

И. А. БРАУДЕ

КОНСЕРВАТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
ЖЕНСКИХ
БОЛЕЗНЕЙ

ИЗДАНИЕ ПЕРВОЕ

Проф. И. Л. БРАУДЕ

Д-р мед. наук, директор акушерско-гинекологической клиники
Центрального научно-исследовательского института
охраны материнства и младенчества,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Центрального института
усовершенствования врачей

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

*97 рисунков в тексте
и 1 рисунок на вклейке*

НАРКОМЗДРАВ СССР
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
ЦГИЗ
МОСКВА — ЛЕНИНГРАД

1 9 3 9

Редактор *С. Рафалькес*. Техред *И. Линцер*. Зав. граф. ч. *Е. Сметов*. Обложка худ. *Д. Бажанова*. Зав. коррект. *Л. Голицына*. Ответ. за вып. в типогр. *П. Маркелов*. Уполномоченный Главлита Б 50777. Медгиз 26. МД 4. Тираж 5 000 экз. Формат 70×108/16. Печ. л. 22+1/8. Знаков в печ. л. 63 240. Авт. л. 34,98. Сдано в тип. 22/II 1938 г. Подписано к печати 28/XI 1938 г. Заказ 338. Цена 7 р. 70 к. Переплет 1 р. 30 к.

16-я тип. треста «Полиграфкнига», Москва, Трехпрудный, 9.

Ст

3

6

7

12

21

21

Пегит

Зак. 3

ПРЕДИСЛОВИЕ

При составлении настоящей книги мы поставили перед собой трудную задачу—сделать ее пригодной для врачей различной квалификации. Мы хотели, чтобы книга могла служить справочником для гинеколога, повышающего свою квалификацию, руководством для врача, начинающего специализироваться по гинекологии, и для студента, прослушавшего курс гинекологии.

Хотя нашей непосредственной и основной задачей является освещение вопросов консервативного лечения в гинекологии, но при изложении тех разделов, где успех лечения в значительной мере зависит от установления этиологического фактора, мы считали необходимым несколько подробнее остановиться на вопросах диагностики (гоноррея, туберкулез, бесплодие, пояснично-крестцовые боли и др.).

Мы полагали, что при составлении руководства по лечению женских болезней, рассчитанного на подготовленного читателя, излишне из формальных соображений придерживаться однообразного построения отдельных глав, что обычно проводится в учебниках. По нашему мнению, более целесообразно при внутреннем построении отдельных глав руководствоваться теми моментами, которые обуславливают успешность борьбы с данным заболеванием.

При распределении материала по главам мы допустили отступления от стройной системы в изложении главы о лечении неспецифических (негонорройных и нетуберкулезных) воспалительных заболеваний вульвы и влагалища; в эту главу мы включили вагинизм, прурит, лейкоплакию, крауроз, неспецифические бели, хотя эти заболевания по своей этиологии и не относятся к воспалениям; выделить эти заболевания, не имеющие общей этиологии, в отдельную главу мы считали менее целесообразным, учитывая специальное назначение нашего руководства.

При изложении методов лечения мы старались уделить внимание механизму действия отдельных средств, применяемых в гинекологической практике, и их комбинациям.

Из огромного арсенала лечебных методов и средств, опубликованных в литературе и применяемых на практике, мы подробно останавливаемся только на тех, которые, согласно нашему личному опыту, дали положительные результаты; кратко мы касаемся тех методов, в эффективности которых мы не имели возможности убедиться лично, но по теоретическим соображениям считаем применение их допустимым, и почти не упоминаем о тех методах и средствах, целесообразность которых нами отрицается.

В отдельных случаях мы останавливались подробно на таких вопросах, которые в гинекологической литературе еще мало освещены, например, на вопросах питания как лечебного фактора. К этому нас побудила новизна вопроса, разработка которого в других областях медицины уже дала ценные результаты.

В подготовке издания большую помощь оказали мне товарищи из числа моих учеников и сотрудников—проф. Е. М. Шварцман, доц. А. Б. Гиллерсон, доц. А. Л. Каплан и доц. С. Б. Рафалькес, которым я приношу свою искреннюю благодарность. Е. М. Шварцману принадлежат главы, посвященные функциональным расстройствам менструального цикла (аменоррея, гиперменоррея, дисменоррея, климактерий) и глава об эндометриозах, А. Б. Гиллерсону—разделы, касающиеся применения всех видов физио- и радиотерапии, А. Л. Каплану — разделы, посвященные рентгенодиагностике и рентгенотерапии.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
I. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ	9
Принципы лечения	---
Лечение неспецифических (негонорройных и нетуберкулезных) воспалительных заболеваний	13
Заболевания наружных половых органов	---
Вульвит	---
Острые кондиломы	17
Ulcus vulvae acutum	18
Ulcus vulvae chronicum	---
Венерические язвы	19
Herpes vulvae	---
Бартолинит	---
Pruritus vulvae	20
Leucoplakia vulvae	23
Craurosis vulvae	---
Заболевания внутренних половых органов	---
Кольпит	---
Эндопервицит	29
Эрозия шейки матки	31
Воспаление матки (эндометрит, метро-эндометрит)	35
Воспаление придатков матки и тазовой брюшины	38
Воспаление околоматочной клетчатки	50
Вагинизм	51
Бели	52
Физические методы лечения воспалительных заболеваний (доц. А. Б. Гиллерсон)	61
Электротерапия	62
Диатермия	---
Короткие и ультракороткие волны	66
Ионогальванизация (ионтофорез)	68
Ионогальванодиатермия	69
Светолечение (доц. А. Б. Гиллерсон)	70
Лампа соллюкс	---
Лампа спектрозоль	71
Инфракрасная лампа	---
Ультразвонные Ландекера	---
Световое кресло	73
Рентгенотерапия (доц. А. Л. Каплан)	74
Водо- и теплолечение (общие и поясные ванны, ванны типа Гауффе, минеральные ванны, поясной паровой душ, поясной аппарат Линдемана) (доц. А. Б. Гиллерсон)	75
«Интенсивная терапия»	80
Курортное и внекурортное грязелечение, глинолечение, лечение песком и припарки (доц. А. Б. Гиллерсон)	82
Гинекологический массаж	88
Лечебная физкультура (доц. А. Б. Гиллерсон)	93

Гоноррея	105
Диагностика	—
Лечение	—
Медикаментозное местное лечение	109
Пассивная иммунизация	111
Протеинотерапия	112
Вакциноterapia	—
Гоноррея нижнего отдела (открытая форма)	118
Гонорройный вульвит	—
Гонорройный уретрит	—
Гонорройный парауретрит	120
Гонорройный бартолинит	121
Гонорройный кольпит (вагинит)	122
Гонорройный цервицит	—
Гонорройный проктит	129
Определение излеченности гонорреи нижнего отдела гениталий	—
Схема исследования больных, подозрительных на гоноррею нижнего отдела	131
Гоноррея верхнего отдела (восходящая гоноррея)	132
Гонорройный эндометрит	—
Острая форма восходящей гонорреи	133
Хроническая форма восходящей гонорреи	136
Нарушения менструальной функции при гоноррее	139
Показания к оперативному лечению	141
Профилактический метод и abortивное лечение женской гонорреи	142
Гоноррея девочек	143
Туберкулез половых органов	146
Диагностика	—
Лечение	—
Рентгенотерапия (доц. А. Л. Каплан)	147
Лечение светом (доц. А. Б. Гиллерсон)	148
Общеукрепляющее лечение	—
Хирургическое лечение	151
Медикаментозное лечение	152
II. АНОМАЛИИ МЕНСТРУАЦИИ (проф. Е. М. Шварцман)	153
Аменоррея, гипоменоррея и олигоменоррея	—
Классификация	—
Лечение	—
Медикаментозные средства	156
Гормонотерапия	—
Физические методы лечения	157
Хирургические методы лечения	159
Показания к терапии и выбор метода лечения; прогноз	162
Гиперменоррея, полименоррея, метроррагии	166
Классификация	—
Лечение	—
Медикаментозные средства	173
Серо- и гемотерапия (аутогемотерапия, переливание крови)	174
Гормонотерапия	177
Физические методы лечения	178
Хирургические методы лечения	181
Показания к терапии и выбор метода лечения; прогноз	186
Дисменоррея	188
Климактерий (переходные годы женщины)	191
III. ОПУХОЛИ	199
Фибромиома матки	203
Показания к лечению	—
Симптоматическое лечение	—
	206

Радикальные методы лечения	210
Показания и противопоказания к оперативному методу лечения и лечению лучистой энергией	212
Рентгенотерапия (доц. А. Л. Каплан)	214
Радиотерапия (доц. А. Б. Гиллерсон)	218
Миомное сердце	221
Рак	222
Рак шейки матки	224
Методы диагностики	—
Лечение	226
Рак тела матки	228
Методы диагностики	—
Лечение	229
Рак яичника	230
Рак влагалища и вульвы	—
Рецидивы рака	231
Лечение рака лучистой энергией	—
Лечение рентгеновскими лучами (доц. А. Л. Каплан)	233
Лечение радием (доц. А. Б. Гиллерсон)	235
Последующее лечение раковых больных, перенесших операцию или актинотерапию	245
Паллиативная терапия	—
Эндометриозы (проф. Е. М. Шварцман)	247
Внутренний эндометриоз	248
Ретроцервикальный эндометриоз	249
Внутрибрюшинный эндометриоз	250
IV. СМЕЩЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА	252
Ретроверзия-флексия матки	—
Подвижная ретрофлексия	—
Клинические симптомы и показания к лечению	—
Методы лечения	254
Фиксированная ретрофлексия	263
Клинические симптомы и показания к лечению	—
Методы лечения	264
Опухания и выпадения влагалища и матки	265
Методы лечения	266
V. БЕСПЛОДИЕ	274
Определение понятия и частота	—
Причины бесплодия	275
Общие заболевания	—
Болезни обмена веществ	—
Роль питания	276
Аномалии конституции	277
Неправильные положения матки	278
Фибромиомы матки	—
Опухоли яичников	280
Воспалительные процессы	—
Гонорройная инфекция	281
Туберкулез	282
Сифилис	—
Внутриматочные впрыскивания иода	283
Искусственный аборт	—
Механические препятствия	284
Биологическая несовместимость	—
Роль полового чувства	—
Систематический ход исследования причин бесплодного брака	286
Исследование мужчины	—
Исследование женщины	288
Методика функционального исследования фаллопиевых труб	290
Продувание фаллопиевых труб	—
Метросальпингография (доц. А. Л. Каплан)	297
Способ Отта	305

Методы борьбы с женским бесплодием	306
Лечение	—
Лечение при механических препятствиях в области наружных половых органов	—
Лечение при инфантильном строении половых органов	307
Лечение при неправильных положениях матки	313
Лечение при новообразованиях матки и яичников	314
Лечение при нарушении функции желез внутренней секреции	—
Лечение при воспалительных процессах	—
Лечение при нарушениях полового чувства	315
Пищевой режим	316
«Искусственное оплодотворение»	—
Хирургические методы лечения при непроходимости фаллопиевых труб	320
VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ	322
Простейшие методы исследования	—
Воспалительные процессы	326
Уретрит и цистит	328
Пиелит	331
Смещения мочевых органов	335
Новообразования мочеиспускательного канала и мочевого пузыря	336
Инородные тела и камни	338
Недержание мочи	340
Добавление	344
VII. ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЕ И КОПЧИКОВЫЕ БОЛИ	344
Предметный указатель	349

I. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение воспалительных процессов женских половых органов, вызываемых в громадном большинстве случаев инфекцией, подразделяется на местное и общее.

Местное лечение применяется в тех случаях, когда инфекционное начало еще вегетирует на слизистых оболочках тех органов, доступ к которым открыт для врача. Кроме непосредственного уничтожения болезнетворных микробов, местное лечение имеет целью воздействовать на патологические изменения, вызванные внедрением и жизнедеятельностью инфекции (отек, инфильтрат, гнойник и т. п.).

Общее лечение имеет своей целью усилить реакцию организма на внедрившуюся инфекцию. Лечение это может быть неспецифическим, направленным к усилению так называемых защитных сил организма, или специфическим, стимулирующим выработку организмом специфических антител против определенного вида бактерий.

Врач в своей практической работе не должен упускать из виду чрезвычайно важной задачи—всеми доступными средствами локализовать воспалительный процесс в месте первичного поражения. Это особенно необходимо иметь в виду тогда, когда приступают к местному лечению воспалительного процесса при помощи методов, которые таят в себе опасность механического продвижения инфекции в вышележащие отрезки полового канала или в соседние органы и ткани.

Таким образом, стремлению активно воздействовать на местное инфекционное заболевание необходимо ставить определенные границы; эти границы тем уже, чем острее протекает воспалительный процесс. Местное лечение, ставящее себе целью непосредственное воздействие на микробов, тем меньше имеет шансов на успех, чем глубже проникла инфекция в ткани, и не может дать положительных результатов, если инфекция асцендировала в мало доступные или недоступные для непосредственного воздействия отделы внутренних половых органов (тело матки, трубы, яичники, брюшина, клетчатка). Поэтому в острой стадии болезни основным принципом лечения всякого воспалительного процесса, независимо от его локализации, является строжайший консерватизм: полный покой и во многих случаях постельный режим—лучшие методы лечения воспалительного заболевания, даже в тех случаях, когда оно ограничивается только наружными половыми органами. Когда процесс выходит за пределы первоначальной локализации, шансы на выздоровление понижаются, особенно если инфекция, распространяясь в глубину, перешла за пределы слизистой оболочки или, распространяясь вверх, перешла за внутренний маточный зев.

Если своевременное активное лечение бактерицидными средствами воспаленных слизистых оболочек нижнего отрезка мочеполового канала производится достаточно осторожно, то уничтожение инфекции на этом участке служит лучшей гарантией против опасности распространения процесса на вышележащие органы (Дедерлейн).

Непосредственное воздействие на возбудителя мыслится обычно как метод уничтожения бактерий при помощи различных дезинфицирующих средств.

Однако вряд ли можно говорить о непосредственном уничтожении бактерий: микробы, находящиеся на слизистой оболочке, на коже или проникшие в глубину тканей, обычно окружены белковой средой, которая препятствует диффузии в них даже красок (Букура). Повидимому, влияние медикаментозных бактерицидных средств проявляется в том, что они вызывают на месте применения лекарственного вещества более или менее сильную реакцию со стороны окружающих тканей, проявляющуюся в раздражении. Таким образом, местное лечение, в сущности говоря, является в значительной мере лишь одним из мероприятий, способствующих поднятию сил организма в борьбе с проникшей в него инфекцией. Букура даже считает, что, благодаря такому механизму действия, местное лечение более эффективно, чем в том случае, когда медикаменты непосредственно и надежно убивают бактерии на поверхности инфицированной слизистой.

Местные воспалительные процессы в известном числе случаев самоизлечиваются; если же, благодаря лечению, усиливается в желательных границах клеточное раздражение, то результаты получаются более быстрые и надежные. В хронических случаях воспаления внутренних половых органов нельзя бороться с инфекцией, проникшей глубоко в половой канал, путем местного применения дезинфицирующих средств, так как бактерии уже находятся вне пределов досягаемости для медикаментов. В этих случаях лечение должно основываться преимущественно на использовании реактивных свойств самого организма.

Работы последнего времени установили возможность влиять при помощи диеты на обмен веществ в смысле изменения резервной щелочности организма в ацидотическом или алкалотическом направлении, способствуя, таким образом, повышению или понижению реактивных свойств организма по отношению к воспалительному процессу (Зауэрбрух и Германсдорф—Sauerbruch u. Hermannsdorf, Герсон—Gerson, Вьеховский—Wiechowski).

Пищевые факторы имеют при воспалительных процессах большое значение также и с точки зрения содержания в них витаминов, которые следует отнести к числу агентов, укрепляющих организм в борьбе с инфекцией.

Согласно наблюдениям Асколи, при инфекционных заболеваниях организм испытывает большую потребность в витаминах. Больные, получающие пищу, бедную витаминами, слабее сопротивляются инфекции.

При гнойных воспалениях мочевых путей Райер (Reyer) отметил резкое улучшение в течении болезни при введении в диету больных избытка витаминов. Шилловцев (1931) также отмечает, что при острых хирургических заболеваниях повышенное введение витаминов в организм больных дает благоприятный эффект.

Многочисленные экспериментальные работы дают основание утверждать, что среди известных нам витаминов наиболее важную роль в борьбе организма с инфекцией играет растворимый в жирах витамин А. В опытах на разных животных было показано, что на почве недостатка витамина А возникает ряд инфекционных заболеваний. Чаще всего при недостатке витамина А в организме возникают гнойные воспалительные процессы, поражающие глаз, ухо, носовые синусы и другие органы. Воспаление глаз (ксерофтальмия) было экспериментально вызвано у крыс, собак, свиней, обезьян и других животных путем А-авитаминозного питания и было излечено введением в рацион витамина А. К настоящему времени десятки экспериментальных работ и клинических наблюдений подтвердили эти данные. Грин (Green, 1931) установил, что у значительного процента крыс, питавшихся с начала беременности пищей, лишенной витамина А, после родов развилось хроническое воспаление половых трактов. Мелланби и Грин применяли с успехом концентраты витамина А для лечения послеродового сепсиса.

На основании всех перечисленных фактов, говорящих в пользу местного и общего антиинфекционного значения витамина А, следует рекомендовать как профилактическое, так и терапевтическое применение его при острых и хронических воспалительных заболеваниях.

При лечении воспалительных процессов половой сферы важно устранить общие заболевания, сопутствующие местному воспалительному процессу. При этом не важно, являются ли имеющиеся у больной расстройства результатом воспалительного процесса или возникают независимо от него. И в том, и в другом случае устранение таких явлений, как малокровие, расстройство

пищеварительной функции, бессонница, нервные явления и пр., может благотворно повлиять на течение воспалительного процесса.

К методам общего неспецифического лечения воспалений, направленным к поднятию реактивных свойств организма, относятся все так называемые физические методы лечения, как гидро-, бальнео-, электро-, фото-, механотерапия, а также протеинотерапия (Гольдшейдер—Goldscheider, Букура).

Одним из видов неспецифической протеинотерапии, применяемым при воспалениях, является аутогемотерапия, которую мы особенно охотно применяем, если воспаление сопровождается кровотечениями.

Аутогемотерапия может служить не только лечебным, но и диагностическим методом в тех случаях, когда приходится дифференцировать между воспалительным процессом и прервавшейся внематочной беременностью.

Для дифференциальной диагностики внематочной беременности в неясных случаях Вагнер в свое время предложил пробу с питуитрином: ежедневно в течение 5 дней больная получает по 1,0 питуитрина. Прекращение кровотечения говорит, по Вагнеру, против внематочной беременности; отрицательный же результат пробы не решает вопроса, так как кровянистые выделения могут быть как при внематочной беременности, так и при воспалении. Не лишено интереса применение реакции Ашгейм-Цондека для этих же целей, но в большинстве случаев прервавшейся или затянувшейся внематочной беременности она дает отрицательный результат.

Вместо пробы Вагнера с питуитрином мы испробовали с этой же целью вливание собственной крови больной. М е т о д и к а: больная ежедневно инъцировали в течение 5 дней ее же кровь—в первый день 5,0, во второй—8,0 и в течение трех последних дней—по 10,0; всего было сделано 5 инъекций. Прекращение кровянистых выделений должно говорить за наличие воспалительного процесса (отрицательный результат нашей пробы в отношении внематочной беременности), продолжающиеся кровянистые выделения указывают на наличие внематочной беременности (положительный результат пробы). В 1936 г. д-р Короткин из нашей клиники собрал и опубликовал материал в 35 случаев применения этой пробы с дифференциально-диагностической целью. 20 больных, у которых проба с аутогемоинъекцией дала отрицательный результат (кровотечение продолжалось), подверглись оперативному вмешательству. Во всех случаях диагноз внематочной беременности на операции подтвердился. 15 больных, поступивших в клинику с подозрением на внематочную беременность, у которых проба с аутогемоинъекцией дала положительный результат (кровотечение прекратилось), были подвергнуты консервативному лечению. Дальнейшее клиническое течение подтвердило правильность поставленного диагноза (воспалительный процесс придатков), и больные были выписаны из клиники с значительным улучшением.

Дифференциально-диагностическое значение аутогемоинъекций Бакшт считает недоказанным, так как, по его наблюдениям, при восходящем гонорройном процессе кровотечения также не уступает действию аутогемотерапии.

Лечение воспалительных процессов путем специфической иммунизации организма можно проводить путем введения в организм сывороток и вакцин. В гинекологической практике до настоящего времени получил распространение лишь метод вакцинотерапии. Несмотря на многочисленные теории терапевтического действия вакцин (Райт—Wright, Фридбергер—Friedberger, Безредка и др.), единогласия по этому вопросу еще не существует. Уже давно известно, что введение в организм какого-либо антигена вызывает образование ряда антител, играющих роль защитных веществ. На этих наблюдениях основано применение вакцины в качестве профилактического средства. Казалось бы, что введение вакцины при имеющейся уже в организме инфекции будет способствовать усилению и распространению инфекционного процесса. Такое априорное заключение опровергается как наблюдениями над людьми, так и опытами на животных. Если к уже существующей инфекции прибавить тот же вирус, но неспособный к размножению, в дозе, которая сама по себе не вредна для организма, то это не только не вредит, но даже помогает организму в борьбе с внедрившейся в него инфекцией (Златогоров и Лавринович). Необходимой предпосылкой для успешности вакцинотерапии является наличие у больного организма достаточной способности реагировать на введение вакцины.

Каждое заболевание следует лечить вакциной, приготовленной из микробов, вызвавших данное заболевание. Так, при гоноррее нужно применять гонококковую вакцину, притом поливалентную, т. е. приготовленную из большого

числа штаммов (см. вакцинотерапию гонорреи). Если воспалительный процесс придатков матки, газовой клетчатки или брюшины и пр. вызван гноеродными бактериями, то следует применять вакцину, соответствующую этиологии данного заболевания (см. вакцинотерапию при воспалении придатков матки). Точное определение этиологии заболевания внутренних половых органов в настоящее время далеко не всегда возможно. При заболеваниях слизистых оболочек нижнего отдела полового канала вид инфекции определить легче, так как можно произвести бактериоскопическое или бактериологическое исследование взятого для этой цели секрета, но эти заболевания подвергаются, как видно будет из дальнейшего, главным образом местному лечению; вакцинотерапия при них не эффективна до тех пор, пока процесс остается поверхностным. Так как во многих случаях точно определить этиологический фактор воспаления внутренних половых органов очень трудно, то приходится прибегать к помощи так называемых смешанных вакцин, действие которых отличается от действия наиболее распространенной в лечебной гинекологической практике гонококковой вакцины. Гонококковая вакцина, сравнительно мало токсичная и бедная белками, действует только на очаги болезни, вызванной гонококком, вакцина же, приготовленная из стрептококков, стафилококков, кишечной палочки и т. п., может оказать действие и вызвать реакцию не только со стороны воспалительного очага в половых органах, но и со стороны любого органа, в котором инфекция находится в латентном состоянии. Такие очаги могут существовать у человека в течение многих лет, ничем себя не проявляя. Возможность активирования этих очагов при применении указанных вакцин и возможность вспышки заболевания еще в одном органе являются, несомненно, отрицательными моментами этого метода лечения. Само собой разумеется, что оценка противопоказаний к применению указанных вакцин должна происходить с иных точек зрения, чем при применении гонококковой вакцины. Основным противопоказанием, общим для всякой вакцинотерапии, является острая стадия воспаления.

Весьма часто при воспалительных процессах применяются так называемые физические методы лечения.

Уже в острой и подострой стадиях болезни физиотерапия в простейшей ее форме, как-то: применение пузыря со льдом, согревающие компрессы и грелки, играет выдающуюся роль. Особенно широко применяют физические методы лечения во всех видах при хронических воспалительных процессах (см. главу «Физиотерапия»).

Наконец, никогда нельзя пренебрегать и медикаментозным лечением, носящим, однако, в большинстве случаев лишь симптоматический характер.

В основном воспалительные процессы женских половых органов лечатся консервативными методами, но в некоторых случаях приходится прибегать и к оперативному вмешательству. В острой стадии воспаления операция показана при наличии в области половых органов осумкованного гнойного очага, особенно когда он угрожает прорывом в брюшную полость. Если удобный доступ к этому гнойнику имеется со стороны влагалищного свода (гнойный экссудат в дугласовом пространстве) или со стороны брюшной стенки при расположении гнойника внебрюшинно (гнойный экссудат в параметрии), то опорожнение гноя при помощи разреза может предохранить больную от опасности спонтанного прорыва гноя в брюшную полость и возникновения смертельного перитонита. При образовании обширного гнойника в фаллопиевой трубе (пиосальпинкс) или в яичнике (пиоварий) вскрытие его при помощи разреза через влагалищный свод показано лишь в исключительных случаях. Необходимым условием для такой операции является наличие обширных спаек, фиксирующих гнойный мешок в тазу и изолирующих его надежно от общей брюшной полости, куда иначе мог бы проникнуть вытекающий из опухоли гной-

Кроме того, вскрытие пиосальпинкса или пиовария через задний влагалищный свод ведет во многих случаях (гонорройное воспаление) к образованию

незаживающего гнойного свища, который можно излечить только путем радикальной операции (см. главу о гоноррее). При подвижных гнойных опухолях операция в острой стадии воспаления показана лишь в тех редких случаях, когда быстрое увеличение гнойника и нарастающее напряжение стенок угрожают разрывом. В этих случаях производится не разрез, а удаление всей опухоли целиком. Эту весьма опасную операцию следует производить, конечно, лишь по витальным показаниям. Если показания к этой операции установлены достаточно строго, то прибегать к ней приходится очень редко. Мы по крайней мере на протяжении всей нашей врачебной работы столкнулись с такой необходимостью всего лишь несколько раз. При скоплении гноя в полости матки (пиометра) для опорожнения применяется расширение цервикального канала. При образовании гнойника в области наружных половых органов (абсцесс бартолиниевой железы и пр.) его вскрывают по общему хирургическому правилу лечения осумкованных гнойников, легко доступных со стороны поверхности тела.

При хронических воспалительных процессах внутренних половых органов оперативное лечение также применяют редко, но установить точные показания к операции в этих случаях труднее, чем при острых воспалениях. И действительно, обращаясь к литературным данным, мы видим, что частота операций у различных авторов значительно колеблется: по Бубличенко, Гамбарову, Елкину — 10—20%, по Кривскому — 7,8%, Гейнеману — 5%, Сердюкову (согласно данным Мартыненко, Тенета, Паниютина и Голубевой) — 4,7%, в нашей клинике за последние 6 лет — 2%.

Для того чтобы при лечении воспалительных процессов женских половых органов получить хорошие результаты, необходимо в каждом отдельном случае воспаления составить себе правильное представление о стадии процесса. Это во многих случаях имеет даже большее значение, чем точная локализация процесса, так как в острой стадии все мероприятия должны быть направлены к обеспечению полного покоя, правильного пищевого режима, правильной функции кишечника и пр., безразлично, будет ли это острое воспаление матки или ее придатков.

Стадия воспалительного процесса устанавливается на основании данных анамнеза и объективного исследования всего организма и гинекологического исследования; большое значение при этом имеет клиническое исследование крови. Локализация же процесса влияет на выбор метода лечения.

Установив воспалительный характер заболевания, необходимо выяснить и его этиологию.

ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ (НЕГОНОРРОЙНЫХ И НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫХ) ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Вульвит

Первичное воспалительное заболевание вульвы встречается сравнительно редко, несмотря на богатство и разнообразие бактериальной флоры, гнездящихся на наружных половых органах, которые находятся в непосредственном соседстве с задним проходом.

Для возникновения воспалительного процесса вульвы должны быть налицо особые предрасполагающие моменты: например, х р о н и ч е с к а я т р а в м а вульвы вследствие трения плохо сидящих или сделанных из грубого материала менструальных бинтов и повязок у женщин, страдающих меноррагиями, и м а ц е р а ц и я кожи, вызываемая длительным увлажнением ее кровью или кровянистыми выделениями, а чаще всего длительным воздействием мочи на покров вульвы (при сахарном мочеизнурении, при влажных свищах).

При обильных гнойных истечениях из влагалища и вышележащих органов воспаление вульвы будет вторичным процессом, который встречается гораздо чаще первичного.

Острые травматические повреждения, наблюдающиеся иногда при изнашивании, при мастурбации с помощью каких-либо острых предметов, при пользовании для спринцевания треснувшим стеклянным наконечником и т. п., редко ведут к воспалению вульвы. Поэтому, как только диагноз вульвита установлен, необходимо тотчас же выяснить причины, которые могли бы его вызвать, т. е. приступить к исследованию соседних с вульвой и вышележащих половых органов, к исследованию мочи на сахар, к поискам гнойных очагов, особенно фурункулов вне половой сферы.

Так как часто этиологическим фактором вульвита является острая гонорройная инфекция, то должны быть приняты все необходимые меры к ее установлению.

Из бактерий, встречающихся при вагинитах, ведущих к вульвитам, нужно отметить *Trichomonas vaginalis*, при наличии которых наблюдаются обильные пенные выделения, легко вызывающие мацерацию покровов вульвы у тех больных, которые не уделяют должного внимания правилам личной гигиены в отношении половых органов. Особенно легко мацерируется кожа вульвы, паховых сгибов, внутренних поверхностей бедер при ожирении и при наличии значительных степеней *soxa vara*, когда при ходьбе внутренние поверхности бедер постоянно трутся одна о другую (Karr—Kahr). Из паразитов могут играть роль оксиуры, вызывающие зуд и расчесы, а также *Pediculi pubis*. У беременных этиологическим фактором может служить молочница (*soor*). Букура указывает на роль в этиологии вульвитов кишечной палочки в чистой культуре, иногда в симбиозе со стрептококками и стафилококками, которые заносятся сюда из мочевых путей при циститах, а еще чаще при пиелитах. В этих случаях лечение одного только вульвита ведет лишь к временному улучшению, в то время как одновременное лечение мочевых органов дает стойкие результаты и в отношении вульвита.

Так как этиологические и патогенетические факторы возникновения вульвитов весьма разнообразны, то не всегда легко установить их точно в каждом отдельном случае. Самая же диагностика острого вульвита обычно нетрудна: жалобы больной на обильные выделения, ощущение жара, зуда в области наружных половых органов, болезненность при дотрагивании, отечность, покраснение покровов, особенно в области малых губ, являются характерными симптомами заболевания. Отечность и покраснение в тяжелых случаях могут иметь диффузный характер, чаще же они локализируются на слизистой оболочке, на которой, кроме гнойных отложений, видны эрозированные участки, небольшие изъязвления, имеющие иногда серпигиозный характер, иногда кровоточащие при дотрагивании. Паховые железы могут быть увеличены. Отделяемое из воспаленных вульварных желез, имеющее сначала серозный, а затем гнойный характер, увеличивает количество выделений, иногда зловонных. Вульвит в некоторых случаях сопровождается острыми кондиломами. Когда острая стадия вульвита стихает и начинает переходить в хроническую, наиболее заметные изменения остаются в области выводных протоков вульварных желез, внутренней поверхности крипт и уретрального отверстия. Это обстоятельство имеет существенное значение для методики лечения, так как в этих случаях общие мероприятия, касающиеся поверхности вульвы, не всегда могут обеспечить полное излечение; здесь часто требуется еще специальное воздействие на отдельные ходы и каналы.

Так как мацерация покровов вульвы является одним из главных условий, чаще всего предрасполагающим к возникновению вульвита, то в профилактике этого заболевания важнейшую роль играет чистоплотность и соблюдение правил личной гигиены. Женщинам, не страдающим патологическими болезнями, достаточно подмываться теплой водой и мягким не раздражающим кожи

мылом 1—2 раза в день. При ожирении этого недостаточно. Полезно после подмывания припудривать наружные половые органы, паховые сгибы и внутренние поверхности бедер тальком или пудрой следующего состава:

Rp. Camphorae tritae 0,5
Zinci oxydati 2,5
Talci veneti ad 50,0

Подмывания вульвы являются вполне целесообразным гигиеническим мероприятием в течение всего менструального периода. В этот период необходимо особенно тщательно следить за чистотой рук и тех предметов, при помощи которых производится процедура подмывания и обсушивания. Не следует производить подмывания во время менструации при полных выпадениях матки или при широко зияющей вульве вследствие обширного разрыва промежности.

Профилактикой вульвита служит лечение болезненных состояний, часто ведущих к вульвиту, как, например, острой гоноррее, неспецифических патологических белей, фурункулеза соседних с половыми органами частей, диабета и пр.

Лечение вульвита, какого бы происхождения он ни был, должно вестись в двух направлениях: лечение самого вульвита и причин, его вызвавших.

При остром вульвите с его мучительными симптомами необходим полный покой и постельный режим на весь острый период болезни. Волосы на наружных половых органах следует остричь; удалять их бритвой не рекомендуется ввиду резкой болезненности воспаленного покрова. К наружным половым органам прикладывают прохладные компрессы, смоченные свинцовой водой или буровской жидкостью в разведении пополам с водой или же смоченные 4% раствором борной кислоты или 1% водным раствором резорцина. При менее болезненных симптомах назначают тепловатые сидячие ванны по 15—20 минут 2—3 раза в день, лучше всего с примесью настоя ромашки. При отсутствии ванны можно пользоваться луженым или эмалированным тазом или глубоким биде. На таз воды можно прибавить столовую ложку буры или питьевой соды или настой из столовой ложки ромашки. Ванны действуют лучше примочек, так как равномерно влияют на всю воспаленную вульву и не вызывают мацерации кожи вокруг воспаленного очага. Поэтому примочки применяют лишь в течение нескольких дней и притом с перерывами. На ночь вместо примочек назначают пудру (см. предыдущий рецепт), которую наносят тонким слоем, осторожно обсушив предварительно вульву гигроскопической ватой или марлей. Точно так же припудривают кожу и после сидячих ванн и подмываний. При наличии обширных гнойевидных пленок, издающих дурной запах, рекомендуется применять пудру, содержащую ксероформ или другие дезодорирующие вещества. Применение чистой воды для примочек, подмываний и пр. часто действует раздражающе. Точно так же раздражает воспаленную ткань всякое энергичное вытирание и неосторожное обсушивание.

При лечении острого вульвита назначают нераздражающую диету (преимущественно растительную и бедную солью). Нередко для облегчения зуда приходится прибегать к снотворным или обезболивающим средствам (трионал, бромурал, веронал, хлоралгидрат и даже морфин).

Применение мазей при остром вульвите показано только у старух, когда на воспаленном покрове вульвы обнаруживаются болезненные трещины, при этом, по совету Дедерлейна, следует избегать мазей, содержащих кислоты; лучше всего применять в этих случаях чистое свиное сало или ланолиновый крем. Анестезиновая и кокаиновая мази хорошо помогают в тех случаях, когда больные страдают от нестерпимого зуда, который чаще, впрочем, наблюдается не в острых, а в хронических случаях вульвита.

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,3
Mentholi 0,5
Saloli
Ol. olivarum aa 2,0
Lanolini ad 40,0

Само собой разумеется, что там, где вульвит возник на почве диабета или пиурии и бактериоурии, следует принять необходимые меры против основного заболевания, так как диабетическая или инфицированная моча будет служить постоянным источником реинфекции и одно местное лечение вульвита не может дать успеха. Для всех же остальных видов вульвита, какого бы происхождения они ни были, главным, если не единственным методом лечения в острой стадии является покой и рациональный уход за воспаленным покровом вульвы. Такое ограничение врачебного воздействия диктуется прежде всего значительной болезненностью острого периода.

Но вот острые явления вульвита стихли, боли уменьшились или прекратились, диффузный отек кожных покровов и слизистых, особенно в области малых губ и клитора, спал, яркое покраснение уступило место блеклым тонам, обильное серозное или серозно-гнойное отделяемое уменьшилось, все воспалительные явления остались преимущественно в области и в окружности выводных протоков вульварных, бартолиновых желез и уретрального отверстия (особенно резко это выражено при гонорройных вульвитах). Наступила подострая стадия воспаления. При правильном режиме и методе лечения это состояние может наступить уже через 2—3 дня. Теперь диагностика страдания должна быть уточнена в отношении патогенеза и этиологии, особенно в тех случаях, когда вульвит возник не на почве диабета или мочевого свища. Гоноррею, являющуюся иногда причиной вульвита—преимущественно у девочек или беременных женщин,—удается диагностировать сразу, если врач привык пользоваться бактериоскопическим методом исследования. При невозможности бактериоскопического исследования диагностировать гоноррею приходится на основании анамнеза и клинических данных. Вульвиты гонорройного происхождения отличаются тем, что выводные протоки вульварных желез и крипт, а также область уретрального отверстия поражены в большей степени, чем при других вульвитах. При подозрении на гоноррею надо принять все меры к ее выявлению для того, чтобы, установив ее, применить с самого начала надлежащее лечение.

В других случаях, особенно в тех, когда острое воспаление вульвы возникло на почве инфекции, исходящей из вышележащих половых органов, только путем тщательного гинекологического исследования можно установить, откуда исходит инфекция, какие органы поражены одновременно с вульвой. Установив это, необходимо немедленно приступить к лечению основного заболевания—вагинита, эндоцервицита, эндометрита, проктита и пр. (см. соответствующие главы). Если острые явления в течение нескольких дней не стихли, надо подумать о том, не скрывается ли за отеком и краснотой твердый шанкр или не созревает ли в глубине абсцесс или фурункул. Вульвиты, возникшие на почве стрептококковой, стафилококковой или колибациллярной инфекции, излечиваются в общем быстрее, чем при гоноррее (Букура).

При лечении собственно вульвита в подострой или даже хронической стадии, как и в острой стадии, надо самым тщательным образом соблюдать чистоту и избегать травмирования и мацерации вульвы. Поэтому не следует применять примочек, компрессов, при обмывании нельзя пользоваться чистой водой, а надо брать дезинфицирующие и вяжущие растворы; после ванны, обмывания или спринцевания необходимо тщательно обсушивать вульву ватой или мягкой салфеткой, а затем припудривать, как было указано выше. Здесь уместно применять те же сидячие ванны, что и в острой стадии, обмывания вульвы раствором марганцовокислого калия (1:1 000—5 000), оксицианистой ртути (1 : 5 000—10 000), сулемы (1 : 5 000—10 000). Эти процедуры больная может продлевать сама в домашней обстановке.

Интенсивнее действуют смазывания пораженных мест растворами азотнокислого серебра (2—5%), протаргола (3—10%), но эти смазывания должен производить врач. Азотнокислое серебро вызывает резкие боли, которые, правда, быстро проходят; поэтому к нему следует прибегать лишь в тех упорных слу-

чаях, когда указанное выше лечение не дало в течение 10—15 дней хороших результатов. При лечении нервных женщин от него приходится иногда отказываться.

В клиниках и лечебных учреждениях, обладающих установками для рентгенотерапии, можно применять малые дозы мягких лучей. Рентгеновское лечение может быть начато уже в острой стадии. Предварительно при помощи ванны или обмываний очищают воспаленную вульву от выделений. Применяется однократная доза в 5—10% НЕД. В случае необходимости облучение можно производить повторно с паузами в 2—3 недели. Рентгеновские лучи вызывают распад воспалительной инфильтрации под эпителиальным покровом, что сопровождается ослаблением напряжения в воспаленной ткани, а вследствие этого исчезают боли. Особенно рекомендуется применять рентгенотерапию при вульвитах, возникших на почве фурункулеза, если в это время имеются фурункулы или пиодермия. Если рентгеновской аппаратуры нет, то при фурункулах вульвы пораженные места смазывают иодом, прикладывают компрессы с водкой (без клеенки или восчанки), а также применяют местные ванночки с марганцовокислым калием или дубовой корой (две пригоршни дубовой коры прибавляют к 2 л воды, кипятят до получения 1 л и прибавляют к ванне).

В упорных случаях фурункулеза и других кожных заболеваний вульвы, кроме местного лечения, рекомендуется применение поливалентной стафилококковой вакцины. Но это уже область собственно дерматологии. Гинеколог же должен помнить, что кожные заболевания вульвы могут стать источником распространения воспалительного процесса в восходящем направлении и вызвать заболевание внутренних половых органов и тазовой клетчатки.

Острые кондиломы

К пограничной с дерматологией области относятся и острые кондиломы вульвы, возникающие в результате хронического вульвита.

Диагностика их проста: это папиллярные, сидящие на тонких ножках кожные выросты, напоминающие своим видом петушиные гребешки. Широкие кондиломы при сифилисе сидят на широком основании, имеют более плоскостное распространение и мокут, причем во взятых мазках часто удается определить бледную спирохету.

Хотя острые кондиломы не всегда возникают на почве гонорреи, а могут появиться при всяком неспецифическом хроническом вульвите, тем не менее при наличии их необходимо особенно настойчиво искать в выделениях гонококки.

Определение специфического характера кондилом имеет для лечения огромное значение: при сифилитических кондиломах необходимо прежде всего приступить к общему противосифилитическому лечению; при гонорройной инфекции, кроме местного лечения кондилом, надо заняться планомерным лечением гонорреи.

Медикаментозное местное лечение острых кондилом требует большого терпения и не всегда сопровождается успехом. Все же небольшие, отдельно расположенные бородавчатые образования можно попытаться удалить путем повторного прижигания их дымящейся азотной кислотой или концентрированной молочной кислотой. В клинике Штрассмана применялось присыпание кондилом порошком из *Summitat. sabinæ, Aluminis crudi aa 10,0*. Так как *sabina* вызывает иногда сильное жжение, то Иоахимович (Joachimowitz) рекомендует комбинировать этот порошок с дерматолом, который начинают применять при появлении жжения. При лечении острых кондилом особенно важно обеспечить сухость покровов вульвы; поэтому после обмывания вульвы ее необходимо тщательно обсушивать и припудривать высушивающими порошками (картофельная мука, рисовая пудра здесь менее пригодны, так как образуют склеивающиеся комки).

Превосходные результаты при неспецифическом лечении острых кондилом дает рентгенотерапия. Применяются лучи средней жесткости, в дозе до $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ НЕД. Сеансы повторяются с перерывами в 2—3—4 недели до полного исчезновения всей массы кондилом (2—4 сеанса). Особенно показана рентгенотерапия при кондиломатозных разрастаниях на большом расстоянии. Там, где рентгенотерапия неприменима, прибегают к испытанному средству—хирургическому удалению кондилом при помощи острых ножниц или острой ложечки с последующим смазыванием раневой поверхности иодной настойкой. При продолжающемся кровотечении раневую поверхность смачивают раствором полуторахлористого железа, накладывают на нее давящую повязку или поверхностно прижигают термокаутером. Операцию хорошо производить электрическим ножом.

При небольших кондиломах операцию можно произвести под местным обезболиванием хлорэтилом, при больших же приходится прибегать к общему наркозу. Ввиду непродолжительности и простоты этой операции обычно достаточно кратковременного эфирного оглушающего наркоза.

Отказываться от операции во время беременности из опасения вызвать преждевременное прекращение беременности, по нашему мнению, не следует. Во всяком случае, производя ее в первую половину беременности, мы не наблюдали наступления выкидыша. Мы оперируем и во второй половине беременности, так как считаем, что инфекция, исходящая из кишасей патогенными микробами мокнущей поверхности кондиломы, очень опасна для послеродового периода. Кондиломы можно удалять за 2—3 недели до нормального срока родов. При удалении кондилом во время беременности обязательна хорошая анестезия.

Некоторые современные авторы предпочитают во время беременности применять радий.

