноз:** естественным прежде всего является вопрос: не беременность ли у нашей больной. Но в анамнезе нет задержки менструации. При объектив-



47. Интерстициальная фибромиома

ном исследовании мы не нашли мягкой консистенции опухоли, столь характерной для беременной матки, под руками нет сокращения матки и нет признаков Гегара. У больной по видимому фибромиома.

В сомнительных случаях мы обратили бы внимание при вагинальном исследовании на размягчение шейки матки, на баллотирование головки при нормальной беременности. При последнем методе исследующие пальцы правой руки через передний свод отталкивают вверх предполагаемую головку. Через секунду при наличии беременности плотная головка, подвижная в амниальной жидкости, вновь приближается к

пальцам, которые чувствуют толчок. Если нет подобного толчка, вероятно нет головки и следовательно нет беременности. Этим методом приходится обычно пользоваться при дифференциальной диагностике между беременностью и чистой интерстициальной миомой. Как было уже указано, последние встречаются в чистом виде редко. Они отличаются мягкой консистенцией и дают впечатление ложной флюктуации, что дает повод их смешивать иногда не только с беременностью, но и с кистами яичников. Ошибка возможна в особенности у женщин многорожавших, с вялыми и истонченными брюшными покровами, где вследствие расслабления связочного аппарата миоматозная матка может быть легко отодвинута вверх. Надо обратить тогда внимание, уходит ли шейка матки из-под пальцев вагинально исследующей руки при смещении наружной рукой тела матки вверх. Если шейка ускользает при этом, вероятно имеется миома. Наконец, если возможность беременности решительно отвергнута, приходится воспользоваться зондом. При опухолях матки полость последней растягивается и зонд показывает значительно большую цифру, чем 8—9 (норма). При кистах длина полости будет нормальна. Однако в редких случаях и при фибромах длина полости может быть нормальной.

При постановке диагноза доброкачественной опухоли матки в практической деятельности обычно ограничиваются общим термином — фибромиома. В нашем случае можно поставить более точную диагностику. Ведь опухоль при исследовании была найдена очень плотной, что говорит за абсолютное преобладание в ней соединительной ткани. По консистенции надо считать опухоль большой чистой фибромой. Этот диагноз можно ставить более смело, чем диагноз чистой миомы, так как мягкая консистенция, свойственная миоме, может быть и при разрастании в матке железистой ткани, при так называемых аденомиомах (очень редко). Интерстициальные фибромы или миомы встречаются либо в виде узловой формы, либо в виде диффузной. В первом случае в межлоскутной ткани матки находится фиброзный или миоматозный узел той или иной величины (см. рис. 45), при втором — вся толща матки диффузно, без отдельных узлов, занята опухолью. Узел, растягивая матку при своем росте, далеко не всегда можно прощупать отдельно при вагинальном исследовании. Вот почему нельзя с уверенностью решить вопрос, с какой формой интерстициальной фибромы или миомы приходится иметь дело в том или ином случае. Некоторые руководящие данные можно получить, исходя из формы опухоли при исследовании: в то время как узловые фибромы или миомы напоминают шар по своей ок-

руглости, диффузные — сохраняют грушевидную форму матки. Если довериться этому признаку, то опухоль у нашей больной скорее будет диффузной. Впрочем большого практического значения это различие при больших опухолях не имеет, так как вылущить при операции только узел с сохранением матки можно лишь при начальных стадиях заболевания. Важно лишь знать, что один вид фибромиомы может переходить в другой. Итак, мы останавливаемся на всего более вероятной диагностике: у нашей больной интерстициальная диффузная фиброма.

Нельзя думать и о пузырьном заносе хотя бы потому, что больная заметила опухоль уже около 2 лет. Опухоли яичников, достигая больших размеров и занимая тогда центральное расположение, могут быть приняты за интерстициальные фибромы. Но при вагинальном осмотре обнаруживают тогда матку отдельно, отклоненной либо кзади, либо тесно прижатой к симфизу.

Речи о воспалении здесь не может идти. Хронический пельеоперитонит, т. е. воспаление тазовой брюшины, протекая иногда без болевых ощущений, может дать аналогичную по величине опухоль и также расположенную по средней линии, но эта опухоль будет иметь уплощенную форму и будет неподвижна. Однако основывать диагноз на расположении опухоли нельзя. Кисты яичника с очень плотной капсулой и короткой ножкой могут симулировать фибромиомы матки и как раз именно потому, что иногда они располагаются по средней линии. В дифференциально-диагностическом отношении здесь важно, что при кистах яичника обычно удается отдельно контурировать матку, чего мы в нашем случае не нашли.

Растут интерстициальные фибромы медленно, как и вообще все фибромы. Нередко встречаясь у женщин, не только нерожавших, но даже и не живших половой жизнью, они в противоположность субмукозным фибромам дают чаще незначительные субъективные расстройства. Жалобы сводятся, как и у нашей больной, на тупые боли в области живота и поясницы. Иногда такого рода больные обращаются с жалобами на отсутствие беременности и очень редко на неврабильности регул. В некоторых случаях врач лишь случайно находит фиброму при исследовании. Некоторые из них, обнаруженные в возрасте, близком к климактерию, обнаруживают склонность к обратному развитию, другие достигают иногда колоссальных размеров.

**Лечение** интерстициальных фибромиом или консервативное (рентген) или оперативное. Мы предпочитаем последнее.

У женщин в молодом возрасте обычно мы производим надвлагалищную ампутацию матки, с сохранением яичников.

## Беременность и киста яичника

Больная К., 38 лет, поступила в клинику с разрешением консультации для беременных на производство аборта. В анамнезе 8 родов, все срочные, последние 2 года назад. Живых детей 6. Послеродовых заболеваний не отмечает. В течение последнего года больная заметила опухоль в области живота, безболезненную, которую она свободно могла перемещать из нижних отделов вверх. Менструации все время носила правильно; последние были 3 месяца назад.

**St. praesens:** больная среднего роста, крепкого телосложения и среднего питания. При осмотре живота глазом заметна



48. Признак Пискачека при беременности

опухоль, слегка приподнимающаяся над поверхностью кожных покровов, справа от пупка. При ощупывании через тонкие брюшные покровы опухоль оказывается величиной с кулак. Она безболезненна, легко смещается на довольно значительном протяжении вниз, вверх, почти до подреберья, и по сторонам. Опухоль, упруго эластической консистенции, при перкуссии дает притупление.

**Вагинальный осмотр:** окраска влагалища синюшная, шейка размягчена, матка увеличена до размеров большого кулака. Консистенция матки меняется под влиянием массажа: делается то мягкой, то плотной. Исследующие пальцы правой руки, введенные в передний свод, сходятся за внутренним

зевом с пальцами левой руки, положенными за матку через брюшные покровы (признак Гегара). Справа от матки прощупывается через свод и придвинутая наружной рукой к малому тазу опухоль, найденная при наружном осмотре. Опухоль, уже указанного характера, округлой формы, дает впечатление глубокой флюктуации.