Ulcus vulvae acutum

Ulcus vulvae acutum (Lipschütz)—заболевание, редко встречающееся и трудно распознаваемое, этиология которого еще недостаточно выяснена. Важнее всего, конечно, дифференцировать его от *ulcus molle*. Наблюдаемое подчас бурное течение заболевания является характерным для *ulcus acutum*. Быстро возникающие, нередко многочисленные изъязвления на внутренней поверхности губ, задней спайке и в других участках входа во влагалище сопровождаются иногда резкими воспалительными явлениями как местного, так и общего характера (гангренозная форма); в других случаях заболевание протекает без высокой температуры или даже при нормальной с образованием лишь небольших, но зато многочисленных язвочек (милиарная форма). Язвы имеют неровные покрасневшие края, иногда покрыты струпом, который вскоре спонтанно отделяется. При милиарной форме струпы обычно отсутствуют; паховые железы лишь незначительно или вовсе не поражены. Это является одним из опорных пунктов при дифференцировке от *ulcera molia*. Микроскопическое исследование обнаруживает наличие *V. crassus* (Lipschütz) или обычных влагалищных палочек, которые, вероятно, вторично попадают из влагалища на язвочки. В затруднительных для распознавания случаях желательна консультация с дерматологом, особенно если невозможно произвести бактериологическое исследование. *Ulcus vulvae acutum* отличается склонностью к самопроизвольному очищению и заживлению. Для ускорения заживления применяют припудривание дерматолом или ксероформом. При гангренозной форме полезно применять сидячие ванны с настоем ромашки или обмывания 3% раствором перекиси водорода.

Ulcus vulvae chronicum

В противоположность невинному *ulcus vulvae acutum* крайне тяжелым заболеванием является *ulcus vulvae chronicum* (Estiomène). Вначале поверхностные склерозированные язвы, расположенные преимущественно в области клитора, окружности уретры, задней спайки и заднего прохода, покрытые грязным налетом, распространяются безудержно по поверхности вульвы в глубину, несмотря на противовоспалительное лечение. В дальнейшем разрушаются пузырьно-влагалищная и прямокишечно-влагалищная перегородки, что ведет к образованию свищей (*ulcus vulvae rodens, lupus perforans*). Паховые железы опухают. Ввиду неясности этиологии диагноз может быть поставлен главным образом на основании клинического наблюдения, обнаруживающего затяжной и прогрессирующий характер заболевания. При дифференцировании от туберкулезных язв нужно учитывать, что последние локализируются

преимущественно на половых губах; язва плоская, имеет неровные подрывтые края и на дне ее иногда можно видеть маленькое возвышение, которое при микроскопическом исследовании оказывается состоящим из конгломерата свежих типичного строения туберкулезных бугорков. Впрочем, как правильно замечает Дедерлейн, для постановки дифференциального диагноза на основании гистологического среза также необходим большой опыт, ибо и при сифилитических язвах встречаются образования из гигантских и эпителиоидных клеток. Поэтому для полноты обследования необходимо прибегнуть к реакции по Вассерману. Легче отличить гистологически *Ulcus vulvae chronicum* от раковой язвы.

Лечение этого заболевания дает мало утешительные результаты. Внутрь применяют мышьяк и иод, местно—прижигания, в том числе термо- и гальванокаустикой, а также оперативные вмешательства—иссечение язвы в границах здоровой ткани и пластическое ее закрытие. В последнее время пробовали также применять радий и небольшие дозы рентгеновских лучей.

Венерические язвы

«Венерические» язвы вульвы—*ulcus durum*, *ulcus molle*—правильнее передавать для лечения в руки специалистов-венерологов.

Herpes vulvae

Невинным заболеванием, вызывающим у мнительных женщин нередко необоснованные опасения, является легкая форма вульвита, сопровождающаяся появлением характерных пузырьков, часто в связи с менструацией или половым актом,—*herpes vulvae*. Для лечения применяется присыпка чистым тальком или с примесью *Zinci oxydati* или цинковая паста.

Бартолинит

К воспалительным заболеваниям вульвы относится и воспаление бартолиниевой железы. Впрочем, в значительном числе случаев бартолинит—это только воспаление выводного протока бартолиниевой железы, который инфицируется со стороны наружного отверстия, лежащего во входе во влагалище на внутренней поверхности малых губ. Строение железы и ее выводного протока в значительной мере обуславливает картину заболевания, его течение и характер мероприятий, предпринимаемых для его лечения. Особенное значение имеет то обстоятельство, что главный выводной проток, составляющийся из нескольких протоков, выводящих секрет из железы, и образующий в месте их соединения своего рода ампулу, у выхода наружу значительно сужен. Вот почему при инфекции, идущей из входа во влагалище, воспалительный отек быстро приводит к закрытию наружного отверстия выводного протока и к стазу содержимого в дистальных отрезках и разветвлениях протока, реже—в самих железистых пузырьках (камерах). Этим же объясняется, почему при лечении выводного протока бартолиниевой железы возникает затруднение при попытке расширить канал именно в этом месте, дальнейшее же расширение проходит легко. При значительном воспалительном отеке и инфильтрации для успешного прохождения зондом через это и без того узкое место требуется большое искусство. А так как воспаление к тому же быстро распространяется на разветвления протока, то понятно, почему местное лечение при острой инфекции выводного протока только в редких случаях может оказаться успешным.

Содержимое обильно сецернирующей железы застаивается, инфицируется, что ведет к образованию так называемого ложного абсцесса. Именно в это время женщины и являются к врачу.

Часто причиной заболевания является гоноррея. Одно время иной этиологии бартолинита даже не признавали. Однако, как теперь установлено, бартолинит отнюдь не является доказательством гонорройной инфекции, так как и другие патогенные микроорганизмы, особенно стафилококки и стрептококки, могут вызвать это заболевание. Только бактериологическим методом мы можем наверняка отличить гонорройный бартолинит от негонорройного. Надо отметить, что преимущественное расположение воспалительного процесса в области железистых протоков говорит за гонорройную инфекцию. При негонорройной инфекции воспалительная инфильтрация распространяется диффузно на боль-

шую глубину, вдоль лимфатических путей и по окружающей клетчатке (Букура). Однако клинически использовать этот момент для дифференциального диагноза трудно. Может быть применена реакция Борде-Жангу, но надо иметь в виду, что, пока воспалительная инфекция не пошла в глубину, реакция может отсутствовать и при гонорройном бартолините. По Букура, положительная серореакция получается лишь недели через три после начала заболевания. Если острое воспаление выводного протока привело к закрытию его наружного отверстия и к образованию ложного абсцесса можно попытаться при помощи холода (пузырь со льдом, снег или холодная вода, холодные компрессы с раствором буровской жидкости, свинцовая примочка) уменьшить отек тканей. Это не только уменьшает резкие боли, но может также способствовать восстановлению проходимости выводного протока и выходу скопившегося внутри секрета.

При наличии резких болей, лишающих больных сна, необходимо прибегнуть к болеутоляющим средствам, включая и морфин. Если ожидаемого эффекта не получится, то приходится дать выход гною при помощи широкого разреза на верхушке опухоли. В качестве подготовительной меры к операции полезно применять сидячие ванны, как при вульвите. Чтобы отверстие не закрылось преждевременно, в полость абсцесса вводят стерилизованную или ксероформную или иодоформную марлевую полоску, которую, начиная с 3-го или 4-го дня, постепенно извлекают. Затем назначают сидячие ванны с марганцовокислым калием, а когда гноеотечение прекратится—с дубовой корой. Опорожнение абсцесса почти моментально избавляет больных от сильнейших болей, лихорадки, но далеко не всегда ведет к излечению. Так как выводные протоки или части самой железы остаются инфицированными, то легко возникают рецидивы. Радикальным мероприятием является удаление всей бартолиновой железы вместе с выводным протоком.

Так как бартолинева железа расположена близ поверхности и по соседству отсутствуют важные органы, то удаление ее представляется легким, но тем не менее эта операция, сопровождающаяся обычно кровотечением из перерезанной артериальной ветки, требует опыта. Она показана лишь в хронической стадии при рецидивирующем характере заболевания. В случае образования ретенционной кисты бартолиновой железы последнюю удаляют даже при отсутствии рецидивов воспаления.

Последнее время для лечения бартолинита применяют впрыскивание в окружающую железу собственной крови большой (аутогемотерапия). Техника этого метода такова: в 10-граммовый шприц, содержащий 2 см³ 2% раствора лимоннокислого натрия, набирают кровь из локтевой вены и все содержимое впрыскивают в две точки, расположенные на $\frac{1}{2}$ см над и под выводным протоком, или в четыре точки, расположенные в виде ромба вокруг железы, как это делается для местной анестезии при экстирпации железы. Букура и его школа впрыскивают следующим образом смешанную вакцину: в однограммовый шприц набирают $\frac{1}{4}$ см³ вакцины и $\frac{3}{4}$ см³ физиологического раствора. Этот метод ввиду незначительного количества впрыскиваемой жидкости менее болезненен, но зато сопровождается высокой температурой. Применяя эти методы, в некоторых случаях удается обойтись без оперативного вмешательства. Повидимому, при остром бартолините можно получить хорошие терапевтические результаты при помощи малых доз рентгеновских лучей.

Pruritus vulvae

Как было упомянуто выше, одним из симптомов вульвита, особенно хронического, является зуд (*pruritus vulvae*). Однако иногда зуд появляется и на чисто «нервной почве», иногда в связи с изменениями общего и местного обмена веществ, при эндокринных расстройствах, в частности, при нарушении овариальной функции, например, в климактерическом периоде. Так как нестерпимый зуд сопровождается расчесами вульвы, то здесь нередко возникают как вторич-

ное явление воспалительные изменения, которые и маскируют истинное, невоспалительное, происхождение зуда. Само собой разумеется, что противовоспалительное лечение «эссенциального» зуда, даже если он сопровождается воспалительными явлениями, не дает удовлетворительных результатов, и зуд бывает так мучителен, что больные готовы на самоубийство.

Распознавание истинных причин зуда, столь необходимое для правильного лечения, во многих случаях не легко. Первое, что должен сделать врач, когда больная жалуется на зуд,—произвести анализ мочи, так как часто причиной зуда является гликозурия. Далее необходимо убедиться, что у больной нет паразитов или глист, особенно оксиур, что она не страдает белыми, особенно при наличии во влагалище трихомонад, или пиурией, т. е. убедиться в отсутствии всех тех причин, которые могут вызвать вульвит. Иногда зуд вызывают лекарственные средства (белладонна, опий, мышьяк, бром, аспирин, ртутные препараты, ихтиол, лизол и лизоформ). Причиной зуда может быть и неправильный пищевой режим, особенно длительное чрезмерное употребление в пищу острых, раздражающих веществ. В этих случаях можно говорить о явлениях аллергии.

Тот факт, что зуд встречается иногда в климактерическом периоде или после кастрации, особенно у женщин ожирелых, и сопровождается нередко тиреотоксическими явлениями, подало мысль причиной зуда считать выпадение функции яичников, гиперсекрецию щитовидной железы, полигландулярную недостаточность или, по Арнольди-Варнекросу (Arnoldi-Warnekrös)—нарушение межучточного обмена. Однако убедительных доказательств существования непосредственной связи между зудом и эндокринными расстройствами до сих пор в сущности не приведено (Керер—Kehrer). Что же касается практических результатов лечения зуда эндокринными препаратами, то они далеко не блестящи.

Там, где ни одной из указанных причин установить не удастся, нужно подумать о функциональных нарушениях психо-сексуального порядка, что, по Кереру, может быть следствием длительного переполнения кровеносных и лимфатических путей на почве аномального эротического возбуждения, которое подготавливает почву для возникновения зуда.

При таком разнообразии этиологических моментов каузальное лечение зуда может проводиться только тогда, когда точно установлены его причины в каждом отдельном случае. Но так как это весьма затруднительно и требует много времени, в течение которого больная продолжает страдать, то для облегчения ее страданий необходимо немедленно приступить к местному симптоматическому лечению.

В качестве симптоматически и место действующих средств применяются главным образом такие, которые анестезируют кожу, ослабляют ощущение зуда, уменьшают кровенаполнение и способствуют заживлению трещин и эрозий. Из бесчисленного количества предложенных для местного употребления средств и методов мы обычно применяем следующие: подстригаем волосы на вульве, обмываем ее тепловатой водой с карболовым мылом или настоем ромашки, осторожно обсушиваем и припудриваем следующей присыпкой:

Rp. Camphorae tritae 0,5
Zinci oxydati 2,5
Talci veneti ad 50,0

На ночь, когда больные больше всего страдают от зуда, на покровы вульвы наносится шпателем мазь или присыпка, содержащие болеутоляющие, как кокаин, новокаин, анестезин, мезотан и пр. Особенно мы рекомендуем следующую мазь:

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,3
Mentholi 0,5 (1,0)
Saloli
Olei olivarium aa 2,0
Lanolini ad 40,0

Так как под влиянием тепла зуд усиливается, то следует рекомендовать больным накрываться на ночь легким одеялом. Больным назначают преимущественно растительную пищу, бедную солью и пряностями, рекомендуют воздерживаться от алкоголя, кофе и крепкого чая, а также и от курения. При бессоннице назначают снотворные (веронал 0,3—0,5, трионал 0,5—1,0, люминал 0,15 и пр.).

Одним из старых средств, дающих подчас хороший эффект, является смазывание зудящих участков 2—5—10% раствором азотнокислого серебра, иодной настойкой, хлороформом, *Ac. carbolic. liquefact.* (не при диабете!). Так как эти средства не являются обезболивающими, то их действие, очевидно, основано главным образом на каустическо-вяжущих свойствах (Келер—Köhler). Наиболее действительным средством является, повидимому, азотнокислое серебро. Если на коже имеются трещины или эрозии, такие прижигания вызывают резкую боль, которая, впрочем, быстро стихает. Прижигания производят ежедневно или с промежутками в несколько дней. Часто для получения хорошего результата достаточно бывает нескольких прижиганий. В случаях зуда, не поддающихся никакому лечению, применялись и более радикальные методы, а именно анестезирование или резекция генитальных нервов. Так, Фригези (*Frigiesi*) применял местную анестезию *p. pudendi*, Гальбан (*Halban*) производил анестезию вульвы, впрыскивая под кожу вульвы около 60,0 1/2% раствора новокаина. Ряд авторов (Тавель—*Tavel*, Роше—*Rochet*, Марков и др.) производили двустороннюю перерезку *p. pudendi*; К. Шредер (*K. Schröder*), Зенгер (*Saenger*), Эбергард (*Eberhard*) и др. производили экцизию частей вульвы. Гальбан и Метас сообщают о хороших результатах, полученных при глубоких точечных прижиганиях вульвы пакеленом. При зуде у беременных с успехом применялась аутосеротерапия. Этот же метод Визель (*Wiesel*) рекомендует и при зуде у женщин в климактерическом возрасте, причем подсобными мероприятиями являются здесь длительные общие, а также углекислые ванны индифферентной температуры. В последнее время в упорных случаях зуда применяют физические методы лечения, как-то: облучение ртутно-кварцевой лампой, диатермию и, наконец, рентгеновские лучи и радий.

Диатермия в этих случаях применяется следующим образом: вульва покрывается слегка влажной (не мокрой!) марлей, на которую кладут лист станиола, служащий одним электродом, в то время как второй электрод кладут на живот. При безуспешности этого метода можно произвести десенсибилизацию чувствительных нервных корешков спинного мозга. Готтено, Циммерн и Дарье (*Gottenot, Zimmern, Darieux*) подвергали облучению рентгеном центральные ганглии генитальных нервов, снабжающих вульву. Облучением нижних люмбальных сегментов спинного мозга удается во многих случаях добиться излечения от упорного зуда (Дедрейн).

Pruritus vulvae, как экзему вульвы (хроническая форма), лечат также малыми дозами слабо фильтрованных рентгеновских лучей. Наружные половые органы освещают сразу большим полем; лучи фильтруются 3—4 мм алюминия; доза 30% НЕД. Обычно достаточно одного сеанса. Повторное освещение может быть произведено не ранее, чем через 10—14 дней. Непосредственно после освещения явления раздражения, особенно зуд, часто усиливаются; однако в течение ближайших двух дней все эти явления исчезают. В течение 2—4 недель исчезают все изменения на коже. Следует отметить, что спустя большой или меньший срок заболевание нередко рецидивирует. Веттерер (*Wetterer*) рекомендует во избежание рецидивов произвести 2—3-кратное профилактическое освещение с перерывом от 1 до 4 месяцев. Иногда зуд прекращается через несколько дней после освещения; иногда же приходится применять его 3—4 раза с промежутками в 14 дней между каждым освещением. Вернер (*Werner*) наблюдал на 51 случае так называемого эссенциального зуда 50% благоприятного эффекта. Панков и Крениг (*Pankow u. Krönig*) отмечают излечение чуть ли не в 100% случаев. Мы на нашем материале тоже имели несколько

случаев значительного улучшения. Действие рентгеновских лучей объясняют прямым влиянием на нервные окончания.

По аналогии с лечением явлений выпадения при климактерии зуд как один из проявлений этого страдания предложили лечить освещением гипофиза. До сих пор этим методом проведено еще слишком мало случаев, чтобы можно было составить себе о нем определенное мнение.

Leukoplakia vulvae

Появление лейкоплакии, характеризующейся с клинической стороны образованием беловатых пятен на половых губах и промежности, а с патологоанатомической—утолщением рогового слоя с расширением rete Malpighii, заслуживает особого внимания, так как лейкоплакия может перейти в *craurosis vulvae* или стать почвой для непосредственного развития рака вульвы. Лейкоплакию некоторые рассматривают поэтому даже как преинвазивное состояние. Тауссиг (Taussig) среди 20 случаев лейкоплакии в 14 наблюдал переход в рак.

Лечение лейкоплакии представляет значительные трудности и большей частью проводится дерматологами. Оно базируется на приеме внутрь мышьяка и облучении пораженного покрова кварцевой лампой или рентгеновскими лучами. При обоснованном подозрении на связь с сифилитическим заболеванием применяется соответствующее противосифилитическое лечение. Так как при лейкоплакии нередко наблюдается мучительный зуд, то симптоматическое лечение последнего (см. выше) занимает в терапии лейкоплакии видное место. Естественны также попытки использовать в этих случаях гормональную терапию (препараты яичника и желтого тела). Успех при этом, однако, далеко не постоянен. При сильном зуде, наличии упорно незаживающих трещин и изъязвлений применяется также и хирургическое лечение—экцизия отдельных пораженных участков покрова вульвы или даже экстирпация всей вульвы, особенно в тех случаях, которые рассматриваются как преинвазивное состояние.

Craurosis vulvae

Это заболевание характеризуется с патологоанатомической стороны, в противоположность лейкоплакии, атрофическим процессом и ведет постепенно к полному исчезновению малых губ и клитора и сморщиванию всей вульвы, покров которой становится белесоватым, истонченным, пергаментоподобным, с склонностью к образованию трещин и изъязвлений. В области изъязвлений нередко возникает рак.

Лечение этого страдания довольно безнадежно. В начальных стадиях, пока еще особых жалоб нет, какие-либо лечебные мероприятия излишни, разве только исходя из концепции о связи процесса с эндокринными заболеваниями, в частности, с гипофункцией или афункцией яичников, можно испытать применение овариальных препаратов. Благоприятные результаты—правда, только в отношении уменьшения зуда—сообщены Хохенбихлером (Hohenbichler). В отдельных случаях наблюдался успех от пересадки яичников. Консервативное лечение при помощи ванн, примочек, медикаментов, кроме уменьшения в некоторых случаях зуда, не дает никаких результатов (Керер). Облучение кварцевой лампой, рентгеном и радием также не дает излечения, но ввиду благоприятного влияния на зуд его можно испытать. Обычно применяемая доза рентгеновских лучей—70—80% HED на область вульвы. Повторное облучение следует производить не ранее 3—4 недель. Из хирургических методов некоторый эффект давали инфильтрационная анестезия новокаином и прижигания пакеленом. В случаях невыносимого зуда приходится, в конце концов, прибегать к экстирпации вульвы. Доводом в пользу этой операции служит опасность перехода процесса в раковый. Лериш (Leriche), исходя из того взгляда, что крауроз возникает на почве расстройств функций симпатической нервной системы, произвел в 2 случаях с успехом перипартериальную симпатэктомию на *a. iliaca communis* и *hypogastrica*. Бёрап (Bérap) и Вертгеймер (Wertheimer) производили резекцию *n. pudendi* с удовлетворительным успехом.

ЗАБОЛЕВАНИЕ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кольпит (вагинит)

Установив диагноз на основании воспаленной слизистой, выделяющей секрет (жидкий или серозно-гнойный, иногда пенистый, при сильном слущивании эпителия—кашицеобразный, часто зловонный, в некоторых случаях кровавистый), необходимо выяснить этиологию заболевания. Кольпит может быть первичным, возникающим на почве местных механических повреждений (ношение неподходящих или долгонесменяемых пессариев, введение во влагалище инородных тел при онанизме или с преступной целью и пр.) или химических

травм (применение сильно прижигающих растворов для спринцевания и т. п.). В этих случаях лечение не сложно: необходимо устранить травмирующие моменты, приведшие к воспалению стенки влагалища, и приступить к лечению кольпита.

Вторичные же кольпиты возникают нисходящим путем (при воспалениях шейки матки) и восходящим путем при вульвите, что, впрочем, у женщин цветущего возраста встречается редко, так как влагалищный эпителий у них отличается значительной резистентностью против инфекции. Из эндогенных причин, способствующих возникновению кольпитов, необходимо указать на трофические изменения влагалищной стенки при нарушениях овариальной функции, при болезнях обмена веществ (диабет и т. п.). Особенно тяжелые формы кольпитов наблюдаются в результате острых и хронических инфекционных процессов. В этих случаях местное лечение кольпита не даст удовлетворительных результатов, пока не будут устранены предрасполагающие причины, кроющиеся в заболевании всего организма или его отдельных систем.

Форма кольпита (*vaginitis simplex, granularis, cystica*) мало влияет на выбор метода лечения (Дедерлейн). Язвенные формы требуют особенного внимания, так как, с одной стороны, они часто ведут к распространению воспаления на окружающую клетчатку, а с другой—их можно смешать с туберкулезными, сифилитическими и раковыми язвами.

Самой частой формой воспаления влагалища является с е р о з н о г н о й н ы й к о л ь п и т (*vaginitis, s. colpitis simplex*). Клиническая картина его разнообразна: в ней имеются все переходы от почти нормальной слизистой к тяжелому воспалению, при котором слизистая резко утолщена, окрашена в темно-красный цвет, местами эрозирована и покрыта обильным гнойным отделяемым; иногда и наружные половые органы бывают вовлечены в процесс. В этих случаях больным иногда приходится предписывать постельный режим. Лечение в этой стадии, ввиду резкой болезненности воспаленных органов, состоит в применении влажных компрессов с настоем ромашки или боровской жидкости и орошений наружных половых органов струей какого-нибудь нераздражающего раствора (настой ромашки и пр.) для удаления вытекающего из влагалища гноя. Такие орошения повторяют по несколько раз в день. Очень хороши также сидячие ванны с настоем ромашки, для чего при отсутствии ванны можно использовать таз, корыто и т. п. После того как явления вульвита исчезли, приступают к лечению воспаленной слизистой влагалища.

На первом месте здесь стоят влагалищные спринцевания различными дезинфицирующими растворами. Для спринцеваний при кольпите следует пользоваться либо кружкой Эсмарха, либо специальными аппаратами с приводящими и отводящими трубками, позволяющими пропускать через влагалище значительное количество жидкости под малым давлением; применять аппараты, замыкающие вход во влагалище, очень опасно.

Менге [цит. по Нюрнбергеру (*Nürnbergger*)] наблюдал случай возникновения острого сальпингита в связи с применением промывательного аппарата, замыкающего вход в влагалище; впрыснутая жидкость, приведя в движение гнойное содержимое влагалища, способствовала проникновению его в матку и трубы.

При назначении спринцеваний нужно иметь в виду, что цель их—прежде всего удалить из влагалища патологический секрет. Поэтому важно, чтобы промывная жидкость проникала во все ниши между складками слизистой влагалища. Спринцевания обязательно следует производить в лежачем положении. Спринцевания на корточках или в сидячем положении на биде не приносят почти никакой пользы.

Имея в виду цель спринцевания, следует в тех случаях, когда имеются более или менее густые или гнойные, особенно же слизистые выделения, сначала применять такие растворы, которые не обладают вяжущими свойствами и не фиксируют патологического секрета, лучше всего содовый раствор. Поэтому при

лечении серозно-гнойного кольпита мы назначаем сначала спринцевание раствором очищенной соды (2 чайные ложки на 1 л воды), а затем через небольшой промежуток времени (через 25—30 минут) второе спринцевание дезинфицирующими и вяжущими растворами: марганцовокислый калий (несколько кристалликов на кружку воды, до получения раствора красной (не фиолетовой!) окраски, тимол (1 : 1 000), риванол (1 : 1 000), сернокислый цинк (2 чайные ложки на 1 л воды), медный купорос ($\frac{1}{2}$ —1 чайную ложку на 1 л воды), неочищенный древесный уксус (2 столовые ложки на 1 л воды) и пр. Выбор медикаментов зависит от характера воспаления: при зловонных, гнойных выделениях мы предпочитаем марганцовокислый калий или тимол, являющиеся хорошими дезодорирующими средствами; при более обильных жидких выделениях—сернокислый цинк, древесный уксус и другие средства, обладающие вяжущими свойствами. Если применяют перекись водорода, которая хорошо устраняет налеты и пленки, предварительное спринцевание содовым раствором становится излишним. Температура раствора должна быть умеренной (30—37°). Спринцевание должно вызывать у больной приятное ощущение. При кольпите производят спринцевание вначале 2 раза в день. После спринцевания больная должна некоторое время оставаться в горизонтальном положении для того, чтобы оставшийся во влагалище раствор (по Штеккелю около 30,0) мог еще продолжать оказывать свое действие.

Предварительные спринцевания содовым раствором применяют до тех пор, пока выделения носят гнойный характер и на слизистой влагалища отмечаются гнойвидные отложения. Как только слизистая влагалища очищена от выделений, а макроскопическая и микроскопическая картины влагалищного секрета улучшились, спринцевания содой прекращают и применяют лишь вяжущие растворы. Теперь спринцевания назначают лишь 1 раз в день, затем постепенно через день и через 2 дня. На 4-й неделе обычно ограничиваются спринцеваниями через 2 дня на 3-й. Если воспалительный процесс к этому времени совершенно прошел, то для «закрепления» достигнутого успеха мы, отменив спринцевания, назначаем введение на ночь во влагалище биолактина по Дубинчику. Биолактин вводят сначала ежедневно, а через 1—2 недели через день и, наконец, еще реже.

В последнее время в литературе часто встречается отрицательное отношение к спринцеваниям ввиду их малой эффективности. Мы считаем, что неуспех лечения зависит во многих случаях от неправильной методики спринцевания: уже одно слишком длительное применение их может мешать восстановлению нормальной влагалищной флоры и поддерживать наклонность к рецидиву воспаления.

Более энергичное лечение заключается в местных «ванночках» с более концентрированными растворами, применяемыми через 2—3 дня.

Техника влагалищных «ванночек» весьма проста: после предварительного спринцевания теплой водой или содовым раствором во влагалище вводят трубчатое зеркало, через которое сначала удаляют тупфером остатки промывной жидкости, затем в зеркало наливают 1—2 столовые ложки 2—3% раствора азотнокислого серебра, 3—10% раствора протаргола или неочищенного древесного уксуса (*Aceti pyrolignosi crudi*) в неразведенном виде, в который погружается влагалищная часть матки. Через 2—3 минуты зеркало путем вращательных движений медленно (в течение 2—3 минут) выводят из влагалища. При приближении к самому входу во влагалище воронку трубчатого зеркала наклоняют так, чтобы жидкость вылилась в подставленную чашку, после чего зеркало удаляют. Чтобы остаток лекарственного вещества, выделяясь из влагалища, не оставлял пятен на белье, подкладывают толстый кусок гигроскопической ваты. Остаток раствора можно также вычерпнуть тупфером через зеркало еще до извлечения зеркала из влагалища. Влагалищные ванночки применяют с промежутками в 2—3 дня. Перечисленные лекарства можно вводить во влагалище и при помощи ватных тампонов. Тампон, смоченный раствором азотнокислого серебра или протаргола, оставляют на 5—10 минут и затем удаляют за длинные концы нитки. Для смачи-

вания тампонов применяют также ихтиол, тигенол, альбихтол, иод и другие лекарственные вещества (в глицерине). Так как глицерин извлекает воду из тканей, то выделения после глицеринового тампона становятся жиже и обильнее. Больную следует об этом предупредить, иначе она может считать это за ухудшение процесса. Штеккель рекомендует для тампонов следующие прописи:

Rp. Ichthyoli 20,0	Rp. Alumoli 10,0
Glycerini 50,0	Acidi borici 20,0
Rp. Thigenoli 20,0	Glycerini 200,0
Glycerini 50,0	

Тампоны оставляют во влагалище на несколько часов. После удаления тампонов делают спринцевания тепловатой водой. Эффект лечения тампонами будет значительно выше, если его проводит врач; в некоторых случаях больной можно разрешить самостоятельно вводить тампон. В этом случае врач обязан научить больную правильной методике.

Можно использовать для лечения кольпитов и влагалищные шарики с ихтиолом, тигенолом, альбихтолом (по 0,1—0,2) и маслом какао или гидрогенизированным жиром; эти шарики больные легко могут сами вкладывать во влагалище, но по своему действию этот метод значительно уступает другим методам лечения кольпитов.

Лучшее действие, чем шарики, оказывают мази, вводимые во влагалище при помощи особых шприцев; например, белая ртутная мазь, или:

Rp. Ichthyoli 10,0	Rp. Argenti nitrici 1,0
Lanolini 100,0	Lanolini 50,0

Шприц для мазей (рис. 1) имеет, по Штеккелю, то преимущество, что при помощи его можно вводить мазь до самых сводов у девственниц и девочек.

При обильных жидких выделениях можно попробовать вводить во влагалище порошкообразные вещества (припудривание слизистой), обладающие гигроскопическим и вяжущим действием.

Ни один из приведенных методов не является панацеей при лечении кольпитов. Часто полезно комбинировать разные методы или применять их последовательно. При кольпитах, в патогенезе которых играли роль разрывы промежности, восстановление последней является заключительным актом всей терапии этого заболевания.

Особые формы кольпитов требуют и особых методов лечения. К таким следует отнести старческий кольпит (*kolpitis senilis, s. vetularum*).

Относительно методики лечения старческого кольпита мнения ученых значительно расходятся, что и понятно, так как происхождение этого вида кольпита еще не вполне выяснено. По Флатау (Flatau), старческий кольпит представляет собой процесс, возникающий в связи с нарушением питания на почве сенильной инволюции и дегенерации, наступающей после прекращения функции яичников. Применение каузальной терапии в форме введения овариальных препаратов, что теоретически является вполне обоснованным, не дает, как правильно отмечает Флатау, заметных результатов, и все лечение сводится пока к чисто симптоматическому, направленному на слизистую влагалища.

При этом необходимо, однако, учитывать характер тех изменений, которыми отличается старческий кольпит. Макроскопическая картина его имеет характерные черты: влагалище укорочено и сужено, влагалищные своды значительно уплощены, складки слизистой отсутствуют, слизистая имеет бледножелтую или буровато-желтую окраску; часто отмечаются большие и меньшие неровные геморрагические пятна; кроме того, наблюдаются, особенно в верхней трети влагалища, небольшие поверхностные (эпителиальные) дефекты слизистой с бледным или темнокрасным дном; такие дефекты ведут нередко к склеиванию и сращениям влагалищных сводов, что может повлечь за собой даже образование гидрометры и пиометры.

У некоторых женщин старческий кольпит не вызывает жалоб и обнаруживается иногда совершенно случайно; у большинства же обильные гнойные выделения вызывают зуд и жжение в области наружных половых органов и заставляют их прибегать к врачебной помощи. Нередко обращает на себя внимание кровянистый характер выделений, что в старческом возрасте является особенно упорным симптомом. Иногда даже при гинекологическом осмотре нелегко решить вопрос, имеется ли только старческий кольпит с склонностью к геморрагическим изменениям и изъязвлениям или за этим кольпитом в глубине образовавшихся ниш скрывается рак. Для выяснения диагноза приходится иногда прибегать к биопсии. Если кровоточащий участок недоступен для осмотра (стеноз), то надо либо устранить стеноз разрезом, либо (при чувствительности больной— под наркозом) расширить его тупым путем (пальцем, расширителем Гегара или другим инструментом).

При резко выраженном старческом кольпите, особенно при наличии кровянистых выделений, как уже упомянуто, осмотр влагалища не позволяет сразу выяснить картину заболевания, поэтому мы назначаем симптоматическое лечение с тем, чтобы больная обязательно через несколько дней вновь явилась для осмотра. Задержка с диагнозом на несколько дней не отразится на исходе последующего лечения. Надо, кроме того, учитывать, что при старческом кольпите при наличии множества изъязвленных участков не всегда легко решить вопрос, из какого участка надо сделать биопсию. Выжидание противопоказано в тех случаях, когда осмотр и пальпация вызывают явное подозрение на рак: в этом случае биопсия должна быть произведена немедленно.

Мы при лечении старческого кольпита отвергаем столь часто применяемые и рекомендуемые прижигающие средства в какой бы то ни было форме, так как кольпит является воспалительным процессом, развивающимся на резко атрофированной слизистой. Из средств, применяемых для спринцевания, мы охотнее всего даем настой из ромашки, действие которого как слабо вяжущего средства отличается мягкостью. Из других средств можно указать на борную и молочную кислоты.

Литтауэр (Littauer) рекомендует спринцевания $\frac{1}{4}\%$ раствором хлористого цинка.

Прекрасные результаты мы получали в последнее время от биолактоина Дубинчика, который в более легких случаях применялся с самого начала лечения, а в более тяжелых, сопровождающихся кровотечением,—после предварительного лечения спринцеваниями. Некоторые авторы рекомендуют лечение по Флатау; предварительно обсушив влагалище, в него вводят цинковую пасту или пасту Лассара и равномерно притирают ее к стенкам влагалища пальцем или тупфером. Это лечение, повторяемое 2 раза в неделю, длится 3—4 недели.

Из специфических кольпитов следует остановиться на трихомонадных кольпитах и на молочнице влагалища.

Не касаясь все еще спорного вопроса о том, является ли *Trichomonas vaginalis* случайным паразитом загрязненного влагалища или возбудителем специфического кольпита, можно отметить, что после удаления из влагалища трихомонады явления кольпита уменьшаются и исчезают. Вместе с этим исчезает часто встречающийся зуд наружных половых органов, их покраснение, припухлость и *intertrigo*.

Наличие трихомонад следует заподозрить в том случае, если у больной

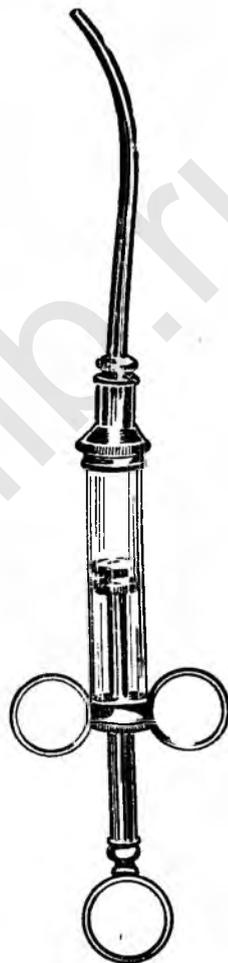


Рис. 1. Шприц для мазей.

имеются обильные жидкие, пенистые, желтоватые выделения. Впрочем, пенистый характер влагалищных выделений может отсутствовать при наличии трихомонад и, наоборот, наблюдаться при отсутствии их (О. Мейер—О. Мейер); последнее зависит от наличия во влагалищном секрете пузырьков воздуха вследствие жизнедеятельности *Micrococcus gazogenes alcalescens* (Шредер и Лезер—Loeser).

Диагноз ставится на основании нахождения паразитов под микроскопом. Исследование производится в висячей капле неокрашенной смеси секрета в физиологическом растворе немедленно по взятии материала.

Рациональное лечение трихомонадных кольпитов должно по Хёне (Höhne) преследовать две цели: уничтожение имеющихся во влагалище трихомонад и предупреждение появления их вновь. Обоим требованиям вполне удовлетворяет предложенная этим автором терапия, заключающаяся в следующем: раскрыв зеркалами влагалище, его тщательно протирают тупфером, смоченным 1% раствором сулемы. После этого влагалище обсушивают и смазывают составом, в который входит бура и глицерин (Rp. Boracis 20,0, Glycerini 200,0) или сода с глицерином (Rp. Natri bicarbonici 20,0, Glycerini ad 200,0). Избыток глицерина удаляют из влагалища тупфером, после чего наружные половые органы обрабатывают точно таким же образом. Это лечение повторяют 4 дня подряд или через день в течение 8 дней. Выделения после этого приобретают нормальный характер. Но для того, чтобы получить длительный успех, необходимо в течение продолжительного времени вводить во влагалище буру с глицерином (без предварительной обработки сулемой) сначала ежедневно, затем через день, а затем и еще реже. Хёне рекомендует 20% раствор буры в глицерине вводить во влагалище в желатиновых капсулах. По Зейцу (Seitz), раствор сулемы вызывает у некоторых больных, страдающих острым кольпитом, резкую болезненность. В этих случаях он рекомендует провести предварительное лечение спринцеваниями с раствором перекиси водорода или сернокислого цинка. Шмидт и Камникер (Schmidt u. Kamniker) применяют, после того как паразиты исчезли из влагалища, спринцевания с молочной кислотой. Мы видели хорошие результаты от применения вместо спринцеваний с молочной кислотой биолактина Дубинчика.

Для лечения молочницы (soor) в л а г а л и щ а, которая встречается преимущественно у беременных и вызывает ощущение зуда и жжения, применяется протирание влагалища тупфером, смоченным 0,5% раствором сулемы, или же однократное спринцевание 1% раствором сулемы (при беременности в отношении сулемы следует соблюдать большую осторожность). После этого назначают спринцевания 4% раствором борной кислоты. При больших сроках беременности следует вовсе отказаться от применения сулемы и ограничиться спринцеваниями раствором медного купороса или 2% раствором салициловой кислоты. В конце беременности вместо спринцевания целесообразнее применять «ванночку» для влагалища из 2—3% раствора азотнокислого серебра или 5—10% раствора протаргола. Фейт (Veit) видел хорошие результаты, промывая влагалище 1% раствором борной кислоты и вкладывая после этого в него ватный тампон, пропитанный борным раствором. Одновременно этим же раствором обмываются наружные половые органы. Мы вводим во влагалище через трубчатое зеркало немного порошкообразной борной кислоты (около столовой ложки), которая, постепенно растворяясь во влагалищном секрете, дает постоянно вновь образующийся раствор.

Наконец, необходимо еще упомянуть о дифтерии влагалища—весьма редком заболевании, которое к тому еще нередко проглядывается. Основным методом лечения является введение антидифтерийной сыворотки; местное же лечение отступает на задний план. Леендерц (Leendertz) (цит. по Нюрнбергеру) рекомендует вводить во влагалище полоски марли, пропитанные антидифтерийной сывороткой, а Биберштейн (Biberstein)—пропитанные эйкупином (Rp. Eucupini basici 2,5, Spiritus vini ad 100,0).

При г а н г р е н о з н о м к о л ь п и т е, который наблюдается в результате некротизирующего действия на стенку влагалища различных химических

веществ после ртутных отравлений (Гаммер — Hammer, Бартш — Bartsch, Вольфенштейн — Wolfenstein), дифтерии влагалища (Кауфман — Kaufman, Фишер — Fischer, Кун — Kuhn; цит. по Нюрнбергеру) и после инфекционных воспалений иной этиологии, необходимо применять обильные (по Штеккелю 10—12 л) спринцевания раствором альзола (Liq. Alzoli 10,0—30,0 на 1 000,0 воды) или другими указанными выше средствами. После отторжения омертвевших тканей для предупреждения стенозов вводят во влагалище тампоны из иодоформной марли, смоченные маслом. Тампоны сменяют каждые сутки (Штеккель).

Стенозы влагалища, образующиеся в результате гангренозных и язвенных форм кольпита или воспалений, распространяющихся на около влагалищную клетчатку, могут быть причиной затруднений при половом акте, а при полной атрезии влагалища повести даже к образованию гематокольпоса и гематометры со всеми вытекающими отсюда последствиями. Консервативное лечение может быть испробовано только при стенозах и заключается в растяжении кольцевидных сужений тупым способом при помощи расширителей Гегара, кольпейринтера, тампонации марлей. Результаты редко бывают удовлетворительными, так как даже при успешном расширении остается склонность к новому сморщиванию. Лучшие результаты дает оперативное вмешательство, методику которого приходится видоизменять в зависимости от особенностей каждого отдельного случая.

Эндоцервицит

В значительном числе случаев эндоцервицит возникает на почве гонорройной инфекции, поэтому методика его лечения излагается нами главным образом в главе о гоноррее.

Но, кроме гонорройных эндоцервицитов, встречаются еще воспаления слизистой шейки иного происхождения, причем предрасполагающим моментом часто служат разрывы шейки, возникающие преимущественно в связи с родами, а иногда и с абортами. Вывороченная вследствие разрыва (эктропион) слизистая шейки, соприкасающаяся с влагалищем и его содержимым, легко воспаляется. На почве катарра усиливается секреция щелочного цервикального секрета, который в свою очередь вызывает изменение влагалищной флоры, способствует ее загрязнению и возникновению влагалищных белей и кольпита, который и поддерживает катарральное состояние вывороченной слизистой шейки матки. Отсюда ясно, что лучшим методом профилактики и лечения эндоцервицитов, возникших на почве разрыва шейки, является восстановление ее целостности оперативным путем. Само собой разумеется, что при наличии кольпита или гнойного эндоцервицита необходимо предварительное консервативное лечение, обычно применяемое при кольпитах и влагалищных белях.

Эндоцервицит может возникнуть и при нисходящей инфекции, например, туберкулезной. Условием для развития эндоцервицита может служить также наличие полипов, свищей.

Цервикальные катарры возникают нередко у женщин, применяющих в качестве противозачаточных средств разного рода внутришеечные пессарии (штифты). Шеечные колпачки, применяемые с этой же целью, также могут стать источником цервикальных белей, если их надевают при катарральном состоянии слизистой шейки; особенно вредны колпачки, туго охватывающие влагалищную часть, так как они вызывают в ней застойные явления. Катарры слизистой шейки возникают иногда на почве общих заболеваний, особенно у женщин с астенической конституцией, а, возможно, также при недостаточной гормональной функции яичников, обуславливающей или по крайней мере повышающей (Р. Шредер) явления ваготонии.