**Диагноз:** прежде всего не подлежит сомнению, что наша больная беременна. На это указывает задержка менструаций и размягченная увеличенная матка (см. рис. 48 и 49).

Больная обратилась в клинику для прерывания беременности. Консультация для беременных, выдавая ей разрешение на аборт, конечно учитывала прежде всего ее социально-бытовые условия: 8 родов в анамнезе и 6 живых детей несомненно дают право матери на аборт. Но у нашей больной помимо беременности есть еще и опухоль. Может быть она является также показанием для прерывания беременности. Решим прежде всего вопрос о характере опухоли.

Диагноз здесь прост. Конечно это опухоль по всем данным доброкачественная. Если больная могла заметить ее год назад, то вероятно растет она уже давно.

Когда вы будете находить при исследовании больных аналогичную картину, т. е. опухоль округлой формы, очень подвижную и безболезненную, то первая мысль должна у вас быть о кисте яичника. Однако без вагинального исследования ставить подобный диагноз не следует. Вот вы видите, мы сместили опухоль вниз, к малому тазу. Она заняла теперь почти центральное расположение и при имеющейся задержке менструаций ее ошибочно можно принять за матку, беременную около пяти месяцев.

Кисты различной величины бывают связаны в аналогичных случаях с маткой при помощи длинной ножки, что и обуславливает ее большую подвижность. Диагноз затрудняется, если ножка бывает короткой. Ограниченная подвижность опухоли при такой ножке может дать повод смешать кисту с рядом других заболеваний. Однако и здесь другие характерные особен-



49. Признак Гегара при беременности

ности кист — их округлая или овальная форма и безболезненность предупредят от ложных выводов. Консистенция опухоли будет зависеть от характера содержимого, степени растяжения опухоли содержимым и плотности оболочки. Величина их бывает различна.

Практическое значение имеют так называемые фолликулярные кисты, исходным пунктом которых является эпителий фолликулов. Они принадлежат к разряду ретенционных кист, т. е. кист от задержки отделяемого. Размеры их не достигают более куриного яйца, оболочка их тонкая и нередко разрывается при вагинальном исследовании, с излитием серозного содержимого в брюшную полость. Начинаящего это может поставить в недоумение: киста, бывшая под руками, вдруг исчезает. Нужно иметь в виду, что хотя все подобные случаи и проходят без всяких вредных последствий, все же при неуверенности в диагнозе больная требует стационарного наблюдения, так как лопнуть при исследовании может и гноем наполненная труба, что требует уже немедленной лапаротомии. К разряду же ретенционных кист, более редких по частоте, принадлежат так называемые шоколадные кисты, названные так по их темному, шоколадного цвета, содержимому. Они исходят из corpus luteum и чаще бывают двусторонними.

В противоположность фолликулярным кистам, не требующим в большинстве оперативного пособия, все прочие кисты принципиально должны быть удалены путем лапаротомии. Речь идет о пролиферирующих кистах, имеющих наклонность достигать больших размеров. Из доброкачественных кист такого рода чаще встречаются серозные, со светлой жидкостью, или псевдомуцинозные, с тягучим содержимым веществом, близким по своему химическому составу к глюкوپротеидам. В состав дермоидных кист, более редких, входят сало, волосы, кости и пр. В исключительных случаях содержимое дермоидных кист принимает причудливый вид: среди жидкости плавают плотноватые жировые шарики. Это так называемые дермоидные кисты с шариками. В некоторых случаях при разрезе кисты имеют желеобразный вид, с намеками на мелкие гроздья винограда. Это содержимое, прорастая капсулу кисты, дает метастазы в органы брюшной полости, что заставляет причислить их к категории злокачественных кист, хотя растут они сравнительно медленно. Это будет *cystoma serosum papillare*.

Доброкачественные кисты развиваются в течение ряда лет, достигая иногда колоссальных размеров и вызывая — даже при доброкачественном течении — кахексию. Старые авторы описывали, как патогномоничное для подобных кист, своеоб-



разное истощенное лицо — *facies ovarica*. В настоящее время благодаря развитию хирургической помощи такого рода больные почти не встречаются. Однако и теперь еще нередко можно встретить больных, страдающих кистами, у которых окружность живота достигает величины окружности при доношенной беременности и более. При дифференциальном диагнозе подобных случаев помимо беременности — иногда перенесенной или патологической — надо исключить саркому, рак яичника или злокачественную опухоль, исходящую из других органов брюшной полости, а также и асцит (перкуссия). Очень редко встречающиеся брыжеечные кисты могут симулировать кисту яичника. Дифференциально-диагностические трудности будут особенно в тех случаях, когда рост опухоли пойдет в сторону широкой связки. Тогда, расслаивая последнюю, опухоль оказывается заключенной межсвязочно. Эти интралигаментарные опухоли, отличаясь почти полной неподвижностью, могут быть приняты за воспалительный процесс. Ошибку тем более легко сделать, что они, растягивая брюшинные листки широкой связки, дают более значительные болевые ощущения, чем кисты на ножке. Боли при последних обычно бывают тупые. Постепенно усиливаясь, по мере своего роста, боли достигают при обычных условиях своего кульминационного пункта, как только опухоль заняла весь малый таз. Сдавливая соседние органы, она вызывает тогда не только довольно упорные боли, но и чисто механически вызывает запоры и частые мочеиспускания вследствие уменьшения емкости пузыря. Но стоит лишь опухоли подняться из малого таза в большой, как женщина сразу чувствует облегчение.

Здоровью и жизни больной угрожает не столько самый рост опухоли, сколько возможность перекручивания ножки кисты, что сопровождается грозной клинической картиной перитонеальных явлений.

Теперь возвратимся к нашей больной. Мы уже поставили у нее диагноз кисты яичника. Нам остается детализировать характер содержимого опухоли. По своей консистенции опухоль, обнаруживающая признаки флюктуации, должна содержать жидкость, что говорит за то, что она серозная. Дермоидные кисты плотны наощупь, а псевдомуцинозные, с тягучим содержимым, не дают ясной флюктуации.

Совместима ли киста с беременностью?

При обычных условиях киста на длинной ножке не препятствует не только беременности, но и родам. Даже опухоли величиной в голову взрослого человека, отходя к диафрагме, не препятствуют родоразрешению. Наоборот, и небольшой величины кисты, располагаясь в малом тазу, могут представить

непреодолимые препятствия для родоразрешения. Вот почему и наша больная могла бы вероятно доносить беременность до конца, если бы у нее было непреодолимое желание получить живого ребенка и если бы была исключена возможность перекручивания кисты. Оперативное удаление кист при беременности ведет примерно в 50% случаев к нарушению беременности. Как видно, показания к прерыванию беременности могут быть лишь относительными. Вот почему в каждом отдельном случае комбинации кисты и беременности решать вопрос о терапии приходится в зависимости от желания матери и в зависимости от величины и места расположения опухоли.

В нашем случае вопрос этот не требует размышления. Женщина пришла в клинику уже с разрешением консультации на производство аборта. Она высказывает одновременно пожелание избавить ее в дальнейшем от беременностей. Проще всего достигнуть этого можно будет путем абдоминальной операции: кесарского сечения с перевязкой труб. Конечно мы удалим при этом и кисту. Кесарское сечение в данном случае будет малое. В противоположность малому все кесарские сечения свыше 7 месяцев следует называть большими. Аналогично абдоминальным, по сроку беременности, среди вагинальных кесарских сечений нужно также различать большие и малые.

В настоящее время большое распространение получили абдоминальные методы кесарского сечения. Среди них имеются два основных метода: высокие кесарские сечения и низкие. При первых разрез проводится в верхних отделах, при вторых — в нижних отделах матки. По анатомическим признакам среди низких кесарских сечений в свою очередь можно различать несколько подвидов в зависимости от того отдела матки, который подлежит разрезу. Матку же мы разделяем на corpus, истмус и шейку. Истмус разворачивается лишь при беременности, начиная с конца третьего месяца. Этот отдел матки, разделяющий шейку от тела, можно хорошо видеть именно при кесарском сечении. Верхней его границей является место перехода подвижной маточной складки брюшины в неподвижную, а нижней — внутренний маточный зев. Длина его различна в зависимости от срока беременности.

Если при кесарском сечении разрезается тело, то говорят о корпоральном кесарском сечении, если разрезается истмус и часть тела, то следует говорить об истмико-корпоральном кесарском сечении, а при разрезе истмуса и шейки — об истмико-цервикальном. Через разрез только шейки матки или только истмуса при срочной беременности нельзя извлечь плод вследствие недостаточности отверстия. При небольших по сроку беременностях еще можно произвести в чистом виде

sectio caesarea isthmica, но только в момент, когда нижний сегмент будет достаточно развит. В нашем случае, при беременности, равной трем месяцам, этого вида применить нельзя. Мы произведем нашей больной низкое кесарское сечение с разрезом в области истмуса и нижнего участка тела матки. Разрез после предварительной отслойки брюшины, покрывающей нижний отрезок матки, достаточно провести не более 5 см в длину. Мышца здесь довольно толстая в ранние сроки беременности. Дойдя до околоплодных оболочек, мы вскроем их и осторожно по Кредэ выдавим плод и послед. Контрольное выскабливание матки удалит возможные остатки плодного яйца. Затем, зашив раневую поверхность в два слоя кетгутовых швов, непроникающих через слизистую, мы перитонизируем раневой дефект отслоенным в первый момент операции листком брюшины. Этот вид кесарского сечения как при малых,



50. Временная стерилизация.

Абдоминальные концы труб погружены под пузырно-маточную складку

так и при больших по сроку беременностях имеет много преимуществ перед чисто корпоральным кесарским сечением. Среди этих преимуществ нельзя не отметить почти полное отсутствие кровотечений при операции и лучшие условия для заживления небольшой по размерам раневой поверхности. Стерилизацию можно выполнить различными способами, самым простым из которых является способ Мадлейнера, при котором труба просто раздавливается в поперечном направлении зажимом Кохера. Этим достигается облитерация просвета труб. Для большей уверенности лучше этот метод комбинировать с перевязкой труб шелковой лигатурой. Однако ввиду того, что после перевязки труб иногда образуются гидросальпинксы (см. воспаление придатков) вследствие задержки физиологического отделяемого труб, лучшим способом следует считать резекцию их маточных углов. Есть методы и временной хирургической стерилизации, с которыми вы также можете ознакомиться в клинике (см. рис. 50).

Здесь нелишним будет предупредить вас от широкого применения методов хирургической стерилизации, особенно у женщин в молодом возрасте, имеющих 1—2 детей.

Показания к хирургической стерилизации должны быть в первую очередь чисто медицинские: туберкулез, стеноз митрального клапана и пр. Могут быть и евгенические показания: слабоумие и пр. Социальные показания требуют тщательного анализа социально-бытовых условий.

Вы спрашиваете, можно ли произвести стерилизацию вагинальным путем. Конечно можно. Но вагинальный путь лучше предпочесть там, где нет беременности. Одновременное же прерывание беременности и стерилизация сопровождаются в огромном большинстве случаев упорным кровотечением из места наложения пулевых щипцов на матку, извлеченную из брюшной полости при помощи этих инструментов. При поздних беременностях это может оказаться совсем невыполнимым, так как большую матку крайне трудно вывести из брюшной полости.

В нашем случае путь абдоминальный показан тем более, что больной предстоит удаление кисты яичника.

Примечание. Операция подтвердила диагноз.

### Перекручивание кисты яичника

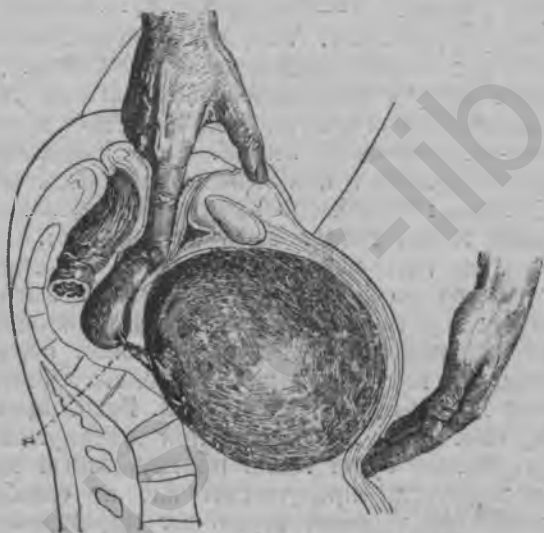
С л у ч а й 1. Больная В., 22 лет, работница, поступила в клинику с жалобами на боли внизу живота. Девица. Менструации с 17 лет, по 3 дня, все время правильные. Год назад заметила опухоль внизу живота, слева, округлой формы, которую больная могла свободно передвигать по всему животу. Вчера днем начались сильнейшие боли режущего характера. Болел весь живот, в особенности внизу слева. Рвоты не было. Тошнито.