В этих случаях в основу лечения эндоцервицита и цервикальных белей должны быть положены мероприятия, ведущие к укреплению всего организма, также гормонотерапия. Последняя особенно уместна при наличии одновременно и дис-

менорреи. Против явлений ваготонии назначают атропин и папаверин (Кар). Лечение эндоцервицита, возникшего на почве какой-либо инфекции, в острой стадии процесса характеризующегося покраснением и отеком влагалищной части матки и обильными гнойными выделениями, должно сводиться главным образом к гигиеническим мероприятиям. Всякое активное лечение воспаленной слизистой шейки в этой стадии болезни противопоказано вследствие опасности распространения инфекции на выходящую часть полового канала. Даже влагалищные спринцевания, применяемые для удаления гнойных выделений, скопляющихся во влагалище, следует производить очень осторожно: струя вводимой жидкости должна вытекать под низким давлением (кружка подвешивается на высоте $\frac{1}{4}$ м над кроватью). Промывная жидкость должна быть индифферентной температуры; в качестве дезинфицирующего средства можно рекомендовать раствор лизоформа (1 чайную ложку на 1 л воды), хорошо очищающий влагалище от выделений, или другие дезинфицирующие растворы, применяемые для лечения влагалищных белей. В хронической стадии воспаления (цервикальный катарр), сопровождающейся часто эрозией влагалищной части матки, лечение должно воздействовать на находящуюся в катарральном состоянии слизистую шейки, продуцирующую слизисто-гнойное отделяемое (обильная примесь слизи к выделениям служит главным дифференциально-диагностическим признаком заболевания цервикального канала, так как слизистая оболочка тела матки не продуцирует слизи).

При хроническом эндоцервиците многие авторы ограничиваются теми же влагалищными спринцеваниями, как и при лечении белей. В этих случаях спринцевание применяется не только для механического удаления выделений из влагалища, но и для действия на слизистую влагалища того дезинфицирующего или вяжущего медикамента, который прибавляют к промывной жидкости. Ограничение терапии эндоцервицита влагалищными спринцеваниями вызывается опасением, что более активный метод введения медикаментов в цервикальный канал может даже в хронической стадии воспаления повести к распространению процесса на полость матки и дальше. Во многих случаях эндоцервицита влагалищные спринцевания с дезинфицирующими и вяжущими растворами дают хорошие результаты. Здесь не только сказывается действие самого медикамента на слизистую шейки, но и сами по себе влагалищные спринцевания вызывают некоторую местную гиперемия, которую можно еще усилить, повышая температуру раствора. Гиперемия шейки и окружающих тканей является хорошим лечебным методом при хронических воспалительных процессах во всех отделах женских половых органов.

Средства, применяемые в этих случаях, чрезвычайно разнообразны. Так как эти спринцевания приходится применять довольно долго, то не следует пользоваться такими веществами, как сулема, карболовая кислота и другие сильно действующие яды. Мы предпочитаем вяжущие, как, например, неочищенный древесный уксус, серноокислый цинк и пр. (см. Лечение белей). Необходимо помнить, что длительное лечение влагалищными спринцеваниями может вызвать раздражение слизистой влагалища и тем самым усилить бели (Адлер). Непосредственно воздействуют на слизистую цервикального канала в его дистальной части, особенно при наличии разрыва шейки, вливания медикаментов во влагалище через цилиндрическое зеркало. Такие ванночки для влагалищной части матки особенно часто применяются при наличии эрозий. В этих случаях пользуются главным образом неочищенным древесным уксусом в неразведенном виде или, по Менге и Шаута (Schauta), 2% раствором азотнокислого серебра.

Для местного лечения слизистой цервикального канала применяют смоченные лекарственным веществом зонды. Многие пользуются маточным металлическим зондом Плейфера или каучуковым зондом Менге, обматывая их тонким ровным слоем гигроскопической ваты и смачивая 30—50% раствором формалина, 5—10% раствором протаргола, 1—3% раствором азотнокислого серебра и других солей серебра, 5—10% иодной настойкой и пр. В упорных случаях

полезно менять средства. Зонд следует вводить под контролем глаза, раскрыв влагалище зеркалом, причем влагалищную часть матки приходится фиксировать пулевыми щипцами. Перед применением прижигающего средства необходимо сначала удалить слизь из цервикального канала при помощи зонда, смоченного 10% содовым водным раствором или 10% раствором соды в глицерине. При этом следует строго соблюдать правило не переходить за границу внутреннего маточного зева. Прижигания производят через 3—4 дня. Обычно достаточно 5—6 прижиганий. Внутришеечные прижигания противопоказаны, если одновременно с эндоцервицитом имеется воспаление матки и ее придатков или клетчатки.

Из физических методов лечения применяют различные виды фото-и электро-терапии: кварцевую лампу, ультразвонне, светящиеся зонды, диатермию и пр. (см. главу о физиотерапии). В упорных случаях прибегают к радикальному разрушению желез при помощи либо крепких химических прижигающих средств, например, 20% раствора хлористого цинка или азотнокислого серебра, либо тонкого наконечника аппарата Пакалена или гальванокаутера. Электрокаустику, широко применяемую при эндоцервиците американскими врачами, у нас рекомендует Томашевич, Кватер, Трахтенберг и Каганович. Преимуществом этого лечения является его непродолжительность. Достаточно 1—2 прижиганий, и через 10—12 дней омертвевший от прижигания участок слизистой отпадает. Швейцер (Schweitzer) применяет для этой цели аппарат Пакалена; после расширения шейки палочкой ляминарии он сразу проводит наконечник аппарата через весь цервикальный канал.

Применяя каустику, необходимо остерегаться, чтобы не разрушить слизистую цервикального канала на большом протяжении, особенно в области внутреннего зева, где после этого легко возникают стенозы. Адлер (Adler), применяя электрокаустику, выжигает сначала узкую полосу слизистой на передней и задней стенках канала, а при втором сеансе—на боковых его стенках. Стенки влагалища следует при этом защитить от ожога при помощи влажных марлевых компрессов или непроводящих тепла шпателей. Если имеются многочисленные *ovula Nabothi* и шейка вследствие этого утолщена, можно быстрее добиться хорошего результата, вскрыв многочисленные кистозные полости, которыми пронизана гипертрофированная шейка, при помощи той же гальванокаустики или посредством радиально идущих разрезов скальпелем. При наличии полипов их сначала откручивают корнцангом, а через некоторое время приступают к лечению эндоцервицита. Застарелые случаи эндоцервицита, не поддающиеся перечисленным методам лечения, подлежат оперативному лечению, особенно если они возникли на почве старых разрывов шейки и эктропиона слизистой цервикального канала или сопровождаются значительной гипертрофией шейки. Из оперативных методов применяют либо пластическую операцию по Эммету, либо эксцизию слизистой по Шредеру, либо ампутацию шейки по Штурмдорфу (Sturmdorf) или по Бонней (Bonney).

Эрозия шейки матки

Весьма частым спутником эндоцервицита являются так называемые эрозии шейки. Это весьма частое и упорное заболевание, поддерживающее тягостный для больных симптом—бели. Пока существует эрозия, отражающая воспалительный процесс в слизистой шейки матки, до тех пор остается опасность распространения воспалительного процесса из шейки на другие органы и ткани в тазу. Кроме того, эрозии шейки предрасполагают к возникновению рака шейки матки, заболевания, по своей распространенности и тяжести получившего значение социального бедствия.

Прежде чем приступить к лечению эрозии, распознанной при помощи исследования пальцем («бархатистость» эрозии) и осмотра в зеркале, необходимо установить характер ее. При наличии гнойных выделений из шейки надо микро-

скопически исследовать секрет на гоноррею. При наличии гонококка приступают к соответствующему лечению (см. Гоноррея). Если имеющаяся эрозия зависит от большого разрыва шейки матки, оставшегося после родов и сопровождающегося выворотом слизистой цервикального канала (эктропион), то консервативное лечение должно уступить место хирургическому. В случае эрозии, кровоточащей спонтанно или при дотрагивании (при гинекологическом исследовании, половом акте, дефекации), должно быть произведено гистологическое исследование.

Ввиду необходимости проводить дифференциальную диагностику между доброкачественной эрозией и начинающимся раком шейки матки мы считаем необходимым несколько подробнее остановиться на вопросах дифференциальной диагностики при различных язвенных процессах, наблюдаемых на шейке матки.

Дифференцировать приходится обычно между язвой воспалительного происхождения и начинающимся раком, так как язвы иного происхождения, как, например, туберкулезные и сифилитические, встречаются редко.

При катарах шейки матки более или менее длительные истечения гнойного отделяемого приводят к мацерации эпителия, покрывающего влагалищную часть. Образуется дефект эпителия — «истинная» эрозия. Микроскопически эрозированные участки представляют обычную картину воспалительной язвы: поверхность лишена эпителия, дно язвы инфильтрировано лейкоцитами, в строме отек, в сосудах застой, местами кровоизлияния. Макроскопически поверхность эрозии яркокрасного цвета с синеватым оттенком, бархатиста на вид, слегка кровоточит при дотрагивании.

Иногда эрозированный участок равномерно возвышается над слизистой и постепенно переходит в здоровую ткань. Эрозия сопровождается часто и другими катарральными явлениями: *ovula Nabothi*, отечность ткани, обильное слизисто-гнойное отделяемое из шейного канала. По большей части оказывается при микроскопировании таких участков, что язвы в собственном смысле, т. е. полного отсутствия эпителия, тут нет; но плоский многослойный эпителий заменен цилиндрическим, одинаковым по строению с эпителием цервикального канала. Это так называемая «ложная» эрозия. Воспалительные явления в строме при ложной эрозии выражены всегда более или менее ярко. Различают следующие виды ложной эрозии:

- 1) простая эрозия (*erosio simplex*) — гладкая на вид; цилиндрический эпителий на поверхности и немногочисленные маленькие железы;
- 2) glandлярная эрозия (*erosio glandularis*) — сильное развитие эрозийных желез;
- 3) glandлярно-кистозная эрозия (*erosio glandularis cystica*) — многочисленные железы, растянутые скопившейся слизью, образуют кисты;
- 4) папиллярная эрозия (*erosio papillaris*) — строма между железами образует сосочковые выросты, покрыты цилиндрическим эпителием. На-глаз такая эрозия имеет бархатистый вид.

В чистом виде отдельные формы эрозий встречаются редко. Обычно они комбинируются между собой.

Как объяснить появление цилиндрического эпителия на влагалищной части и образование желез при ложных эрозиях? Можно предположить, что плоский многослойный эпителий спускается под действием раздражающего секрета, вытекающего из шейки. На эрозированную поверхность нарастает эпителий цервикального канала. Руге (Ruge) и Фейт предполагают, что спускание плоского эпителия идет только до базального слоя. Кубические клетки базального слоя, лишённые верхних покрывающих слоев, вытягиваются в цилиндрические. Тогда за эпителием базального слоя надо признать способность к образованию желез. Против этого возражают некоторые авторы, указывая, что эрозийные железы появляются тогда, когда плоский эпителий еще сохранился. Шоттлендер и Кермаунер предполагают, что при воспалении слизистой цервикального канала начинается рост цервикальных желез в глубину по направлению к влагалищной части матки, где они открываются на поверхность, пробивая плоский эпителий. Р. Мейер считает «ложную» эрозию стадией излечения «истинной» эрозии. Наконец, можно предположить, что железы влагалищной части представляют собой эмбриональные остатки (*pseudoerosio congenita*). После отторжения плоского эпителия они открываются на поверхность (Орт—Orth, Р. Мейер). Некоторые авторы считают «ложную» эрозию за частичный выворот слизистой цервикального канала.

По мере излечения катара шейки начинается эпителизация эрозии. Из сохранившихся участков плоский многослойный эпителий нарастает на эрозированную поверхность, подходя под цилиндрический эпителий и вызывая его отторжение. Отношение нарастающего плоского эпителия к эрозийным железам может быть различно. Нарастая по поверхности, эпителий иногда не проникает в железы, выводные протоки которых оказываются закупоренными, и тогда железы постепенно растягиваются накопляющимся секретом и превращаются в кисты (*ovula Nabothi*). Обычно кисты не достигают большой величины, так как эпителий в них атрофируется от давления, и секреция прекращается. В других случаях плоский эпителий спускается в железы, отслаивая цилиндрический эпителий и сдвигая его к просвету железы. В этом случае железа представляет выполненной разросшимся эпителием, который, однако,

никогда не прорастает капсулы. При рассматривании препаратов часто возникают предположения, не является ли это злокачественным ростом эпителия, т. е. прорастанием его в подлежащую строму. Конечно, на основании одного-двух срезов поставить диагноз нельзя. При подобной микроскопической картине необходимо просмотреть целую серию срезов из данного участка.

Из других процессов, вызывающих образование язв на влажной части матки, назовем туберкулез и сифилис. Туберкулезные язвы шейки матки представляют большую редкость: они образуются при попадании туберкулезных бацилл в матку гематогенным путем из очага, уже имеющегося в организме. Чаще встречаются милиарные бугорки при общей диссеминации, реже—опухоли (фунгоидные формы) или изъязвленные туберкулезные узелки. Такие туберкулезные язвы по внешнему виду можно смешать с раковыми. Макроскопически туберкулезная язва покрыта серыми налетами, имеет неровное дно и подрытые края. В ткани по краям туберкулезной язвы можно найти просовидные бугорки; под микроскопом—обычная картина строения туберкулезного бугорка: скопление эпителиоидных и лимфоидных клеток, наличие гигантских клеток, часто казеозное перерождение бугорка. Туберкулезные палочки обнаруживаются только при специальной окраске. В бугорке отсутствуют сосуды.

Редко приходится наблюдать и сифилитическое поражение влажной части матки, которое может встретиться в любой стадии этого заболевания и симулировать иногда злокачественный процесс. Макроскопически первичный склероз может представлять язву, иногда как бы покрытую дифтеритическим налетом, иногда имеющую гангренозный характер. Некоторые авторы указывают на внешнее сходство сифилитической язвы с изъязвившейся саркомой. Под микроскопом находят инфильтрацию лимфоцитами и плазматическими клетками, которые скопляются часто вокруг сосудов в виде мантии; эпителиоидные клетки встречаются в небольшом количестве; гигантские клетки почти всегда отсутствуют. Вторичный сифилис встречается на влажной части в форме макуло-папулезной сыпи. Микроскопически в таких случаях покровный эпителий утолщен, разрыхлен, пронизан лимфоцитами и плазматическими клетками. В сосудах имеется эндартериит, часто доходящий до полной облитерации просвета. Гигантские клетки единичны. При первичном и вторичном сифилитическом поражении влажной части матки можно с диагностической целью исследовать на бледную спирохету тканевой сок пораженных участков и пунктат паховых желез. В третичном периоде на влажной части матки могут быть найдены гуммозные узлы или гуммозные язвы с острыми краями, подрытыми как бы острой ложечкой. Дно такой язвы покрыто салным налетом. Вокруг нее заметная реакция отсутствует. Под микроскопом находят грануляционную ткань, богатую плазматическими клетками, отмечают склонность к творожистому перерождению, облитерацию сосудов. Наличие гигантских клеток Асканази (Askanazy) считает большой редкостью, а Оппенгейм, напротив, встречал их в большом количестве вокруг творожисто перерожденных участков.

Труднее всего диагностировать начинающийся рак—«злокачественную» эрозию.

Внешний вид раковой язвы таков: зернистая, иногда бугристая, поверхность более темного цвета, чем окружающая ее здоровая ткань. Она не везде равномерно окрашена, наблюдаются геморрагические и некротические участки. При ощупывании ткань язвы более плотная, чем окружающая ее ткань, и чрезвычайно хрупкая. При всяком механическом повреждении начинается обильное кровотечение; при исследовании зондом он легко проникает в подлежащую ткань миллиметра на 2—3 (исследование по Хробаку).

Раковая язва не представляет собой равномерного возвышения, как эрозия; на границе со здоровой тканью она бывает иногда отделена от нее как бы бороздкой. Катаральные явления, сопровождающие обычно доброкачественные эрозии на шейке матки, при начинающемся раке могут отсутствовать. Этим раковая язва и отличается главным образом от доброкачественной эрозии. Но ясно выражены эти отличительные признаки бывают только тогда, когда процесс зашел уже довольно далеко. В самом же начале заболевания, как это уже указывалось выше, раковая язва макроскопически мало отличается от доброкачественной эрозии, и единственным надежным методом дифференциальной диагностики остается гистологический диагноз (Брауде и Беляева).

Так как доброкачественная эрозия шейки в большинстве случаев имеет воспалительную этиологию и является спутником эндоцервицита, то и методы ее лечения совпадают с методами лечения последнего. Наблюдение показывает, что в большинстве случаев с излечением эндоцервицита исчезает и эрозия. Неудивительно поэтому, что различие взглядов на методику лечения эндоцервицитов сказывается и на различном подходе авторов к лечению эрозии. Многие (Кюстнер и др.) считают, что и для лечения эрозий достаточно только влажных спринцеваний. Несомненно, в легких и незастарелых случаях катарра шейки можно, как указывалось выше, при помощи спринцеваний вяжущими растворами добиться исчезновения эрозии. Но нередко спустя более или менее короткий срок наступает рецидив. Причиной его является мацерация свежего слоя плоского эпителия, выросшего на эрозированную поверхность,

стекающими выделениями или вследствие появившегося воспалительного отека, геморрагии и пр. (Р. Мейер, Адлер и др.).

Наиболее распространено лечение эрозий шейки «ванночками» с неочищенным древесным уксусом, который оказывает скорее вяжущее, чем прижигающее действие, или с 2—5% раствором азотнокислого серебра, 5—10% протаргола и т. п.

Перед ванночкой необходимо предварительно очистить шейку от покрывающих ее выделений, после чего во влагалище вводят цилиндрическое зеркало так, чтобы влагалищная часть матки глядела в его просвет, и наливают в зеркало одно из указанных выше средств. Такая ванночка продолжается 5—8 минут, после чего воронку цилиндрического зеркала опускают так, чтобы вся жидкость из него вылилась. Приподняв вновь воронку зеркала, можно увидеть резко побледневшую эрозию, а иногда она как будто даже совершенно исчезает. Хотя такой эффект от каждой отдельной ванночки и непродолжителен, тем не менее систематическое применение их через день или два в комбинации со спринцеваниями дает лучшие результаты, чем одни только спринцевания. Некоторые прижигают эрозию палочкой азотнокислого серебра или кристалликом марганцовокислого калия. Нам приходилось видеть случаи, когда при длительном и частом применении всевозможных прижиганий эрозия упорно держалась, а после прекращения прижиганий и замены их нечастыми влагалищными спринцеваниями сравнительно быстро излечивалась.

Совершенно нерационально прижигать те эрозии, которые поддерживаются застойными явлениями в тазу и эндокринными расстройствами. Здесь требуется общее лечение. Если эрозии возникают на почве кольпита, сопровождающегося обильными разъедающими выделениями, лечение должно быть направлено также и против кольпита.

Эрозии на влагалищной части матки являются в большинстве случаев следствием инфекционных эндоцервицитов, поэтому при лечении их можно рекомендовать антивирус по Безредка, что и проводится в нашей клинике Беляевой и Малевой.

При этом способе предварительно необходимо установить, какие бактерии вызвали эндоцервицит.

После изучения флоры цервикального секрета приступают к лечению антивирусом, лучше поливалентным, т. е. фильтратом бульонных культур разных штаммов бактерий, вызвавших заболевание, но выделенных обязательно только из половых органов. Антивирус лучше применять в виде тампонов и «ванночек» для влагалищной части матки.

Техника такова: влагалищная часть матки обнажается зеркалами, протирается сухим ватным шариком, антивирус вливают в зеркало в количестве 5—8 см³ и оставляют на 5—6 минут омывать влагалищную часть матки. Затем во влагалище осторожно вкладывается ватный тампон до соприкосновения с шейкой. Вводить тампон надо медленно, чтобы он впитал в себя антивирус, иначе последний выльется наружу. Такой тампон оставляют на 12 часов, по истечении которых больная сама извлекает его за привязанную к нему нитку. Вводить антивирус можно каждый день или через день в зависимости от показаний. Больная в это время не спринцуется и не применяет никакого иного лечения.

Лечение антивирусом можно рекомендовать при подострых и хронических инфекциях. Как правило, первое время применение антивируса дает местное обострение процесса: бели и гиперемия слизистой усиливаются. Какой-либо общей реакции, в виде повышения температуры или асцендирования процесса, не отмечается. После 3—4 раз применения антивируса все явления обострения обычно стихают; секрет гнойного канала из густого гнойного становится жидким и белым, постепенно переходя в слизистый. Гиперемия влагалищной части исчезает и начинается эпителизация эрозии. Обычно выздоровление наступает через 1—2 месяца, в зависимости от интенсивности лечения. Если заболевание вызвано одним видом какого-либо микроба, оно лучше поддается лечению, чем при смешанной инфекции.

В последнее время клиникой М. С. Малиновского (Москва) предложено лечение эндоцервицитов и эрозий впрыскиваниями под слизистую цервикального канала аммонийных солей серебра в разведении 1 : 20 000 (амарген). Проверка этого способа Крутиковой на сравнительно небольшом материале поликлиники нашего Института подтвердила хорошее действие этого метода.

Для лечения стойких эрозий Бартельс, Побединский и Фамина применяют ионогальванизацию с аммонийными растворами солей серебра. Ионогальванизация проводилась с доски Коротнева или со столика для гальванизации, включенных в сеть постоянного тока (напряжение в сети 100—110 вольт). В качестве электрода авторы пользовались серебряной проволокой с эбонитовой рукояткой и пластинкой размером в 200 см². Больная с приподнятым тазом укладывается на гинекологическое кресло. Во влагалище вводится эбонитовое или стеклянное фергюссоновское зеркало, которое защищает слизистую влагалища от соприкосновения с электродом. Цервикальный канал очищают ватным плейфером, смоченным в аммонийном растворе солей серебра (разведение 1:10 000). Свободный конец серебряного электрода, обмотанный ватой, смачивается в том же растворе и вводится в шейечный канал; в зеркало вводится этот же раствор в количестве, необходимом для покрытия жидкостью влагалищной части. Электрод соединяют с анодом. На нижнюю часть живота кладут толстую байковую прокладку, смоченную водой, поверх которой помещают пластинчатый электрод, соединенный с катодом. Чтобы он не смещался, накладывают тяжесть. Продолжительность одного сеанса 15 минут, сила тока 15 мА. Курс лечения состоит из 5—20 процедур (в среднем 7—10 процедур), которые применяются через каждые 3—4 дня. Материал авторов, правда, невелик (всего 59 больных), но результатами авторы очень довольны: им удалось добиться полного излечения у 51 больной. Значительное число из этих больных осмотрено через 6—12 месяцев: результаты лечения оказались стойкими.

При glandулярно-кистозных и папиллярных эрозиях быстрый эффект получается от электрокоагуляции.

Но, для того чтобы эффект лечения был длительным, необходимо, кроме электрокоагуляции самой эрозии, провести энергичное лечение имеющегося эндоцервицита (см. выше).

В большинстве случаев при помощи указанных консервативных методов лечения можно добиться исчезновения эрозии и ее симптомов. Но все же иногда консервативные методы не приводят к цели и тогда остается только прибегнуть к ножу. Сюда относятся случаи глубоких аденоматозных изменений тканей шейки, приведших к значительному утолщению, а также разрывы шейки, поскольку они вызывают определенные симптомы, главным образом обильные цервикальные бели, или служат причиной выкидыша.

Противопоказанием для оперативного вмешательства служит подострый период эндоцервицита или наличие воспаления в области вышележащего отрезка полового канала и соседних тканей. Эрозии, кровоточащие или подозрительные на злокачественное новообразование, должны быть тотчас биопсированы для постановки точного диагноза (см. рак шейки матки).

Воспаление матки (эндометрит, метро-эндометрит)

Мы не будем здесь касаться тех воспалительных заболеваний матки, которые возникают в связи с родовым актом и являются пuerперальными процессами, а также, и всех заболеваний матки, которые, имея общий симптомокомплекс с метро-эндометритом, не являются в патологоанатомическом смысле воспалительными, а рассматриваются в настоящее время как трофические и функциональные.

С тех пор как установлено, что glandулярный эндометрит является пролиферативной фазой менструального цикла, а так называемый «хронический метрит» стали относить к геморрагической метропатии, от понятия воспаления матки осталось, как замечает Штеккель, немного. Но все же, несмотря на эти ограничения в классификации, эндометриты и метриты занимают видное место среди гинекологических заболеваний. Они часто являются лишь кратковременным этапом в распространении воспаления на придатки матки и тазовую брюшину или клетчатку. Вот почему так важно с самого начала возникновения воспалительного процесса в половом канале принять все меры к тому, чтобы инфекция

не проникла в полость матки. Лишь туберкулезное воспаление матки инфицируется обычно нисходящим путем.

Гинекологическое исследование при остром эндометрите следует производить очень осторожно, так как грубое разминание матки может повести к распространению воспалительного экссудата из полости матки в фаллопиевы трубы или через лимфатические пути на брюшину или околоматочную клетчатку.

Подозрение на острое заболевание матки вытекает из всей клинической картины заболевания, сопровождающегося лихорадкой, чувством тяжести и тянущими, иногда схваткообразными болями внизу живота. При переходе воспаления на серозный покров матки появляются перитонеальные симптомы—тошнота, рвота, резкая болезненность при пальпации нижней части живота, боли при мочеиспускании и дефекации. Гинекологическое исследование обнаруживает увеличение и отечность матки, как при беременности.

Острый эндометрит может вначале вызвать небольшие кровянистые выделения вследствие нарушения овариального цикла или, если инфекция эндометрия произошла ко времени менструации, меноррагию или даже однократное не обильное, но продолжительное атипическое кровотечение (Адлер).

Эндометрит обычно сопровождается обильными серозно-гнойными выделениями, которые, впрочем, не являются характерными для этого заболевания, так как бывают и при кольпите, и при эндоцервиците. Таким образом, воспаление матки не имеет какого-либо характерного симптома, и диагноз может быть поставлен лишь на основании всего симптомокомплекса.

Лечение в острой стадии заключается прежде всего в строгом постельном режиме. Против болей назначают болеутоляющие средства, как белладонну, антипирин, кодеин, омнопон и пр., на живот кладут холод, согревающий компресс или грелку, в зависимости от того, что больной приятнее (см. воспаление придатков матки). Применение сокращающих матку средств, как, например, препаратов спорыньи и задней доли гипофиза (питуикрин) с целью уменьшить объем набухшей матки и воспрепятствовать этим распространению инфекции из пораженной матки, мы считаем нецелесообразным, так как стимулирование резких маточных сокращений противоречит принципу предоставления больному органу максимального покоя. Не исключена возможность и того, что резкие сокращения матки могут способствовать проникновению воспалительного экссудата в вышележащие части. Против кровотечения лучше всего действует холод на живот, уменьшающий имеющуюся в тазу гиперемию. Мы назначаем сокращающие средства только после перехода воспаления из острой стадии в подострую и при наличии кровянистых выделений.

Так же, как и при воспалении придатков матки, хорошие результаты дает аутогемотерапия.

Какого-либо местного лечения ни в острой, ни в подострой стадии применять не следует. В тех случаях, когда воспаление локализуется в слизистой матки и ограничивается лишь поверхностным (по терминологии Шредера и др.—функциональным) ее слоем, без перехода на базальный, нередко наступает выздоровление после того, как пораженный воспалительным процессом функциональный слой отторгается при последующей менструации. Поэтому необходимо принять все меры к соблюдению полного покоя, что лучше всего предохраняет от распространения воспаления за пределы первоначальной локализации. Но даже и после того, как все явления эндометрита исчезли, рекомендуется постельный режим в течение по крайней мере 6—8 дней, а также во время последующих 1—2 менструаций, так как опыт показал, что именно в это время легко наступают рецидивы.

Исключение в отношении применения местного лечения следует делать при эндометрите у старух (*endometritis vetularum*), который часто приводит к пиометре вследствие сужения цервикального канала, что является результатом одновременно двух патогенетических факторов: старческого сморщивания тканей и воспалительной экссудации.

Необходимость местного лечения при пиометре вызывается скоплением в полости матки гноя, который может при отсутствии оттока наружу распространиться вверх. Своевременная диагностика пиометры чрезвычайно важна, так как пиометра часто бывает и при раке матки.

Пиометра может протекать без резких симптомов, но часто при ней наблюдается высокая температура септического характера и значительные боли. При неполном закрытии цервикального канала иногда внезапно при резких схваткообразных болях выделяется большое количество гноя, после чего больная чувствует себя лучше: температура падает, боли исчезают, выделения прекращаются или уменьшаются. Такие явления могут повторяться через различные промежутки времени.

При старческой пиометре обращает на себя внимание атрофия шейки при шаровидной, увеличенной, мягкой, иногда флюктуирующей матке. При долго длящейся пиометре матка не всегда бывает мягкой. При пиометре необходимо расширить суженную шейку. Расширение начинают с введения в матку маточного зонда. Если маточный зонд не проходит через суженный цервикальный канал, надо сперва попытаться ввести тонкий хирургический зонд, а затем уже маточный зонд и несколько тонких номеров расширителей Гегара. После удаления секрета полость матки промывают через катетер с двойным током (катетер Фритч-Боземана) слабым дезинфицирующим раствором. Иногда для излечения пиометры достаточно одного опорожнения полости матки, особенно в случаях, возникающих на почве колибациллярной инфекции.

Если имеется подозрение на рак тела матки, то после того, как все явления пиометры исчезли и гноеистечение прекратилось, необходимо произвести пробное выскабливание.

По вопросу о лечении послеабортного эндометрита (*endometritis post abortum*), который клинически проявляется прежде всего в атипических маточных кровотечениях, сменяющихся буроватыми, иногда издающими запах выделениями, и субфебрильной температурой, мнения расходятся. В то время как одни, следуя принципу Винтера, проводят консервативную терапию, другие прибегают к выскабливанию полости матки для удаления остатков плодного яйца вместе со слизистой матки, строма которой воспалена и включает остатки более или менее измененной децидуальной оболочки. Каждый из этих методов имеет свои положительные и отрицательные стороны: консервативная терапия является более осторожной, но зато более длительной, а в некоторых случаях и безрезультатной. Выскабливание позволяет сразу удалить из матки все то, что является источником кровотечения, но зато в некоторых случаях может вызвать вспышку воспалительного процесса или его распространение.

При выборе между обоими методами мы руководствуемся следующим: если кровотечение не сильное, то мы с выскабливанием не торопимся, а назначаем сокращающие матку средства—небольшие дозы хинина внутрь (2—3 раза в день по 0,2—0,3), подкожные инъекции препарата задней доли гипофиза (питуикрин Р) и одновременно или после 6—8 инъекций питуикрина—препараты спорыньи, например, *Extr. Secalis cornuti fl.* 3 раза в день по 20 капель.

Особенно необходимо придерживаться консервативной терапии при повышенной температуре и болезненности при пальпации матки. Выскабливание абсолютно противопоказано, когда болезненность распространяется на придатки матки или когда обнаруживается пастозность со стороны влагалищного свода.

Если же систематически проведенная консервативная терапия не достигает цели, а температура стала нормальной, то прибегают уже к выскабливанию, которое, учитывая мягкую консистенцию такой матки, необходимо производить чрезвычайно осторожно.

Очень сильное кровотечение, не прекращающееся от применения холода на живот и инъекций питуикрина и эрготина, может также заставить прибегнуть к выскабливанию. Рекомендованное некоторыми авторами после выскабливания смазывание полости матки иодной настойкой вряд ли может устранить

опасность этой операции при наличии повышенной температуры. После выскабливания, даже при гладком течении, больная должна оставаться в постели по крайней мере 3—5 дней. Для уточнения диагноза желательно произвести гистологическое исследование соскоба.

Как уже указывалось, воспаление слизистой тела матки, благодаря отторжению во время менструации функционального слоя, имеет тенденцию к самопроизвольному излечению. С другой стороны, воспалительный процесс, перешедший за границу внутреннего зева, легко распространяется дальше и часто переходит на придатки матки и тазовую брюшину или клетчатку. Таким образом, острая и подострая стадии воспаления слизистой матки сравнительно редко переходят в хроническую, а если и переходят, то обычно этот хронический эндометрит (вернее—метроэндометрит) сопровождается воспалением придатков матки и тазовой брюшины. Поэтому так редко имеются показания к местному лечению эндометрита после ликвидации острой и подострой его стадий. Но если хронический эндометрит при полном отсутствии всяких признаков воспаления со стороны придатков и тазовой брюшины или клетчатки сопровождается обильными гнойными выделениями, то это может служить показанием к местному лечению. Для этого вводят в полость матки дезинфицирующие и прижигающие вещества (например, 20% раствор формалина и пр.) при помощи зондов, обернутых тонким слоем ваты и смоченных этими растворами.

Мы при хроническом метроэндометрите предпочитаем проводить те же методы лечения, что и при хроническом воспалении придатков, которым этот процесс часто сопровождается (см. ниже).

Воспаление придатков матки и тазовой брюшины

Принципы лечения воспалительных заболеваний придатков те же, что и при воспалительных заболеваниях нижнего отрезка полового канала; в острой и подострой стадиях воспаления необходимо прежде всего обеспечить больной полный покой. В большинстве случаев тяжелое состояние в острой стадии воспаления придатков заставляет больных без всякого предписания и постороннего влияния лечь в постель. В тех же случаях, когда больные, преодолевая боли и температуру, пытаются все же оставаться на ногах и, кое-как перемогаясь, продолжать свою работу, им необходимо настойчиво указать на опасность распространения воспаления и наступления общего перитонита. Правда, возникновение его в значительной мере зависит от инфекционной этиологии воспалительного процесса. Так, гонококковая инфекция тазовой брюшины характеризуется склонностью к фибринозной экссудации, сопровождающейся склеиванием внутрибрюшных органов и инкапсуляцией воспалительного очага в тазу; при септической же инфекции отмечается склонность к расплавлению тканей, прорыву гнойного экссудата через имеющиеся или образующиеся барьеры и распространению инфекции на вышележащие отделы брюшины.

Чтобы обеспечить покой заболевшим органам, необходимо, кроме постельного режима и полного воздержания от половой жизни, позаботиться о правильном и регулярном опорожнении мочевого пузыря и кишечника.

Что касается пищевого режима, то при наличии перитонеальных явлений, сопровождающихся тошнотой, рвотой, метеоризмом и плохой перистальтикой, ограничиваются дачей питья чайными ложечками (чай, минеральная вода, вода с лимонным соком, клюквенный морс, апельсиновый сок и пр.). При бурных перитонеальных явлениях приходится отказаться и от этого питья и вводить в организм жидкость при помощи капельных клизм или под кожу (глюкоза, физиологический раствор поваренной соли). С ослаблением и прекращением перитонеальных явлений в диету постепенно вводят протертые супы, овощные и фруктовые пюре, сухари, сливочное масло, легкие каши и пр. Но даже и в менее тяжелых случаях известное ограничение пищи и питья играет существенную

роль. Следует подчеркнуть значение витаминов, играющих антиинфекционную роль, и поэтому пища должна быть достаточно богата ими.

Для опорожнения кишечника прибегают к клизмам. От послабляющих средств, особенно вызывающих бурную перистальтику, следует вовсе отказаться в течение всего острого периода воспаления тазовой брюшины.

Так как острое воспаление придатков и тазовой брюшины вызывает резкие боли, то приходится прибегать к антиспазматическим и болеутоляющим средствам, вводимым в прямую кишку или под кожу, как белладонна, кодеин, омнопон (пантопон), опий. Например,

Rp. Extr. Belladonnae 0,015—0,02
Papaverini hydrochlorici 0,02
But. Cacao ad 2,0
M. f. supposit.
D. t. d. № 6. S. Вводить 1—2 раза в сутки
свечку в прямую кишку

Rp. Extr. Opii 0,03—0,05
But. Cacao ad 2,0
D. t. d. № 6. S. 2 свечи в сутки

Rp. Omnoponi 0,02
But. Cacao ad 2,0
D. t. d. № 6. S. 1—2 свечи в сутки

Rp. Omnoponi 2% in amp. ā 1,0
S. На 1 инъекцию

Rp. Extr. Belladonnae 0,015—0,02
Codeini hydrochlorici 0,01—0,02
But. Cacao ad 2,0
M. f. supposit. D. t. d. № 6. S. 1—2 свечи
в сутки

В легких случаях можно ограничиться пирамидоном или антипирином внутрь или через прямую кишку.

Одним из наиболее распространенных средств при лечении острой стадии воспаления придатков и тазовой брюшины является применение холода на низ живота (пузырь со снегом или льдом, или в крайнем случае при отсутствии такового компресс, смоченные холодной водой и часто сменяемые). Возможно, что холод действует анемизирующим образом, ослабляя напряжение в воспаленных органах и тканях и таким образом действуя болеутоляюще. К применению холода могут встретиться противопоказания со стороны одновременно имеющегося заболевания других органов (колит, холецистит и др.).

Многие гинекологи предпочитают уже в острой стадии болезни применять тепло. Помимо того, что в некоторых случаях больные субъективно лучше переносят тепло, чем холод, применение тепла вызывает гиперемия, что оказывает, согласно учению Бира, активное влияние на воспалительный процесс. Приверженцы этого метода применяют тепло во всех случаях, даже если боли от тепла усиливаются. Тепло может применяться в различной форме. Особенно хорошо больные переносят тепло в форме согревающих компрессов на весь живот. Компресс сменяется 2 раза в сутки с паузой в 1—2 часа. Для усиления теплового действия можно поверх компресса положить бутылку с горячей водой, грелку или термофор. Более интенсивное действие оказывает световая дуга (местная световая ванна). Световую дугу можно применять 2 раза в день, начиная с 10 минут и постепенно доводя продолжительность каждого сеанса до 30 минут. Температура, указываемая термометром, вделанным в крышку аппарата, может достигать от 45 до 100° (Дедерлейн). Так как этот метод является несколько утомительным, то ослабленным больным лучше назначать согревающие компрессы или грелки.

Одним из наиболее эффективных видов теплового лечения и менее утомительных для больной является диатермия (методику см. раздел «Физиотерапия»).

До последнего времени диатермия при воспалении придатков и тазовой брюшины применялась только в хронической стадии процесса после того, как температура в течение уже многих недель была нормальной, при отсутствии лейкоцитоза и при нормальной или слегка ускоренной реакции оседания эритроцитов. В последнее время вопрос о возможности применения диатермии при острых воспалениях был подвергнут пересмотру со стороны терапевтов, урологов и физиотерапевтов, которые получили хорошие результаты от применения длительной (до 2 часов) диатермии при острых воспалительных заболеваниях почек, легких, при осложнениях мужской гонорреи и пр. (Вовси, Эппингер, Коваршик—Eppinger, Kowarschik, Хазанов и др.). Поэтому мы в последнее

время поставили вопрос о возможности раннего применения диатермии при гинекологических воспалениях. Начав осторожное применение диатермии под сугубым клиническим контролем в подострых случаях, а затем и в случаях обострения хронических воспалений, мы могли отметить, что во многих случаях в острой стадии гинекологического воспаления можно с успехом применять диатермию как мощный лечебный фактор. Мы начинали сеанс с 15—20 минут, последовательно прибавляя по 10—15 минут на каждый сеанс и постепенно доходя до $\frac{3}{4}$ —1 часа. Больные переносили диатермию хорошо; жалобы их, благодаря анальгезирующему действию эндотермического тока, уменьшались и исчезали, а резорбирующее действие в отношении продуктов воспаления сказывалось в уменьшении инфильтратов и опухолей.

Мы имели отдельные случаи, где при наличии больших гнойных мешотчатых опухолей придатков матки (пиовар, пиосальпинксы), с гектической температурой, ознобами, обильными кровотечениями, указанными выше изменениями со стороны белой крови и реакции оседания эритроцитов нами применялась с успехом не только эндотермия, но и вся «интенсивная» терапия (см. ниже). Заслуживает внимания и тот факт, что маточные кровотечения прекращались уже после первых сеансов длительной эндотермии без применения каких бы то ни было кровоостанавливающих средств.

Наш пока сравнительно небольшой материал не позволяет делать окончательных выводов относительно применения этого метода во всех острых и подострых случаях воспаления тазовых органов. Но мы убедились, что установленные до настоящего времени показания и противопоказания к применению эндотермии при воспалительных заболеваниях у гинекологических больных как в смысле продолжительности сеанса, так и самых форм (стадия) заболевания и времени начала применения эндотермии подлежат пересмотру (см. «Интенсивная терапия»).

Получив на своем клиническом материале ободряющие результаты от применения тепла при воспалениях в подострой и даже острой стадиях, мы тем не менее не считаем возможным совсем отказаться от применения холода во всех случаях острого воспаления придатков и тазовой брюшины. Там, где перитонеальные явления резко выражены и больные страдают от напряжения в тканях, вызванного воспалением, применение холода может оказать хорошее анальгезирующее действие. Там, где холод облегчает состояние больной, а тепло, увеличивая кровенаполнение, усиливает ее жалобы, нет основания настаивать на применении тепла. В этих случаях целесообразнее сначала в течение одного или нескольких дней применять холод, чтобы затем, не дожидаясь наступления хронической стадии, уже в подострой стадии перейти к тепловым процедурам.

При долго и упорно продолжающемся лихорадочном состоянии и болях нередко улучшение наступает после применения протеиновой терапии. Хорошие результаты мы в этих случаях получали при аутогемотерапии.

Делают 4—8 инъекций, редко больше, с промежутками 2—3 дня. Температурных реакций или каких-либо других неприятных явлений при этом не отмечается. После 2—3 инъекций больные иногда жалуются на боли тянущего характера внизу живота на стороне больных придатков.

Штеккель применял новотропин 1,0 под кожу, терпихин 1,0, скипидар, казеозан, молоко (5,0—10,0) и ятренказеин (внутримышечно), причем под влиянием последнего наблюдал особенно быстрое прекращение болей и лихорадки. Впрыскивание повторяется только тогда, когда совершенно исчезли явления реакции (лихорадка, иногда озноб, боли, недомогание, тошнота). Делать больше 6—10 впрыскиваний не рекомендуется.

Одним из новых методов лечения острых воспалительных процессов в гинекологии является рентгенотерапия малыми дозами лучистой энергии. Дедерлейн в своей монографии, вышедшей в 1932 г., указывает, что это единственный метод физиотерапии, который может быть применен в острой стадии процесса. Как видно из вышесказанного, с рентгенотерапией в этих случаях начинает

с успехом конкурировать диатермия. Наш опыт в применении рентгенотерапии при воспалительных процессах приводит нас к выводу, что из всех локализаций воспалительного процесса наилучшие результаты получаются при лечении параметров (методику см. в главе «Физиотерапия»).

Исходом острого воспалительного процесса может быть либо постепенное рассасывание воспалительного инфильтрата, сопровождающееся падением температуры, ослаблением и исчезновением субъективных жалоб, и переход через подострую стадию в хроническую, либо гнойное расплавление инфильтрата с образованием пиосальпинкса, пиовара, tuboовариального абсцесса или абсцесса дугласова пространства. Чаще всего наблюдается переход в хроническую стадию.

Лучшим способом лечения воспаления придатков и тазовой брюшины является длительный постельный режим. Но для этого часто нужна большая настойчивость со стороны врача и большое терпение со стороны больной. Если в острой стадии соблюдение постельного режима является всегда потребностью самой больной, то в подострой стадии дело обстоит иначе: больную, большей частью молодую, занятую тем или иным трудом и переставшую ощущать боли, уже трудно удержать в постели, тем более что подострая стадия воспаления длится значительно дольше, чем острый период. А между тем и в подострой стадии полный покой является одним из важнейших факторов, способствующих излечению при любом методе терапевтического воздействия.

Неудивительно поэтому, что стационарное лечение, при котором постельный режим обеспечивается лучше, чем при домашнем лечении, дает и наилучшие результаты. Можно утверждать, что при соблюдении покоя многие, если не все, методы лечения воспаления дают более или менее хорошие результаты, в то время как при несоблюдении этого условия процесс принимает затяжное течение и сопровождается часто повторяющимися вспышками, нередко превращающими больную в инвалида.