**St. praesens:** б-ная в полусогнутом положении. Пульс 90. Температура 37,5°.

При осмотре: живот не вздут, в верхних отделах безболезненный. Внизу, выше симфиза, по средней линии прощупывается опухоль, округлой формы, упруго эластической консистенции, величиной с голову новорожденного. Над опухолью ясное притупление. При исследовании через прямую кишку: матка нормальной величины и формы в *retroversio*. Над ней определяется вышеуказанная флюктуирующая опухоль, которую оказывается возможно легко переместить вверх, за пупок. Перемещение опухоли очень болезненно (см. рис. 51).

**Дифференциальный диагноз.** Прежде всего: воспалительного или невоспалительного происхождения опухоль. Данные анам-

неза решительно говорят против воспаления. Заболела больная внезапно вчера, объективно сама опухоль безболезненна, и только при смещении ее реагирует больная. Откинув все воспалительные процессы, переходим к вопросу о новообразованиях. По анамнезу это незлокачественная опухоль. Внезапность заболевания обусловлена повидимому каким-то резким изменением в опухоли. Опухоль вероятно принадлежит к разряду доброкачественных. Теперь мы должны установить ее локализацию. К матке она ни в коем случае от-



51. Перекручивание яичниковой кисты.

1 — перекрутившаяся ножка кисты

несена быть не может, так как матка определенно прощупывается отдельно, в *retroversio*. Тогда эта опухоль принадлежит к соседству расположенным органам: к широкой связке, к трубе, к яичнику или к *parovarium*. В широкой связке она не может быть, так как, располагаясь интралигаментарно, она была бы крайне ограничена в своей подвижности. В трубе? Но ведь форма опухоли круглая, а труба была бы растянута в виде реторты. Остается две возможности: она в яичнике или в *parovarium*. Клиническая картина почти одинакова. Остановившись на возможности яичниковой опухоли, решим вопрос, что же это за опухоль. Из доброкачественных нам известны: эпителиальные — кисты серозные и псевдомуцинозные, со-

единительнотканные — фибромы и опухоли из дериватов трех зародышевых листков — дермоиды.

Против дермоида и фибромы говорит упруго эластическая консистенция, с наличием флюктуации. Дермоид и в особенности фиброма были бы плотными наощупь.

Раз этого нет, остается единственно возможный диагноз — киста с серозным содержимым или псевдомуцинозная.

В некоторых случаях дифференциальная диагностика кист представляет большие затруднения. При больших кистах яичника, занимающих почти весь отдел живота, один из наиболее характерных признаков — консистенция — может привести к неправильному диагнозу. Так, часто можно смешать кисту с асцитом или с многоводием при беременности. Для исключения асцита следует воспользоваться методом перкуссии: в то время как при асците притупление будет по сторонам живота, при кистах — по средней линии. При hydramnion помимо задержки менструаций в анамнезе следует обратить внимание на шейный канал: он обычно пропускает один или 2 пальца (сердцебиения плода может быть не слышно).

Располагаясь при меньших размерах в нижних отделах живота, кисты по своей консистенции могут быть спутаны с туберкулезным перитонитом и заматочной кровяной опухолью. Отсутствие подвижности при туберкулезном перитоните еще не говорит против кисты, которая, располагаясь интралигаментарно, также может быть неподвижной. Решающим признаком в таких случаях будет перкуссия: при туберкулезном перитоните над опухолью будет лишь приглушенный тимпанит.

Данные перкуссии предупредят вас от ошибки принять уже ограниченный тазовый перитонит инфекционного происхождения за перекрученную кисту яичника. Анамнез может быть запутан. Данные объективного исследования с обнаружением опухоли, доходящей до уровня пупка (от симфиза) при повышенной температуре, которая в обоих случаях может подняться до 39°, легко может дать повод сделать такую ошибку. Но опять-таки данные перкуссии будут разрешать сомнения. В то время как при перекрученной кисте над опухолью найдут притупление, при ограниченном пельвеоперитоните будет не тупой звук, а лишь приглушенный тимпанит. Конечно в сомнительных случаях, где анамнез и данные исследования будут не ясны, следует воспользоваться наркозом или назначением достаточной для устранения болей дозы морфия. Тогда перекрученную кисту можно без труда сместить вверх, что естественно невозможно при пельвеоперитоните.

Дифференциальный диагноз между этими двумя видами заболевания тем более важен, что терапия в обоих случаях различна.

Для внематочной беременности будет характерен анамнез. По консистенции же можно смешать при кистах, расположенных в малом тазу, и с ретрофлексированной беременной маткой (анамнез); в некоторых случаях, в особенности у девиц, и нормально расположенную беременную матку можно принять за кисту. Анамнез здесь не всегда решает дело, так как больная может скрыть задержку менструаций. Необходимо обратить внимание тогда на изменение со стороны грудных желез и на другие признаки беременности, а при больших опухолях — на данные аускультации (сердцебиение плода).

Наконец для всех случаев следует исключить переполненный мочевого пузырь (катетеризация).

Другой характерный признак кист — подвижность — также далеко не всегда решает дело. Кисты на длинной ножке подвижны, на короткой — лишь относительно. В первом случае их можно смешать например с опухолями сальника (метастаз), но последние лежат обычно высоко, во втором — с фибромой (см. отдел фибром). Высокое расположение будет характерно и для опухолей, исходящих из печени, селезенки и поджелудочной железы. Ценные данные перкуссии (вверху притупление, внизу тимпанит) для таких случаев следует поставить на первое место.

Форма кистозных опухолей округлая или овальная. Правильные очертания могут быть нарушены при так называемых многокамерных кистах, состоящих из отдельных полостей. В таких случаях их можно смешать с большими гидросальпинксами (анамнез).

В нашем случае диагноз поставлен на основании местоположения, формы, консистенции и подвижности.

Киста вероятно серозная. Для псевдомуцинозных кист с коллоидным содержимым характерна более плотная консистенция и неясность флюктуации.

Ввиду большой подвижности опухоли надо признать, что ножка кисты, состоящая из *lig. ovarii proprium*, трубы и *lig. suspensorium ovarii* с сосудами *art. spermaticae*, вероятно очень длинная. Согласно анамнестическим данным киста скорее исходит из левого яичника. Если так, то нам остается решить последний вопрос: что же произошло с опухолью, какие изменения в ней повлекли за собой столь бурные явления накануне поступления в клинику.

Это был или разрыв кисты или ее перекручивание. Но первое мы сейчас же отбрасываем как мало вероятное: ведь мы не нашли бы тогда кисты.