В острой стадии необходимо ограничить гинекологическое исследование и чрезвычайно осторожно его выполнять. Совершенно бессмысленно, несмотря на резкую болезненность и напряжение брюшной стенки, уже при первом исследовании пытаться точно определить все детали гинекологического статуса. Такая попытка, являющаяся непосредственной травмой для остро воспаленных органов, приносит вред и все равно не достигает цели. В этот момент при исследовании надо установить характер процесса, его стадию и локализацию в тазовых органах.

После того как диагноз острого воспаления придатков матки и тазовой брюшины поставлен, повторное, более детальное гинекологическое исследование является излишним до тех пор, пока продолжают острые явления. Только в том случае, если острая стадия процесса затягивается или явления нарастают, приходится прибегнуть к повторному гинекологическому исследованию, чтобы установить, не образовался ли в тазу гнойник, требующий опорожнения.

Исходом острого воспаления может явиться, как было указано выше, образование гнойника, требующего часто хирургического лечения. Это относится главным образом к случаям септической инфекции, когда особенно велика опасность прорыва гнойника в брюшную полость.

Подозрение на наличие гнойника вызывается прежде всего быстрым увеличением воспалительной опухоли, ее размягчением, высокой температурой с значительными утренними ремиссиями, учащением пульса, усилением болей. Исследование крови обнаруживает растущий лейкоцитоз и весьма значительное ускорение реакции оседания эритроцитов. Если при этом появляются еще нарастающие симптомы раздражения брюшины, как метеоризм, рвота, напряжение брюшной стенки, резкая болезненность при ощупывании нижней части живота, симптом Блюмберга, то это является признаком угрожающего прорыва гнойника в брюшную полость и требует оперативного вмешательства, заключающегося в опорожнении гнойника через задний влагалищный свод. Только при гоноррой-

ной инфекции возможно в подобных случаях дальнейшее выжидание, так как при гоноррее общие перитониты возникают редко.

Возможен также прорыв гнойника в соседние полые органы—мочевой пузырь и прямую кишку. Так как с уверенностью рассчитывать на такой исход нельзя, то при септической инфекции необходимо, не дожидаясь самопроизвольного прорыва в соседние органы, профилактически произвести указанную операцию.

Иногда при гнойных опухолях придатков (пиосальпинкс, пиовар), расположенных высоко, приходится при угрожающем разрыве или после происшедшего разрыва прибегнуть к лапаротомии. Прогноз при этом плохой, но, как правильно замечает Штеккель, при дальнейшем выжидании прогноз еще хуже.

Такие случаи все же являются исключением. Большей же частью при правильной линии поведения острые явления постепенно стихают и наступает подострая стадия воспаления. И в этой стадии болезни весьма важно соблюдение полного покоя. Строгость пищевого режима может быть теперь значительно смягчена: в меню постепенно вводятся всякого рода овощные и фруктовые пюре, молочные каши (манная, рисовая), бульон и протертые супы, молочные продукты, как простокваша, кефир, сметана, творог, масло, и, наконец, икра, яйца, свежая рыба и мясо, приготовленные в легко усвояемой и удобоваримой форме.

Наркотические средства, без которых почти невозможно обходиться в острой стадии воспаления, теперь становятся излишними.

Несмотря на значительное улучшение в общем состоянии больной, подострый период болезни является для врача наиболее ответственным. Это именно тот период, когда многие больные, почувствовав значительное облегчение, считают себя выздоровевшими, перестают точно выполнять советы врача. Правильный метод лечения в подостром периоде воспаления и при переходе его в хроническую стадию состоит в соблюдении покоя, общего гигиенически правильного режима и в применении тех физиотерапевтических мероприятий, которые поддерживают реактивные свойства организма, усиливают крово- и лимфообращение и способствуют рассасыванию продуктов воспаления.

В начале подострой стадии воспаления придатков и тазовой брюшины мы охотно применяем аутогемотерапию, которую, как указывалось выше, мы нередко начинаем уже в острой стадии, особенно когда воспалительный процесс сопровождается маточными кровотечениями или кровянистыми выделениями.

В тех случаях, где проведение аутогемотерапии из-за плохих вен или по другим причинам встречает затруднения, можно применить протеинотерапию в форме внутримышечного (в ягодичную область) впрыскивания коровьего или женского молока. При дозировке следует руководствоваться общим состоянием больной, возрастом и характером заболевания. Средней дозой является 5—10 см³ стерилизованного молока, 1—2 см³ казеозана. Протеинотерапия в той или иной форме показана в тех случаях, когда после быстрого прекращения острых явлений температура в течение 6—8 дней не превышает нормы или субфебрильная температура не прекращается в течение многих недель. Здесь протеинотерапия имеет целью способствовать усилению жизнедеятельности (активированию) протоплазмы, повысить деятельность ферментов и, таким образом, стимулировать реактивные свойства организма в борьбе с инфекцией. При наличии субфебрильной температуры протеинотерапию следует проводить особенно осторожно и начинать с малых доз.

При введении в организм протеинов наблюдается ряд общих и местных явлений. Чаще всего можно наблюдать значительную температурную реакцию, сопровождающуюся нередко ознобом. Иногда больные жалуются на плохое самочувствие, одышку, сердцебиение. После кратковременной отрицательной фазы наступает положительная с падением температуры и улучшением общего состояния. Действие протеинотерапии сказывается и на картине белой крови (усиление лейкоцитоза с увеличением количества молодых форм). Местная реакция, выражающаяся в покраснении и болезненности на месте укола, наблюдается далеко не

всегда. Очаговая реакция, выражающаяся в обострении воспаления в очаге заболевания, наблюдается сравнительно часто и быстро проходит. Следующую инъекцию надо производить лишь после того, как наступившая реакция, особенно температурная и очаговая, совершенно исчезнет. Внимательное наблюдение за характером и течением вызываемых реакций имеет большое значение, так как неосторожное активирование может оказать отрицательное действие на больной организм и вызвать либо распространение воспалительного процесса, против которого предпринята была протеинотерапия, либо обострение какого-нибудь заглохшего воспаления в организме вне половой сферы. Высокий и быстрый подъем температуры, за которым так же быстро следует ее падение, не вызывает опасений. Литическое же снижение температуры (температура в течение многих дней остается выше 38°) должно вызвать подозрение на нежелательное действие протеинотерапии и ее следует отменить (Дедерлейн). При благоприятном действии протеинотерапии количество инъекций обычно не должно превышать шести.

Из тепловых процедур, применяемых в подострой стадии, можно рекомендовать согревающие компрессы, припарки из льняного семени, грелки, световую дугу (местная световая ванна), облучение кварцевой лампой и, как мы выше указывали, диатермию. Все эти методы, особенно же последние, следует из предосторожности начинать с небольших доз и только постепенно их повышать. Так, например, световую дугу ставят на живот больной в первый раз на 5—10 минут и доводят температуру сначала лишь до $50-60^{\circ}$, затем продолжительность сеанса постепенно увеличивают до 20—30 минут, а температуру до $70, 80$ и даже 100° . Такая же осторожность и последовательность необходимы и при диатермии. При благоприятном течении и улучшающемся самочувствии больной можно для усиления действия прибегнуть и к комбинированной терапии. Все же для массового применения мы в подострой стадии воспаления больше 1—2, физиотерапевтических процедур, пока еще не рекомендуем.

Применение в подострой стадии воспаления таких тепловых процедур, при которых нарушается принцип соблюдения максимального покоя для половых органов, как, например, влагалищные души, мы считаем нежелательным. Из этих же соображений мы предпочитаем вводить во влагалище лекарственные вещества (ихтиол 0,15, тигенол 0,2, альбихтол 0,1), применяемые как противовоспалительные средства, действующие благодаря всасыванию их со стороны влагалища; во избежание травмы лучше применять шарики, а не тампоны.

Rp. Ammonii sulfoichthyolici 0,2
But. Cacao 2,0
M. f. globulus vaginalis

Подострая стадия воспаления может в особо благоприятно протекающих случаях перейти в стадию выздоровления с полным рассасыванием всех продуктов воспаления или, что чаще наблюдается, перейти в хроническую стадию. Чем настойчивее и длительнее соблюдался полный покой и проводился правильный режим, тем больше шансов на полное выздоровление или, по крайней мере, на исчезновение инфекции, могущей повести к рецидивам.

Для лечения хронической стадии и воспаления придатков матки и тазовой брюшины существует огромное количество средств и методов, из которых каждый имеет своих приверженцев. Нет гинекологической школы или клиники, нет опытного гинеколога, которые не имели бы своего излюбленного метода. Тем не менее принципы лечения в общем могут быть сведены к тем же, которые применяются и в подострой стадии. При хронических воспалениях можно пользоваться более высокой дозировкой физиотерапевтических методов, более разнообразным их комбинированием, применением вакцинотерапии, а в отдельных случаях и механотерапией.

В хронической стадии воспаления тепловые процедуры можно применять и со стороны влагалища в форме, например, горячих спринцеваний или влагаллищных душей. Для того чтобы получить рассасывающий эффект, необходимо, чтобы каждое спринцевание было продолжительным, т. е. чтобы через влагаллище протекало большое количество жидкости. Если кружку вешать не высоко, так, чтобы струя текла медленно, то 2—2½ л воды проходят через влагаллище в течение приблизительно 10 минут. Отсюда ясно, что для получения эффективной гиперемии надо пропускать большое количество жидкости (3—5—10 л). Для этого необходимо либо иметь большую кружку, либо постепенно подливать в кружку воду соответствующей температуры.

Температура такого спринцевания должна повышаться постепенно: начинают с 38—39°, ежедневно повышают на 1° и постепенно доводят до 44—46° и выше. Кожа наружных гениталий более чувствительна к высокой температуре, чем слизистая влагаллища. Поэтому при применении очень горячих спринцеваний следует смазывать наружные половые органы вазелином. Во избежание ожога наружных половых органов предложены особые приборы с отводными трубками. Таковы аппараты Пинкуса (Pincus), Гассе (Hasse) (рис. 2 и 3),

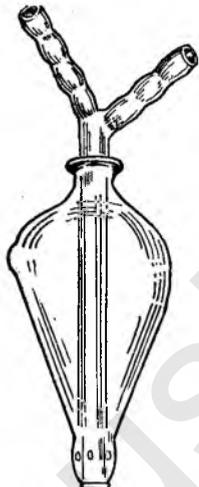


Рис. 2. Аппарат (груша Гассе) для горячих спринцеваний.

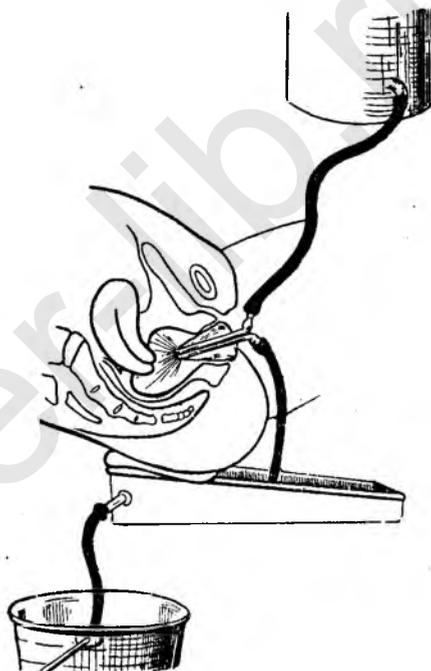


Рис. 3. Длительное спринцевание с помощью груши Гассе.

позволяющие доводить температуру жидкости до 48—50°. Горячие влагаллищные души влияют также на мочевой пузырь и прямую кишку (геморроидальные шишки).

Так как спринцевания чистой водой размягчают и мацерируют эпителиальный покров слизистой влагаллища, то обычно мы прибавляем к воде поваренную соль (чайную ложку на литр воды) или для усиления рассасывающего действия—иод (20—30 капель иодной настойки на 1 л воды, или

Rp. Kalii jodati 5,0
T-rae Jodi 20,0
Aq. destill. ad 200,0
MDS. 1 столовую ложку на литр воды).

После горячего душа больная должна оставаться в постели не менее ½—1 часа. Поэтому при домашнем лечении душ следует назначать утром, когда больная еще не встала с постели, и вечером, когда больная уже ложится в по-

стель. Для более интенсивного прогревания тазовых органов во время горячего спринцевания или тотчас после него на живот кладут грелку. Это один из простейших видов комбинированного метода теплового лечения, особенно пригодного в обстановке домашнего лечения. Вместо влагалищных спринцеваний или в добавление к ним можно применять горячие клизмы. Для горячих клизм берут $\frac{1}{2}$ —1 стакан физиологического раствора поваренной соли, температура клизмы 42—43°. Для прогревания таза со стороны прямой кишки можно пользоваться аппаратом, предложенным Арцбергером для лечения геморроя. Аппарат этот (рис. 4) изготовлен из металла, имеет приводящую и отводящую резиновые трубки и может быть оставлен в прямой кишке в продолжение часа. Вливания в прямую кишку оказывают хорошее действие на опухоли придатков, расположенные высоко в тазу. Были сконструированы и специальные электрические аппараты, подводящие тепло одновременно со стороны влагалища и брюшных покровов (пельвизтерм).

Наиболее эффективные результаты лечения хронических воспалительных процессов внутренних половых органов получают при применении разнообразных физических методов лечения, из которых особенно можно рекомендовать диатермию, ионогальванизацию различными лекарственными веществами, а также курортное и внекурортное грязелечение. Для усиления действия применяют комбинации из различных физиотерапевтических методов, как, например, ионо-гальвано-диатермия. В самое последнее время в качестве весьма эффективного метода рекомендуется лечение короткими и ультракороткими волнами (методику см. ниже).

В прежнее время одним из наиболее распространенных методов лечения хронических воспалительных процессов в тазу были тампоны, пропитываемые лекарственными веществами. В качестве лекарственных веществ для тампонов применяются главным образом ихтиол, тигенол, иод в соединении с глицерином. Последний ввиду его гигроскопических свойств особенно полезен тем, что извлекает из тканей воду и способствует, таким образом, всасыванию и уменьшению экссудатов. Рассасывающее действие ихтиола и других медикаментов ограничивается местом его приложения, но в комбинации с глицерином границы их действия расширяются. Некоторые, впрочем, считают, что ихтиол и иод, всасываясь через слизистую влагалища, сами по себе влияют на воспалительный очаг. Не отрицая, что всасывание медикаментов через слизистую влагалища действительно происходит, мы, однако, сомневаемся в том, насколько значительно их действие, и поэтому считаем, что для тампонов при лечении воспалительных процессов в тазу следует применять лекарственные вещества обязательно в соединении с глицерином. Наибольшую эффективность этот метод дает в тех случаях, когда воспалительный очаг непосредственно прилегает к влагалищным сводам, — следовательно, при инфильтратах, расположенных в дугласовом пространстве и близлежащей паравагинальной, парапроктальной и парацервикальной клетчатке, при опухолях придатков, когда они фиксированы в заднем дугласовом пространстве. При высоко лежащих в тазу опухолях лечение влагалищными тампонами мало целесообразно.

Тампоны готовят следующим образом: из полоски или куска гигроскопической ваты скатывают валик толщиной, в зависимости от влагалища, от грецкого ореха до детского кулачка. Тампон перевязывают крест-на-крест прочной ниткой с длинными концами, за которые тампон впоследствии и извлекают из влагалища.

Для смачивания тампона мы применяем следующие лекарственные составы.

Rp. Jodi puri 0,5—1,0
Kali jodati 10,0
Glycerini ad 200,0
MDS. Наружное для тампонов



Рис. 4. Аппарат Арцбергера для лечения теплом со стороны прямой кишки.

или

Rp. Ammonii sulfoichthyolici 20,0
Glycerini ad 200,0

или

Rp. Albicicoli 20,0
Glycerini ad 200,0

Больная сама может вводить себе во влагалище тампон лишь в тех случаях, когда его лечебное действие ограничивается слизистой влагалища или влагалищной части матки. Тампоны же, применяемые для лечения воспалительного процесса в придатках матки или в тазовой брюшине и клетчатке, необходимо вводить в задний или боковой влагалищный свод, что правильно сделать сама больная в большинстве случаев не может; а если тампон не прилегает вплотную к влагалищному своду, то действие его сводится почти к нулю. Поэтому при лечении хронических воспалительных процессов в тазу тампоны должен вводить врач или, по его указаниям, акушерка, или обученная этому делу медицинская сестра. Тампон, смоченный лекарством, отжатый и захваченный корнцангом, вводят во влагалище через зеркало или по пальцам другой руки, отесняящим кзади заднюю влагалищную стенку. Затем корнцанг снимают и тампон одним или двумя пальцами продвигают в соответствующий влагалищный свод, обычно под влагалищную часть матки. Тампон оставляют на 12—20 часов, а затем извлекают наружу и делают влагалищное спринцевание теплой водой. Вместо ватного тампона можно тампонировать влагалище полоской марли, смоченной тем же лекарственным веществом. Последний метод менее удобен, и им следует пользоваться преимущественно в тех случаях, когда при помощи тугой тампонации влагалищных сводов (колюмнизация) желательно также и механическим путем воздействовать на тяжи и спайки, имеющиеся при застарелых периметритах, параметритах, фиксированных ретрофлексиях матки и т. п.

Тампоны мы вводим с промежутками в 2—3 дня. Курс лечения состоит из 12 тампонад. После отдыха в несколько недель курс может быть повторен.

В настоящее время, вследствие развития и распространения физических методов лечения, метод лечения тампонами отошел на задний план. Несомненно, однако, что там, где физиотерапия по каким-либо причинам не может быть применена, или в тех случаях, когда воспалительный инфильтрат близко прилегает к влагалищному своду,—лечение тампонами является ценным методом консервативной терапии.

Для лечения хронических воспалительных процессов матки и придатков, независимо от инфекционной этиологии заболевания (исключение: туберкулез и сифилис), сопровождающихся повторными, длительными или обильными маточными кровотечениями, болезным, приближающимся к климактерию, можно применять внутриматочное вливание иодной настойки по способу Грамматикати (Грамматикати, Миронов, Чернеховский и др.). Влияние внутриматочных впрыскиваний иода на пораженные воспалительным процессом внутренние половые органы сказывается в следующем: иод, введенный в полость матки, вызывает, с одной стороны, некроз слизистой матки, которая через 1—1½ месяца постепенно регенерируется (Лебедев), с другой стороны, повреждает фолликулярный аппарат яичника. Еще сам Грамматикати высказал предположение, что иод, введенный в матку, проникает по лимфатическим путям в яичник и оказывает на него определенное влияние. Те изменения, которые Грамматикати наблюдал после внутриматочных впрыскиваний иода, в частности, аменоррею, он объяснял, однако, не прямым действием иода на яичники, а изменениями, наступающими в слизистой оболочке матки в результате прижигающего действия впрыскиваний. Экспериментальные исследования (Брауде и Шварцман) над действием иода, введенного животным под кожу, на яичники показали, что в яичниках происходят деструктивные изме-

нения, выражающиеся в дегенерации фолликулярного аппарата и что размеры морфологических изменений зависят не от количества введенного иода, а от продолжительности его применения. Этим и можно объяснить как прекращение кровотечения, сопровождающего воспаление, так и временную аменоррею, наступающую после систематически проводимого курса внутриматочных впрыскиваний иода. Аменоррея в зависимости от применяемой методики может длиться от 1½ до 4 месяцев. Аменоррея, вызванная внутриматочными вливаниями иода, не сопровождается явлениями выпадения. В отдельных случаях, наряду с прекращением маточного кровотечения, при применении способа Грамматикати отмечается уменьшение размеров воспалительных опухолей, увеличение подвижности их, что, повидимому, следует объяснить значительным резорбирующим действием иода. Помимо этого, известную роль в уменьшении воспалительных явлений следует придавать временному выключению менструации, нередко вызывающей обострения воспаления. Наступающая в результате внутриматочных вливаний аменоррея дает половым органам функциональный покой, который необходим для ускорения рассасывания продуктов воспаления.

Способа Грамматикати мы не применяем у больных в молодом возрасте, в острой и подострой стадиях и при обострении хронического воспаления, при повышенной температуре, ускоренной реакции оседания эритроцитов, при лейкоцитозе и сдвиге формулы крови влево. Мы считаем его также противопоказанным при мешотчатых опухолях придатков матки независимо от характера их содержимого и при нагноительных процессах в брюшине и клетчатке малого таза.

Вливания производят систематически, ежедневно, не только до полного прекращения маточного кровотечения, но и некоторое время по окончании кровотечения. В среднем количество вливаний колеблется в пределах от 15 до 30. Кровотечение прекращается чаще всего уже после первых 3—6 вливаний.

Введение иодной настойки в полость матки производится либо при помощи шприца Брауна с эбонитовым наконечником, либо шприцем Брауна—Рекорда (емкость от 2,0 до 5,0) с металлическим наконечником. Мы предпочитаем такой наконечник, в котором, кроме центрального отверстия, имеется несколько боковых, а шприц рекордовский, так как его можно кипятить; брауновский же шприц с эбонитовым наконечником от кипячения портится.

Внутриматочные вливания производят следующим образом: влагалищную часть матки обнажают ложкообразными зеркалами, шейку захватывают пулевыми щипцами и подтягивают после удаления переднего зеркала ко входу во влагалище. Обнаженную зеркалами влагалищную часть матки насухо протирают асептической марлей или ватой, а затем спиртом. При пользовании зеркалом Куско шейку щипцами не захватывают. К расширению канала шейки матки мы прибегаем в редких случаях, а именно: у нерожавших, при ригидной шейке, при чрезмерной антефлексии или ретрофлексии матки, при рубцовых сужениях цервикального канала. Канал шейки матки при этом расширяют не более, чем до № 6 расширителя Гегара. Во избежание возможного прободения матки наконечник шприца вводят без всякого насилия. В случаях резко выраженной антефлексии зеркало Куско после достаточного обнажения шейки матки отдают назад по направлению к заднему проходу, чем достигается некоторое выпрямление угла между шейкой и телом матки и, наоборот, при ретрофлексии—верзни приходится иногда зеркало оттеснить кпереди—к лобку. Такой прием облегчает введение наконечника шприца.

При вливании иодной настойки наконечник шприца доводится до дна матки, содержимое шприца медленно, без рывков, выливается в полость матки и наконечник постепенно выводится из матки.

Начинают внутриматочные вливания с небольших (0,3—0,5) количеств 5 или 10% иодной настойки или иодной настойки вместе с алумнолем и постепенно доводят дозу до 1,0. В отдельных случаях можно вливать и большие количества иода (до 2,0 и даже 3,0), но особой необходимости в этом не видим. При отсутствии специального шприца Брауна или Браун—Рекорда можно для внутриматочного вливания воспользоваться эластическим мужским катетером

небольшого диаметра, который насаживается на обычный одно- или двухграммовый шприц Рекорда или Люэра. Во избежание раздражения слизистой наружных половых органов после вливания иодной настойки излившийся из матки иод удаляют из влагалища марлевыми тупферами и влагалище протирают досуха.

При соблюдении указанной техники внутриматочных вливаний осложнений обычно не наблюдается. Если же сразу начинать с введения больших количеств иодной настойки или под значительным давлением, не выдвигая постепенно наконечника шприца из полости матки, то непосредственно после вливания у больной может получиться шок; резкие боли внизу живота, в пахах, отдающиеся в ноги, тошнота, рвота, слабость, холодный пот, смертельная бледность, поверхностное дыхание, страх смерти. Шок наблюдается чаще всего у тех больных, у которых сохранена проходимость трубы (односторонние воспаления) и у которых, следовательно, иодная настойка может вследствие антиперистальтических движений трубы попасть в брюшную полость. При явлениях шока немедленно вводят под кожу 1,0 1% раствора морфина, или 1,0 2% раствора омнопона; одновременно впрыскивают под кожу камфору или кофеин и кладут грелку на низ живота. Явления шока длятся недолго, и уже через полчаса или час больные чувствуют себя снова хорошо. Если лечение производится амбулаторно, то больную не следует отпускать домой сразу же после вливания: она должна оставаться под наблюдением, по крайней мере, в течение получаса. Хотя случаи перитонеального шока при правильной методике иодных вливаний и правильном выборе случаев встречаются редко, тем не менее возможность его служит причиной того, что многие гинекологи совсем не применяют этого метода.

Некоторые случаи хронического воспаления, сопровождающиеся маточными кровотечениями, при которых раньше применяли иодные вливания, теперь могут быть подвергнуты рентгенотерапии. Наш комплекс «интенсивной» терапии, в который входит и аутогемотерапия, также дает хорошие результаты в указанных случаях. Все же метод Грамматикати и в настоящее время не потерял полностью своего значения, и там, где другие методы не дали результатов или по тем или иным причинам не могут быть применены, он и сейчас, по нашему мнению, имеет право на существование в тех узких границах, которые были нами выше указаны.

Вакциноterapia. Часто наблюдающиеся рецидивы и обострения хронических воспалительных процессов заставили попытаться улучшить результаты лечения путем активной иммунизации организма при помощи вакцин.

Определение вида микроорганизма, вызвавшего воспалительное заболевание, возможно, по мнению некоторых авторов, при помощи той же вакцины.

Подробную, основанную на учении Безредка, методику специфической диагностики и терапии воспалительных процессов женских половых органов различной этиологии разработали в 1925 г. Бурлаков и Кандыба. На VII съезде акушеров-гинекологов в Ленинграде Бурлаков сообщил о вполне благоприятных результатах, получаемых от впрыскивания различных вакцин в слизистую влагалища, шейки матки и прямой кишки.

Свою методику Бурлаков описывает следующим образом: влагалищная часть матки обнажается при помощи зеркала и фиксируется пулевыми щипцами. Слизистая ее и влагалища протирается смоченным в эфире тупфером. Вакцина впрыскивается в слизистую в количестве 0,2—0,3 (титр—1 млн. микробных тел в 1 см³), которое распределяется на несколько уколов. У молодых женщин начинают с введения гоновакцины в слизистую влагалища и канала шейки матки. При отсутствии реакции в эти же места вводится стафилококковая 0,2 и стрептококковая 0,2. У пожилых женщин начинают с коливакцины, вводя ее сначала в слизистую влагалища и шейки, а затем в слизистую прямой кишки. При очень бурной реакции назначают 10% раствор хлористого кальция по 1 столовой ложке 5—6 раз в день. Противопоказанием служат нефрит, туберкулез легких в активной стадии или в латентной форме, дающей время от времени вспышки процесса. Гонококковая вакцина обычно через 10—15 минут вызывает реакцию, которая редко длится свыше 6 часов, а еще реже повторяется на сле-

дующий день (вторая волна) в ослабленной форме. Стрептовакцина и стафилококковая вакцина дают реакцию через 10—20 минут, 1 час, часто с повторением 1—2 волн. Коли-вакцина вызывает реакцию через 6—12 часов, иногда с повторением волн. Если положительная, главным образом температурная, реакция дает возможность установить характер инфекции, то отсутствие ее не всегда свидетельствует о том, что соответствующий вид бактерий не является виновником заболевания. Только отсутствие температурной реакции без изменения гемограммы по Шиллингу говорит за отсутствие соответствующего возбудителя. Отрицательная же реакция + сдвиг ядер вправо говорит за мета-инфекционный процесс, т. е. за задержку в больных тканях тех бактериальных антигенов, которые не успели еще подвергнуться полной деструкции и окончательной элиминации.

Мандельштам и Теверовский считают, что метод Бурлакова и Кандыбы является прекрасным средством определения возбудителя инфекции, дающим в 70—90% правильный результат. При положительной местной реакции повторные инъекции соответствующих вакцин являются в дальнейшем хорошим специфическим лечебным средством. Действие вакцин основано на активировании ретикуло-эндотелиальной системы и на усилении ферментативного влияния на возбудителя инфекции со стороны соответствующих элементов этой системы.

Однако вопрос о специфической диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов при помощи вакцин не может считаться уже разрешенным в положительном смысле. Многие авторы считают, что вакцинация с диагностической целью часто ведет к ошибочным заключениям.

Так, Борелль (Borell) получил следующие результаты вакцинодиагностики (цит. по Мандельштаму и Теверовскому): 1) при туберкулезе придатков матки положительная очаговая реакция получилась в 44% на впрыскивание туберкулина, в 40% — на гоноргин и в 75% — на казеозан; 2) при гонорройном воспалении придатков положительная очаговая реакция получилась в 67,5% на туберкулин, в 47% на гоноргин, в 42% на скипидар и в 20,5% на казеозан; 3) при септическом воспалении придатков положительная очаговая реакция получилась в 37% на туберкулин, в 42% на гоноргин, в 32% на казеозан и в 25% на скипидар. Букура, являющийся большим сторонником вакцинотерапии, не считает возможным на основании положительной очаговой реакции, вызываемой той или иной вакциной, делать вывод об этиологии процесса.

Два момента не дают возможности сделать вакцинодиагностику методом выбора при определении возбудителя инфекции: во-первых, положительная реакция на какую-нибудь вакцину может проявиться потому, что инфекция в данном случае будет смешанной; во-вторых, вакцины, приготовленные из гноеродных бактерий, могут вызывать также и неспецифические реакции, действуя при воспалениях, которые вызваны не ими, как протеиновые тела.

Как уже указывалось, применение вакцин из стрептококков, стафилококков и кишечной палочки сопряжено с опасностями, так как при наличии воспалительного очага где-либо вне половой сферы последний может также обостриться, что поведет к ухудшению общего состояния больной. Поэтому перед тем, как приступить к вакцинотерапии по поводу негонорройного воспаления придатков матки, необходимо очень тщательно обследовать весь организм и установить отсутствие воспалительного очага где-либо вне половой сферы.

Дозировка вакцины должна быть также весьма осторожной. Начинают обычно с 0,1 см³ смешанной вакцины, которую впрыскивают глубоко в ягодицу, и наблюдают за реакцией. Если общая реакция отсутствует, то через 3—4 дня дозу увеличивают на 0,2 или 0,3 см³. При наличии температурной реакции последующую инъекцию производят лишь после падения температуры и в той же дозе, как и предыдущая, вызвавшая реакцию. И только после того, как эта доза не вызывает больше повышения температуры, ее увеличивают. Максимальная доза зависит от силы вакцины, т. е. от количества микробных тел в 1 см³ вакцины.

При осторожном применении вакцины и медленном увеличении дозировки вакцинотерапии хронических воспалительных процессов внутренних половых органов требует не меньше времени, чем другие виды консервативной терапии этого заболевания. Вакцинотерапию можно комбинировать и с другими методами лечения, в частности, с физиотерапевтическими.

Какие бы методы лечения ни применялись, не нужно забывать значения общего режима для больных. Свежий воздух, солнце, рациональное питание, забота о функции кишечника, уход за кожей, общее медикаментозное лечение играют огромную роль в лечении всех стадий гинекологических воспалений.

Показания к оперативному лечению хронических воспалительных процессов придатков матки совпадают с изложенными в главе о лечении гонорреи.

Воспаление околوماتочной клетчатки

Несмотря на различия, существующие между воспалением тазовой клетчатки и воспалением придатков матки и тазовой брюшины как в отношении путей распространения инфекции, так и этиологических моментов (гонорройная инфекция почти никогда не распространяется на тазовую клетчатку), клиническая картина обоих заболеваний, особенно в их острой стадии, имеет много общих черт: той и другой локализации воспаления присуща в острой стадии опасность перехода процесса в нагноение; в хронической стадии для обеих локализаций воспалительного процесса общим является длительный и затяжной характер заболевания с склонностью к рецидивам. Принципы лечения обоих заболеваний как в острой, так и в хронической стадии одинаковы, и разве только в отношении выбора отдельных видов терапии можно наметить некоторые различия. Так, в острой стадии параметрита при наличии значительного экссудата, вызывающего тяжелые общие явления и резкие боли, мы видели быстрое улучшение от применения слабых доз рентгеновских лучей.

Если при воспалении тазовой клетчатки температура продолжает оставаться высокой и приобретает септико-пиемический характер, что указывает на гнойное расплавление инфильтрата, то необходимо произвести разрез и выпустить гной. Операция производится либо со стороны соответствующего влагалищного свода, либо со стороны брюшной стенки, в зависимости от локализации гнойника. Если вскрытие гнойника затруднено из-за окружающего инфильтрата, то, прежде чем вскрыть его, можно попытаться тепловыми процедурами ускорить гнойное расплавление инфильтрата. Для этого применяют горячие припарки, термофоры и пр. на соответствующую сторону брюшной стенки или обильные горячие влагалищные спринцевания, если инфильтрат прилегает к влагалищному своду.

Если гнойник из параметрия прорвется в мочевой пузырь или в прямую кишку, то в прогностическом отношении это гораздо благоприятнее, чем прорыв гноя из фаллопиевой трубы или яичника: когда гнойник расположен в полости, выстланной сецернирующим эпителием (например, при пиосальпинксе), то прорыв его дает лишь временное облегчение ввиду остающегося незаживающего гнойного свища. Прорыв же гноя из клетчатки ведет к излечению, если перфорационное отверстие достаточно широко. Прорыв гнойника из параметрия в мочевой пузырь вызывает пиурию, которая прекращается после полного опорожнения гнойника. Этому способствует назначение обильного питья, осторожные промывания мочевого пузыря 3—4% раствором борной кислоты, тепловые процедуры, ускоряющие процесс рассасывания остатков инфильтрата. Такой благоприятный исход бывает, однако, не всегда: несмотря на опорожнение гнойника, процесс может продолжаться и сохранять инфильтративный характер. В других случаях воспаления клетчатки с самого начала не наблюдается гнойного расплавления, и острый процесс постепенно переходит в хроническую стадию, заканчивающуюся образованием плотных мозолистых тяжей, рубцов.

Лечение хронического воспаления клетчатки таза проводится при помощи тех же методов, способствующих рассасыванию инфильтрата, что и при лечении хронических воспалений придатков матки и тазовой брюшины. При старых плотных больших инфильтратах, совершенно не поддающихся рассасыванию,

сывающему лечению, мы видели иногда хорошие результаты от пункции или даже разреза, произведенных в толщу оmozололого инфильтрата. Это вмешательство нередко дает толчок рассасыванию. Возможно, как думает Штеккель, что возникающее при этом кровотечение, подобно протеинотерапии, вызывает в воспалительно измененных тканях значительный лейкоцитоз.

Образование рубцов и тяжелей может повести к возникновению ряда жалоб, как-то: крестцовые боли, невралгии на почве сдавления нервных стволов плотными остатками инфильтрата, дизурические явления и затруднения дефекации, вследствие образования рубцов по соседству с мочевыми путями и кишкой; нарушения характера менструации вследствие того, что матка осталась замурованной в толще рубцовых образований, и пр. Для устранения плотных тяжелей и мозолистых рубцовых образований можно применить гинекологический массаж в сочетании с интенсивным тепловым лечением.

Вагинизм

Под вагинизмом, как известно, понимают судорожное рефлекторное сокращение мышц, заложенных в преддверии влагалища (*m. constrictor cunni*), при попытке к половому акту или гинекологическому исследованию, а в более тяжелых случаях и всей мускулатуры тазового дна. Долгое время вагинизм считался местным заболеванием, возникающим на почве травмы и воспаления. И действительно, в значительном числе случаев вагинизма можно обнаружить во входе во влагалище более или менее резко выраженное «раздражение» слизистой, трещины, изъязвления и другие признаки воспаления. В некоторых случаях отмечается особая плотность девственной плевы. Таким образом, вагинизм рассматривался как чисто рефлекторное явление, возникающее вследствие болезненно воспринимаемых раздражений чувствительных нервов наружных половых органов. Соответственно этому взгляду на патогенез вагинизма и все лечение было направлено на устранение чисто местных явлений травмы и воспаления.

Не отрицая существования такого «псевдовагинизма», современные авторы рассматривают истинный вагинизм, при котором иногда совсем отсутствуют признаки местного раздражения, как заболевание психогенного происхождения, а изменения слизистой входа во влагалище как последствия, возникающие на почве многочисленных бесплодных попыток к половому акту.

Заслуга разработки вопроса о психогенной этиологии вагинизма принадлежит Вальтгарду. В соответствии с психогенным происхождением вагинизма в основу лечения его должно быть положено психическое воздействие на больную. Но одновременно с этим необходимо заняться устранением изменений, имеющих очень часто в преддверии влагалища, особенно же в области задней спайки и девственной плевы. С этой целью должны быть временно прекращены половые сношения, а затем применены все те мероприятия, которые назначаются в легких случаях вульвита. Хорошо в этих случаях действуют анестезирующие мази (5—10% анестезиновая или 2—3% кокаиновая мазь), которые устраняют судорожное состояние, препятствующее заживлению имеющихся в слизистой трещин и изъязвлений. В более тяжелых случаях вагинизма врачу приходится преодолеть большие трудности при попытке гинекологического исследования. Больная, волнуемая уже в ожидании исследования, при одном приближении врача к гинекологическому креслу сводит бедра, что не только затрудняет гинекологическое исследование, но и исключает всякую возможность осмотра наружных половых органов. От врача требуется в этих случаях большой такт, выдержка и спокойствие. Влияя на больную успокаивающим образом и отвлекая ее внимание в сторону, врачу часто удается почти незаметно для больной раскрыть половую щель одной рукой, а палец другой руки осторожно ввести во влагалище. Вальтгард для облегчения этой манипуля-

ции советует следующий прием: больной предлагают сильно напрячь мышцы брюшной стенки, при этом расслабляется мускулатура тазового дна, что облегчает введение пальца во влагалище. Такая возможность, о которой больная раньше и подумать спокойно не могла, разрывает цепь сложившихся у нее неправильных представлений. Иногда тут же, а в некоторых случаях в один из следующих сеансов удается ввести во влагалище и второй палец и даже влагалищное зеркало. Это убеждает больную, что никаких препятствий для полового акта с ее стороны не имеется. Нередко причиной или по крайней мере условием, способствующим возникновению вагинизма, является недостаточная потенция мужа, в основе которой могут лежать физические или так же, как и у женщины, психические моменты. В подобных случаях объектом психотерапевтического воздействия одновременно с больной должен стать и ее муж.

В тяжелых и упорных случаях вагинизма устранить судорожное состояние мышц удастся лишь путем насильственного растяжения, которое ввиду резкой болезненности приходится производить под общим наркозом. К этому же методу приходится прибегать и тогда, когда непреодолимым препятствием для полового акта является действительно чрезмерная плотность девственной плевы, не уступающая напору полового органа вполне potentного мужчины.

Техника растяжения пальцами проста: сначала через гименальное отверстие вводят указательный палец одной руки, который оттесняет кзади край гименального кольца. Это позволяет ввести вместе с указательным еще один палец (указательный палец второй руки или третий палец первой руки). Обои пальцами растягивают гименальное отверстие во всех направлениях, отчего края гимена надрываются так же, как это происходит при нормальном половом акте. Расширение должно быть произведено постепенно, но достаточно энергично с тем, чтобы к концу манипуляции во влагалище могли быть введены 4 пальца (2 пальца левой и 2 пальца правой руки).

Расширение входа во влагалище может быть произведено и оперативным путем. Никогда, однако, не следует иссекать девственную плеву, ибо возникающий в результате иссечения циркулярный рубец только ухудшит состояние.

Из хирургических методов целесообразен метод Поцци (Pozzi), заключающийся в рассечении по средней линии слизистой вместе с подлежащим мышечным слоем (*m. constrictor cunni*, *m. transversus perinei*), наподобие срединного разреза, применяемого при родах (*perineotomia mediana*, *episiotomia posterior*). Продольный разрез зашивается в поперечном направлении. При этом получается почти то же, что и после незашитого разрыва промежности первой степени. После заживления раны больная для того, чтобы убедиться, что никаких препятствий для полового акта больше нет, сама вводит себе во влагалище один из самых больших номеров расширителей Гегара.

В сложных по своему психогенезу случаях, где вагинизм является лишь частичным проявлением общего нервно-психического расстройства, приходится прибегать к более тонким методам индивидуальной психотерапии, которыми владеют специалисты-психотерапевты. Нередко в этих случаях имеет значение и общее укрепляющее лечение.

Бели (fluor)

Из жалоб, с которыми женщины чаще всего обращаются к гинекологу, на первом месте стоят так называемые бели. Они являются часто единственной, иногда главной, иногда же одной из многих жалоб гинекологической больной. Ощущение белей, т. е. увеличенного против нормы количества выделений из половых органов, весьма субъективно. Некоторые женщины жалуются на бели, в то время как в действительности никакой патологической секреции у них нет или она очень незначительна. Другие же, имея действительно патоло-

гические выделения, не страдают от них и даже совсем их не замечают. Степень чистоплотности, культурный уровень больной играют в этом вопросе выдающуюся роль. Нередко причиной жалоб на бели бывает повышенная чувствительность женщин, заставляющая их принимать усиление секреции перед менструацией или при половом возбуждении (*fluor libidinosus*) за нечто патологическое.

У женщин с зияющей половой щелью (на почве бывшей родовой травмы) иногда наблюдается более обильное отделяемое при переходе из горизонтального положения в вертикальное или при физическом напряжении (при подъеме тяжестей). В этих случаях физиологическое по составу и количеству отделяемое полового канала дает ощущение повышенной влажности. Поэтому при опросе больной, жалуемой на бели, необходимо выяснить, постоянно ли она их ощущает или лишь при определенных условиях.

Бели являются не только наиболее частой жалобой гинекологических больных, но и весьма важным симптомом, который независимо от причин, его вызывающих, может стать источником плохого самочувствия. Длительные и упорные выделения, сопровождающиеся мацерацией наружных половых органов, вызывающие постоянное ощущение влажности, часто являются источником неврастенических жалоб. Если бели появляются в результате упадка общего состояния организма на почве неврастении, то получается заколдованный круг: на почве расстройства вегетативной нервной системы появляются или усиливаются выделения из полового канала, мучительные же ощущения белей усиливают нервозность больной. Нюренбергер (*Nürenberger*) указывает также на то, что постоянное и длительное истечение из полового канала вызывает потерю белков, что в конечном итоге приводит к истощению организма.

Установление характера белей часто является важным вспомогательным средством для диагноза гинекологического страдания, как, например, при раке.

Успех лечения патологических белей в значительной мере зависит от определения патогенеза и этиологии этого страдания в каждом отдельном случае. Для этого прежде всего необходимо установить источник белей, т. е. установить, в каком отрезке полового канала образуется патологический секрет. Это не всегда легко.

Начинают с осмотра наружных половых органов, так как источником увеличенного количества отделяемого могут быть вестибулярные, потовые и сальные железы. Надо помнить, что патологическое состояние покровов вульвы может появиться в результате мацерации их отделяемым, стекающим из вышележащих отделов, и местное лечение пораженного покрова не будет иметь никакого успеха, пока не будет ликвидирована патологическая секреция, идущая сверху. Если при этом осмотре источник патологической секреции не установлен, то надо искать причину ее в половом канале, применяя для этого зеркала. Во избежание диагностических ошибок рекомендуется начинать исследование зеркалами, а не пальцем, так как палец перемешивает во влагалище выделения, скопившиеся здесь из различных источников (влагалище, шейка, тело матки). Но и при помощи зеркала нелегко решить вопрос, что является источником белей— влагалище, шейка или тело матки. Хорошим средством для дифференциальной диагностики является пробный тампон Шульце, введенный через зеркало и приложенный к очищенной от выделений влагалищной части матки так, чтобы наружный зев находился приблизительно в центре тампона. Через 24 часа тампон извлекают щипцами через зеркало. Выделения из матки остаются на тампоне в том месте, где он прилегал к наружному зеву, влагалищные же выделения пропитывают периферические части тампона.