Перекручивание ножки кисты наступает внезапно. Вследствие раздражения брюшины появляются сильные боли в

области живота, вздутие его, рвота и неотхождение газов. Под влиянием перекручивания сдавливаются прежде всего тонкостенные вены, вследствие чего получается сильный венозный застой в опухоли. Последняя благодаря трансудации увеличивается в своих размерах, чему благоприятствуют также и непосредственные кровоизлияния в опухоль. Коллатеральная гиперемия вызывает маточные кровотечения. При сдавлении в ножке артериальных сосудов в дальнейшем происходит некроз опухоли, с возможным исходом в общий разлитой перитонит, или образовавшиеся спайки дадут впоследствии упорные боли вследствие обширных сращений с кишечником и салеником. Повышение температуры, наступающее в связи с перекручиванием, вызывается токсическими веществами — продуктами распада белков.

Как видно из описания клинической картины, перекручивание сопровождается бурными явлениями, что было у больной в анамнезе, но чего мы не нашли при объективном исследовании: живот в верхних отделах мягкий, только перемещение опухоли очень болезненно. Но клиническая картина будет всецело зависеть от степени перекручивания. Киста может перекрутиться на 360—720 и более градусов. Чем на большее число оборотов часовой стрелки она перевернется, тем серьезнее будут последствия. Перекручивание ножки на 180° еще не даст никаких явлений, но перекручивание например 4 раза вокруг оси прекратит доступ не только венозной, но и артериальной крови, что дает и кровоизлияние в кисту и резкие перитонеальные явления. Конечно при этом должна быть принята во внимание и длина ножки.

Большого перекручивания мы не можем ожидать у нашей больной, раз при объективном исследовании мы нашли еще большую подвижность опухоли и не обнаружили признаков ее омертвения. Вероятно перекручивание произошло лишь на небольшое число градусов, примерно на 270—360. Вот почему у больной и нет наружного кровотечения из матки, симптома, характерного для перекручивания, нет и ярких перитонеальных явлений. Все же налицо есть все показания к немедленной операции. Мы не можем знать, что будет дальше, и потому предлагаем больной операцию. Больная согласна.

Примечание. При операции киста оказалась серозной, перекрученной на 360° по ходу часовой стрелки, но паровариальной. Ошибку в этом отношении легко было сделать тем более, что паровариальные кисты чаще имеют короткую ножку.

Случай 2. Больная И., 42 лет, работница, поступила с жалобами на боли в области живота. Раньше ничем не болела и чувствовала себя во всех отношениях здоровой.



Настоящее заболевание началось 2 недели назад, когда впервые внезапно наступили резкие боли внизу живота, справа. Была рвота. Пролежала 2 недели в постели, после чего и поступила в клинику. Стул в первые дни заболевания был задержан. Теперь нормальный.

**St. praesens:** положение больной активное. Осмотр живота, справа от средней линии, на 2 поперечных пальца от пупка, соответствуя месту положения почки, прощупывается опухоль, эллипсоидной формы, величиной с головку новорожденного, мало подвижная и слегка болезненная при смещении. Опухоль, туго эластической консистенции, дает впечатление глубокой флюктуации. При перкуссии над опухолью ясное притупление.

**Вагинально:** матка небольших размеров, отклонена вправо от средней линии. При отведении опухоли вверх отходит несколько вверх и шейка матки.

**Дифференциальный диагноз:** особенность данного случая — атипичное расположение опухоли. Она находится слишком высоко для типичных опухолей половой сферы, обычная локализация которых — нижний отдел живота. По всем данным здесь невоспалительная опухоль. Нельзя думать об аппендиците, так как в таком случае над опухолью мы имели бы приглушенный тимпанит, но не тупость. Кроме того придаток расположен ниже. Острое начало заболевания, рвота заставляют думать о кишечной непроходимости. Заворот, как известно, протекает по типу странгуляции или обтурации. В последнем случае мы видели бы и наружную перистальтику кишок. Отсутствие высокого тимпанита, над опухолью и каких-либо кишечных явлений в настоящее время говорит против заворота. Инвагинированная петля кишок дала бы при перкуссии притупленный тимпанит, и кроме того инвагинацию как правило сопровождают кишечные кровотечения, чего нет в анамнезе у нашей больной. Тогда вероятно это какая-то опухоль. Вряд ли она злокачественна, так как в этой области они исходят чаще всего из слепой кишки, возможность которой в данном случае мы уже исключили по расположению.

Возможность происхождения ее из печени исключается потому, что при перкуссии от нижнего края реберной дуги справа вниз, по направлению к опухоли, всюду звук тимпанический.

Исключается и почечное ее происхождение, хотя за это говорит место ее расположения. Но в анамнезе нашей больной нет никаких жалоб на расстройства мочеиспусканий, что было бы несомненно, принимая во внимание острые боли 2 недели назад. Против такого предположения говорят и данные пер-

куссии. Вспомните, ведь почка расположена под брюшиной и потому над опухолью почки лежал бы кишечник, почему при перкуссии мы имели бы приглушенный тимпанит. Кроме того, располагаясь под брюшиной, опухоли почек чаще не имеют совершенно подвижности. В сомнительных случаях надо воспользоваться данными цистоскопии и рентгена. Я думаю, в нашем случае данных достаточно для того, чтобы отказаться от диагноза опухоли почек.

Тогда к какому органу ее нужно отнести?

На время оставим мысль о другом происхождении опухоли и постараемся найти симптомы за опухоль яичника. Форма и эластическая консистенция, с впечатлением глубокой флюктуации говорят за кисту с серозным содержимым. Нехарактерно только расположение ее и ограниченная подвижность. Но вспомните анамнез больной. Правда, там нет никаких указаний на давнее происхождение опухоли (ведь кисты яичников растут медленно), но у больной 2 недели назад был резкий приступ болей в области живота, после чего она долгое время лежала в постели. Если предположить, что у больной тогда было перекручивание кисты яичника, то нам станет понятным и малая подвижность опухоли и болезненность при ее смещении, обусловленная конечно воспалительными сращениями, сопутствовавшими перекручиванию. Киста вероятно на длинной ножке. Вот почему даже после перекручивания она расположена так высоко. За яичниковое происхождение опухоли говорят и данные вагинального исследования. Матку ведь мы нашли смещенной вправо. Это киста при своем перекручивании увлекла за собой вправо и матку. Теперь понятно, почему при отведении опухоли вверх отходила вверх и шейка матки.

Итак, мы объяснили все данные как анамнеза, так и объективного исследования и нам не стоит больше сомневаться в диагнозе.

При операции мы найдем вероятно ввиду воспалительных сращений перекручивание ножки градусов на 720 и более, найдем вероятно ввиду значительного перекручивания кровоизлияние в полость кисты и увидим вокруг ее припаянные петли кишок.