Если выделения имеют слизистый характер, то их источником является цервикальный канал; если выделения будут жидкие, серозные или же с примесью крови, то их источник надо искать в теле матки. Если в выделениях гной перемешан со слизью, то это указывает на гнойный цервикальный катарр.

Вид влагалищной части также помогает дифференциальной диагностике, так как эрозии и *ovula Nabothi* говорят в пользу цервикального процесса. Пато-

логический секрет из тела матки может быть результатом гнойного эндометрита, но тогда выделения являются далеко не единственным и не главным симптомом заболевания; если выделения являются следствием ракового перерождения слизистой матки, то они будут иметь сукровичный характер и резкий зловонный запах. Если источником белей будут фаллопиевы трубы, то обильные выделения появляются лишь временами, как бы толчками, причем пальпаторно можно определить характерную опухоль придатков, которая уменьшается в объеме после истечения секрета. Если, как указывает Лацко (Latzko), такие толчками выделяющиеся бели имеют светложелтую, янтарную окраску, то при наличии опухоли трубы это говорит за раковый характер опухоли, в то время как бесцветные или светлосероватые выделения могут иметь источником гидросальпинкс или тубо-овариальную кисту. Если матка и трубы как источники белей исключаются, то приходится сделать заключение, что бели в данном случае вагинального происхождения.

Наиболее частым источником патологических выделений является влагалище, а к вагиниту часто присоединяется и цервикальный катарр. Вагинальный секрет содержит в себе слущенный плоскоклеточный эпителий слизистой влагалища и влагалищной части матки; изредка в нем находят единичные эпителиальные клетки из цервикального канала. Жидкая часть секрета состоит отчасти из стекающего сверху секрета маточного канала, главным же образом из трансудата, происходящего из субэпителиального слоя слизистой и просачивающегося между поверхностными эпителиальными клетками внутрь влагалищной трубки. В норме жидкая составная часть влагалищного секрета весьма ничтожна, так как трансудация, по крайней мере в отношении воды, приблизительно уравновешивается обратной ее резорбцией.

Анатомическое строение стенки влагалища, в частности, развитие и распределение в ней лимфатической и особенно кровеносной сети, таково, что малейшая задержка в оттоке венозной крови быстро приводит к застойным явлениям со всеми их последствиями: разрыхление ткани, серозное пропитывание; усиление трансудации наружу (Лам—Lahm).

Топографические особенности распределения кровеносной и лимфатической сети, предрасполагающие к таким явлениям, выражаются, по Ламу, в следующем: артериальные сосуды проходят через мышечный слой влагалищной стенки в вертикальном направлении, переходят затем в многочисленные капилляры, которые достигают папилл эпителиального слоя. Из папилл, равно как из субэпителиального слоя, венозная кровь собирается в обширные сплетения, которые лежат друг над другом в несколько слоев. Отдельные большие вены проникают отсюда в вертикальном направлении через мышечный слой и по ту сторону его разветвляются в густую сеть капилляров и только после этого повторного перехода в капилляры собираются вновь в венозные сосуды, изливающие свою кровь в маточные и подчревные вены.

Бактериальная флора влагалищного секрета, как это уже теперь окончательно установлено, является довольно однообразной. Помимо палочковидного, слегка изогнутого микроорганизма, хорошо развивающегося в кислой среде, особенно в среде, содержащей молочную кислоту, и являющегося факультативным анаэробом, так называемой вагинальной палочки (Дедерлейн), во влагалищном секрете здоровой женщины чадородного возраста других бактерий почти нет. Герлин (Manu auf Heurlin) обозначил этот тип влагалищной флоры как чистоту первой степени, но эта степень чистоты наблюдается только при нормальной функции яичников женщины в чадородном возрасте, при отклонениях же от нормальной овариальной функции влагалищная флора бактериально загрязняется. Первым признаком загрязнения является уменьшение во взятом из влагалища мазке вагинальных палочек, вместо которых появляются кокковые формы (вторая степень чистоты). Именно эта «степень чистоты» часто встречается при белях, в основе которых (см. ниже) лежат конституциональные или внутрисекреторные расстройства.

При гинекологических заболеваниях, еще более ухудшающих условия для развития вагинальных палочек, вследствие понижения кислотного титра влагалищного секрета и повреждения самих тканей появляется третья и четвертая степень чистоты; вагинальная палочка совершенно исчезает, и в выделениях преобладают гноеродные микроорганизмы, преимущественно анаэробные стрептококки.

Не подлежит сомнению, что влагалищные бели могут возникнуть как в результате воспалительного процесса, так и помимо воспаления, вследствие усиленной трансудации. Отличить эти формы друг от друга можно иногда уже при гинекологическом осмотре. При дифференциальном диагнозе белей, возникающих вследствие усиленной трансудации, от белей, обязанных своим происхождением воспалительному процессу, большую роль играет микроскопическое исследование секрета, в котором при воспалении обнаруживается обилие гнойных клеток.

Источник белей легко установить, если при гинекологическом исследовании находят опухоли, полипы, разрывы шейки, давно не вынимавшиеся пессарии, колпачки, внутриматочные штифты и тому подобные инородные тела.

Яшке (Jaschke) считает, что частые спринцевания, предпринимаемые с гигиенической целью при здоровых половых органах, могут также стать источником белей, так как они являются своего рода раздражителем, действующим аналогично инородному телу.

Очень часто причиной белей являются внеполовые расстройства, как, например, бели при туберкулезе, при хронических запорах, при истощении после тяжелых общих и инфекционных заболеваний. У молодых девушек причиной белей часто служит хлороз.

Необходимо упомянуть еще о белях так называемого психогенного происхождения, источником которых являются преимущественно вестибулярные железы. Бели психогенного происхождения чаще всего имеют сексуальные корни. Душевная борьба, происходящая при нерешимости вступить в половую связь, страх перед инфекцией, беременностью и пр. могут стать источником таких белей. Слизь в обильном количестве может появляться из цервикального канала на почве ваготонических расстройств (Kap—Kahr).

Таким образом, для выяснения причины белей во многих случаях может понадобиться не только гинекологическое исследование, но и подробное общее исследование всего организма, без чего не будет обнаружена истинная причина белей и симптоматическое их лечение не будет иметь должного эффекта.

Не касаясь здесь методов лечения тех гинекологических заболеваний и аномалий, которые ведут к возникновению белей, так как лечение этих заболеваний разбирается в соответствующих главах, мы остановимся на методах лечения белей, имеющих в основе усиленную трансудацию из слизистой влагалища без наличия воспалительных явлений или лишь с небольшими изменениями воспалительного характера.

Перечислять все те многочисленные средства и методы, которые предлагались для лечения белей, не входит в наши задачи. Мы остановимся лишь на тех, которые получили широкое распространение и, согласно нашим собственным наблюдениям, дают удовлетворительные результаты.

Мы считаем необходимым остановиться также и на тех методах, которые хотя еще и не оправдали себя полностью, но основаны на новых взглядах на это страдание.

Под влиянием учения о том, что бели часто являются лишь местным проявлением расстройства функций всего организма и его систем, как, например, эндокринно-вегетативной, или результатом нарушенного обмена веществ на почве неправильного питания (см. ниже), некоторые современные гинекологи стали совсем отказываться от местного лечения белей и сосредоточивают все свое внимание исключительно на лечении указанных общих расстройств.

Нет сомнения, что в тех случаях, когда бели появились недавно, на почве внеполового заболевания, лечение основного заболевания может способствовать и устранению белей. Но в значительном количестве случаев гиперсекреция, являющаяся результатом внеполового заболевания, вследствие своих мацерирующих свойств и изменения в связи с ней микробизма и химизма влагалищного содержимого, вскоре вызывает в слизистой оболочке изменения воспалительного характера, требующие местного лечения, при котором не следует оставлять, однако, без внимания и те общие причины, которые вызвали бели. Совершенно очевидно, что в большинстве случаев для радикального лечения белей необходимо комбинировать общее и местное лечение.

Изучение физиологического микробизма и химизма влагалища, показавшее, что кислая среда влагалищного секрета зависит от наличия молочной кислоты, вырабатываемой дедерлейновскими палочками из гликогена влагалищного эпителия, естественно вызвало стремление восстановить в патологических случаях нарушенный микробизм и химизм влагалища при помощи биологических методов.

Идея биологических методов лечения заключается в том, что во влагалище, флора которого загрязнена чужеродными бактериями, вводятся бактерии, идентичные или родственные нормальным для влагалища дедерлейновским палочкам, совместно с которыми они и должны вытеснить патологические для влагалища чужеродные бактерии.

Исходя из этой идеи, Лезер (Loeser) ввел для лечения белей и кольпитов бактериальный препарат «Bazillosan», изготовляемый из молочнокислых бактерий. Препарат этот применяется в порошке или таблетках (0,5), которые вводятся 2 раза в неделю в задний влагалищный свод. Микроскопическое исследование фабричного препарата показало, однако, что он часто совсем не содержит живых молочнокислых бактерий.

На тех же предпосылках основано лечение белей при помощи бактериальных препаратов, содержащих болгарскую палочку, которая должна вытеснить из влагалища патологическую флору и вырабатывать молочную кислоту. Для этой цели был изготовлен препарат из простокваши на болгарской палочке с прибавлением сахара. Во влагалище этот препарат вводился при помощи тампона (Abraham, Watson). У нас для лечения белей применяют «биолактин». Этот препарат, предложенный впервые Дубинчиком в 1928 г., содержит живую культуру болгарской палочки слизистой расы и готовится следующим образом.

Снятое молоко стерилизуется, засеивается культурой болгарской палочки (3 см³ на 1 л молока) и разливается в особые шприцы, состоящие из обыкновенной цилиндрической стеклянной трубочки, один конец которой конически сужен; широкий конец этой трубочки закрывается ватной пробкой, а узкий — резиновой; к трубке прилагается стеклянный стержень, играющий роль поршня. Разлитое в такие шприцы молоко оставляется в термостате при температуре 37°, и через сутки оно превращается в однородную светлую сливкообразную массу, в которой жизнедеятельность болгарской палочки и все ее биологические свойства не исчезают в течение 3 недель.

Способ применения биолактоина состоит в следующем: вынув резиновую пробку из шприца, наполненного биолактоином, женщина вводит себе такой шприц во влагалище поглубже и стеклянным стержнем начинает давить на ватную пробку, проталкивая биолактин во влагалище, а опорожненную трубочку выводит обратно. Процедура эта производится перед сном; всякие спринцевания отменяются. Биолактин выполняет задний свод влагалища, покрывает собой погруженный в него зев матки и, благодаря своей вязкой консистенции, обволакивает тонким слоем всю слизистую влагалища. При применении биолактоина у гинекологических больных, страдающих различного рода воспалительными процессами, сопровождающимися белями, бели либо совершенно исчезают, либо количество их заметно уменьшается, причем улучшаются и другие симптомы: исчезает неприятный запах, зуд. Одновременно

с этим влагалищная флора очищается, принимает более нормальный вид. Наиболее эффективное действие биолактоина сказывается при белях, обусловливаемых трихомонадным кольпитом (Томашевич, Орлова, Морозова, Цейтлин). Мы также видели хорошие результаты от применения биолактоина при кольпитах, особенно в старческом возрасте. Биолактин является главным образом прекрасным средством для закрепления результатов, которые достигнуты при лечении воспалительных процессов при помощи медикаментозных методов лечения.

Как биологический метод для лечения белей применяют пивные дрожжи. Дрожжевые бактерии, введенные во влагалище, начинают прорастать и в процессе брожения губительно действуют на имеющиеся там патогенные микроорганизмы. Ввиду трудности пользоваться свежими пивными дрожжами были выпущены сухие препараты дрожжей под разными фабричными марками.

Сюда же можно отнести лечение виноградным сахаром (Кан—Kahn), который при щелочной реакции влагалищного содержимого вызывает изменение реакции в сторону кислотности, усиливая продукцию молочной кислоты из гликогена, содержащегося в базальном слое слизистой влагалища. Сахар вводится после промывания влагалища и оставляется в нем на сутки или двое. Лечение проводится в течение месяца. Коттлорс (Kottlors) видел при этом методе 90% излечения от патологических белей (цит. по Францу).

До известной степени сюда же можно отнести и применение глицерина, который, с одной стороны, действует осмотически, извлекая воду и усиливая секрецию, а с другой стороны, оказывает действие наподобие сахара (Келер).

Несмотря на вполне правильное теоретическое обоснование биологического метода лечения патологических белей, успех его часто кратковременен, так как функция влагалищного эпителия зависит от общей конституции больной и особенно от ее овариальной функции.

Поэтому там, где патологические бели возникают на почве внутрисекреторных расстройств и конституциональных аномалий, изменение микробизма и химизма влагалища при помощи биологических методов лечения имеет лишь временный характер. Для длительного успеха необходимо устранить внутрисекреторные расстройства, особенно усилить овариальную функцию при помощи гормональных препаратов, физических методов лечения и общеукрепляющего режима в соединении с медикаментозным лечением больной (железо, мышьяк и пр.).

Самым распространенным методом лечения белей в повседневной гинекологической практике являются до сих пор влагалищные спринцевания. Цель их двоякая: во-первых, при помощи спринцевания из влагалища удаляются все образующиеся в нем или стекающие в него из верхних отделов полового канала продукты воспалительного процесса, во-вторых, лекарственные вещества, входящие в состав раствора, действуют в качестве дезинфицирующего или вяжущего средства на больную слизистую влагалища или влагалищной части матки. Как ни проста техника спринцеваний, тем не менее их делают часто неправильно, вследствие чего они и не оказывают никакого эффекта. В большинстве случаев совершенно бесполезны спринцевания, производимые не в лежачем положении больной, так как раствор не достигает глубоких частей влагалищной трубки и шейки матки. Для того чтобы влагалище, особенно задний свод, основательно очистить от скопившихся там выделений, необходимо делать спринцевания в горизонтальном положении больной на подкладном судне. Второе условие—спринцевание должно быть обильным. Спринцевания, производимые с помощью резинового баллона, содержащего мало жидкости, неэффективны, не говоря уже о других отрицательных свойствах баллона, к которым относится невозможность тщательно очистить его и трудность регулировать силу, с которой выбрасывается струя жидкости. Стеклоянная эсмарховская кружка позволяет гораздо точнее соблюдать все требуемые для спринцевания условия. В тех случаях, когда слизистая влагалища покрыта густым

слоем выделений, надо до «лечебного спринцевания» очистить влагалище от выделений, что лучше всего достигается тепловатым спринцеванием содовым раствором (столовую ложку очищенной соды на 1 л воды) или влажными туфферами.

Для спринцевания применяют стеклянные и каучуковые наконечники, прямые или слегка изогнутые, с одним большим или несколькими маленькими отверстиями на конце. Стеклянные наконечники гигиеничнее, так как их можно кипятить и легко контролировать в отношении чистоты, но зато они ломки. Каучуковые же наконечники прочны, но их нельзя кипятить. В больничной или амбулаторной практике допустимы только стеклянные наконечники; при индивидуальном пользовании для домашнего лечения можно употреблять также и каучуковые наконечники, если они содержатся в надлежащей чистоте.

Техника влагалищного спринцевания настолько проста, что его может производить всякая больная без посторонней помощи. Приготовив кружку с соответствующим теплым раствором (при белях обычно применяют спринцевания в 37—39°), больная вешает ее на стену или на специальную стойку на высоте приблизительно $\frac{1}{2}$ —1 м над уровнем кровати, вводит наконечник во влагалище на 5—6 см, открывает кран или зажим на резиновой трубке, после чего жидкость начинает втекать во влагалище и вытекает в подложенное под таз больной подкладное судно. Перед введением наконечника во влагалище следует спустить немного жидкости, для того чтобы удалить из трубки воздух и остывший раствор. Если спринцевание производить в лежачем положении нельзя, то больная делает его, сидя на биде или на корточках над тазом или горшком. В этих случаях кружку вешают несколько выше и применяют наконечник с одним большим отверстием.

Для длительного орошения влагалища предложены специальные приборы—аппарат Букура, Иоахимович и Шварц (Joachimowitz u. Schwarz) или им подобные, которые позволяют пропускать через влагалище большие количества жидкости и таким образом дают возможность лучше очистить его от всех выделений; одновременно с влагалищем обильно орошается вход во влагалище и вульва.

Число лекарственных средств, применяемых для спринцеваний, огромно. Прежде всего мы считаем необходимым предостеречь от длительного применения таких ядов, как сулема, которую вообще не следует давать на руки больной. Особенно опасно применять сулему для спринцевания при разрыхленной слизистой влагалища, как это бывает во время беременности и в послеродовом периоде. То же относится и к карболовым препаратам (как, например, лизол), которые к тому же отличаются дурным запахом, что делает их, с нашей точки зрения, совершенно неприемлемыми. Для длительного применения непригодны средства, отличающиеся интенсивным действием, как, например, хлористый цинк, формалин, так как после того как слизистая влагалища «привыкла» к раздражающему действию медикамента, больная уже не может обходиться без спринцеваний. Поэтому, если нет необходимости применять специфические средства (например, препараты серебра при гонорройных процессах), то лучше применять мало раздражающие средства, от которых женщине легче отвыкнуть, когда нужда в спринцевании пройдет. Такими средствами являются поваренная соль (1—2 чайные ложки на 1 л воды), настой ромашки (2 столовые ложки заварить кипятком и дать настояться в чайнике, настой процедить через ситечко или марлю и прибавить к 1 л воды в эсмарховской кружке), борная кислота (1—2 столовые ложки на 1 л воды), Liquor Aluminiumi acetici (1—2 столовые ложки на 1 л воды) (преимущественно при эрозиях), марганцовокислый калий (несколько кристалликов на 1 л воды, причем раствор должен иметь красный, а не интенсивно фиолетовый цвет), одеколон (1 чайную ложку на 1 л воды применяется при выделениях с запахом), квасцы (Alumen crudum или Alumen pulveratum—1 чайную ложку на 1 л воды), таннин (Acidum tannicum) 1—2 чайные ложки

на 1 л воды (при опущении влагалища спринцевания с таннином дают больным ощущение тонизирующего действия). При гнойных выделениях на почве резко выраженных воспалительных процессов применяют более интенсивно действующие растворы, как *Zincum sulfuricum*, *Zincum chloratum*, *Cuprum sulfuricum* и др. (см. Кольпит).

Влагалищные спринцевания раствором молочной кислоты (Дедерлейн, Цвейфель—Zweifel) имеют целью создать во влагалище благоприятные для развития молочнокислых бактерий условия и являются, таким образом, методом биологического воздействия. Молочная кислота назначается в $\frac{1}{2}\%$ растворе (*Acidum lacticum* 50,0. DS. 1 чайную ложку на 1 л воды). Эффект от таких спринцеваний, естественно, весьма кратковременный; их приходится применять по нескольку раз в день. Для того чтобы создать более постоянную среду, соответствующую нормальному составу влагалищного содержимого, предложена буферная смесь, выпускаемая в продажу в таблетках под названием «Normolactol».

Перечень лекарственных средств, предложенных для влагалищных спринцеваний, можно было бы продолжить бесконечно. Опыт показывает, что для получения должного эффекта более чем достаточно приведенных простых и мало раздражающих лекарственных средств, если ими пользоваться правильно, т. е. чередовать их или менять через более или менее короткие промежутки времени и постепенно уменьшать частоту спринцеваний.

Более сильное прижигающее действие оказывает местное лечение раствором азотнокислого серебра при помощи ванночек (Цвейфель) по способу Менге: во влагалище вводят зеркало Трела, имеющее то преимущество перед цилиндрическим, что, благодаря узким браншам, стенки влагалища свободно могут соприкасаться с лекарственным веществом; зеркало медленно раздвигается. После того как влагалище механически очищено при помощи тупферов (или спринцеванием с последующим обсушиванием), через зеркало вводят во влагалище тупфер, обильно смоченный 2% раствором азотнокислого серебра. Тупфер прижимают сперва к влагалищной части матки, а затем к влагалищным сводам, вследствие чего вытекающий из него раствор постепенно прижигает слизистую оболочку этих участков, а также тех частей влагалища, которые не были закрыты браншами зеркала. Затем обратным движением винта бранши зеркала сдвигают и извлекают его из влагалища; после этого лекарственный раствор соприкасается с отрезками влагалища, которые до того были закрыты зеркалом. Прижигают также слизистую входа во влагалище, а если необходимо, то и вульву. Прижигание в случае надобности повторяют, но не раньше чем через 7—8 дней. Иногда для достижения полного эффекта достаточно однократно применить этот способ, иногда же его повторяют два или три раза. В промежутках между прижиганиями Менге для усиления действия назначает спринцевания настоем ромашки или слабым раствором хлористого цинка (Rp.: *Zinci chlorati*, Aq. font. \bar{a} 150,0. DS. 1 чайную ложку на 1 л воды) или сернокислой меди (*Cupri sulfurici* 50,0. DS. 1 чайную ложку на 1 л воды). Менге рекомендует по окончании прижиганий еще в течение 2—3 недель применять влагалищные спринцевания (в первую неделю через день, во вторую—через 2 дня на третью). Если бели после этого исчезают, то дальнейшие спринцевания излишни и даже вредны, так как нарушают биологию влагалища. Как указывалось выше, мы получали хорошие результаты, применяя после прижигания в течение нескольких недель (сначала ежедневно, а затем все с большими паузами) биолактин.

Одно время (сравнительно недавно) широкое распространение получил предложенный Нассауэром (Nassauer) метод распыления порошкообразных веществ во влагалище с целью его высушивания (*Volus alba*, леницет и др.). Эти порошки вводят либо *per se*, либо с примесью лекарственных веществ при помощи особого аппарата. Вместо аппарата можно пользоваться обыкновенным цилиндрическим зеркалом, через которое во влагалище насыпается тот или

иной порошок. При помощи ватного тупфера порошок распределяют по всему влагалищу. Важно, чтобы, кроме влагалища, порошком припудривались также вход во влагалище и вульва. Субъективно больные испытывают при этом способе большое облегчение, особенно если они до этого страдали обильными белями. Что касается объективных данных, то вряд ли этот способ имеет какие-либо преимущества перед другими методами. В отношении возможности медикаментозного воздействия на слизистую при катарральном ее состоянии этот метод даже уступает другим. Неудобством его является также необходимость удалять из влагалища комки, образующиеся от соединения порошка с влагалищными выделениями. В последнее время увлечение этим методом значительно ослабело.

Одним из новых методов лечения белей является вагинальная фототерапия— применение через специальное влагалищное зеркало (Винтц) ультрафиолетовых лучей, излучаемых кварцевой лампой. Ввиду чувствительности слизистой влагалища к лучам срок освещения должен быть коротким—от 1 до 8 минут (Кар). Показанием к применению этого метода являются бели, особенно при наличии эрозий шейки.

Лампа Ландекера (Ultrasonne) применяется для лечения белей, особенно при наличии воспалительных процессов матки и придатков. Она дает мало коротковолновых ультрафиолетовых лучей и, следовательно, не угрожает появлением эритемы, почему длительность ее применения может быть доведена до 30 минут.

При неспецифических белях можно получить хорошие результаты, применяя различные методы местного лечения, если, как уже указывалось выше, одновременно уделять должное внимание общеукрепляющему режиму и лечению основного заболевания.

При лечении женщин астенической конституции должны быть применены все методы, которые ведут к уменьшению недочетов, связанных с этой конституцией. Сюда относятся прежде всего усиленное питание в сочетании с отдыхом, умеренными гидропатическими процедурами и неустойчивыми физкультурными упражнениями. С целью укрепления стенок капилляров и уменьшения трансудации из слизистой влагалища некоторые авторы рекомендуют кальций для приема внутрь в течение нескольких недель, после чего делают паузу, а затем его принимают вновь. Из лекарственных веществ наиболее употребительны препараты железа и мышьяка (*Ferrum oxydatum saccharatum* 200,0; принимать 3 раза в день на кончике ножа на молоке; *Liquor Ferri album.* 300,0 3 раза в день по столовой ложке на молоке за полчаса до еды; *Sol. arsenicalis Fowleri* 10,0 1—2 раза в день по 2—9 капель, постепенно увеличивая, а затем уменьшая число капель).

При белях у ожирелых женщин, страдающих нарушениями обмена веществ и расстройствами эндокринной системы, должен проводиться соответствующий режим с особой диетой, физиотерапевтическими и гормональными методами лечения.

С туберкулезной интоксикацией, которая нередко ведет к белям, борьба должна вестись определенными методами, причем местное лечение белей в этих случаях либо вовсе не применяют, либо применяют в очень осторожной форме без каких-либо прижигающих веществ.

Там, где бели обязаны своим происхождением ваготонии, ведущей, особенно перед наступлением менструации, к гиперсекреции, можно попробовать применять атропин.

Одним из самых мощных факторов лечения белей является курортное лечение.

Касаясь значения общего лечения и режима при лечении белей, нельзя не остановиться на вопросе, который в последнее время вызывает среди клиницистов значительный интерес. Как известно, флора влагалища, его химические реакции подвержены у здоровых женщин колебаниям в зависимости от

возраста и овариального цикла. Согласно исследованиям Бауэра (Baueг), флора и химизм влагалища подвержены также изменениям под влиянием питания: при употреблении пищи, способствующей ацидотическому направлению обмена, можно наблюдать усиление ранее существовавших неспецифических белей. К таким пищевым продуктам относятся: мясо, яйца, сыр, сало, грибы. Наоборот, при алкалотическом питании существовавшие до того бели уменьшались и влагалищная флора улучшалась. Благоприятному действию в этих случаях много способствует бессолевой способ приготовления пищи. Включение в пищу соли, по наблюдениям Бауэра, вновь провоцирует появление белей. В диету, способствующую устранению неспецифических белей, входит главным образом растительная пища—овощи и фрукты (за исключением лимонов, апельсинов, мандаринов). Весьма большое значение в этой диете имеет, кроме алкалотически действующей и богатой витаминами пищи, бедность содержания в ней соли.

Наблюдения Бауэра над благоприятным влиянием алкалотической пищи, бедной солью и белками на женщин, страдающих белями, подтверждаются наблюдениями Герсона (Gerson), Гальбана (Halban), Винтера (Winter) из клиники Яшке. Однако и сам Бауэр признает, что, придавая большое значение в проблеме белей обмену веществ и особенно минеральному обмену, нельзя при лечении этого страдания игнорировать и другие факторы общей и местной терапии.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

По механизму своего действия разнообразные методы современной физиотерапии относятся авторами к неспецифическим раздражителям. Воздействуя непосредственно, а также косвенно (рефлекторно) трофо-невро-гуморальными путями на очаг поражения и на весь организм в целом, применяемые нами виды физиотерапии вызывают ряд ответных реакций со стороны нервно-сосудистой, ретикуло-эндотелиальной и эндокринно-вегетативной систем, которые ведут к восстановлению нарушенного местного и общего межтучного обмена, к уменьшению, а в отдельных случаях и к устранению дистрофических изменений, обусловленных инфекцией и интоксикацией.

При гинекологических воспалительных заболеваниях местом приложения физических методов чаще всего являются кожные покровы нижней половины живота, пояснично-крестцово-копчиковой области, а также слизистые оболочки половых путей, значительно реже—прямой кишки; в отдельных случаях раздражение наносится сразу на большую часть периферии туловища (общая гидротерапия, общее облучение ртутно-кварцевой лампой, общий д'арсонваль, франклиннизация и др.).

Разнообразие клинических проявлений местного воспалительного процесса делает весьма актуальными вопросы подбора соответствующего раздражителя для каждого отдельного случая. При современном состоянии наших знаний разрешить его полностью пока не удастся. Надо думать, что в основе лежит специфическое воздействие физиотерапевтического агента на ткани (Рахманов), но не специфического возбудителя местной инфекции.

При лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, отличающихся, как уже указано выше, упорством течения (длительность, склонность к рецидивам-обострениям, временное и даже стойкое нарушение работоспособности), важно не только своевременно выявить заболевание и начать лечение, но и подобрать такой раздражитель, который при всей своей неспецифичности обусловил бы выявление организмом в целом наиболее полезных реакций.

Переходим к непосредственному изложению отдельных видов современной физиотерапии, наиболее широко и с успехом применяемых при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов.

Электротерапия

Диатермия. В современных аппаратах для диатермии (рис. 5) (искроразрядниковых, катодных) частота перерывов (колебаний) электрического тока находится в пределах от 400 000 до 1 000 000—1 200 000 в одну секунду, что соответствует длине волны от 750 до 250 м, в противоположность коротковолновым и ультракоротковолновым диатермиям, в которых длина волны варьирует в пределах от 30 до 3 м и ниже.

Особое значение для терапевтических целей имеет длина волны, которая будет тем короче, чем больше частота колебаний электрического тока, и наоборот. Поэтому в современных аппаратах длинноволновой диатермии частота колебаний равна 800 000 и выше в единицу времени.

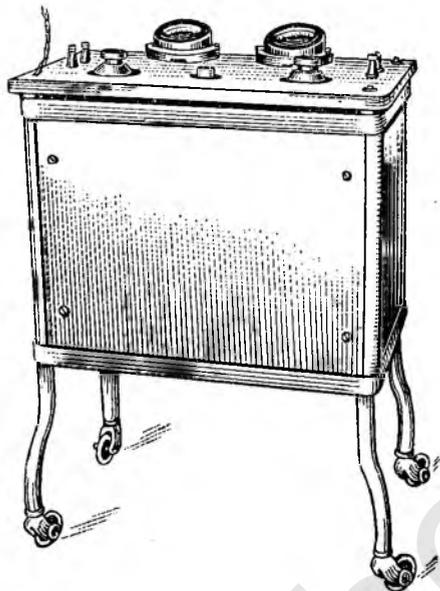


Рис. 5. Аппарат для диатермии завода «Ламо».

Наряду с длиной волны для терапевтических целей, немаловажное значение имеет характер получаемого при этом тока (затухающий, незатухающий).

Диатермический ток оказывает более утолжающее действие. Раздражение чувствительных и двигательных нервов резко понижается с увеличением частоты колебаний электрического тока; оно подчиняется закону Нернста—Лазарева $R = \frac{i}{\sqrt{n}}$, по которому раздражение

прямо пропорционально силе тока (i) и обратно пропорционально корню квадратному из частоты (n).

При известной частоте мы уже не отмечаем сколько-нибудь выраженных неприятных болевых ощущений у больных; наоборот, в связи с образующимся при этом внутритканевым теплом наступает заметное анальгезирующее действие.

Терапевтический эффект при применении диатермии,—а он, как известно, в отдельных случаях не уступает внекурортному грязелечению,—обуславливается далее: 1) выраженным резорбирующим действием токов высокой частоты, 2) отчасти бактерицидным действием, 3) явлениями внутриклеточного резонанса (Щербак).

Рассасывающее действие диатермии при воспалительных заболеваниях женских половых органов должно быть отнесено главным образом за счет той сосудистой гиперемии, которая возникает в очаге поражения и по его окружности в результате как непосредственного воздействия эндогенного тепла на кровеносные и лимфатические сосуды, так и рефлекторной гиперемии, вызываемой током. Гиперемия эта в зависимости от длительности сеанса, силы применяемого тока, места приложения и формы электродов может быть весьма значительной и длительной.

Усиленное крово-лимфоснабжение, наряду с повышенным местным фагоцитозом, ведет к уменьшению воспалительных явлений за счет всасывания продуктов клеточного распада и ускоренного выведения их из организма. Образующиеся при этом аутопротеины действуют раздражающим образом и вызывают в организме невро-гуморальным путем ряд ответных реакций, ведущих к повышению общих и местных иммунобиологических свойств организма.

Хотя бактерицидные свойства токов высокой частоты и признаются некоторыми авторами, но, повидимому, действие их обна-

руживается только при непосредственном влиянии этих токов на бактерии, следовательно, они могут иметь значение только при очень поверхностном расположении болезнетворного начала. Бактерицидное действие токов высокой частоты при гинекологических воспалениях можно допустить в отдельных случаях свежей гонорреи, когда термолabileные гонококки еще гнездятся на поверхности. Правильнее говорить не о бактерицидном действии *in vivo*, а о возможности понижения жизнедеятельности бактерий за счет изменения условий среды, в которой они вегетируют. В так называемой открытой гоноррее с гонококками в выделениях, несмотря на большую длительность каждого сеанса (по 1 часу) и значительную силу тока (1,5—2 А), мы обнаруживали иногда гонококков даже после 15, 20, 25 сеансов ежедневной диатермии, при которой измерения температуры во влагалище непосредственно после сеанса давали повышение температуры (от 37,5 до 40—40,5°). При хронических гонорройных заболеваниях внутренних половых органов вряд ли можно говорить о непосредственном бактерицидном действии диатермии, так как в большинстве таких случаев уже не удается обнаружить гонококков ни бактериоскопически, ни бактериологически; не удается их выявить и путем повторной провокации; реакция же Борде-Жангу не всегда надежна для определения настоящей инфекционной этиологии заболевания.

К тому же неодинаковая сопротивляемость органов малого таза диатермическому току не позволяет с категоричностью утверждать возможность получения в них нужного теплообразования. Экспериментальные данные, касающиеся бактерицидного действия диатермического тока, как показали многочисленные клинические наблюдения над гонорройными больными, не могут быть пока полностью перенесены в клинику консервативного лечения воспалительных заболеваний.

По Коротневу, причина действия токов высокой частоты лежит в той энергии, которую волны несут с собой, а так как количество энергии, которой обладают волны, находится в закономерной связи с их длиной, то естественно, что волны разной длины должны различно воздействовать на наш организм. Эти колебания контура вызывают в теле также собственные колебания—то, что Щербак назвал действием резонанса. Для резонанса нужно, чтобы колебания резонирующего тела совпадали с вибратором. «Мне кажется,—пишет Н. И. Коротнев,—что и мы, обладая разной емкостью, настраиваемся в резонанс разными волнами, и потому, быть может, для одного больного подходит одна частота, для другого—другая».

Далее, Коротнев считает, что сущность действия токов высокой частоты заключается в глубоком воздействии на ионное равновесие в клетках, на процессы перемещения ионов под переменным влиянием то электрического поля, то диффузии (теория ионного возбуждения акад. П. П. Лазарева).

Применяя диатермию при воспалительных заболеваниях, пытаются увязать локализацию заболевания с характером аппликации (приложения электродов). Следует, однако, подчеркнуть, что наши представления о распространении силовых (тепловых) линий диатермического тока в тканях и органах носят подчас грубо схематический характер и далеко не совпадают с тем направлением, которое они действительно имеют в зависимости от относительного и удельного сопротивления¹ тканей, взаимного их расположения, степени наполнения полых органов, содержимого и многих других причин. Схематически все же можно представить себе концентрацию силовых линий тока (тепловых) у активного электрода соответственно меньшей его площади, стало быть, большей плотности тока, и рассеивание их по направлению к индифферентному электроду.

¹ Сопротивление проводника прямо пропорционально его длине, обратно пропорционально его сечению и зависит от рода проводника (удельного сопротивления) $R = p \frac{l}{q}$, где R —сопротивление, p —удельное сопротивление, или коэффициент, зависящий от рода проводника, l —длина проводника и q —поперечное его сечение.

Мы применяем у гинекологических больных с воспалительными заболеваниями следующие виды аппликаций:

1. Брюшно-крестцово-копчиковая (рис. 6): два пластинчатых свинцовых электрода одинаковой или разной величины (от 150 до 300 см²) накладываются один непосредственно над лобком, другой соответственно крестцово-копчиковой области (или нижней части поясницы) и удерживаются путем бинтования или же мешочками с песком. Измерения влажной температуры до и непосредственно после сеанса показывают, что при этой аппликации температура во влагалище при силе тока в 1,5 А и продолжительности сеанса в 30 минут повышается всего лишь на несколько десятых градуса; следовательно, эта аппликация вряд ли может быть признана эффективной, что и подтверждается на поликлиническом и стационарном материале.

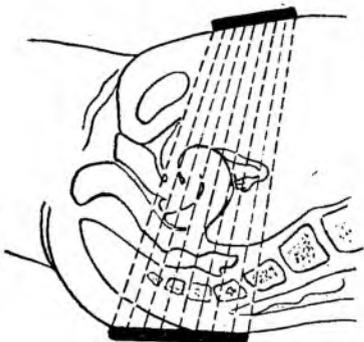


Рис. 6. Брюшно-крестцово-копчиковое наложение электродов.

2. Брюшно (крестцово) - вагинальная и брюшно-ректальная (рис. 7). Предварительно продезинфицированный кипячением полостной электрод (активный) соответствующей формы (рис. 8) и величины осторожно вводится во влагалище или в прямую кишку. Для последней цели мы пользуемся прямокишечным электродом Зельгейма или Линдемана (рис. 9). Пластинчатый же электрод нужной величины располагается или над крестцом или в области крестца. Влажный электрод обычно располагается в заднем своде. Такое наложение электродов показано при паракольтите, пери-парапроктите, заднем пери-параметрите с воспалительными изменениями крестцово-маточных связей, остатках хронического пельвицелюлита, расположенных в клетчатке задней половины таза соответственно заднему дугласу, при сакродинии и кокцигодинии неясной этиологии.

3. Брюшно-пояснично-крестцово-копчиково-вагинальная (прямокишечная) по Тейльгаберу (рис. 10). Вместо одного пластинчатого электрода пользуются двумя одинаковыми или разных размеров на одном раздвоенном проводе, причем один располагается над лобком, по средней линии или параллельно одной из паховых складок, а другой—на области крестца. Мы пользуемся предложенными для этой цели подвижными пластинчатыми электродами (Гиллерсон); электроды эти легко



Рис. 7. Брюшно-ректальное наложение электродов.



Рис. 8. Вагинальные электроды по Тейльгаберу (вверху) и Коваршику (внизу).

перемещаются и хорошо фиксируются к поверхности туловища больной. Такое приложение электродов, как показали многочисленные измерения влажной температуры (Егоров, Желоховцев, Гиллерсон, Георгиевская и др.), дает значительное повышение ее—в среднем на 1—1,5°, в отдельных случаях даже на 3—3,5°. Независимо от продолжительности сеанса и применяемой силы тока температура во влагалище приходит к норме не позже чем через 15—20 минут по окончании сеанса. Тейльгаберовская аппликация должна быть признана наиболее приемлемой для лечения воспалительных заболеваний тазовых органов женщины. Вместо двух пластинчатых индифферентных электродов лучше пользоваться специальными металлическими гибкими поясами (Коваршик, Желоховцев, Панютин) соответствующей ширины, которые плотно фиксируются к туловищу над передними верхними осями подвздош-

ных костей. При этом силовые (тепловые) линии образуют (схематически) как бы конус, обращенный основанием кверху и верхушкой к полостному электроду, и таким образом воздействию эндотермического тока подвергается таз в целом.

Значительно реже применяется у н и к о к с о - или б и к о к с о в а г и н а л ь н а я (ректальная) а п л и к а ц и я (рис. 11). При ней активный электрод вводится во влагалище или в прямую кишку, индифферентный же — один или два на раздвоенном проводе — накладывается в области тазобедренного сустава таким образом, чтобы в центре электрода проецировалось основание широкой связки одной или обеих сторон. При коксовагинальной (ректальной) диатермии надо соблюдать известную последовательность в наложении электродов: вначале вводится полостной электрод (влагалищный, прямокишечный), а затем уже накладываются пластинчатые электроды, удерживаемые путем бинтования. Наложение электродов в обратном порядке сильно затрудняет введение электрода во влагалище, так как тогда трудно развести бедра больной.

При всех перечисленных аппликациях мы применяем обычно силу тока в 1,0—1,5 А, но не свыше 2 А при продолжительности процедуры не менее 30—40 минут; последнее же время сеансы доводим до 1 часа.

Стационарно диатермия проводится ежедневно, амбулаторно через день с перерывом на время менструации; хотя при болезненных и скудных месячных мы считаем применение диатермии показанным (перкутанное наложение пластинчатых электродов). Сеансы меньше получаса (10—15 минут), широко практикуемые в амбулаторной практике, по нашему мнению, вряд ли достаточны для лечения воспалительных заболеваний.

Из возможных осложнений при гинекологической диатермии следует указать на ожоги слизистой и кожных покровов. Отдельные авторы упоминают в числе осложнений маточное кровотечение, особенно если диатермия применяется во время менструации. В ГИФ за последние 9 лет пользовалось диатермией свыше тысячи гинекологических больных, но такого рода осложнений мы не наблюдали.

Ожоги кожных покровов имеют место в тех случаях, когда пластинчатые электроды недостаточно плотно прилегают к поверхности туловища на всем своем протяжении, также непосредственно под клеммами, соединяющими провода, идущие от аппарата к пластинчатым электродам, если под клемму не подложена изолирующая прослойка (вата, марля и

пр.). В последнем случае ожог объясняется тем, что в клемме, благодаря ее малой поверхности, мы имеем большую плотность тока.

Возможность ожогов заставляет особенно внимательно относиться к жалобам больных во время сеанса (покалывание, подергивание, жжение, судорожные сокращения мышц) и каждый раз, выключая аппарат, проверять правильность наложения электродов, исправность аппаратуры, проводов. Во избежание ожогов необходимо следить, чтобы больные не засыпали во время отгулка процедуры, что нередко имеет место. Перед началом лечения диатермией больную следует предупредить, что при появлении неприятных ощущений во время сеанса она должна тотчас же предупредить об этом медицинскую сестру или врача



Рис. 10. Брюшно-пояснично-крестцово-влагалищное наложение электродов.

данного кабинета, но ни в коем случае не менять самой положения электродов, не двигаться, а тем более не вскакивать. В последнем случае возникают иногда довольно обширные, тяжелые, глубокие ожоги. Во время процедуры врач или медицинская сестра не должны отлучаться из процедурной



Рис. 9. Ректальный электрод по Линдemanу.

комнаты, так как нередко бывает необходимо быстро выключить ток или изменить его силу. Надо помнить, что случаи ожогов вызывают психо-нервную травму и у других больных, одновременно пользующихся диатермией: больные, особенно с неустойчивой нервной системой, начинают бояться электропроцедур.

Во избежание указанных осложнений необходимо до начала работы кабинета, как правило, проверять исправность аппаратуры, проводов, состояние электродов. Для этого кабинеты должны обслуживать лица, знакомые не только с методикой и техникой отпуска процедур, но и с аппаратурой и возможными ее повреждениями.

Ожоги, возникающие при диатермии, лечатся обычным путем.

Короткие и ультракороткие волны¹. Биологические особенности, присущие коротким и ультракоротким электрическим волнам и изученные Шлипгаке, Либезни, Коваршиком, Гаазом, Пфломмом, Раабом, Шерешевским, Рейтером Петцолдом и другими авторами, позволили за последнее время использовать их также и для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. Так же, как и при применении обычной длинноволновой диатермии, основными действующими моментами коротковолновой терапии воспалительных заболеваний женских половых органов является, повидимому, резорбирующее, болеутоляющее, отчасти бактерицидное (?) действие коротких и ультракоротких волн, а также имеющие при них место явления клеточного и тканевого резонанса.

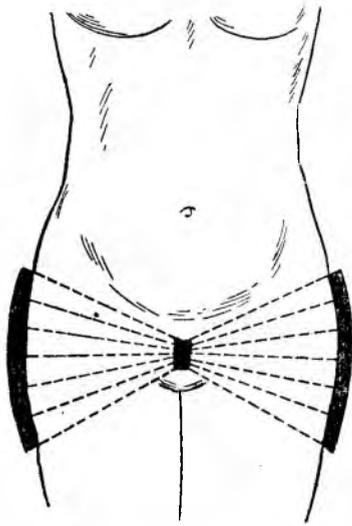


Рис. 11. Биксовагинальное наложение электродов.

Отдельные работы по применению коротких и ультракоротких волн в гинекологии (Шлипгаке, Рааб, Лакер, Виттенбек, Фогт, Гутман, Штелер, Зидентопф, Шумахер, Поргес, Дальхау) и наши

собственные наблюдения позволяют наметить следующие показания для применения метода: острые, подострые и хронические воспаления тазовой, брюшины клетчатки, воспалительные опухоли придатков матки септической и гонорройной этиологии, инфильтраты и выпоты после перенесенных операций.

По Фогту, лечение в острой стадии воспаления начинается по миновании бурных явлений, после некоторого затихания болей, когда общее состояние больной позволяет это. По Шлипгаке, Либезни, Раабу, Виттенбеку и согласно нашим собственным наблюдениям, лечение может быть начато при наличии высокой температуры, при выраженных субъективных жалобах больных и значительных сдвигах со стороны крови; обострения и ухудшения общего состояния больных при этом или вовсе не наблюдается или наблюдается редко. Имеются указания на возможность применения коротких и ультракоротких волн и при нагноительных процессах в малом тазу. Хорошие результаты получены Фогтом в случае восходящей гонорреи, осложненной поражением сустава: в конце лечения наступало полное восстановление функции больного сустава.

По вопросам клинического применения коротких и ультракоротких волн при воспалительных заболеваниях как специфического, так и неспецифического характера, имеются в настоящее время многочисленные наблюдения и советских физиотерапевтов—гинекологов (Гиллерсон, Чернеховский, Желоховцев, Прейсман, Георгиевская и др.). Полученные этими авторами данные не дают еще

¹ Короткими электрическими волнами условно называют волны длиной от 100 до 10 м, ультракороткими—от 10 до 1 м.

пока достаточных оснований считать результаты коротковолновой и ультракоротковолновой терапии более эффективными, чем при применении обычной длинноволновой диатермии. Следует отметить, что коротковолновая и ультракоротковолновая терапии в гинекологии не лишены некоторых спорных моментов. Показания, а еще в большей мере противопоказания к ней разработаны недостаточно четко. Точных способов определения дозы (мощности поля, поглощаемой пациентом мощностью) еще не имеется. Между тем, данные экспериментальных исследований Этингена и ван Гука, Момиглиано, а также большая экспериментальная работа, сделанная Лотис в заведующем нами отделении (клиника Брауде), экспериментальные данные Георгиевской (Сеченовский институт), данные Гиллерсона (ГИФ—биопатологическое отделение проф. Рахманова), а также Голышевой и Андрияшевой (Ленинградское отделение ВИЭМ) с достаточной убедительностью показывают, что не только применение больших доз, но и длительное пользование малыми дозами способны вызывать у подопытных животных ряд стойких необратимых дегенеративно-деструктивных изменений в половых органах, прежде всего в половых железах (яичниках), а также оказать вредное влияние на течение беременности, внутриутробное развитие эмбрионов и на функцию зачатия. В то же время нами (Гиллерсон, Беляева и Лотис) получены ободряющие результаты в отношении благотворного влияния укв на течение экспериментального воспаления. Приведенные нами положения показывают, что успешное применение коротких и ультракоротких волн для лечения воспалительных заболеваний требует тщательного подбора больных, знания физических особенностей, а также особенностей биологического действия кв и укв. Вопросы же дозировки этих волн, как видно из сказанного, требуют к себе особенно пристального внимания лечащих врачей.

Методика коротковолновой и ультракоротковолновой терапии следующая:

а) Конденсаторные электроды, округлой (по Шлипгаке) или четырехугольной формы, одинакового или разного размера, удерживаемые специально сконструированными подвижными электродержателями, располагаются на определенном расстоянии от больной. Один из электродов помещается в области нижней половины живота, второй—в пояснично-крестцово-копчиковой области. Больная лежит на кушетке в боковом положении, или же укладывается на спине на специально сконструированной для этой цели кушетке.

б) Два плоских, легко гнущихся конденсаторных электрода одинаковой или разной величины накладываются один на низ живота, второй на пояснично-крестцовую (копчиковую) область. Больная укладывается на второй электрод. Первый же электрод помещается над лобком. Электроды фиксируются к туловищу при помощи специального пояса.

Вследствие неодинакового сдавления кровеносных и лимфатических сосудов обоими электродами, при одинаковой величине их, на стороне заднего электрода больные испытывают чувство большего прогревания. Это заставило пользоваться боковым положением больной, при котором устраняется возможность неравномерного прогревания отрезка туловища, заключенного между электродами.

в) Во влагалище вводится специально сконструированный полостной конденсаторный электрод (по Шлипгаке), представляющий собой закрытое на одном конце трубчатое стеклянное влагалищное зеркало. Длина зеркала 10 см, ширина 3—4 см. На одинаковом расстоянии от стенок зеркала, при помощи стеклянного диска и кольца укреплен оливобразный или цилиндрический металлический электрод. Такое устройство влагалищного электрода устраняет возможность чрезмерного перегревания (ожога) при пользовании им. Второй, пластинчатый электрод располагается над лобком внизу живота, или под больной, в пояснично-крестцово-копчиковой области. Делерм и Файнзилбер пользуются для внутривлагалищной и прямокишечной коротковолновой терапии цилиндрическими или конусообразными электродами типа расширителя Гегара на эбонитовых ручках, снабженных тепловым амперметром градуирован-

ным до 2 ампер. Апликация одно—или двух полюсная. При однополюсной апликации внутриволостной электрод соединяется с одним из полюсов аппарата посредством провода. При двухполюсной апликации второй, бóльший, электрод помещается в надлобковой области, на некотором расстоянии от туловища; при прямокишечном применении—в пояснично-крестцовой области.

г) Циммер предложил метод, названный им «Kurzwellenkolpeiruse», при котором в качестве влагалищного конденсаторного электрода используется кольпейринтер, наполняемый 20% раствором поваренной соли, в который пропускается металлический стержень, соединенный с одним из проводов, идущих к аппарату.

Мы лично пользуемся двумя квадратными или четырехугольными конденсаторными электродами (металлический пластинчатый электрод покрыт деревянной обшивкой) величиной 26×26 см или 13×16 см. Между электродами и туловищем кладем матерчатые прокладки толщиной в 4 см. Электроды удерживаются специальным поясом. На одном из конденсаторных электродов (в центре) укреплен индикаторный прибор (термо-миллиамперметр, рассчитанный до 3 ампер). Второй индикаторный прибор (электротермоамперметр) помещен в начальной части отсасывающего контура.

Продолжительность сеансов колеблется по разным авторам в широких пределах: от 3 минут в начале лечения при острых воспалениях до 40 минут в хронических случаях. Сеансы проводятся ежедневно или через день. Общее количество сеансов на одну больную—12—15; в отдельных случаях до 25 и даже 30.

При пользовании короткими волнами применяются волны длиной 12—15 и до 30 м; при пользовании же ультракороткими волнами наиболее эффективной считается 6-метровая волна.

Ионогальванизация (ионтофорез). Ионогальванизация (ионтофорез), т. е. введение в организм большой при помощи постоянного (гальванического) электрического тока ионов различного рода лекарственных веществ, относящихся к электролитам (иод, кальций, цинк, серебро, медь, сера и др.), широко применяется для амбулаторного и стационарного лечения подострых, в особенности же хронических воспалительных заболеваний женских половых органов.

При ионтофорезе лекарственные вещества значительно дольше фиксируются в клетках и тканях, изменяя в них ионные соотношения (ионный обмен).

Применяя ионтофорез, надо учитывать и некоторую специфичность действия положительного и отрицательного полюсов постоянного тока. Так, Коротнев, Лакер и др. приписывают аноду болеутоляющее (успокаивающее) и кровоостанавливающее (сосудосуживающее) действие, а также возбуждение гладкой мускулатуры; с анода вводятся катионы (кальций, цинк, медь, серебро и др.). Катод, наоборот, вызывает сосудорасширяющее действие (кровонаполнение); болеутоляющее действие выражено слабее; с катода вводятся анионы (иод и др.). Выделяющиеся на полюсах водород (H) и свободные щелочи (OH) оказывают прижигающее действие. Наш личный клинический опыт показал, что в действительности такое строгое разграничение физиологического действия полюсов при ионтофорезе имеет место далеко не всегда.

При ионтофорезе воспалительных процессов женских половых органов чаще всего применяются растворы иодистого калия (1—2%), хлористого кальция (2—5% и даже 25%), хлористого цинка (1%), азотнокислого серебра ($\frac{1}{2}$ —1%), серноокислой меди (1%), ихтиола (1—2%), марганцовокислого калия.

Ионтофорез кальцием особенно показан при воспалениях, сопровождающихся маточными кровотечениями, а также при генитальном туберкулезе. Ионтофорез солями тяжелых металлов (серебро, цинк, медь) применяется при хронических заболеваниях гонорройной и септической этиологии, главным образом шейки и тела матки (цервицит, эндоцервицит, метро-эндометрит).

Значительные воспалительные изменения со стороны придатков матки тазовой брюшины, клетчатки, связочного аппарата, а также сухие слипчивые формы хронического и подострого воспаления органов малого таза со смещением

и ограничением их подвижности с успехом лечат иод-ионтофорезом, ихтиол-ионтофорезом.

Ионтофорез у гинекологических больных проводится следующими способами.

1. На нижнюю часть живота (над лобком, по средней линии) и на область нижней части поясницы и крестца накладывается по одному пластинчатому электроду, площадью каждый 200—300 см² с толстой гидрофильной прокладкой из марли, фланели под ними; под активным электродом кладется фланель, смоченная слегка подогретым лекарственным раствором соответствующей концентрации, а под индифферентным—смоченная теплой водопроводной водой или раствором поваренной соли. С помощью клемм и изолированных проводов электроды соединяют с источником постоянного тока (распределительная доска, питающаяся от аккумуляторной батареи, пантостат, анодная выпрямительная установка). Соблюдение полюсности для каждого электролита при этом строго обязательно.

2. Активный электрод в виде угольного штифта, равномерно обмотанного толстым слоем марли и ваты (тампонный электрод), смоченный лекарственным раствором, или наливные электроды разной величины и формы, содержащие тот же раствор, вводятся во влагалище либо под контролем зеркала, либо по пальцу. В качестве наливных электродов широко используют деревянные, эбонитовые, стеклянные трубчатые зеркала Фергюссона. Напряжение постоянного тока равно 80—100 V. Сила применяемого тока в среднем от 20 до 40 mA; продолжительность сеанса 15—30 минут. Сеансы повторяются через день или ежедневно.

На время менструации ионтофорез солями тяжелых металлов, а также иод- и ихтиол-ионтофорез отменяются.

Ионтофорез кальцием при наличии у больных обильных месячных кровопотерь не прерывается и может быть выполнен как накожным, так и накожно-влагалищным путем. За последнее время при накожно-влагалищном применении ионтофореза пластинчатые электроды в отдельных случаях располагаются на раздвоенном электроде непосредственно под пупартовыми связками, соответственно месту прохождения крупных кровеносных сосудов (бедренные артерии и вены).

Из осложнений при ионтофорезе нужно указать на возможность ожогов слизистой влагалища и влагалищной части матки в форме сухих некрозов, наблюдавшихся нами неоднократно при применении тампоно-влагалищных электродов. Чтобы избежать их, угольный электрод надо равномерно, обмотать слоем марли и ваты, который должен быть в 2—3 раза толще, чем сам электрод, следя за тем, чтобы не было складок. Особенно хорошо должна быть укрыта гидрофильной тканью верхушка электрода.

При ионтофорезе следует систематически тщательно осматривать зеркалами слизистую влагалища и шейки матки (через 3—4 сеанса), так как ожоги при ионтофорезе не вызывают жалоб со стороны больных. Нераспознанные своевременно ожоги ведут в отдельных случаях к возникновению обширных дефектов слизистой—изъязвлений, смешиваемых в отдельных случаях с раком влагалища, сифилитическими язвами, язвами при мягком шанкре. Позднее на месте ожогов образуются плотные рубцы неправильной формы, стягивающие влагалищные своды (Гиллерсон).

Из современных методов комбинированной физиотерапии воспалительных заболеваний укажем на ионогальванодиатермию, на сочетание ионтофореза с другими видами тепла (водяные, световые ванны, соллюкс, паровой душ и др.), а при фиксированных ретродевиациях матки—на гинекологический массаж.

Ионогальванодиатермия. При наличии сухих, липчивых форм хронического воспаления тазовой брюшины и клетчатки в результате инфекционной, операционной травмы, при хронических воспалениях придатков матки с образованием конгломератных опухолей различной величины, а также при под-

острой восходящей гоноррее последние годы применяется ионогальванодиатермия (Гиллерсон, Чернеховский, Елистратова, Кабачник).

При ионогальванодиатермии болеутоляющее, резорбирующее, отчасти бактерицидное действие диатермического тока, основанное главным образом на интенсивном эндогенном теплообразовании и явлениях клеточного (тканевого) резонанса, комбинируются с особенностями, присущими постоянному (гальваническому) току, его полюсности (см. ионогальванизация), с повышенной ионизацией применяемых лекарственных растворов (электролитов). При этом лекарственные ионы встречают в тканях новые условия для своего воздействия—активную сосудистую и лимфатическую гиперемии, измененный местный и общий межклеточный обмен (ионный обмен), вызванные одновременным применением диатермического и постоянного тока.

Ионогальванодиатермия применяется перкутанно так же, как диатермия и ионтофорез в отдельности.

Гидрофильные подкладки под пластинчатыми электродами должны быть толще, чем при обычной ионотерапии, достаточно пропитаны лекарственным раствором обычной или несколько большей концентрации. Чтобы избежать перегревания тканей, мы помещаем под индифферентный электрод подкладки, смоченные не физиологическим раствором, а гипертоническим раствором поваренной соли (5—10%).

Сила диатермического тока при перкутанном наложении пластинчатых электродов в среднем равна 1 А, гальванического же тока 15—30 мА. Сеансы назначаются ежедневно или через день.

От пользования наливными влагалищными электродами при ионогальванодиатермии следует воздержаться; применение их, почти как правило, ведет к возникновению обширных поверхностных ожогов шейки матки. Слизистая, покрывающая влагалищную часть матки, в местах ожога как бы ошпарена. В противоположность ожогам, возникающим при ионтофорезе, ожоги при ионогальванодиатермии сопровождаются появлением обильных, гнойных разъедающих выделений, иногда с примесью крови.

При ионогальванодиатермии сначала включают диатермический ток, а через 2—3 минуты—гальванический. В среднем больной дают 15 сеансов. На время менструации лечение прерывается.

При наличии раздражения кожных покровов делают небольшие перерывы в лечении или изменяют положение пластинчатых электродов.

Светолечение

Естественные, особенно же искусственные, источники света широко применяют в настоящее время для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. Методика лечения солнцем и ртутно-кварцевой лампой, а также механизм действия света изложены в главе о лечении полового туберкулеза (стр. 146), поэтому этих вопросов мы здесь касаться не будем; укажем лишь, что за последние один-два года облучение ртутно-кварцевой лампой применяется с успехом не только при хронических заболеваниях, но и при острых, особенно же при подострых воспалительных процессах внутренних половых органов нетуберкулезного характера (Чернеховский, Желоховцев, Короткин и др.). Мы остановимся лишь на искусственных источниках света, чаще всего применяемых при воспалениях: на лампе Соллюкс, Спектрозоль, инфракрасной лампе, Ультразонне Ландекера, на световом кресле.

Л а м п а С о л л ю к с представляет собой электрическую лампу в 500—1000 ватт с вольфрамовой нитью накаливания, наполненную азотом и укрепленную впереди параболического металлического рефлектора. Последний перемещается по вертикальному штативу вверх и вниз и, кроме того, его можно вращать в разные стороны. Интенсивность освещения регулируется или при

помощи реостата, степенью накала вольфрамовой нити или приближением и удалением лампы; интенсивность освещения при этом предположительно обратно пропорциональна квадрату расстояния лампы от больной.

Техника применения лампы Соллюкс чрезвычайно проста и сводится к следующему: лампа устанавливается на расстоянии от 100 до 50 см от поверхности туловища больной, свет центрируется в нижней половине живота, непосредственно над лобком или по сторонам от средней линии. Сила света не должна вызывать у больной неприятного ощущения перегревания. Глаза больной защищаются очками (консервами). Попеременно освещают низ живота и пояснично-крестцовую область. Продолжительность процедуры от 15 до 30 минут; освещение проводится ежедневно или через день. При нормально протекающих и при обильных продолжительных менструациях освещение лампой Соллюкс отменяется; при болезненных месячных лечение желательно продолжать, причем отдельные авторы рекомендуют во избежание усиления кровотечения применять лампу Соллюкс на поясничную область. Для местного освещения в отдельных случаях применяется добавочный конусообразный тубус, укрепленный на основном рефлекторе лампы и имеющий небольшое отверстие (рис. 12). Для усиления болеутоляющего действия лампы Соллюкс употребляется синий стеклянный фильтр. В последнее время Ягунов предложил экстрагенитальный Соллюкс, позволяющий непосредственно прогревать промежность и тазовую область.

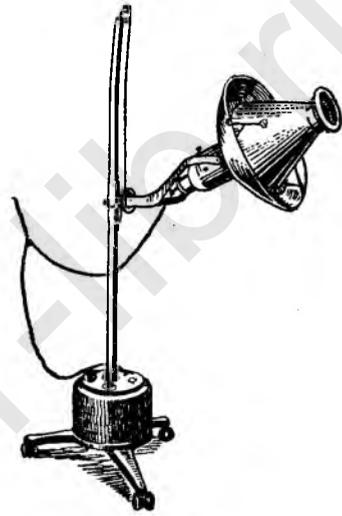


Рис. 12. Лампа Соллюкс по Экену.

Соллюкс — преимущественно тепловая лампа.

Очень важно, чтобы она была прочно фиксирована в цоколе, так как иначе стеклянная лампа может вывалиться и причинить больной ожоги туловища.

Исследования, проведенные А. И. Большаковой (клиника И. Л. Брауде) при освещении лампой Соллюкс по указанной выше методике, показали, что температура влагалища повышается при этом лишь на несколько десятых градуса (0,1—0,3), пульс и дыхание незначительно учащаются, кровяное давление несколько понижается. Изредка больные жалуются на слабость, головокружение, сердцебиение.

Лампа Соллюкс применяется не только при хронических, но и при подострых воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, тазовой брюшины и клетчатки нетуберкулезной этиологии. Лампа Соллюкс применяется нередко одновременно с ртутно-кварцевой лампой.

Л а м п а С п е к т р о з о л ь — продолговатая лампа из увиолевого стекла, силой в 1 000 свечей, наполненная особым газом и снабженная длинной металлической нитью накала. Кроме видимой части спектра, лампа Спектрозоль излучает небольшую часть ультрафиолетовых лучей. Спектр этой лампы весьма близок к спектру солнца. Она применяется как для общего, так и для местного освещения. Показания и техника применения лампы Спектрозоль те же, что и для лампы Соллюкс.

И н ф р а к р а с н а я л а м п а содержит лишь небольшую часть видимых лучей, главным же образом невидимые, глубоко проникающие инфракрасные лучи, обладающие выраженным тепловым действием. Применяется для местного освещения. Методика, техника, показания — те же, что и для ламп Соллюкс и Спектрозоль.

У л ь т р а з о н н е Л а н д е к е р а (рис. 13) применяется для интрагинального освещения. Кроме видимой части спектра, способной проникать глубоко в ткани животного организма, эта лампа испускает ультрафиолетовые лучи первого порядка, так называемые необжигающие лучи (длина волны

от 290 до 400 мм)¹. Особенности этой лампы заключаются, кроме значительного содержания ультрафиолетовых лучей первого порядка, в том, что, пользуясь ею, можно непосредственно облучать орган, пораженный воспалительным процессом, и применять проникающее облучение слизистых оболочек ультрафиолетовыми лучами, соединенными с видимыми лучами. Слизистые оболочки жадно воспринимают эти лучи, пропуская их вглубь, чем и объясняется рассасывающее действие их на воспалительный очаг (Фрейфельд). Кроме того, при применении лампы Ультразонне нельзя воздействовать на поверхность живота излучением нитроламп, имеющих при Ультразонне, которые могут быть заменены лампой Соллюкс или Спектрозоль. По Ландекеру, Рейнеру и Франкелю (Frankel) и др., лампа Ультразонне способна вызывать выраженную гиперемию и гиперлимфию и в известной мере обладает бактерицидным действием.

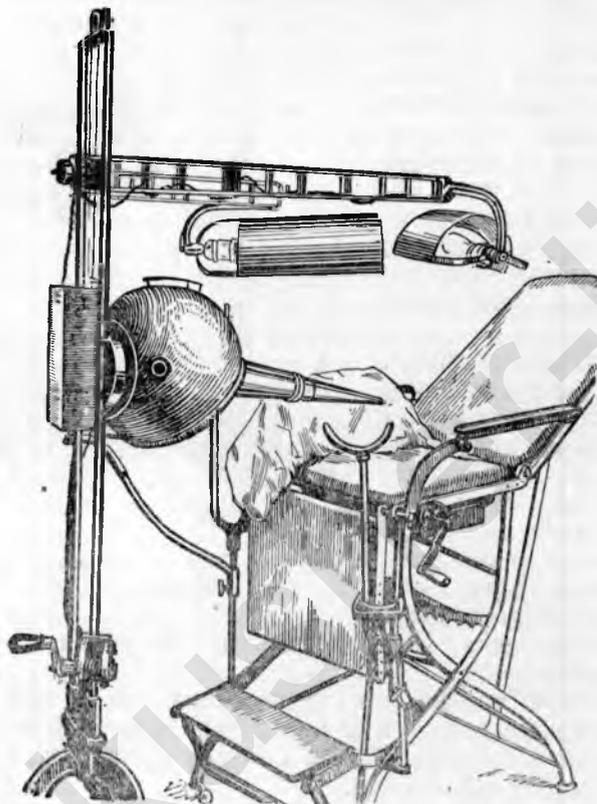


Рис. 13. Лампа Ультразонне.

Лагер и Винер (Wiener) считают, что воздействие Ультразонне на слизистые дает качественно эффект, равный общему облучению ультрафиолетовыми лучами, количественно же превосходит его.

Показания к Ультразонне: хронические, острые и подострые воспалительные процессы. Гутман, Брамесфельд (Bramesfeld) и др. применяют Ультразонне и при генитальном туберкулезе. Гинекологи относятся к этому методу весьма различно. В то время как одни авторы сообщают о хороших результатах применения Ультразонне, другие или совсем не получали эффекта или же наблюдали очень слабый терапевтический эффект. Мы лично считаем, что Ультразонне желательно применять при упорных формах хронического цервицита с наличием обширных долго не заживающих, иногда кровоточащих эрозий, сопровождающихся обильными белями. Однако и в этих случаях лечение очень длительно: в отдельных случаях для получения

положительного результата требуется от 20 до 30 и более сеансов.

По Нейфельду (Neufeld), Фрейфельду, Желоховцеву и др., цервициты с наличием эрозий при применении Ультразонне дают высокий процент выздоровления. По Беккеру, эрозии на почве эндоцервицитов дают непосредственное выздоровление в 33,7% случаев. При учете отдаленных результатов (до 2 лет) рецидив отмечен почти в половине случаев.

Нейфельдом, Полубинским и Ягуновым отмечено, что Ультразонне позволяет в значительном проценте случаев выявить скрытую цервикальную гонорею. Провокационное действие Ультразонне Нейфельд объясняет воздействием ультрафиолетовых лучей с длиной волны от 290 до 400 мμ. На 62 случая латент-

¹ Спектр излучения Ультразонне содержит также в небольшом количестве и лучи с длиной волны до 150 мμ.

ной гонорреи Нейфельд после 2—3-кратного облучения продолжительностью до 30 минут обнаружил гонококка в 19,9% случаев, Ягунов и Кишиневская—на 71 случай в 37,3%.

Техника применения Ультразонне следующая: больная с широко разведенными бедрами укладывается на гинекологическое кресло. Металлический вагинолокализатор, предварительно тщательно продезинфицированный путем кипячения, вводится во влагалище и надевается на тубус рефлектора лампы. Вагинолокализатор устанавливается во влагалищном своде, соответствующем месту поражения; при этом сдавливаются подлежащие ткани¹. При цервитах шейка центрируется в просвете вагинолокализатора. Мы не пользуемся вагинолокализаторами, а применяем обычно двустворчатое металлическое зеркало Куско. Это значительно проще и в то же время позволяет уменьшить расстояние между источником света и облучаемым участком полового аппарата.

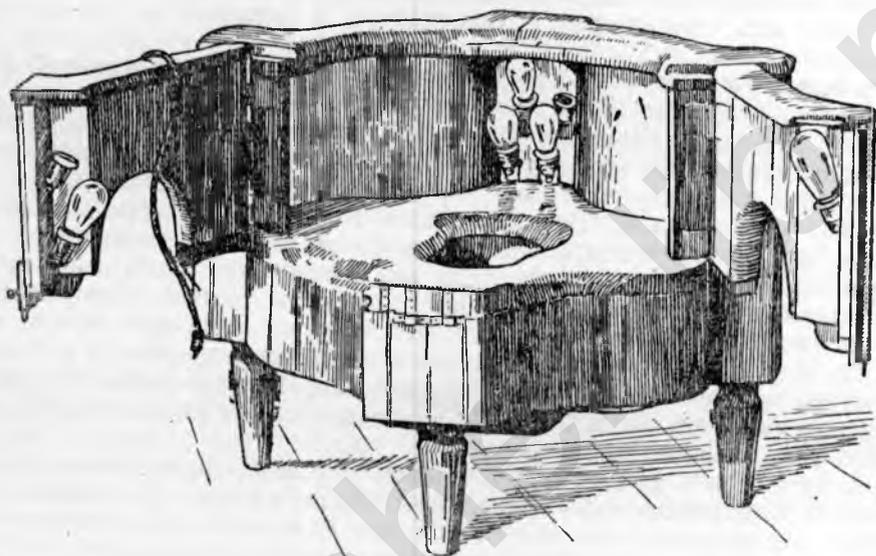


Рис. 14. Световое кресло.

При пользовании лампой Ультразонне одновременно включают одну или две нитролампы, передвигающиеся по штативу, и устанавливают их над нижней половиной живота. Продолжительность сеанса от 30 до 60 минут; облучение проводится ежедневно или через день. Общее число сеансов, как уже указано, 20—30 и больше. Вместо нитроламп можно пользоваться лампой Соллюкс.

Результаты лечения лампой Ультразонне, полученные нами в ГИФ на протяжении ряда лет, не дают пока права широко рекомендовать этот метод для практического применения (Чернеховский, Гиллерсон).

Световое кресло (рис. 14), а также световые полуванны представляют интенсивную местную тепловую процедуру, обладающую выраженным резорбирующим действием. В световом гинекологическом кресле лучистая теплота угольных лампочек используется на значительной поверхности туловища больной. В отличие от водо-теплечения и грязелечения в световом кресле (световой полуванне) главным образом наблюдается фототермическое действие. Световое кресло позволяет сразу прогреть всю тазовую область, включая нижнюю половину живота и верхнюю треть бедер. Электротермомет-

¹ Этим достигается некоторая анемия, обеспечивающая более глубокое проникновение лучей, испускаемых лампой Ультразонне.

рические измерения, проведенные нами в ГИФ у гинекологических больных с воспалительными заболеваниями, получавших световое кресло, показали возможность постепенного повышения влагалищной температуры, в зависимости от температуры воздуха внутри кресла, в течение 18—20 минут на 3°. По прекращении процедуры влагалищная температура выравнивается довольно быстро. Такое повышение влагалищной температуры в световом кресле косвенным образом указывает на значительную тазовую гиперемию.

Не все больные переносят одинаково хорошо световое кресло (полуванну). Часть больных отмечает во время процедуры появление испарины, местного и общего потоотделения, учащение пульса, дыхания, сердцебиение, слабость, иногда головокружение. Хотя отмечаемые нами явления исчезают довольно быстро, однако они требуют постоянного наблюдения за больными, получающими световое кресло, особенно при неустойчивой сердечно-сосудистой системе и повышенной общей нервной возбудимости. Световое кресло с успехом можно применять амбулаторно в хронической, а стационарно и в подострой стадиях воспаления.

При отсутствии светового кресла пользуются световой полуванной (электросветовой дугой) с 6—12-угольными лампочками. Желоховцев при этом применяет следующую методику: больная укладывается на кушетку, имеющую в крышке вырезку определенных размеров, в которой натянута широкие полосы брезента; одна световая полуванна укрепляется непосредственно под кушеткой, вторая—над больной. Больную укладывают так, что весь таз, область поясницы, низ живота подвергаются воздействию световых полуванн.

Световое кресло (полуванну) чаще всего назначают через день, продолжительностью от 10 до 30 минут, после чего применяется теплое обмывание (обливание, дождевой душ), и больная отдыхает не менее получаса. Общее количество процедур 15—20 при температуре воздуха в световом кресле до 50—60°. Температура воздуха светового кресла (полуванны) регулируется включением или выключением отдельных угольных лампочек, или же усилением или ослаблением накала помощью реостата.

При подострых воспалительных процессах в условиях стационара мы нередко комбинируем световую полуванну либо с постоянным орошением слабым раствором марганцовокислого калия, нагретым до 40—50° (световая полуванна 10—30 минут, орошение 30—60 минут), либо с ионогальванизацией 1—2% раствором иодистого калия (крестцово-влажалищная аппликация, сила тока 10—20 мА, продолжительность 20—30 минут).

Комбинирование световой полуванны с постоянным орошением позволяет одновременно использовать фототермическое действие световой полуванны, термическое и отсасывающее действие постоянного орошения; а комбинирование с ионогальванизацией—действие световой полуванны и ионов лекарственного раствора, вводимых в ткани, помощью постоянного гальванического электрического тока, а также особенности, присущие самому току,—его полюсность. Наш личный опыт показал, что этим в значительной степени ускоряется обратное развитие воспалительного процесса и повышается эффективность лечения. Комбинированное лечение больные переносят хорошо.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ

Среди всех видов воспалительных заболеваний половой сферы хуже всего поддаются рентгенотерапии гонорройные процессы.

При острых и подострых воспалениях, спустя 24—48 часов после освещения, температура падает, состояние больной заметно улучшается, уменьшаются и даже исчезают боли. Сравнительно скоро наступают и местные улучшения; иногда вскоре исчезают большие параметрические выпоты (Брауде, Гамбаров, Теодор).

Мы, применяя малые дозы, могли отметить, что реакция со стороны организма была тем интенсивнее, чем свежее и обширнее был инфильтрат, и только

после этого инфильтрат сравнительно быстро исчезал (Брауде). Хорошо поддаются рентгенолечению острые параметриты. Под влиянием освещения быстро происходит размягчение инфильтрата, очень скоро уменьшаются и совершенно исчезают боли, до этого связанные с растяжением брюшинного покрова, и скоро удается обнаружить флюктуацию, которая нередко требует инцизии.

Под действием рентгеновских лучей наступает распад клеточных элементов воспалительного инфильтрата, в результате чего значительно понижается напряжение стенок опухоли. Освободившиеся ферменты распадающихся лейкоцитов, лимфоцитов и гистоцитов своим протеолитическим действием ускоряют разрушительный процесс в пораженном очаге. Так называемое раздражение ферментообразующих ретикуло-эндотелиальных клеток малыми дозами рентгеновских лучей способствует более быстрому обратному развитию воспалительного очага, малые дозы рентгеновских лучей вызывают усиленную гиперемию в освещенном участке, способствуют быстрому рассасыванию продуктов воспаления.

Хронические воспалительные процессы гораздо труднее поддаются рентгенолечению, чем острые. Здесь, как и в острых процессах, наиболее эффективные результаты получаются в случаях хронических параметритов. Вначале после освещения наблюдается некоторое увеличение опухоли, а затем опухоль начинает сравнительно быстро уменьшаться, превращаясь в плотный тяж, или вовсе исчезает.

Механизм действия рентгеновских лучей на воспалительные процессы не всеми авторами трактуется одинаково. Существующие точки зрения в основном сводятся к следующему: одни полагают, что благоприятный эффект зависит главным образом от наступления аменорреи в результате рентгеноосвещения яичников (Flasamp и др.); другие — что благоприятный эффект, получаемый при лечении малыми дозами рентгеновских лучей, не влекущем наступления аменорреи, объясняется непосредственным воздействием лучей на воспалительный очаг. Сторонники этой точки зрения рассматривают аменоррею, получаемую при освещении сравнительно большими дозами, не как обязательное условие, а лишь в некоторых случаях как благоприятствующее обстоятельство; третьи считают, что благоприятный эффект зависит от воздействия рентгеновских лучей на весь организм.

Отсюда в технике освещения имеются два направления: 1) освещение сравнительно большими дозами рентгеновских лучей и 2) освещение малыми дозами.

Сторонники первого направления рекомендуют дозу в 28—30% НЕД, имея в виду получить непременно аменоррею (временную), сторонники же второго направления рекомендуют применять однократно малые дозы от 10 до 15% НЕД; Дедерлейн назначает $\frac{1}{3}$ НЕД и даже $\frac{1}{50}$ НЕД и через короткие промежутки повторяет эту последнюю дозу.

Считаясь с тем, что в большинстве случаев при указанных заболеваниях нам приходится иметь дело с молодыми женщинами, необходимо быть чрезвычайно осторожным в применении больших доз. Нельзя быть уверенным, что временная аменоррея не окажется очень длительной и даже постоянной. Лишь в пожилом возрасте или в тех случаях, когда сама по себе менструальная кровопотеря крайне нежелательна, как, например, при туберкулезе, — возможно применение больших доз.

В своей практике при рентгеновском лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы мы пользуемся исключительно малыми дозами (от 5 до 15% НЕД за 2 сеанса освещения) на область нижней половины живота большим полем или применяем анатомические тубусы, фильтр в 0,5 Zp и 1,0 мм Al при фокусном расстоянии, равном 30—40 см.

ВОДОЛЕЧЕНИЕ И ТЕПЛОЛЕЧЕНИЕ

Наибольшее распространение получили общие, поясные и тазовые ванны из пресной воды. Основными факторами, действующими

на больных при применении этих ванн, являются: температура воды (от 38 до 40° и выше—горячие, от 37 до 35°—теплые, от 34 до 33°—индифферентные, от 32 до 28°—прохладные и от 27 до 24° и ниже—холодные), давление воды на туловище больной (механическое раздражение), а при прибавлении к воде отдельных химических веществ (соль, сода, газы, сосновый экстракт) и химическое раздражение. Тепловое действие водяной ванны зависит не только от температуры воды, но и от продолжительности пребывания больной в ванне. При постепенном переходе от более низких температур к высоким раздражение, вызываемое ванной, будет значительно меньше, чем при назначении сразу ванн высокой температуры.

Общие ванны, в которых вода покрывает больную по плечи (область сердца находится вне воды), назначаются нами в 35—36°, продолжительностью от 10 до 15 минут, с последующим отдыхом от 30 минут до 1 часа и более. Общие теплые водяные ванны действуют успокаивающе, и их хорошо переносят даже ослабленные больные. Чтобы усилить химическое раздражение, к воде прибавляют соль (от 1 до 2 кг), соду (0,5 кг), сосновый экстракт (ароматические ванны) и др.

Для ускорения рассасывания продуктов воспаления чаще применяются горячие полуванны (поясные), а также сидячие ванны. В полуванне вода покрывает больную только до груди. В сидячей ванне больная усаживается таким образом, что погружает в нее всю область таза. Чтобы избежать охлаждения остальной части туловища при приеме тазовой ванны, больную укрывают одеялом. Для поддержания температуры ванны обеспечивают постоянный приток воды той же температуры, излишняя же вода вытекает из имеющегося у верхнего края ванны отверстия. При отпуске горячих водяных ванн недостаточно крепким женщинам на область сердца и голову накладывают холодный компресс.

Во все время приема горячей водяной полуванны и сидячей ванны больные должны находиться под наблюдением медицинского персонала.

Водяные ванны отпускаются больным через день или два дня подряд, в утренние часы через 1—2 часа после легкого завтрака, с последующим днем отдыха, в среднем по 15 ванн. При назначении водяных ванн следует иметь в виду, что физиологическое действие местных тепловых процедур на сердечно-сосудистую систему сравнительно с общими процедурами более щадящее как в отношении пульса, так и в отношении кровяного давления.

Гинекологическим больным с воспалительными процессами, страдающим функциональным расстройством сердечной деятельности, гипертонией, миокардиопатией и др., назначают поясные и тазовые водяные ванны типа Гауффе.

Эти ванны отличаются от обычных тем, что температура воды в них постепенно повышается и в течение 8—10 минут доводится до 45°. В такой ванне у больной не только расширяются капилляры и глубокие сосуды кожи и частей тела, подвергающихся термическому раздражению, но рефлекторно разгружается и центральная кровеносная система. Медленное и постепенное нарастание температуры ванн типа Гауффе оказывает, кроме местного лечебного эффекта, благоприятное действие на сердечную деятельность и общее состояние больных: улучшается сон, аппетит, исчезают головные боли. Больные чувствуют себя бодрее, крепче. Ванны Гауффе (тазовые и поясные) температурой от 36 до 45° отпускаются так же, как и обычные ванны, через день или по два дня подряд.

Из лечебных минеральных ванн, применяемых при воспалительных гинекологических заболеваниях, особого внимания заслуживают естественные, а за последнее время и искусственные сероводородные ванны (Чернеховский, Коршаков, Ягунов, Парсамов и др.). В естественных условиях сероводородные ванны отпускаются больным на отдельных курортах нашего Союза: Сочи-Мацеста, Талги (около Махач-Кала в Дагестане), Сураханы (около Баку), Сергиевское (Серноводск) и другие, из которых мировой известностью пользуется курорт Сочи-Мацеста на Черноморском побережье. Вода мацестинских

прохладных соляно-сероводородных источников, кроме сероводорода, содержит соли щелочных и щелочноземельных металлов: серной, сернистой, соляной и кремниевой кислот и некоторые другие вещества. Действующим началом воды мацестинских источников является главным образом сера (содержание титруемого сероводорода от 80 до 150 мг/л). Механизм действия воды мацестинских источников сводится в основном к раздражению окончаний чувствительных нервов кожи, рефлекторному расширению периферических сосудов, в результате чего, независимо от температуры воды, у больных отмечается характерная реакция покраснения кожи, появляющаяся уже к концу первой минуты. Реакция эта достигает максимума через 8—10 минут и ограничивается только той частью туловища, которая была погружена в воду, резко отделяясь от надводной, нормально окрашенной кожи; по Павленко, реакция покраснения кожи и сопровождающее ее падение кровяного давления—явления центрального происхождения. Обычно уже через 8—10 минут после ванны реакция покраснения кожи проходит. Реакция эта тем интенсивнее, чем ниже температура воды, и достигает максимума в воде бассейна без подогревания (температура 24°).

Помимо раздражения сероводородной водой окончаний периферических нервов, некоторые авторы (Верзилов, Шугам, Павленко и др.) указывают на возможность проникновения (всасывания) ионов серы через кожу, дыхательные пути, слизистые оболочки (Ж. Бернар, Валединский, Варшавер, Гуревич и др.). Последнее свойство особенно ценно при влагалищном применении сероводородной ванны (орошения, спринцевания, внутриматочные вливания, тампоны). Ягунов и Морозова, применяя углекисло-серные влагалищные орошения, указывают на их антионкотическое (отбухающее) действие на слизистую оболочку. Словецкий, Корейша и др. указывают, что при действии сероводородной воды на кожу в ней образуется биогенный белок—гистамин, активирующий ретикуло-эндотелиальную систему. Все это вместе взятое ведет к сложной перестройке во всем организме больной и в очаге поражения, выражающейся в повышении функций клеток организма посредством продуктов расщепления, вторично возникающих в его тканях. По Александрову¹, при применении лечебных вод, в том числе и сероводородной, клетки, ранее слабо реагировавшие на раздражение, начинают обнаруживать сильную реакцию; клетки, реагировавшие ранее только на специфические раздражители, отвечают и на неспецифические; все клетки (омницеллюлярно) начинают, таким образом, усиленно функционировать. Это при надлежаще направленной терапии ведет к усилению функций всего организма в желательном направлении. При этом, благодаря изменившейся реактивной способности организма создаются оптимальные условия для устранения патологических изменений (неспецифическая терапия). В результате имеется усиление функций клеток, повышение окислительных процессов, увеличенное поступление в кровь клеточных белков, сдвиг в сторону глобулинов, изменение проходимости капилляров и др.

В противоположность другим видам интенсивного теплолечения, угнетающим до некоторой степени деятельность сердечнососудистой системы, вода сероводородных источников тонизирует сердце и сосуды. Поэтому лечение сероводородной водой особенно показано при тех воспалительных гинекологических заболеваниях, когда наряду с заболеванием половых органов имеются поражения сердечно-сосудистой системы как функционального, так и органического характера.

Как в курортной, так и во внекурортной обстановке для лечения сероводородной водой показаны преимущественно хронические воспалительные процессы половых органов: вульвовагиниты, цервициты и эрозии, метро-эндометриты, воспаление придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки.

¹ Механизм и сущность действия естественных лечебных вод на организм вообще подробно изложены проф. В. А. Александровым в журнале «Курортология и физиотерапия», № 10, стр. 1—6, 1932, а также в «Основах курортологии», т. II, 1934.

При применении сероводородных ванн у большинства больных с воспалительными процессами отмечается очаговая реакция: влагалищные выделения (бели) в начале лечения усиливаются, разжижаются, реакция влагалищного секрета и степень чистоты влагалищной флоры изменяются.

Лечение сероводородной водой можно применять, но осторожно, и при подострых воспалительных заболеваниях половых органов; острые же воспалительные процессы половых органов, генитальный туберкулез, а также хронические и подострые воспаления при наличии у больных поражения почек противопоказуют лечение сероводородными ваннами.

Сероводородная вода в условиях мацестинского курорта применяется в подогретом виде и отпускается в форме общих и сидячих ванн в комбинации с влагалищными спринцеваниями, орошениями, тампонами, смоченными сероводородной водой, внутриматочными вливаниями, микроклизмами и капельными клизмами, промыванием мочевого пузыря. Серднее количество сероводородных ванн на одну больную 12—18, температурой в 26—30° и продолжительностью в 7—15 минут. Ванны назначаются через день или два дня подряд с последующим днем отдыха. Спринцевания делаются из 3—5 л сероводородной воды, для орошений же берут 6—8—10 л. Тампоны, смоченные сероводородной водой, оставляют во влагалище на 15—30 минут. Для клизм берут 100,0—200,0 жидкости; они не вызывают у больных тенезмов, нередко имеющих место при ректальном грязелечении. Промывание мочевого пузыря проводится 2—3 литрами воды через 2—3 дня. Средняя температура для всех указанных процедур равна 26—30°.

При фиксированных и полуфиксированных девиациях матки хорошие результаты дает комбинация сероводородных ванн с гинекологическим массажем, а также ионогальванизацией с той же сероводородной водой, при которой действующим началом являются сульфатные ионы.

Для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов применяются также и азотисто-термально-радиоактивные воды на следующих курортах: Цхалтубо и Абасс-Туман в Грузии, Белокуриха в Западной Сибири, Термы около Нальчика, в Фергане, а также воды в Киргизии, на Камчатке. Несмотря на ничтожную минерализацию, терапевтическое действие газовых вод по Валединскому, довольно эффективно, что может быть объяснено своеобразным комплексом физических свойств, присущих этим водам. При применении цхалтубских вод при воспалительных заболеваниях терапевтический эффект обуславливается преимущественно радиоактивностью этих вод (цхалтубская вода содержит от 5 до 15 ЕМ эманации радия).