Отличие данного случая от предыдущего помимо локализации опухоли состоит в том, что вы видите перекрученную кисту в другой стадии развития. Случай уже с двухнедельной давностью. Перитонита нет и следовательно питание опухоли обеспечено. Нет и перитонеальных явлений, каковые можно видеть только в первые дни заболевания. Соответственно этому нет и острых болевых ощущений. Но все же больную нужно избавить от болей, которые будут беспокоить ее и

в дальнейшем. Операция в той стадии, которая имеется у нашей больной, не является уже спешной и потому мы будем оперировать эту больную завтра.

**Примечание.** Операция подтвердила диагноз. Киста из правого яичника оказалась перекрученной 3 раза по ходу часовой стрелки. Часть петель тонких кишок и слепая кишка с отростком были припаяны к кисте, сквозь стенки которой просвечивала кровь. Сращения, еще свежие, были легко разделены тупфером; на ножку кисты были наложены клеммы, после чего скальпелем срезана ножка и тем самым опухоль удалена.

## ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

### Свищи мочеполовой сферы

Больная С., 26 лет, крестьянка-единоличница, поступила в клинику с жалобами на произвольное мочеиспускание и чувство ссаждения в области половых органов.

**Анамнез:** 6 месяцев назад перенесла первые роды. Родовая деятельность продолжалась более трех дней. Воды отошли спустя сутки после начала схваток. Ввиду затянувшихся родов был приглашен врач, который, по словам больной, под наркозом извлек мертвого ребенка. На третий день после операции больная заметила произвольное истечение мочи через влагалище.

Менструации после родов не появлялись.

**St. praesens:** больная цветущая женщина, полная сил и здоровья. Таз 24, 24<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 29 и 16. При осмотре наружных половых органов обращает на себя внимание краснота вульвы, распространяющаяся на внутреннюю поверхность бедер. При осмотре зеркалами: на поперечный палец от наружного маточного зева, на передней стенке влагалища, виден величиной в пятикопеечную монету дефект влагалищной стенки, из которого выпирает яркокрасного цвета складчатая поверхность — слизистая мочевого пузыря.

Исследование мочи: все поле зрения усеяно лейкоцитами.

Как видно из данных объективного исследования, у больной свищ мочевого пузыря. Анамнез с определенностью указывает на его этиологический момент. Перед нами так называемый акушерский свищ, наиболее частая форма свищей, возникающая в результате родовой травмы или самопроизвольной (при затянувшихся родах) или насильственной (при операции наложения щипцов (!), эмбриотомии).

Невольно возникает вопрос, не инструмент ли врача, при плоском рахитическом тазе больной, был вредоносным орудием. Однако в таком случае он появился бы тотчас после родоразрешения, чего не следует из данных анамнеза.

Вы обратили внимание на сужение таза. Это сужение несомненно сыграло решающую роль при трудных, в продолжение более трех суток, родов больной. Ввиду несоответствия между тазом и головкой последняя долго стояла прижатой ко входу, сдавливая прилегающий мочевой пузырь. В результате расстройств кровообращения в месте сдавления последовало частичное омертвление стенки, затем отпала гангренофицированная часть и получился дефект. Таков этиологический момент большинства акушерских свищей. Ввиду подвижности мочевого пузыря и смещения его при различных моментах родовой деятельности сдавление его стенок может произойти в



52. Мочеполовые свищи.

По направлению спереди назад видны: свищ уретры, пузырно-вагинальный и пузырно-маточный свищи

различных отделах. На основании этого по локализации мочеполовые свищи разделяются на свищи нижнего отдела (уретро-вагинальные), свищи среднего отдела (пузырно-вагинальные) и верхнего отдела (мочеточниковые). Свищи среднего отдела могут быть, как видно из рис. 52, и пузырно-маточными (по преимуществу шеечно-пузырные).

Появление и местоположение свищей легко понять из рисунка, если представить себе патологические роды с головкой, долго стоящей над входом в таз, прижатой к лонному соединению.

Расположение мочеточников по бокам убергает их от повреждения при плоских тазах, где сужение имеется главным образом в прямом размере. Вот почему акушерские мочеточниковые свищи наблюдаются редко (при родах с попеременно суженными тазами). Чаще мочеточниковые свищи приходится видеть как результат операционной травмы, так называемый хирургический свищ.

Последний возникает при случайных ранениях мочеточников во время производства больших операций (например при удалении больших опухолей). Вследствие расстройств иннервации и недостаточного кровоснабжения после операции по поводу рака шейки может получиться и хирургический свищ пузыря. Рак шейки и сам по себе при распространении

процесса на мочевой пузырь может повести к образованию свища.

При травмах как родовых, так и операционных возникают и кишечно-влагалищные свищи. В некоторых случаях у больной можно наблюдать комбинацию различного рода свищей.

**Клиническая картина** зависит от характера, величины и места расположения свища. Обычная жалоба больных с мочеполювыми свищами — непроизвольное мочеиспускание. Соседство свищевого отверстия с вагиной ведет к циститу, а постоянное истечение мочи раздражает не только влагалище, иной раз покрытое отложениями мочевых солей, но и наружные половые органы и прилегающие внутренние поверхности бедер, как это мы и видели у нашей больной. Ввиду хронического цистита больной постоянно угрожает опасность и нелита, а иногда и образование камней.

У женщин вообще образование камней в мочевом пузыре встречается значительно реже, чем у мужчин.

Это объясняется тем, что анатомические отношения в женской уретре, короткой и широкой, не благоприятствуют их отложению. Циститы легко излечиваются именно у женщин ввиду доступности для лечения. Маленькие камни легко проходят через широкое отверстие уретры, а потому образование значительных конкрементов в женском пузыре редко имеет место.

Причина образования камней кроется в расстройстве обмена веществ, которое может быть нарушено у женщины с мочеполювыми свищами вследствие воспалительных процессов, сопутствующих родовой травме. Такие продукты обмена веществ в моче, как мочеви́на, мочевая кислота, нормально, как известно, находятся в растворенном состоянии. Известно, что нормально кислая реакция мочи зависит от присутствия в ней кислых фосфатов и уратов. Если моча долгое время находится в каком-либо сосуде, то она становится мутной вследствие аммиачного брожения. Последнее заключается в том, что мочеви́на превращается в углекислый аммиак, вследствие чего моча из кислой становится щелочной и потому из нее выпадают фосфаты (фосфорнокислая известь и фосфорнокислая аммиакмагнезия, так называемые трипельфосфаты). Кроме того в такой моче образуется и мочекислый аммоний, который также оседает. Таким образом из слабокислой, нейтральной или щелочной мочи оседают следующие неорганические осадки: фосфорнокислая известь, трипельфосфаты, углекислая известь и мочекислый аммоний. Из кислой же мочи оседают: мочевая кислота, мочекислый калий и натрий и щавелевокислая известь. Нормально, как было уже указано выше, все эти неорганические осадки находятся в растворенном состоянии. При расстройст-