Отличительной особенностью методики применения газовых ванн является то, что температура их обычно прохладная или индифферентная (Цхалтубо, 35—33°). В ваннах такой температуры больные не перегреваются, и в то же время без повышения температуры наступают резкие изменения в обмене веществ при одновременном усилении всего кровообращения (Валединский).

Другие лечебные минеральные ванны (нарзанские, углекислые, железистые) обычно применяются не столько для лечения основного воспалительного заболевания половых органов, сколько в качестве тонизирующих, общеукрепляющих процедур при лечении ослабленных, анемичных больных, больных с функциональной недостаточностью сердечной деятельности.

П а р о в о й д у ш (рис. 15) на пояснично-крестцовую область представляет собой сочетание местного применения интенсивного «влажного»¹ тепла на ограниченной поверхности туловища больной с механическим действием давления, под которым отпускается пар. Температура кожи при пояснично-крестцовом паровом душе на месте приложения пара повышается не менее,

¹ Хотя практически мы и применяем термины «сухое» и «влажное» тепло, однако речь при этом идет не о «сухом» и «влажном» тепле как таковых, а о характере среды, проводящей тепло (воздух, вода, пар и др.).

чем до 50°. При этом отмечается заметное повышение и влагалищной температуры (Гиллерсон и Файнштейн), которое при паровом душе так же, как и при других тепловых процедурах, следует, по всей вероятности, отнести за счет рефлекторных влияний применяемых нами физических агентов. Повышенная влагалищная температура во многих случаях держится по окончании парового душа до получаса, что позволяет в известной мере говорить о длительности глубокой сосудистой гиперемии (которой и обуславливается значительное резорбирующее действие парового душа при воспалении). Необходимо также отметить выраженный болеутоляющий эффект парового душа.

Паровой душ показан при сухих слипчивых формах хронических воспалений маточной брюшины и клетчатки с фиксированной ретродевиацией матки. При фиксированных и полуфиксированных запрокидываниях матки кзади мы комбинируем паровой душ на крестцово-поясничную область с гинекологическим массажем (массаж плюс паровой душ или паровой душ плюс последующий массаж), что дает возможность в сравнительно короткий срок сделать матку более или менее подвижной, устраняя тем самым жалобы больных на крестцово-поясничные боли, секреторные расстройства, нарушение отправления соседних полых органов. При хроническом сухом слипчивом тазовом перитоните, мы охотно комбинируем паровой душ, помимо гинекологического массажа, с ионогальванизацией иодистым калием (перкутанное или перкутанно-влагалищное применение электродов). В условиях амбулаторно-поликлинического обслуживания больных с воспалительными процессами паровой душ применяется нами через день, однако мы не видим противопоказаний и для ежедневного его применения. Общая реакция организма при паровом душе наблюдается редко; кратковременная же местная реакция имеет место примерно у 60% больных и наступает обычно после приема 3—6 процедур. Общее количество паровых душей варьирует в пределах от 15 до 20. Расстояние наконечника парового душа от больной устанавливается в 70 см; продолжительность процедуры— 20 минут с последующим отдыхом в течение получаса.

Во избежание ожога, прежде чем направить на больную пар, необходимо открыть кран для спуска воды, накопившейся в трубах вследствие охлаждения пара (конденсационной воды), и лишь когда из крана пойдет чистый пар без примеси капелек воды, кран закрывают и направляют струю пара на больную.

Поясной аппарат Линдемана представляет местную суховоздушную ванну, состоящую из деревянного ящика, в котором на фарфоровые стержни намотаны металлические спирали из проволоки. При пропускании электрического тока через проволоку спирали сильно нагреваются и в свою очередь нагревают (до 100°) воздух в аппарате. Степень нагрева воздуха в ванне регулируется включением всех или только отдельных спиралей. При приеме поясного линдемана вся тазовая область больной, поясница и низ живота довольно сильно прогреваются, чем обуславливается гиперемизирующее действие этой процедуры на тазовые органы. Поясной линдеман назначается при хронических и подо-

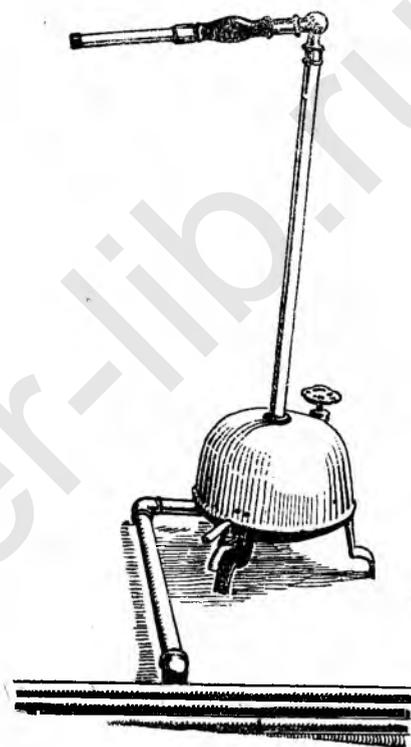


Рис. 15. Паровой душ.

стрых воспалительных процессах женских половых органов, как и световое кресло и тазовый соллюкс по Ягунову через день, продолжительностью 15—20 минут. Общее количество процедур зависит от особенностей случая.

«ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»

Обычно применяемые методы консервативной терапии воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов пока еще не могут претендовать на сколько-нибудь значительную эффективность как ближайших, так, в особенности, отдаленных анатомо-функциональных результатов.

Чтобы сократить сроки, необходимые для уменьшения, ослабления и даже полного исчезновения субъективных жалоб, а возможно, и местных анатомических изменений, обусловленных воспалительным процессом, и получить более стойкие результаты без ущерба для общего состояния больных, мы с 1933 г. стали применять на клиническом материале разработанный нами комплекс лечебных мероприятий, названный нами «и н т е н с и в н о й т е р а п и е й».

Основой для нашего комплексного метода послужили следующие соображения: наиболее эффективным методом рассасывания продуктов воспалительного процесса в тазу служит местная активная сосудистая гиперемия. Однако все тепловые процедуры, широко применяемые в гинекологической практике для вызывания активной сосудистой гиперемии, очень кратковременны. Отсюда, по нашему мнению, вытекает необходимость удлинить сроки этих процедур. Особенно это должно касаться наиболее распространенного и, по общему признанию, одного из самых эффективных методов—эндотермии.

При «интенсивной терапии» эндотермия вместо обычных 15—30 минут применяется до 1 часа. Для того чтобы длительная активная сосудистая гиперемия не перешла в нежелательную пассивную гиперемию, больная после некоторого отдыха получает общую ванну индифферентной температуры (34—35°). Благодаря этому происходит перераспределение крови, и она отливает от тазовой области. Кроме того, действие такой ванны как общей гидропатической процедуры сказывается в умеренном усилении реактивности организма, аналогично другим видам физиотерапии и неспецифической протеинотерапии (Гольдшейдер). После некоторого отдыха назначается новая тепловая процедура—лампа Соллюкс. В некоторых случаях после отдыха в 3—4 часа больная получает еще поясную водяную ванну типа Гауффе продолжительностью в 10—12—15 минут, причем температура постепенно повышается от 36 до 45°.

Таким образом, больная в течение одного дня получает 2—3 местные тепловые процедуры.

Одним из важных факторов лечения гинекологических воспалений является регулирование функции кишечника, так как у значительного числа гинекологических больных наблюдаются атонические или спастические запоры. Своевременное обильное систематическое опорожнение кишечника у больных, страдающих воспалениями, следует рассматривать как прекрасное отвлекающее средство, улучшающее крове-лимфообращение и устраняющее возможность алиментарной интоксикации, обусловленной запорами. В нашем комплексе в качестве слабительного назначается натощак горькая соль (английская соль 10,0—15,0) до получения мягкого кашицеобразного стула. Для равномерного усиления гиперемии в тазу больные получают в течение курса лечения ежедневно инъекции яичникового препарата (мы применяли фолликулол). Для общего воздействия на большой организм в качестве одного из видов неспецифической протеинотерапии комплекс включает аутогемотерапию путем введения 5,0—10,0 цитратной крови, действие которой особенно эффективно при кровотечениях, нередко сопровождающих воспалительные процессы гениталий. Истощенным больным назначают, кроме того, препараты мышьяка, железа и т. п.

«Интенсивную терапию» мы назначали только после тщательного клинико-лабораторного изучения больной, учитывая ее общее состояние. Больная включается в комплекс постепенно, путем предварительного введения отдельных его компонентов, причем ведется тщательный контроль за общим и местным состоянием больной. Учитывая большую нагрузку на организм, мы вначале применяли весь комплекс через день. В дни отдыха больные получали только аутогемотерапию и в случае надобности общеукрепляющие лекарственные препараты. В дальнейшем у большинства наших больных мы перешли к ежедневному применению комплекса.

Варируя тепловой фактор в пределах высоких и индифферентных температур, используя различные виды тепла (джоулево тепло эндотермии, фото-тепловой эффект лампы Соллюкс, «влажное» тепло ванн и «сухое»—грелки), включая их в известной последовательности друг за другом, применяя разную длительность (разовую продолжительность) тепловой процедуры, мы при «интенсивной терапии» как бы упражняем и тренируем сосудистую сеть. Местно достигается возможность получения максимально-длительно полезной активной гиперемии. Применение при лечении воспалений аутогемотерапии как ауто-протеино-серио-вакцино-терапии в дни так называемого отдыха при «интенсивной терапии» не требует пояснений и особенно показано при воспалениях, сопровождающихся кровотечением (гемостатическое действие).

Непосредственные результаты, полученные нами при применении «интенсивной терапии» у 57 больных и опубликованные еще в 1934 г., таковы: полное исчезновение субъективных жалоб—32 случая (56%), уменьшение их—25 случаев (44%), объективно определяемое исчезновение воспалительных изменений—19 случаев (33,3%), уменьшение—36 случаев (62,2%), и без изменений в отношении субъективных жалоб 2 случая, а по данным объективного исследования—3 случая. На повторное исследование через 1—2 месяца явилось 10 больных; из них 4 чувствуют себя здоровыми, и при гинекологическом исследовании никаких отклонений от нормы у них не отмечается; прогрессирующее субъективное и объективное улучшение отмечено у 2 больных, без изменений (выписались с субъективно-объективным улучшением)—2 больных, наличие жалоб при отсутствии анатомических изменений было у 1 больной, повторное кровотечение у 1 больной. Вес до и после лечения проверен был у 56 больных: отмечено нарастание веса от 0,6 до 4,7 кг (в среднем 1,6—1,7 кг); в 1 случае вес остался без изменений. Хотя непосредственные результаты в отношении субъективных жалоб для всей группы больных мало разнятся от полученных нами за 1929—1932 гг. при применении обычного противовоспалительного лечения, зато при объективном исследовании обнаружено полное исчезновение воспалительных изменений в 33,3%—цифра во много раз более высокая.

В дальнейшем мы получили гораздо более эффективные результаты.

Проверка отдаленных результатов «интенсивной терапии», произведенная Малевой у 67 больных, подвергшихся этой терапии у нас в клинике от 4 лет до 6 месяцев тому назад, показала, что у 44 больных, т. е. в 65,7%, никаких изменений со стороны внутренних половых органов не обнаружено; улучшение обнаружено у 21 больной (31,3%), без перемен—у 2 больных.

После выписки из нашей клиники лечение продолжали 9 больных, из которых 2 подвергались стационарному лечению. Обнаруженные более или менее отдаленные результаты значительно превосходят те результаты лечения, которые получены авторами при общепринятых методах, дающих рецидивы воспаления до 60%.

При сопоставлении данных, полученных при обследовании отдаленных результатов, с теми данными объективного исследования, которые были отмечены у этих же больных при выписке их из клиники, обнаруживается, что процент выздоровления среди больных после выписки из клиники значительно возрос («выздоровление» при выписке равнялось 34,4% «выздоровление» при повторном обследовании—65,7%). При этом ни одна из этой группы больных после выписки из клиники не подверглась больше лечению. Отсюда видно, что при «интенсивной терапии» процесс рассасывания продолжался и после выписки больной из клиники.

Противопоказанием к «интенсивной терапии» мы попрежнему считали наличие резкого малокровия, расстройств со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы, туберкулез легких, туберкулез половых органов.

Мы не считаем, однако, возможным уже в настоящее время окончательно подвести итоги применения «интенсивной терапии», особенно в подострых и острых случаях воспаления, а также в отношении отдаленных ее результатов.

Результаты интенсивной терапии зависят от целого ряда других моментов—бытовых, профессиональных и т. д., в которые больные попадают после проделанного лечения. Трудно также в настоящее время говорить об отдаленном влиянии «интенсивной терапии» на

организм. Одно лишь несомненно, что если возможно шире проводить раннюю госпитализацию гинекологических больных с воспалительными процессами и применять под строгим клиническим контролем «интенсивную терапию», то срок лечения может быть значительно сокращен.

КУРОРТНОЕ И ВНЕКУРОРТНОЕ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ

Одним из наиболее эффективных методов современной консервативной терапии хронических воспалительных заболеваний женских половых органов нетуберкулезной и несифилитической этиологии следует признать грязелечение.

Грязелечение проводится как в условиях грязевых курортов, так и во внекурортной обстановке. За последние годы, в связи с использованием местных и привозных лечебных грязей, внекурортное грязелечение получило в СССР широкое применение не только в лечебных учреждениях крупных промышленных центров, но и в районных и даже сельских (бывших участковых) больницах и амбулаториях.

В большинстве случаев все же следует отдать предпочтение курортному грязелечению, где, наряду с особенностями самой лечебной грязи (ил, торф), на организм больной воздействует ряд факторов, присущих данному курорту (климатические условия, растительность, море, река, специальный режим, развлечения и пр.), а само грязелечение проводится в условиях временного исключения тех бытовых факторов, которые во внекурортной обстановке сплошь и рядом мешают систематическому лечению и тем его обесценивают.

При выборе грязевого курорта для направления гинекологических больных необходимо, учитывая особенности, присущие данному курорту, в целях максимального использования его естественных богатств, обращать сугубое внимание, наряду с изменениями в половых органах больной, на общее ее состояние, руководствуясь в этом отношении теми показаниями и противопоказаниями, которые установлены для каждого из курортов в отдельности.

Говоря о специальных показаниях и противопоказаниях к грязелечению больных воспалительными процессами, необходимо согласиться с мнением Черникова, что бурно реагирующие на грязелечение болезненные процессы (острые и подострые воспаления) угрожают обострением (ухудшением), а потому и противопоказаны для грязелечения. Противопоказаны также и те патологические процессы, при которых в органах и тканях имеются уже стойкие, необратимые изменения, при которых, стало быть, клетки организма уже утратили способность реагировать на раздражения, вызываемые грязью. Следовательно, необходимо прежде всего отказаться от направления на грязелечение больных в острой, подострой стадиях воспаления, а также при обострениях хронического воспаления. Не подлежит также грязелечению распознанный генитальный туберкулез (все его формы) и нагноительные процессы органов малого таза (тазовой брюшины, клетчатки) во всех стадиях заболевания.

Хотя при хронических мешотчатых опухолях придатков матки, независимо от содержания, и применяется грязелечение, но, как показал наш личный опыт, непосредственные и отдаленные результаты в отношении анатомического статуса у таких больных не отличаются сколько-нибудь заметной эффективностью. При мешотчатых воспалительных опухолях придатков матки Ягунов и Микеладзе с успехом применяли гальванизацию через грязь. При значительной давности заболевания грязелечение в этих случаях является мероприятием в известной мере подготавливающим больную к оперативному вмешательству.

Хотя в настоящее время большинство гинекологов считает подострую стадию воспаления противопоказанием к грязелечению на курорте и во внекурортной обстановке, однако в условиях стационарного наблюдения так называемое «митигированное» лечение (Амброжевич, Линевиц, Желоховцев и др.) грязью более низких температур (35—40°) и большей продолжительности (до 40 минут) может быть начато с известной осторожностью уже и в этой стадии заболевания. Линевиц рекомендует митигированное грязелечение не

только в случаях подостро протекающего воспаления, но и при острых воспалительных заболеваниях женской половой сферы.

Основную группу гинекологических больных, подлежащих грязелечению, составляют таким образом лица, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов (от 90 до 95% и выше всех гинекологических больных, пользующихся грязью), возникшими в результате гонорройной, септической, колибациллярной и смешанной инфекции, а также последствиями перенесенных воспалительных заболеваний—фиксированными и полужфиксированными смещениями органов малого таза. Как уже указано выше, при направлении такого рода больных на грязелечение на курорты особое значение приобретает наличие или отсутствие сопутствующих заболеваний со стороны других органов.

Для больных, страдающих только воспалительным заболеванием, при отсутствии субъективных жалоб, функциональных сдвигов и органических изменений других органов, выбор грязевого курорта относительно безразличен, и такая больная может быть направлена на любой из грязевых курортов нашего Союза (Саки, Евпатория, Тинаки, Серноводск, Майнаки, одесские курорты, Славянск, Старая Русса, Липецк, Кашино, Краинка, Ессентуки, Железноводск, Миргород, Карачи, Эльтон и др.).

При одновременном заболевании сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательных органов, нервной системы необходимо направить больную на такой курорт, где, наряду с гинекологическим заболеванием, можно было бы лечить и сопутствующее заболевание. Правда, и в этих случаях следует избегать резких климатических переходов; это особенно относится к больным, пользующимся курортным грязелечением в осеннем, наименее устойчивом, сезоне, которым приходится возвращаться в резко отличные климатические условия севера, северо-востока и северо-запада.

Опыт показал, что среди гинекологических больных, страдающих воспалительными процессами и пользующихся курортным грязелечением, имеется значительное число таких, у которых, наряду с выраженными постоянными субъективными жалобами и функциональными расстройствами, имеются ничтожные анатомические изменения (остатки воспаления), жалобы же больных в конечном счете должны быть отнесены главным образом за счет общего их состояния. Особенно часто воспалительные процессы половых органов при этом сочетаются с общими функциональными невротами (неврастения, истеро-неврастения, психастения), которые в значительной степени усугубляют интенсивность и характер жалоб больных с пониженным питанием и малокровием. В отдельных случаях, наряду с воспалением, имеют место различного рода эндокринопатии, диатезы.

Понятно, что, наряду с выбором курорта для грязелечения, особое значение для такого рода больных приобретает и проведение самого грязелечения на курорте, использование дополнительных к грязи естественных и всевозможных лечебных факторов (гидротерапия, питье минеральных вод, отдельные физические методы лечения, лечебная физкультура).

В условиях курорта при лечении гинекологических воспалительных процессов применяются общие и местные натуральные или грунтовые ванны солнечного нагрева, а также разводные грязевые ванны искусственного нагрева. Последние переносятся больными несколько хуже, чем натуральные ванны солнечного нагрева, которые, как известно, принимают на открытом воздухе, в то время как разводные ванны отпускаются больным в закрытых помещениях, где воздух насыщен парами и содержит примесь сернистых газов.

За последние годы, особенно при отсутствии сопутствующих заболеваний, при хронических воспалительных процессах внутренних женских половых органов применяется почти исключительно местное грязелечение в форме так называемых грязевых аппликаций (припарок, трусиков), а также тазовых (гинекологических сидячих) грязевых ванн. Для грязевых аппликаций берется нагретая до нужной температуры грязь густой консистенции. Грязь кладется

поверх брезента, положенного на теплое одеяло, покрывающее деревянную кушетку. Грязью обмазывается таз и верхние части бедер больной. Толщина слоя грязи при этом, примерно, равна 8—10 см. Покрытую грязью больную заворачивают поверх грязи брезентом и теплым одеялом. Чтобы избежать понижения температуры грязевой аппликации, в отдельных случаях применяется световая полуванна, располагаемая над аппликацией, или же большие резиновые грелки, наполненные горячей водой.

При приеме тазовой, сидячей грязевой процедуры грязь отпускается больной в специальной деревянной ванне. В грязь погружается только тазовая область, ноги же и верхняя половина туловища остаются свободными от грязи.

Поясные, в особенности же общие, разводные грязевые ванны за последние годы применяются все реже и реже, так как установлено, что они являются чрезмерной нагрузкой для сердечно-сосудистой системы.

На курортах, на которых применяется грязь солнечного нагрева, она отпускается на специальных площадках. Голова больных защищается от солнца плоским зонтом. После грязевой процедуры следует обмывание больных (обливание теплой водой, полуванна, дождевой душ). Продолжительность грязевой процедуры в зависимости от общего состояния больной, характера местных изменений и методики грязелечения колеблется в пределах от 7—8 до 20—25 минут. При митигированном местном грязелечении продолжительность процедуры может быть удлинена. Температура грязевых аппликаций и тазовых ванн варьирует от 40 до 50°. Начинать с длительных грязевых процедур высоких температур не следует.

Началу грязелечения предшествует прием 2—3 «входных» рапных или водяных процедур постепенно повышаемой температуры. Назначение «входных» и «выходных» процедур—подготовка больных, с одной стороны, к более высоким температурам грязевых ванн, с другой—к более низким температурам морских и речных купаний.

Общее количество грязевых ванн в среднем равно 14—16 при продолжительности курортного грязелечения в 4—6 недель.

Во внекурортной обстановке тазовые ванны применяются редко; главным образом практикуются грязевые аппликации—приложение грязи искусственного нагрева (на водяной бане) на тазовую область (трусы).

Грязевые аппликации, а также грязевые ванны, как правило, чередуются с гидропатией (водяные ванны, минеральные ванны и др.) или с днями отдыха, которые назначаются больной через каждые две-три грязевые процедуры. После приема грязевой процедуры больным рекомендуется полутора-двухчасовой отдых в постели, теплое укутывание, горячее питье.

На время менструаций, особенно при болезненных скудных месячных, некоторые авторы грязелечение не отменяют. Грязелечение, по их мнению, не увеличивает менструальных кровопотерь (Глушкова, Гиллерсон, Какушкин, Живатов, Шмундак, Мажбиц, Хохлов и др.); в ряде случаев имеет место укорочение межменструального периода, быть может, зависящее от того, в какой фазе менструального цикла начато грязелечение. Беккер рекомендует при менструациях давать грязь более высокой температуры и менее продолжительное время. При применении грязелечения во время менструации мы не повышаем температуры грязи и не увеличиваем продолжительности процедуры; наоборот, в отдельных случаях даже уменьшаем ее.

Реакция на грязелечение, наблюдаемая в условиях курорта у 60—70% больных, для получения положительных результатов лечения не о б я з а т е л ь н а (Стефанович, Гиллерсон, Живатов). Улучшение, а в отдельных случаях и выздоровление возможны и без предварительной клинически ясно выраженной общей и очаговой реакции. Реакция там, где она имеет место, чаще всего наблюдается в начале грязелечения, после приема первых 3—4, реже 6—8 процедур, и выражается в усилении болей, белей, иногда в незначи-

тельном повышении температуры, некотором общем недомогании; местно же отмечается увеличение отечности, а вместе с ней и размеров воспалительных конгломератов, повышение болезненности при пальпации. В отдельных случаях реакция на грязелечение наблюдается повторно (в начале и конце лечения).

Добиваться во что бы то ни стало выраженной реакции ни в условиях курорта, ни во внекурортной обстановке, конечно, не следует. На время обострения грязелечение прекращается или, если и продолжается, то температура и продолжительность процедуры уменьшаются. Больным следует с самого начала лечения объяснить, что между результатами лечения и наличием или отсутствием реакции прямой связи не существует, так как преобладающее большинство больных (да и немало еще и врачей) склонно думать, что отсутствие реакции должно повлечь за собой отрицательный результат лечения. При воспалительных процессах почти все больные, получающие местное грязелечение, отмечают уже после первых грязевых процедур усиление выделений, характер которых к тому же изменяется: они становятся жиже, иногда водянистыми, светлыми, не обладают раздражающими свойствами.

В качестве подсобного¹, отнюдь не самостоятельного метода при аппликационном грязелечении на курорте при воспалительных заболеваниях применяются влагалищные грязевые тампоны² (Бастаки—Bastaky, Гельман, Лебедев, Гительсон, Хохлов, Дик и мн. др.). Понятно, что не следует посылать на курортное грязелечение гинекологических больных, у которых по состоянию других органов можно применять лишь грязевые тампоны. Грязевые тампоны внекурортно применяются и как самостоятельный метод лечения воспалительных заболеваний женских половых органов.

Для тампонов берется грязь густой консистенции, предварительно тщательно очищенная от всякого рода механических примесей. Для этого ее либо пропускают через обычную мясорубку, либо протирают через марлю или мелкие сита. Подготовленную таким образом грязь нагревают до 55° на водяной бане, а в крайнем случае—на керосинке, примусе. Необходимо следить, чтобы грязь прогревалась равномерно, для чего ее следует помешивать; при неравномерном прогревании легко возникают ожоги слизистой влагалища.

Грязевой тампон содержит обычно до 100,0 грязи. Грязь вводится во влагалище или завернутой в стерильную марлевую салфетку (Леневиц, Беленькая, Мажбиц и др.), или при помощи трубчатых зеркал (Дик). В первом случае зеркалами обнажаются своды, влагалище и грязь чаще всего укладывают в задний свод. При применении метода нафаршировывания влагалища грязью грязь набирается сначала в деревянное или эбонитовое трубчатое зеркало, которое обычными приемами вводится во влагалище, и грязь из зеркала при помощи поршня выталкивается в него. Наиболее распространен второй способ. При нем подогретая грязь соприкасается с влагалищем на большем протяжении и растягивает в значительной мере своды. При влагалищном грязелечении по методу Беспаловой-Летовой грязь выжимается во влагалище из резиновой трубки (из отрезков велосипедных камер).

Грязевой тампон мы вводим больной незадолго до приема местной грязевой процедуры и оставляем его во влагалище на все время процедуры, после чего его удаляют. По удалении грязи из влагалища больная обильно проспринцовывается. Другие авторы оставляют грязевой тампон во влагалище в течение

¹ При обнаружении противопоказаний к аппликационному грязелечению в ряде случаев (эндоцервициты с наличием эрозии, кольпиты и паракольпиты, низко расположенные воспалительные экссудаты) влагалищное грязелечение, конечно, может быть применено и как самостоятельный метод. Однако мы считаем, что посылать больных на курорт специально для влагалищного грязелечения совершенно нецелесообразно, так как оно с успехом может быть проведено и внекурортно.

² По сведениям Шабака, еще в 1896 г. в Старой Руссе практиковались грязевые ванны с предварительно введенным во влагалище зеркалом (Дик).

1—3 часов. Такое длительное оставление грязевого тампона во влагалище мы считаем излишним в условиях курортного и комбинированного грязелечения. Тепловое действие грязевого тампона невелико, так как грязь быстро остывает (Дик, Гительсон). Поэтому отдельные авторы (Живатов, Бартельс и Сарыгин) предлагают вводить в грязевую массу тампона наконечник пельвитера или влагалищный электрод диатермии.

Отсутствие в литературе достоверных указаний на возможность внесения инфекции при влагалищном грязелечении, несмотря на огромный материал по вопросам курортного и внекурортного грязелечения, к сожалению, еще не решает основного вопроса о стерильности и бактерицидном действии лечебной грязи. В то время как одни авторы (Бабес—Babes, Бастаки, Горизонтов Линевиц и др.) указывают на отсутствие в лечебной грязи патогенных микроорганизмов и на бактерицидное ее действие, другие (Шавердова-Новицкая, Иванов, Свешников и др.) доказали, с одной стороны, присутствие в грязи патогенных микробов (белого и золотистого стрептококка), с другой—отсутствие бактерицидного действия ее. Таким образом, вопрос о стерильности и бактерицидности лечебной грязи, применяемой для влагалищного (ректального) грязелечения, не является пока окончательно разрешенным и требует дальнейших тщательных и всесторонних исследований.

В механизме действия грязевых тампонов известная роль отводится тому давлению, которое грязевая масса тампона оказывает на продукты воспаления в малом тазу. Кроме хронических воспалительных процессов, при которых применяется аппликационное грязелечение, грязевые тампоны применяются при хронических кольпитах, цервицитах, эндоцервицитах, задних пери-параметритах.

При фиксированных ретродевиациях матки только тогда можно рассчитывать на известный успех лечения (даже на курорте), если, наряду с интенсивным местным грязелечением (комбинированным), проводится систематически гинекологический массаж. Этот массаж не всегда легко выполним и его должен производить только врач-гинеколог (а отнюдь не сестра). Массаж делают ежедневно за исключением времени менструации и периода обострения реакции. Без одновременного гинекологического массажа одним только грязелечением сплошь и рядом не удается добиться сколько-нибудь заметного непосредственного улучшения, не говоря уже об отдаленных результатах. Понятно, что в таких случаях грязелечение может быть усилено применением отдельных физических методов лечения (ионтофорез, специальные гимнастические упражнения).

При грязелечении у гинекологических больных с воспалительными процессами мы придаем особое значение санаторно-курортному режиму и отдыху после курортного лечения. Санаторно-курортный режим для такого рода больных должен строиться на правильном использовании лечебных факторов курорта, на умелом сочетании их с разумными развлечениями, причем за лечебными процедурами обязательно должен следовать отдых. Особое внимание на курорте должно быть уделено вопросам пищевого режима этих больных, так как воспаление часто сопровождается жалобами на функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Следует также всячески вводить в режим таких больных элементы дозированной физкультуры под непосредственным наблюдением врача.

При наличии задних пери-параметритов, воспалительных конгломератных опухолей, расположенных низко в заднем дугласе, при пери-парапроктитах может быть использовано также и ректальное грязелечение (Жан, Черникова, Быков, Александров, Ильин, Сушкова и др.). По Черниковой, показания к ректальному грязелечению в общем сходны с показаниями для влагалищного грязелечения; особенно же показаны ректальные тампоны для замены вагиналь-

ных тампонов при наличии вагинизма, чрезмерной узости влагалища и у девушек. При этом пользуются грязью примерно той же температуры, как и при влагалищном грязелечении: по Ильину до $58,5^{\circ}$, по Быкову и Сушковой не выше 45° . Грязь медленно вводится на 2—3 часа в прямую кишку при помощи специально сконструированных для этой цели шприцев (шприц Боржанского) в количестве 100—200—300 г и удаляется простым натуживанием больной. Из осложнений при ректальном грязелечении следует отметить появление в отдельных случаях слизи, прожилков крови, сильных тенезмов (Ильин), колита (Быков и Сушкова), крови в испражнениях (Александров).

На самом курорте максимум внимания должно быть уделено укреплению общего состояния больной и ее нервной системы.

По окончании курортного грязелечения, которое надо проводить под систематическим контролем лечащего врача и никогда не следует форсировать, больным рекомендуется отдых (Nachkuhr), продолжительность которого определяется бытовыми и профессиональными условиями больной. Этот отдых проводится больной в домашних условиях, а еще лучше в доме отдыха, на климатической станции; в деревне. При отъезде с курорта больной необходимо указать режим, которого она должна в дальнейшем придерживаться.

В результате курортного, а также внекурортного грязелечения (на основании имеющихся многочисленных работ по этому вопросу) у 80—90% больных субъективные жалобы, функциональные расстройства исчезают или уменьшаются, в значительно меньшем проценте случаев отмечается уменьшение анатомических изменений. Как показал нам личный опыт курортного грязелечения на материале свыше 2 500 больных на одном и том же курорте (Липецк), а также наблюдения за проделавшими грязелечение на курорте и вне курорта гинекологическими больными с воспалительными процессами, отдаленные результаты лечения пока не могут быть признаны достаточно стойкими. Значительный процент больных (до 20) пользуется грязелечением повторно, по 2—3 и больше раз. Многие больные уже через 2—3 месяца, реже через полгода-год, снова начинают жаловаться на боли, бели, менструальные расстройства и пониженную работоспособность.

По данным Скробанского, в случаях тяжелых воспалительных заболеваний женских половых органов беременность имеет место всего лишь в 3% случаев; среди же всех больных с воспалительными процессами процент это не превышает 10.

Глинолечение. Наряду с грязелечением для лечения воспалительных заболеваний пользуются нагретой глиной. У гинекологических больных глина применяется преимущественно в виде местных припарок (лепешек) и влагалищных тампонов. Для припарок и тампонов глина готовится следующим образом: глина освобождается руками, а если она сухая, то при помощи крупного сита, от посторонних примесей (камни, растительные остатки и пр.); к ней прибавляют небольшое количество воды или раствора поваренной соли и разминают руками, как тесто. Приготовленную таким образом глину кладут в металлический сосуд достаточной емкости (ведро, таз и пр.) и нагревают на обычной керосинке, примусе, при помощи пара или другими способами. Во избежание ожогов нагретая глина должна иметь равномерную температуру.

Припарки (лепешки) из нагретой глины, толщиной в 4—5 см, кладут на низ живота, на поясницу, крестец. В отдельных случаях назначается круговая припарка в форме трусиков: на низ живота, поясницу, тазовую область и верхние трети бедер. Поверх припарки больную укрывают брезентом и теплым одеялом. Так же, как и при местном грязелечении, температура припарки колеблется от 45 до 50 — 52° . Припарки комбинируют с влагалищными тампонами из той же глины температурой в 50 — 60° , которые иногда сочетаются с наложновлагалищной диатермией (Лебедев-Шмидгоф), ионогальванизацией. По удалении припарки больная получает теплое обмывание, душ или теплую общую водяную ванну (36°). Тампон из нагретой глины вводится во влагалище

больной за 5—15 минут до припарки и удаляется тотчас же после припарки, после чего больная обильно спринцуется теплой водой.

Хотя солевой состав глины резко различается от состава грязи, но по своему терапевтическому действию глинолечение в известной мере сходно с грязелечением.

Лечение песком. При хронических воспалительных заболеваниях, кроме лечебной грязи и глины, применяется еще и нагретый песок. Так как теплопроводность песка невелика, то песок можно применять и более высокой температуры. Он обладает значительной гигроскопичностью, хорошо всасывает влагу, а следовательно, не задерживает пототделения. Песок совершенно не растворим в воде и содержит лишь следы солей (Лурье).

Нагретый песок применяется в виде общих и местных ванн как солнечного, так и искусственного нагрева. Для местной ванны искусственного нагрева достаточно нагреть нужное количество песка на обычной кухонной плите. В последнее время песок, как и лечебная грязь, нагревается также и при помощи электрического тока. Нагретый песок, слоем толщиной в 20 см, насыпают в деревянную ванну; больную усаживают в ванну и покрывают ее еще слоем песка (сантиметров в 10). Для лучшего сохранения тепла больную закрывают одеялом. Если нужно, на голову больной кладется холодный компресс. В солнечные теплые дни местные песочные ванны можно отпускать больным на открытом воздухе. Температура ванн от 45 до 55°, продолжительностью от 30 минут до 1—1½ часа. Кроме таких ванн, больным с воспалительными процессами кладут на крестец, поясницу и нижнюю половину живота нагретый до необходимой температуры песок, насыпанный в полотняные мешочки. После песочной ванны больная принимает тепловатую ванну в течение приблизительно 10 минут.

Припарки из льняного семени, проса, овса—старый излюбленный метод лечения теплом хронических воспалительных процессов половых органов, особенно в условиях работы участкового и районного врачей. Мы приводим их потому, что в ряде случаев воспаления припарки действительно оказывают мощное рассасывающее и болеутоляющее действие и нисколько не утратили своего значения для современного гинеколога, работающего в любых условиях. Способ приготовления припарок очень прост: в холщевый мешочек шириной в 20—30 см и такой же длины насыпают около 400,0—600,0 либо льняного семени, либо проса, либо овса. Мешочек зашивается наглухо. Таких мешочков готовится для каждой больной по четыре. Затем их распаривают в печи, при этом в посуду, в которую их кладут, наливают небольшое количество воды. Нагретые до температуры 50—60° припарки хорошо удерживают равномерное тепло и сравнительно медленно остывают. Обычно пользуются сразу двумя припарками. Больную кладут на теплое одеяло, а поверх одеяла помещается небольшой кусок брезента. Одну припарку кладут на область поясницы-крестца, вторую над лобком, в нижней половине живота, и укрывают больную одеялом. Через 15—20 минут первую пару припарок снимают и кладут снова таким же образом вторую пару припарок той же температуры. Таким образом, общая разовая продолжительность припарки до 30—40 минут. Продолжительность припарки может варьировать в довольно широких пределах. После припарки больная обмывается теплой водой и вытирается досуха. Последующий отдых больной должен длиться от 30 минут до 1 часа.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Массаж, как один из видов физических методов неспецифического лечения, способствующих улучшению кровообращения, усилению обмена веществ и выведению из организма вредных продуктов обмена, находит себе применение и в гинекологической практике. Он здесь применяется редко в форме общего массажа, а чаще в форме гинекологического массажа.

Если энтузиасты гинекологического массажа в конце прошлого столетия применяли его чуть ли не при всех женских болезнях и этим, несомненно, способствовали его дискредитации, то в настоящее время гинекологи впали в другую крайность и редко пользуются гинекологическим массажем даже в тех случаях, когда он уместен и дает прекрасные результаты. Метод двуручного массажа, прежде всего, требует большого терпения как со стороны врача, так и со стороны больной; его применение связано с тягостной для больной необходимостью каждый раз ложиться на гинекологическое кресло; нередко возникают осложнения (вспышки воспалительного процесса), вследствие того, что массаж часто поручается акушеркам, сестрам, в то время как им должен заниматься только опытный врач-гинеколог, который во время лечения не пропустит важного момента и во-время заметит появление симптомов, сигнализирующих возможное осложнение.

Для того чтобы установить, при каких состояниях гинекологический массаж может быть с пользой применен, необходимо уяснить себе его физиологическое действие.

Не останавливаясь подробно на реакциях, вызываемых применением массажа, укажем лишь на следующие моменты: как общий, так и местный массаж улучшает крово- и лимфообращение, усиливает обмен веществ, способствует выведению вредных для организма продуктов обмена и, подобно другим физическим методам лечения (протеинотерапии или неспецифической иммунизации), усиливает общие и местные реакции организма (Гольдшейдер, Букура).

Массаж, улучшая кровообращение, может до известной степени остановить развитие малокровия, возникающего в рубцующейся и сморщивающейся ткани; но все же влияние его в этом отношении не столь велико. Большее влияние массаж оказывает в том отношении, что благодаря ему соединительнотканнные тяжи, рубцы и перемычки (образовавшиеся в результате воспалительного процесса в тазовой клетчатке или брюшине) растягиваются, истончаются, атрофируются и разрываются. Нужно только помнить, что для получения хорошего результата большое значение имеет техника массажа: при бережном, осторожном растягивании подлежащих массажу тканей получается сначала анемия, затем гиперемия, в результате чего рубцовые образования становятся сочнее и эластичнее; при грубом же растягивании получают разрывы тяжей и спаек, сопровождающиеся кровотечениями.

Для уничтожения тяжей и спаек Шульце (Schultze) предложил применять способ насильственного разрыва их под наркозом, но этот метод является опасным, а кроме того, нередко из возникающих при этом гематом, которые частично рассасываются, а частично организуются, образуются новые рубцовые тяжи и перемычки.

Краткий обзор вызываемых массажем реакций уже намечает контуры того круга, в пределах которого метод может быть применен и границ которого он не должен переступать. Хотя согласно современным взглядам имеется полная аналогия между реакциями, вызываемыми массажем, и протеинотерапией или неспецифической иммунизацией (Гольдшейдер, Букура), однако это еще не служит основанием для полного отождествления границ применения обоих методов. Например, массаж воспаленных труб, превращенных в мешки с инфицированным содержимым, находящимся под известным давлением, нужно считать делом рискованным и опасным. При наличии целого ряда других методов лечения этого заболевания массаж в этих случаях вовсе не должен применяться. Несколько иначе обстоит дело с лечением параметритов и пельвеоперитонитов. При воспалительных процессах в тазовой клетчатке и тазовой брюшине с образованием инфильтратов массаж может явиться одним из самых эффективных методов, способствующих рассасыванию инфильтрата, но при применении его в этих случаях надо быть вполне уверенным, что в инфильтрате нет вирулентной инфекции. Поэтому необходимо тщательно исследовать больную и наблюдать за ней в течение некоторого времени, чтобы убедиться, что температура у нее

не повышается, лейкоцитоз не превышает 7 000—8 000, реакция оседания эритроцитов не ускорена или если ускорена, то незначительно; при пальпации инфильтрат не должен быть болезненным. Такое же или еще более подходящее, а главное, менее рискованное поле для применения массажа представляют параметрит и пельвеоперитонит в той стадии, когда в результате воспаления образовались плотные тяжи, мозоли и спайки, ведущие к смещению органов, сдавлению нервных стволов, что вызывает боли и нарушение функции половых и соседних с ними органов. Конечно, опасность вспышки воспалительного процесса и здесь не исключена; поэтому мы и выдвигаем требование, чтобы гинекологический массаж производился только врачом, который мог бы во-время заметить первые признаки угрожающего осложнения.

Опасность при массаже представляет не только возможность вспышки тлеющего воспалительного процесса, но и диагностическая ошибка в отношении самого характера заболевания, как, например, при нераспознанной внематочной беременности или злокачественном новообразовании. Массаж, предпринятый при подобной диагностической ошибке, может принести больше вреда, чем применение многих других методов гинекологической терапии. Поэтому необходимо,

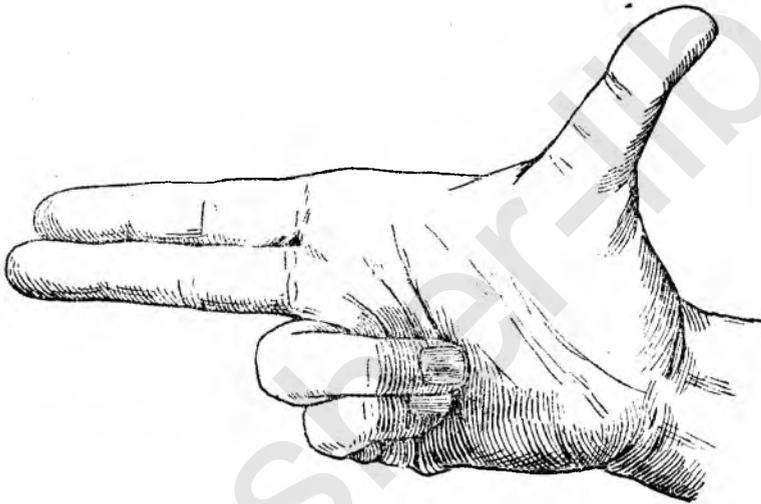


Рис. 16. Положение пальцев, вводимых во влагалище для гинекологического массажа.

чтобы гинекологическим массажем самостоятельно занимались врачи, опытные в гинекологической диагностике и технически владеющие этим методом. Мы лично готовы начинающему гинекологу скорее дать в руки нож, чем предоставить ему самостоятельность в выборе случаев для массажа и в бесконтрольном его применении.

Кроме вирусной инфекции,

противопоказанием к гинекологическому массажу может служить нервозность больных. При ожирении брюшных стенок гинекологический массаж может дать недостаточно хорошие результаты.