вах обмена веществ происходит ряд количественных изменений в неорганических составных частях мочи. Однако эти количественные изменения не всегда дают новое качество, новую форму проявления болезни — в виде отложения камней. Для этого нужно известное количественное напряжение и соответствующие условия. Такими благоприятствующими условиями обычно являются какие-либо посторонние тела в мочевом пузыре. При мочеполовых свищах такими посторонними предметами обычно являются оставшиеся после произведенных операций лигатуры, в особенности шелковые. Вокруг них и начинают отлагаться неорганические осадки, различные по составу, в зависимости от окружающей среды, т. е. реакции мочи. Так как вначале реакция мочи бывает обычно кислая, то вокруг лигатур и отлагаются вначале мочекислые соли. Затем, когда развивается цистит и моча становится щелочной, начинает выпадать фосфорнокислая аммиак-магнезия. В зависимости от указанных условий и можно видеть различные по своему составу камни: ураты, оксалаты и фосфаты. Ураты — это соли мочевой кислоты. Они имеют бурый или буровато-черный цвет и довольно гладкую поверхность. Оксалаты — это камни из щавелевокислой извести. Они тверды, с мелко бугристой поверхностью, в виде тутовой ягоды, и бывают иногда окрашены в темнорусый цвет кровяным пигментом.

Фосфаты — камни из фосфорнокислых солей. Они довольно мягки и содержат нередко ядро из уратов или оксалатов. При мочеполовых свищах камни обычно имеют разнородную структуру. Чаще ядро состоит из уратов, а поверхность из фосфатов; небольшие камни чаще из фосфатов, легко раздавливающихся между пальцами.

Как видно из вышесказанного, раз образовавшийся цистит может повлечь за собой и образование камня. Но нужно всегда иметь в виду и результаты обратного действия. Вот почему образовавшийся камень поддерживает цистит до тех пор, пока камень не будет удален.

Среди симптомов камней в пузыре наиболее важное значение будут иметь сильные тенезмы, рези при мочеиспускании, главным образом в конце, когда сократившаяся стенка пузыря дотрагивается до камня, и кровь в моче.

Камни обычно лежат свободно в мочевом пузыре. Камни малых размеров бывают обычно подвижными, а большие неподвижными. Если камень подвижен — боль усиливается при движениях. Иногда симптомы цистита выступают на первый план. Заподозрить камень в пузыре можно будет на основании описанных симптомов. Иногда может навести на мысль о камне упорно не поддающийся лечению цистит.

Диагноз окончательно устанавливается при объективном исследовании. Большие камни легко можно ощупать при бимануальном вагинальном исследовании. Более мелкие камни определяются маточным зондом или специальным инструментом — камнеискателем, введенным в мочевой пузырь через уретру или через свищ. Диагноз подтверждается нахождением в моче эритроцитов. В сомнительных случаях приходится прибегать к снимку рентгена, который, кстати сказать, и может определить точно размеры и форму камня.

Присутствие камня в пузыре при мочеполовых свищах, вызывающего в большинстве случаев болевые ощущения, будет отягощать и без того тяжелую картину болезни.

Резкий аммиачный запах повсюду сопровождает больных. Чувство ссаждения в половых органах, ряд отраженных болевых ощущений, общее угнетение психики делают жизнь таких больных полной отчаяния. Возможно, что именно под влиянием расстройств вегетативной нервной системы нередко наступает и аменорея.

Диагноз свища чаще не представляет больших затруднений. Однако его следует ставить лишь на основании данных объективного исследования, так как жалобы на произвольное мочеиспускание можно встретить и при простом расслаблении сфинктера (после родов или на почве общего упадка питания), а также при полимиэлизах. Правда, при простом расслаблении сфинктера моча истекает произвольно лишь при поднятии тяжестей, кашлевых движениях, ночью же больные удерживают мочу, но аналогичные жалобы можно наблюдать и при мочеполовых свищах, с точечным отверстием, которое закрывается во время покоя при помощи складок слизистой влагалища. Вот почему если и говорить о диагностических трудностях, то о трудностях, связанных с отысканием места расположения свищевого отверстия. Распознавание уретро-вагинальных свищей устанавливается при введении катетра или маточного зонда в уретру под контролем зрения при помощи зеркал. Зонд обнаруживает также и пузырно-влагалищный свищ, причем в сомнительных случаях, а также при пузырно-шеечных свищах лучше на встречу зонду ввести другой зонд, со стороны отверстия свища или со стороны шейки. Характерный металлический стук при встрече того и другого зонда будет подтверждать диагностику. Определение локализации свища затрудняется при боковом расположении пузырно-влагалищных свищей. Все сомнения разрешаются, если воспользоваться методом наполнения пузыря молоком. Тогда, оттянув заднюю стенку влагалища зеркалом, можно хорошо видеть струйкой истекающее молоко из свища, на розовом фоне слизистой влагалища.

Если молоко вытекает из шейки матки — мы будем иметь дело с пузырно-шеечным свищем. Если окажется, что на влагалитном зеркале скопится все же моча, а не молоко, надо думать о свище мочеоточника. Заявление больной, что она может мочиться самостоятельно и в то же время страдает непроизвольным мочеиспусканием, подтверждает наличие мочеоточниковой фистулы. В таких случаях моча из здорового мочеоточника идет в пузырь, а из пораненного — во влагалище.

В нашем случае дифференциальный диагноз не нужен. Всем ясно, что у больной пузырно-влагалитный свищ. Нет нужды и поверять его молоком. При поверхностном осмотре можно пожалуй бы принять выпирающую слизистую пузыря за выпадение передней стенки влагалища, но ярккрасная поверхность воспаленной слизистой пузыря не имеет ничего общего с розовой окраской влагалища.

Переходя к вопросу о лечении свищей, прежде всего необходимо обратить настоятельное внимание на профилактику. Пропаганда среди населения родов в стационарном учреждении, повышение квалификации медицинской помощи на селе — вот путь, который должен снизить процент свищевых больных. В вашей будущей практической деятельности руководствуйтесь ценным правилом, в особенности при первых родах, избегать по возможности больших акушерских операций еще малоопытной рукой. Накладывайте в случае нужды лишь выходные щипцы, очень осторожно полостные и не рискуйте наложить ложки на головку, стоящую высоко во входе или, что еще хуже, на только прижатую ко входу. Ребенок как правило в таких случаях бывает мертвым, погибая при трудных и долгих щипцах, а мать получает подчас опасные повреждения не только мочевого пузыря, но и всей влагалитной трубки, с последующим иной раз заращением влагалища, что делает женщину полным инвалидом. При вынужденных обстоятельствах лучше сделать другую погрешность: вместо кесарского сечения произвести перфорацию головки, чем нанести матери при наложении высоких щипцов трудно исправимый вред. Взгляните на нашу больную. Лицо ее пышет здоровьем, но посмотрите какими жадными глазами она смотрит на нас, как бы стараясь прочесть на наших лицах, избавим ли мы ее от свища, который принес ей и аменоррею и расстройство половой жизни.

Мы можем успокоить ее. Свищ, правда, большой, но в окружности его нет больших рубцовых стяжений, затрудняющих производство операции, изолировать и зашить его будет легко. Но бывают случаи, где прогноз следует ставить серьезный. Большие рубцовые стяжения в окружности свища, удерживая в цепких лапах мочевого пузыря, мешают, а иногда



и не представляют возможности добиться при операции физиологической подвижности мочевого пузыря, главного условия хорошего исхода операции. Сомнительный исход дают свищи и уретро-вагинальные. Вот почему для части свищевых больных остается в конце концов одно из двух: либо пользоваться мочеприемником, либо согласиться на операцию пересадки мочеточников в rectum.

Итак, хирургическое вмешательство, и притом опытным в этой операции хирургом, может воспроизвести нормальные анатомические отношения. Но не надо направлять больную к хирургу раньше, чем через 2 месяца после родов, когда придут к норме измененные родовой деятельностью ткани. Примите ряд мер и против неизбежного цистита, а также дерматита наружных половых органов, вызванного раздражением непроизвольно истекающей мочой. Назначение влагалишных спринцеваний с раствором марганцевокислого калия, салол с уротропином по 0,3 внутрь, в сочетании с молочной диетой, и лассаровской пасты для смазывания, предварительно промытых и осушенных наружных половых органов — вот все необходимые назначения свищевой больной до ее направления в клинику или больницу.

### Мелкие травматические повреждения

С л у ч а й 1-й. Больная Х., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на сильное кровотечение из половых путей. Сообщила, что, присев на ведро для акта мочеиспускания, она случайно поскользнулась, упала на железную петлю для ручек на ведре, после чего и началось 3 часа назад кровотечение.

**St. praesens:** больная бледна. По временам рвота (признак анемии мозга). Пульс 120 в минуту, слабого наполнения.

Раздвинув половую щель двумя пальцами левой руки, обнаружена продольная кровоточащая резаная рана клитора. Итак, кровотечение из клитора, который, как известно, очень богат сосудами и нервами.

Что делать?

Не бойтесь взять в руки иглодержатель и наложить 2—3 кетгутовых или шелковых шва. Этого будет вполне достаточно для остановки угрожающего кровотечения. Конечно можно сделать это без наркоза.

С л у ч а й 2-й. Больная Т., 29 лет, поступила с жалобами на опухоль в области наружных половых органов, появившуюся тотчас после родов, происшедших вчера.

**St. praesens:** в области левой большой губы, кожные покровы которой и выпирающая слизистая влагалища резко циано-

тичны, видна опухоль, овальной формы, величиной с большой кулак. При ощупывании опухоль дает ясное впечатление флюктуации. Разрывов нет нигде.

Тотчас после родов появившаяся опухоль несомненно есть гематома. Ясная флюктуация указывает на наличие в ней свежей несвернувшейся крови.

Конечно можно ограничиться назначением консервативного лечения (лед и пр.), но рассасывание подобных гематом идет очень медленно, и потому хирургический метод здесь следует предпочесть, тем более, что в данном случае он прост до чрезвычайности. Необходимо лишь иметь под руками стерильный 20,0 шприц с длинной иглой. Я предлагаю одному из вас произвести эту небольшую операцию. Сбрив волосистый покров и смазав операционное поле иодом, следует с некоторой силой вонзить иглу в опухоль и шприцем выкачать жидкую кровь. Соблазнительно ввести иглу в выпирающую часть слизистой оболочки влагалища, но я вам советую лучше пойти со стороны кожных покровов во избежание в случае последующего нагноения проникновения инфекции из влагалища в послеродовую матку. Удалив шприцем всю жидкую кровь, следует, предварительно смазав отверстие вновь иодом, залить его несколькими каплями коллодия.

Примечание. При производстве операции опухоль уменьшалась на глазах и с последним шприцем крови исчезла.

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие . . . . .	4
<b>ЧАСТЬ ОБЩАЯ</b>	
Общая симптоматология . . . . .	5
Менструация и овуляция . . . . .	—
Расстройтва менструации . . . . .	14
Атипические кровотечения . . . . .	19
Бели и боли . . . . .	27
Основы дифференциального диагноза . . . . .	33
Основы терапии . . . . .	42
Основы профилактики и значение социально-бытовых условий . . . . .	54
<b>ЧАСТЬ СПЕЦИАЛЬНАЯ</b>	
Смещение половых органов . . . . .	62
Retroversio uteri . . . . .	—
Опущение влагалища . . . . .	68
Осложнения беременности . . . . .	78
Неполный аборт . . . . .	—
Поздний аборт . . . . .	88
Внематочная беременность . . . . .	93
Graviditas interligamentaris . . . . .	102
Инфекционные заболевания . . . . .	106
Инфицированный аборт . . . . .	—
Перитонит . . . . .	116
Гнойный пельвеоперитонит . . . . .	124
Хроническое воспаление придатков матки . . . . .	131
Параметрит . . . . .	139
Гоноррея . . . . .	147
Функциональные расстройства . . . . .	156
Катарр матки . . . . .	—
Опухоли . . . . .	167
Рак шейки матки — эндофитная форма . . . . .	—
Рак шейки матки — экзофитная форма . . . . .	173
Инфильтрирующая форма рака шейки . . . . .	176
Cancer coli uteri inoperabilis . . . . .	178
	211

	Стр.
Рак тела матки . . . . .	180
Субмукозная фиброма . . . . .	181
Субсерозно-интралигаментарная фиброма . . . . .	185
Фиброма интерстициальная . . . . .	186
Беременность и киста яичника . . . . .	190
Перекручивание кисты яичника . . . . .	196
Травматические повреждения . . . . .	203
Свищи мочеполовой сферы . . . . .	—
Мелкие травматические повреждения . . . . .	209

---

Редактор С. Б. Рафалькес.

Технический редактор А. Н. Троицкая.

Сдано в набор 14/II 1932 г. Подписано к печати 28/V 1932 г. МД-24. Медгиз № 29.  
Печ. листов 13<sup>1</sup>/<sub>4</sub>. Формат бумаги 82×111<sup>1</sup>/<sub>32</sub>. Печ. зн. в 1 л. 40 320. Тираж 3 000 экз.  
Уполномоченный Главлита № Б-22373. Заказ № 447.

---

1-я типография Огиза РСФСР «Образцовая». Москва, Воровская, 28.