Методика гинекологического массажа в том сложном виде, как ее разработал Тур Брандт, в настоящее время не применяется. Техника его теперь значительно упрощена. Больная лежит на гинекологическом кресле, а врач становится впереди него, как при обычном гинекологическом исследовании, или же больная с приведенными к животу бедрами лежит на кушетке с приподнятым изголовьем, а врач садится по ее левую сторону. Мочевой пузырь и кишечник должны быть предварительно опорожнены. Массаж следует начинать не раньше, чем через 2 часа после еды. Брюшную стенку смазывают жиром или припудривают тальком. Брандт требовал, чтобы во влагалище врач вводил пальцы левой руки с тем, чтобы правая рука, как более сильная, могла интенсивно работать со стороны брюшной стенки. Гегар (Hegar), Дюрсен (Dührssen), Франкль (Frankl) советуют вводить во влагалище руку, противоположную той стороне таза, на которой имеется патологический процесс, т. е. при необходимости массировать левый параметрий вводить пальцы правой руки, и наоборот. Во влагалище мы вводим, по возможности, два пальца, особенно в тех слу-

чаях, когда приходится производить растяжение. Положение пальцев руки, вводимой во влагалище, изображено на рис. 16. Шаута (Schauta) советует, чтобы локоть руки, введенной во влагалище, опираясь на одноименное бедро врача, нога которого стоит на подножке или табуретке. При таком фиксированном положении локтя пальцы введенной руки массируют спокойнее и нежнее. Наружная рука массирует со стороны брюшных покровов. Производя круговые движения (рис. 17), она постепенно вдавливает брюшную стенку и проникает все глубже по направлению к пальцам внутренней руки. Таким образом та ткань, которая должна подвергнуться массажу, попадает между пальцами обеих рук. Внутренняя рука производит массаж ладонными поверхностями трех фаланг, а не концами их. Гинекологический массаж состоит пре-

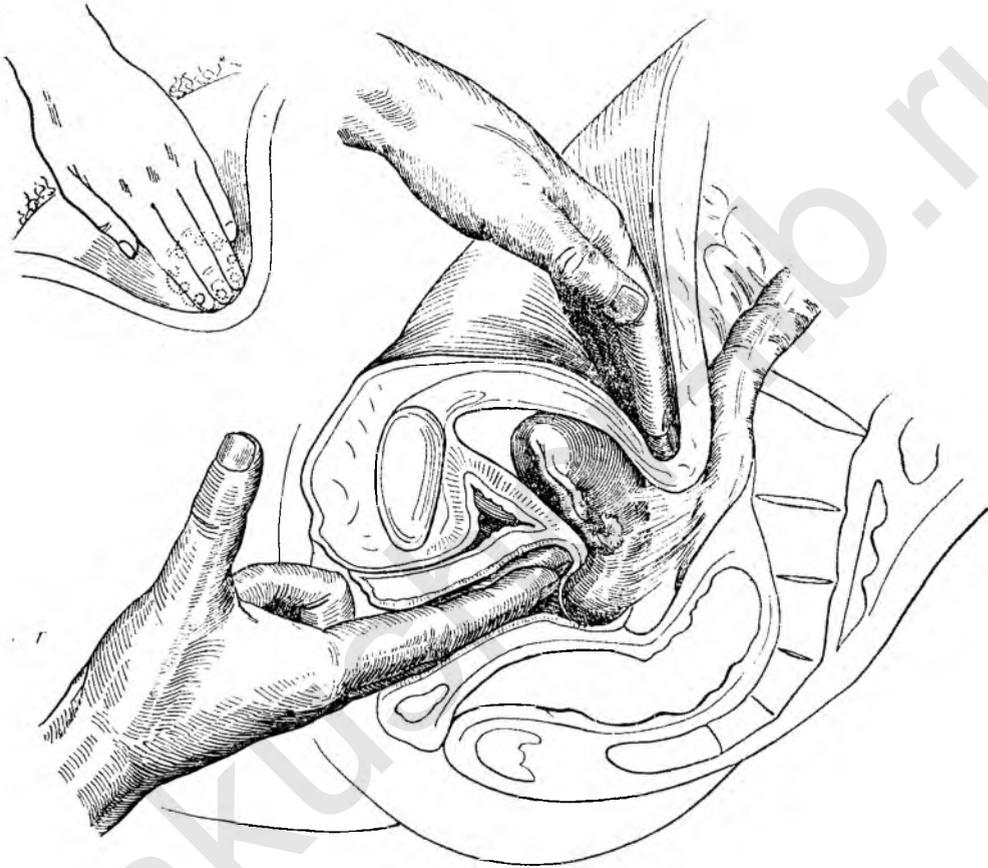


Рис. 17. Круговые движения наружной руки при гинекологическом массаже.

имущественно из поглаживания, разминания, надавливания и растягивания. Все эти приемы направлены к тому, чтобы вызвать гиперемия.

Пользуясь гинекологическим массажем преимущественно при наличии рубцов, тяжей и спаек, мы применяем главным образом их растягивание с отодвиганием в сторону, приподниманием и опусканием матки; то же и в отношении фиксированных яичников и труб.

Растяжение производят следующим образом: если, например, необходимо растянуть укороченный на почве рубцового сморщивания правый параметрий, то во влагалище вводят два пальца левой руки, которые направляют в правый влагалищный свод и упирают в рубец. Наружной правой рукой круговыми движениями, постепенно вдавливая ее, проникают к задней поверхности матки.

Отсюда наружная рука продвигается к правому ребру матки в область широкой связки, к правому параметрию. Пальцы руки, введенные в правый влагалищный свод, своими ладонными поверхностями производят теперь давление на шейку матки в сторону левого параметрия, а наружная рука с медленно нарастающей силой оттягивает матку также по направлению к левой стороне таза. Никакой боли этот прием не должен вызывать.

Произведя такое постепенно усиливающееся, но непродолжительное растягивание, массирующий ослабляет напряжение рук и делает паузу, не извлекая пальцев из влагалища. Затем растяжение повторяется.

В первый сеанс мы делаем однократное растяжение, в последующий—двукратное и трехкратное, а затем и многократное. Боли не должны появляться и после массажа, в противном случае массаж вреден.

Шаута рекомендует применять при растягивании рубцовых тяжей дрожательные движения. При очень плотных рубцах полезно перед массажем применять местные тепловые процедуры, особенно диатермию, или попеременно комбинировать. Такая комбинация особенно полезна при лечении бесплодия на почве бывшего ранее воспалительного процесса, гипоплазии органов или комбинации обоих состояний.

Если массаж применяется при наличии более компактных остатков инфильтрата, то целью его должна быть активная гиперемия и выжимание из тканей продуктов воспаления. Для этого массирующие движения начинают с периферии инфильтрата и продолжают их по направлению отводящих кровеносных и лимфатических сосудов. В этих случаях, повторяем, следует особенно тщательно проверить, нет ли в инфильтрате вирулентной инфекции.

Когда массаж применяется с целью освободить яичники или яичники вместе с трубами от сращений и рубцов, то его следует производить особенно деликатно, так как яичники весьма чувствительны к давлению.

Интенсивность массажа соразмеряется с чувствительностью больных. Силу массажа во время сеанса следует развивать постепенно, начиная с более легкого и постепенно переходя к более сильному массажу. Массаж не должен вызывать боли ни во время, ни после сеанса. Болезненность во время массажа может зависеть как от чрезмерной силы, с которой работает наружная рука, так и от слишком сильного давления, которое производят пальцы внутренней руки. Боли, появляющиеся после массажа, сигнализируют о возможности возникновения осложнения.

Давать точные указания относительно количества сеансов, их частоты и продолжительности нецелесообразно, так как всякий предпринятый массаж нужно рассматривать как опыт, который при безуспешности, а особенно при возникновении осложнения должен быть немедленно прекращен. Букура рекомендует сеансы массажа проводить через 3—4 дня, считая, что такой промежуток времени необходим для того, чтобы обнаружилась и прошла возможная реакция. Первый сеанс должен длиться не больше 5 минут, последующие—по 10—15 минут в зависимости от распространенности процесса. Больше 15—20 минут сеанс вообще не должен продолжаться. Во время сеанса массирующему приходится, когда устает рука, делать краткие перерывы. Извлекать пальцы из влагалища на время отдыха, для которого достаточно 10—20 секунд, не следует.

Тур Брандт применял массаж также и во время менструации. Мы целиком присоединяемся к мнению Франкля, что гинекологический массаж во время менструации производить не следует. Тут прежде всего имеется опасность внесения инфекции во внутренние половые органы; кроме того, многим женщинам показываться в это время врачу особенно неприятно. Да и большой необходимости в этом нет, так как гиперемия, набухлость и размягчение тканей, которые наблюдаются во время менструации, можно, как мы выше упоминали, получить и при помощи разного рода местных тепловых процедур. Девушкам и женщинам, отличающимся значительной сексуальной раздражимостью, онанисткам массаж рекомендуется производить через прямую кишку.

Для того чтобы добиться успеха, массаж следует систематически применять в течение 1—3 месяцев, проводя сеансы примерно через день. Если и тогда не получится хорошего результата, то Гутман советует после двухнедельного отдыха повторить курс массажа.

Двуручный гинекологический массаж можно в известных случаях заметить вибрационным, который производят следующим образом: большой наконечник вибрационного аппарата прикладывают к брюшным покровам, предварительно подведя 1—2 пальцами, введенными во влагалище, подлежащие массажу органы и ткани к месту, куда прикладывается наконечник аппарата. Вибрационный массаж применяется главным образом у женщин с ожирелой брюшной стенкой, при хронических запорах, при дряблости брюшных покровов. Были предложены наконечники, вводимые во влагалище, со стороны которого и производится вибрационный массаж органов и тканей, подлежащих воздействию коротких и частых ударов. Так как непродолжительные короткие и частые удары действуют раздражающе и вызывают сокращение мышц, то вибрационный массаж может оказаться полезным при кровотечениях на почве атонии матки. Франкль считает также возможным применять вибрационный массаж при наличии старых, очень плотных инфильтратов и в целях растяжения рубцов и спаек. Противопоказания к нему те же, что и для двуручного гинекологического массажа.

Аналогично гинекологическому массажу действует и лечение тяжести. По сообщению Пинкуса (Pincus), этот метод применялся еще в древности (цит. по Франклю). Метод заключается в том, что введенный во влагалище кольпёринтер подводят к тому своду, где расположен инфильтрат или рубец, после чего через воронку его осторожно наполняют ртутью (сначала 300—500 г, а в последующие сеансы до 1500 г). Со стороны брюшных покровов кладут противовес в виде мешка с песком или дробью, весом в 1 кг. Сеанс продолжается от 15 до 30 минут. Больная лежит во время его со слегка приподнятым тазом. Предварительно должен быть очищен кишечник и опорожнен мочевой пузырь. Экссудат, прилегающий к тазовому дну, подвергается при этом с двух сторон сдавливанию, и содержимое его «выжимается как губка» (Функе—Fünke). Если очаг лежит выше, то он приподнятым кольпёринтером, лежащим во влагалище, сдавливается со стороны наружного мешка с песком (Анвард—Anward, Пинкус). Анемия, вызванная в тканях сдавлением, переходит по окончании сеанса в гиперемия. Для того чтобы регулировать эту гиперемия, Пинкус советует удалять тяжесть постепенно.

Этим методом непосредственно растягивают укороченные параметрии и связки, особенно при заднем параметрите, а также рубцы во влагалище. Сеансы повторяют через день. После 15—20 сеансов можно наблюдать значительное улучшение, особенно если рубцы и тяжи прилегают к тазовому дну. Ни в острой, ни в подострой стадии воспалительного процесса мы этого метода не применяем. При появлении болей и повышении температуры лечение тяжестью надо немедленно прекратить.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Лечебную физкультуру у гинекологических больных, как стационарных, так в особенности у амбулаторно-поликлинических, следует производить с осторожностью, под постоянным врачебным контролем опытных инструкторов, по заранее разработанным для отдельных групп больных схемам упражнений. Комплексы упражнений должны быть подобраны с таким расчетом чтобы научить больную постепенно выполнять их, начиная от элементарных до более сложных.

Частота рецидивов и обострений, наблюдаемых при воспалительных заболеваниях под влиянием самых разнообразных причин, заставляет нас под-

черкнуть, что применение лечебной физкультуры даже при хронических воспалительных процессах, с значительной давностью процесса, при наличии стойких изменений в половых органах, требует осторожности. Особенно об этом надо помнить при мешотчатых опухолях придатков матки, осумкованных экссудатах в тазовой брюшине и клетчатке.

Лечебную физкультуру не следует рассматривать как самостоятельный метод консервативной терапии воспалительных заболеваний, так как хотя лечебная физкультура и представляет собой дозированное применение различных видов упражнений, однако отсутствие разработанных методов объективного контроля не позволяет с уверенностью высказаться в пользу возможности непосредственного ее воздействия на половые органы, а следовательно, на течение (динамику) воспалительного процесса. Наблюдения показывают, что при правильно подобранных упражнениях, проводимых под постоянным контролем, с соблюдением определенной последовательности в смысле нагрузки, обострений, resp. ухудшений, заболевания не наблюдается. Мы наблюдали благотворное влияние лечебной физкультуры на больных: общий тонус больных повышался, их внимание до некоторой степени отвлекалось от основного заболевания, больные делались более спокойными, а в дальнейшем настолько втягивались в лечебную физкультуру, что она являлась уже неотъемлемой составной частью внутриклинического режима; отдельные же больные после выписки из стационара продолжали заниматься физкультурой в домашней обстановке.

Таким образом, лечебная физкультура является дополнением к многообразной консервативной терапии, применяемой при воспалительных заболеваниях, и при соблюдении вышеуказанных условий она может быть начата у лежачих больных сравнительно рано—даже в подострой стадии воспаления.

Для таких больных специально разработаны комплексы упражнений, направленные в первую очередь на улучшение дыхания больных, с тем чтобы научить больных правильно, глубоко и равномерно дышать и тем самым улучшить (усилить) вентиляцию легких, а следовательно, повысить окислительные процессы в организме больной.

Примерные комплексы упражнений для лежачих больных («слабый», «средний», «сильный») по Машкову (ГИФ) включают следующие упражнения:

Комплекс № 1 (слабый)

1. Исходное положение: лежа на спине. Статическое дыхание 4 раза.
2. Исходное положение: то же. Дыхание с подниманием прямых рук вверх (4—5 раз).
3. Исходное положение: то же. Сгибание рук в локтевых суставах одновременно (10 раз).
4. Исходное положение: лежа с опорой на локте. Выгибание грудной клетки (5—6 раз).
5. Исходное положение: лежа на спине. Поочередное сгибание в коленных суставах нижних конечностей (по 5—6 раз каждая нога).
6. Исходное положение: то же. Разведение и сведение колен (8—10 раз).
7. Исходное положение: то же. Поочередное сгибание ног в коленных и тазобедренных суставах с одновременным откидыванием колен в сторону.
8. Исходное положение: то же. Спокойное дыхание.

При пользовании этим комплексом упражнений начинают с № 1, 2, 3, 4 и 8, включая в последующие дни упражнения № 5, 6, и 7; при этом упражнения для верхнего пояса и грудной клетки чередуются с упражнениями для нижнего пояса.

По мере уменьшения воспалительных изменений в половых органах, улучшения общего состояния больных, приближения показателей крови (морфология, реакция оседания эритроцитов) к нормальным цифрам, при соблюдении максимальной осторожности в нагрузке (дозировке), от «слабого» комплекса переходят к «среднему», а затем к «сильному».

Комплекс № 2 (средний)

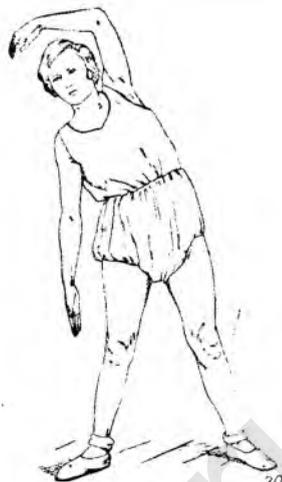
1. Исходное положение: лежа на спине. Статическое дыхание—4 раза.
2. Исходное положение: то же. Поочередное сгибание конечностей в коленных и тазобедренных суставах (по 5 раз каждой ногой).



18



19



20



21



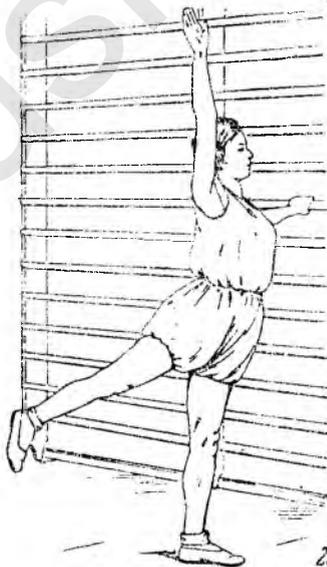
22



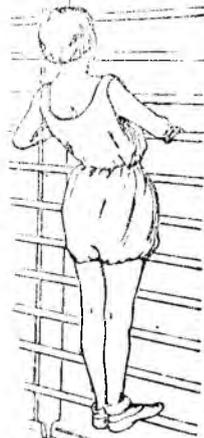
23



24



25



26

Рис. 18—26. Различные виды физупражнений у гинекологических больных (объяснение в тексте).

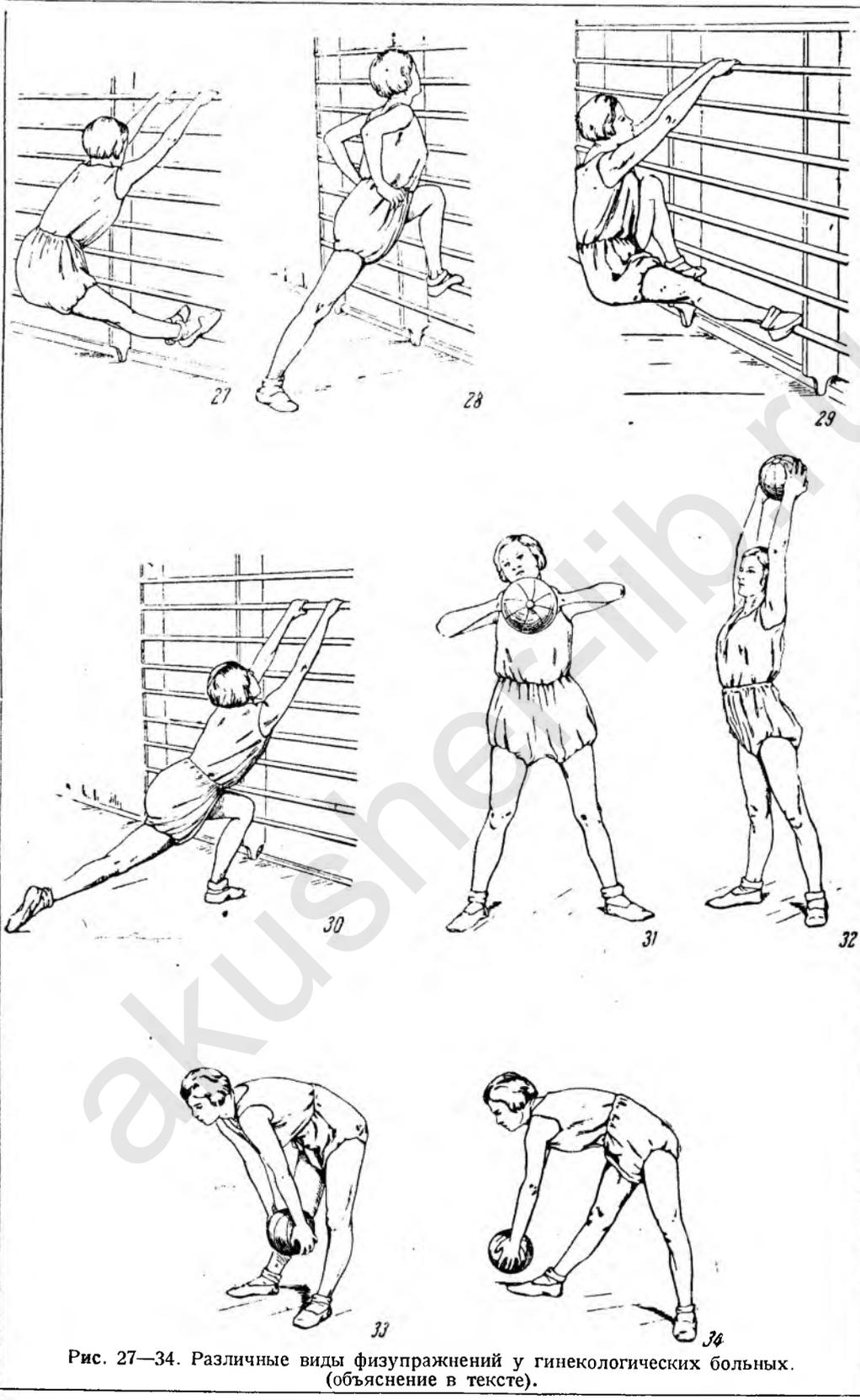
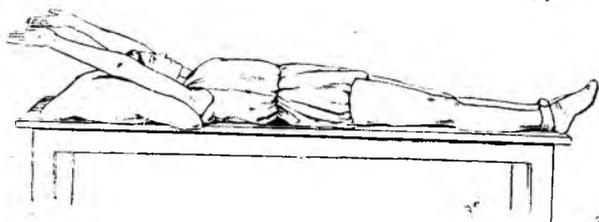
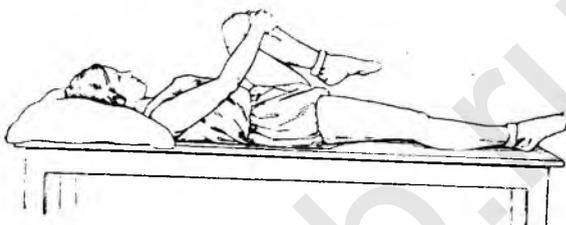


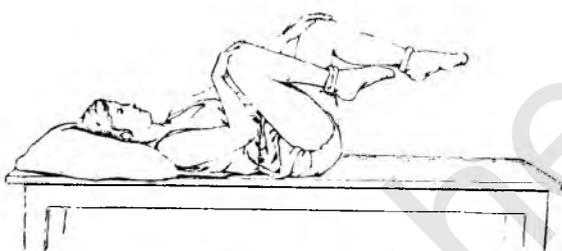
Рис. 27—34. Различные виды физупражнений у гинекологических больных.
(объяснение в тексте).



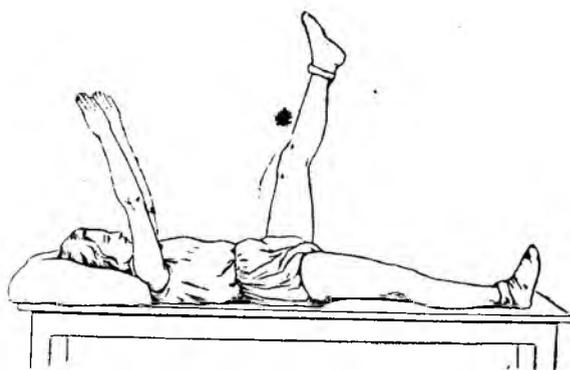
35



36



37



38

Рис. 35—38. Различные виды физупражнений у гинекологических больных (объяснение в тексте).

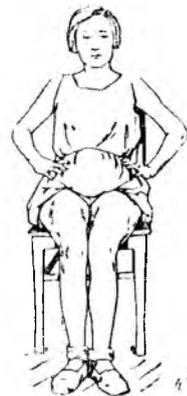
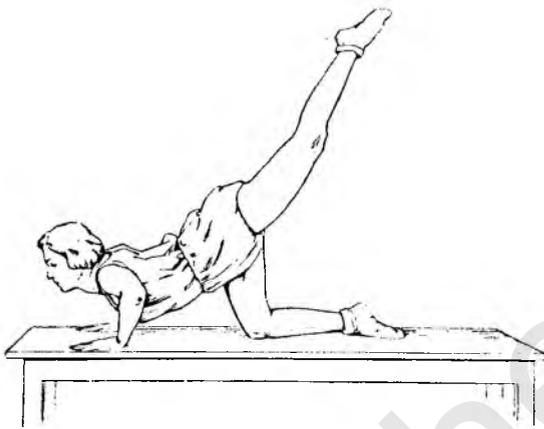
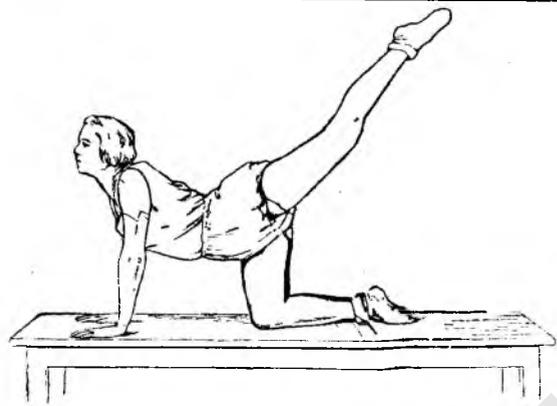


Рис. 39—43. Различные виды физупражнений у гинекологических больных (объяснение в тексте).

3. Исходное положение: лежа на спине, руки перед грудью. Дыхание с разведением и сведением рук (4—5 раз).

4. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, к кисти рук на коленных суставах. Имитация движений велосипедиста при помощи рук (от 10 до 20 раз).

5. Исходное положение: лежа на спине. Упражнения в статическом дыхании (5 раз).

6. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях, стопами упираются в постель, руки к плечам. Одновременное разведение колен с выбрасыванием рук в стороны, затем вернуться в исходное состояние. Повторить 6—10 раз.

7. Исходное положение: лежа на спине, концы пальцев касаются подбородка. С разведением локтей в стороны—вдох. Свести локти, прижать плечи к грудной клетке, втягивая живот—выдох. Повторить 5—6 раз.

8. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль корпуса. Одновременное сгибание одной ноги в коленных и тазобедренных суставах с выбрасыванием обеих прямых рук назад. Повторить поочередно каждой ногой по 5 раз.

9. Исходное положение: упражнения в статическом дыхании. Повторить 3—4 раза.

10. Исходное положение: лежа на спине, руки вытянуты вдоль корпуса. Счет «один»—согнуть обе ноги в коленях, «два»—поднять таз, «три»—опустить таз, «четыре»—вытянуть ноги. Повторить 4—6 раз.

11. Исходное положение: то же. Дыхание с подниманием вверх и разведением в стороны прямых рук. Повторить 4—6 раз.

12. Исходное положение: то же. Упражнения в статическом дыхании (3—4 раза).

Комплекс № 3 (сильный)

1. Исходное положение: лежа на спине, руки вдоль корпуса. Дыхание с подниманием прямых рук вверх. Прodelать 3—5 раз.

2. Исходное положение: то же. Согнуть ногу в колене, вытянуть вверх и опустить. Повторить поочередно по 4—5 раз.

3. Исходное положение: лежа на спине, упор на локте. Упражнения в прогибе. Повторить 4—5 раз.

4. Исходное положение, как в упражнении 1. Упражнение в одновременном сгибании обеих ног в коленных суставах и разведении их. Вернуться в исходное положение. Повторить 5—8 раз.

5. Исходное положение: лежа на спине, руки перед грудью. Упражнения в дыхании с разведением рук в стороны. Повторить 4—6 раз.

6. Исходное положение, как в упражнении 1. На счет «один»—согнуть ноги в коленях, «два»—развести колени, «три»—поднять таз, «четыре»—опустить таз, «пять»—свести колени, «шесть»—вытянуть ноги. Повторить 4—6 раз.

7. Исходное положение: то же. Упражнения в статическом дыхании. Повторить 3—5 раз.

8. Исходное положение: лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Разведение и сведение колен с напряжением и сопротивлением при помощи рук 5—8 раз.

9. Исходное положение, как в упражнении 1. Поочередные полукруговые движения прямыми ногами с возрастающей амплитудой. Повторить по 5—6 раз каждой ногой.

10. Исходное положение, как в упражнении 1. Дыхательное упражнение с подниманием прямых рук.

11. Исходное положение: лежа на спине, одна нога положена на другую. Опора на одну пятку и локти. Упражнения в поднимании и опускании таза. Повторить, сменяя ноги, по 4—5 раз.

12. Исходное положение, как в упражнении 1. Упражнения в статическом дыхании 3—5 раз.

13. Исходное положение: лежа на спине, руки к плечам. Круговые движения плечами. Повторить 6—8 раз.

14. Исходное положение как в упражнении 1. Упражнения с одновременным подниманием, отведением и приведением прямой ноги и обеих рук. Повторить 6—10 раз.

15. Исходное положение то же. Упражнения в статическом дыхании. Повторить 4—6 раз.

У хронических больных, при отсутствии рецидивов и кровотечений, а также мешотчатых опухолей придатков матки, лечебная физкультура, как указано, может проводиться амбулаторно.

На рис 18, 19, 20, 21, 22 и 23 мы приводим первый раздел элементарных гимнастических упражнений различных мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями. Эти упражнения, по Машкову, должны стимулировать организм, мобилизовать внимание больных, оказать постепенно возрастающее воздействие на общее лимфо-кровообращение, поставить организм в условия физработы и постепенно усложняющимися движениями подготовить физиологическое взаимодействие всех внутренних органов к более высокой нагрузке последующих процедур. Целью первого раздела, таким образом, является общее гигиеническое воздействие на весь организм в целом. Продолжительность занятия от 5 до 8 минут.

Рис. 24, 25, 26, 27, 28, 29 и 30 изображают второй раздел занятий—у п р а ж н е н и я на шведской стенке. Эти упражнения имеют целью усилить общефизиологиче-

скую нагрузку, чередуя движения с общефизиологическим воздействием, с упражнениями, отвечающими частным задачам методики, оживить крово-лимфообращение в области половых органов путем подбора движений для тазового пояса, мышц тазового дна, брюшного пресса, а также мышц, отводящих и приводящих бедро. Продолжительность занятий 6—10 минут.

Третий раздел упражнений с метанием надувных мячей или медечинболов (рис. 31, 32, 33 и 34) имеет своей целью общее и местное воздействие на организм больной, укрепление мышц корпуса. Продолжительность занятия 5—8 минут.

Четвертый раздел включает упражнения, лежа и на четвереньках (рис. 35, 36, 37, 38, 39 и 40). Этим разделом упражнений предусматривается преимущественное местное воздействие на половой аппарат с втягиванием в работу мышц брюшного пресса, тазового дна и промежности и в сочетании с воспитанием диафрагмального дыхания, усиление местного крово-лимфообращения в связи с охватом движениями мускулатуры тазовой области. Продолжительность занятий 6—8 минут.

Пятый раздел упражнений — игра на месте. Целевая установка этого раздела — поднятие психо-физического тонуса больных, создание обстановки радостных эмоций при наличии ограниченной физнагрузки. Продолжительность занятий 6—8 минут.

Шестой раздел (рис. 41, 42 и 43) включает элементарные гимнастические упражнения с глубокими дыхательными упражнениями, целевой установкой которых является снижение общефизиологической нагрузки процедуры. Продолжительность занятия 3—4 минуты.

При отсутствии отклонений со стороны других органов, главным образом сердца, в пятом разделе занятий допускается использование в дозированной форме игр с элементом бега, а также и некоторых спортивных игр (крокет, волейбол).

Лечебную физкультуру как стационарно, так и в амбулаторно-поликлинических условиях желательно проводить либо в специальных гимнастических залах, либо в приспособленных для этой цели коридорах. Помещение, в котором проводятся занятия с больными, должно быть хорошо проветрено: в теплое время занятия ведутся при открытых окнах, зимой при открытых форточках, но избегая сквозняков. Одежда больных не должна стеснять движений. Наши больные на занятия выходят в трусиках, майках, тапочках; больным, делающим упражнения в постели, также следует пользоваться трусиками и майками, которые выдаются каждой больной при поступлении в стационар. Совершенно неправильно производить упражнения с лежащими больными, покрытыми одеялами; при этом не только трудно контролировать правильность выполнения самих упражнений, но и создается ненужная, вредная, дополнительная нагрузка, особенно у ослабленных больных.

У хронических больных лечебная физкультура соответственно видоизменяется. Дополнительно вводятся новые упражнения (ходьба, упражнения на шведской стенке), добавляются отдельные виды игр (медицинбол). Увеличение нагрузки у таких больных требует контроля за состоянием сердечно-сосудистой системы. Особая осторожность в выборе упражнений и дозировке их должна быть соблюдена у лиц с функционально неполноценным сердцем и сосудами. У таких больных желательно проводить периодически функциональную пробу сердца.

Следует ли применять лечебную физкультуру у больных во время менструации?

Вопрос о возможности заниматься спортом и физупражнениями во время месячных совершенно еще не изучен, а потому трудно говорить о профилактическом и лечебном значении физкультуры для лечения некоторых патологических отклонений менструации (Елкин, Гориневская и Берзин, Курдиновский и др.).

Известно, что воспаления чаще всего обостряются во время менструации или вслед за ней, поэтому мы не считаем пока возможным рекомендовать применение лечебной физкультуры во время менструации даже у тех больных, у которых заболевание имеет значительную давность и изменения в половых органах носят стойкий характер.

Противопоказана лечебная физкультура у гинекологических больных: 1) в острой стадии воспаления, 2) при наличии нагноения в органах малого таза и мешотчатых опухолей придатков матки с гнойным содержимым.

ГОНОРРЕЯ

Диагностика

Диагностика острого гонорройного заболевания уретры, парауретральных и вестибулярных желез (бартолиниевы железы) не представляет больших трудностей. При уретрите больные жалуются на боль и резь в начале мочеиспускания, частые к нему позывы. Уретральное отверстие отечно, стенки уретры уплотнены. Если надавить введенным во влагалище пальцем на уретру, то в отверстии ее появляется капля гноя (если больная мочилась непосредственно перед исследованием, то капли гноя может и не быть). Парауретральные крипты гиперемированы, отечны. В хронических случаях в них могут образоваться абсцессы или ретенционные кисты. Аналогичные явления имеются и при воспалении выводного протока бартолиниевой железы. В острых случаях в выделениях, взятых из инфицированных каналов, обнаруживаются гонококки; в других случаях их удается выявить при помощи провокации. Если произвести бактериоскопическое исследование, то при наличии воспаления в области наружных отверстий выводных протоков вестибулярных желез, уретры и парауретральных крипт все же можно с большой вероятностью предположить гонорройный характер заболевания.

Значительно труднее диагностировать гонорройный эндоцервицит и эндометрит на основании одного гинекологического исследования (не применяя бактериоскопии). Если эндоцервицит сопровождается уретритом, парауретритом или бартолинитом, можно почти с уверенностью говорить об его гонорройном происхождении. Но точная диагностика все же может быть поставлена только при помощи бактериоскопического исследования.

После дезинфекции наружных половых органов во влагалище вставляют зеркало, которым обнажается влагалищная часть матки. Наружный зев осторожно протирают марлевым или ватным тампоном. Для взятия мазка пользуются предварительно прокаленной платиновой петлей или ложечкой Аша, которую вводят в нижний отрезок цервикального канала.

Для обнаружения гонококков бактериоскопическим путем очень важна правильная техника взятия мазков. Часто делают ту ошибку, что секрет берут из наружного отверстия или канала, не касаясь слизистой оболочки. Между тем надо иметь в виду, что гонококки гнездятся на поверхности слизистой оболочки и в толще ее. Поэтому мазки надо обязательно брать со слизистой оболочки; для этого инструмент (петлю, ложечку), которым берут мазок, следует выводить вдоль слизистой, слегка надавливая. Это вовсе не значит, что инструментом (особенно ложечкой) следует соскабливать поверхностный слой слизистой и таким образом травмировать ее. Такой грубый способ взятия материала для бактериоскопического исследования может вызвать распространение воспалительного процесса в глубину. При отсутствии ложечки Аша или платиновой петли можно для взятия мазков пользоваться или петлей из простой медной проволоки, или одной браншей корнцанга.

Важно не только правильно взять мазок со слизистой оболочки, но и уметь размазать исследуемую каплю выделений на стекле. Бакшт, придающий при диагностировании гонорреи большое значение цитологической картине мазка,

рекомендует размазывать каплю секрета на стекле обязательно концом петли, так как при размазывании ребром растираются форменные элементы. Мазки берутся минимум из двух мест (из уретры и цервикального канала), обычно же из трех (из уретры, заднего свода и цервикального канала), а иногда даже и из четырех (предыдущие места плюс прямая кишка). При маточном кровотечении мазка из цервикального канала не берут, пока не прекратится кровотечение. Все мазки, взятые у больной из разных мест, можно расположить на одном стекле в известном порядке или придать каждому мазку определенную условную форму.

При амбулаторном исследовании, когда желательнее быстро получить предварительный или ориентировочный ответ при помощи окраски мазка метиленовой синькой, с тем чтобы в случае необходимости произвести окраску по Граму, желательнее брать мазки на два стеклышка.

При выдавливании пальцем секрета из уретры или из выводного протока вестибулярных желез первую каплю появившегося секрета стирают, а для исследования берут вторую каплю. Если второй капли секрета получить нельзя, то платиновой петлей или ложечкой берут мазок из уретры.

Если при эндоцервиците в мазках из цервикального канала не находят гонококка, в то время как в уретре он обнаружен, специфичность эндоцервицита не должна вызывать сомнения.

Стремясь получить секрет из вышележащих отделов мочепоолового канала, не следует переходить известных границ, чтобы не протолкнуть имеющуюся внизу инфекцию в лежащий выше, еще не инфицированный отрезок этого канала.

Для того чтобы в сомнительном случае установить гоноррею, нередко необходимо упорно производить повторные многочисленные бактериоскопические исследования мазков (см. определение излеченности).

Отрицательный бактериоскопический анализ на гонококки может смениться положительным после применения одного из видов провокации.

Но даже и после этого гонококк обнаруживается далеко не у всех подозрительных по гоноррее больных.

Изучая бактериоскопическую и цитологическую картины мазков из уретры и цервикального канала при воспалительных заболеваниях женской половой сферы, в частности, при женской гоноррее, Бакшт пришел к следующей схеме трактовки этих микроскопических картин.

Картина 1-я (K_1) характеризуется обилием сегментированных лейкоцитов; в небольшом количестве встречаются «гибнущие» лейкоциты, которые прежде всего утрачивают оболочку и часть протоплазмы, сохраняя значительно дольше ядра и свое сегментарное строение. В большем или меньшем количестве встречаются гонококки; посторонняя флора отсутствует.

Картина 2-я (K_2) характеризуется той же цитологической картиной, только без наличия гонококков. Картина подозрительна своей «чистотой», т. е. отсутствием посторонней флоры, которая вытеснена необнаруженным, но, очевидно, участвующим в процессе гонококком. K_2 характерна для скрытой гонорреи и требует повторных поисков гонококков после менструации или после провокации.

Картина 3-я (K_3) резко отличается от первых двух по характеру лейкоцитов: ядра последних утратили свой сегментарный характер и приняли неопределенное очертание, граница между ядром и протоплазмой смазана; сегментированные лейкоциты встречаются редко. Обильная флора мазка из цервикального канала (кокки, коккобациллы, палочковидные формы) напоминает 3-ю и 4-ю степени чистоты влагалищной флоры. Картина эта (K_3) для гонорреи не характерна, а при уже перенесенной гоноррее может служить признаком начавшегося выздоровления. В то же время K_3 не дает еще права отрицать гоноррею, но в сочетании с отрицательной гоновакцинореакцией и картиной крови (высокий лейкоцитоз) позволяет со значительной долей вероятности считать заболевание «негонорройным». В K_1 цитологическая компонента не имеет решающего значения, так как доказательством гонорройной этиологии служат только находимые при ней гонококки. Таким образом, главное диагностическое значение остается за K_2 , которая должна стимулировать к упорным поискам гонококка в тех случаях, где он сразу не определяется в мазках.

Не придавая поэтому предлагаемой классификации цитобактериоскопических картин решающего значения при диагностике гонорреи, можно согласиться с автором, что эти картины являются лишь вспомогательным ориентировочным средством для выявления гонорройной этиологии воспалительных процессов женской половой сферы.

Распознаванию гонорройного характера эндометрита и аднексита в острой стадии процесса помогает нахождение гонококков в уретре, цервикальном канале и прочих местах локализации «открытой» или «наружной» гонорреи. Кроме того, за гонорройный характер может говорить быстрое ascentирование процесса и распространение на придатки с обеих сторон (особенно, если при двуручном исследовании обнаруживаются утолщения в области истмической части фаллопиевых труб).

Диагностика гонорройной инфекции в хронических случаях воспаления внутренних половых органов представляет значительные трудности, так как найти гонококков в мазках в случаях, по анамнезу и клиническому течению подозрительных на гоноррею, удастся лишь в 23—25% (Кушелевский, Гельман).

Из других лабораторных методов диагностики гонорреи заслуживает внимания серологическая реакция Борде-Жангу.

Специфичность серологической реакции по Борде-Жангу подтверждается многими авторами. Но, в то время как ряд авторов (Гарднер и Клаус, Вильсон Рубинштейн, Ландесман и др.) ни разу не наблюдал положительной реакции при отсутствии гонорройной инфекции, другие (Кан, Файн, Финкельштейн, Русакова и Гужанская и др.) получили в 1—3% случаев положительную реакцию у вполне здоровых людей. Таким образом, положительная реакция Борде-Жангу даже при отсутствии клинических явлений гонорреи внушает большое подозрение на наличие этой инфекции и во всяком случае требует длительного наблюдения за этими больными. В противоположность Кану, Гайнеру и другим Рубинштейн, Русакова и Гужанская находят, что сыворотки сифилитиков, дающие положительную реакцию Вассермана, могут давать слабое неспецифическое связывание комплемента и с гонококковым антигеном. Сыворотки больных гонорреей не дают реакции связывания комплемента с сифилитическим антигеном, если исключено сопутствующее заболевание сифилисом (Русакова и Гужанская). Наиболее раннее появление реакции большинство авторов относят к концу второй и началу третьей недели от момента заражения, т. е. ко времени появления антител в крови.

Мнения авторов относительно чувствительности реакции Борде-Жангу значительно расходятся. Так, в группе неосложненной гонорреи процент положительных реакций колеблется от 27 до 70. При осложненной гоноррее с наличием где-либо в организме хронического очага процент положительных реакций значительно выше; он доходит до 80—96. Особенно высок этот процент, когда гонококк попадает в кровяное русло и дает метастазы в суставы. В отношении осложненной гонорреи следует, однако, отметить, что хронические процессы с застарелыми инфильтратами дают реже положительную реакцию, в то время как острые или обострившиеся процессы почти как правило дают ее (Русакова и Гужанская). Необходимо также отметить, что гонореакция усиливается или даже впервые появляется под влиянием гоновакцинотерапии. Поэтому при лечении гонококковыми вакцинами нельзя по степени реакции Борде-Жангу и по ее колебаниям судить о клиническом течении болезни.

По Фейгелю, реакция связывания комплемента при женской гоноррее должна рассматриваться как вспомогательная; она не имеет почти никакого значения ни в диагностике открытых форм заболевания, ни в оценке излеченности процесса. Наибольшее значение эта реакция имеет при выявлении специфичности заболевания при хронических восходящих формах гонорреи.

Реакцию Борде-Жангу необходимо производить, соблюдая следующие условия: 1) кровь надо брать натощак, 2) избегать взятия крови на высоте подъема температуры, 3) желательно реакцию ставить с тремя антигенами, 4) при исследовании крови на реакцию Борде-Жангу во время беременности реакцию производить в первую половину и лучше в первые 3 месяца (Королева и Морозова). Кушелевский считает необходимым добавить следующее: 1) очищать предварительно кишечник слабительным или клизмой, 2) запрещать за 2—3 дня до взятия крови на реакцию Борде-Жангу употребление спиртных напитков и 3) не брать кровь для исследования у беременных с повышенной температурой.

В 1927 г. Лисовская (цит. по работе Фейгеля, Орловой, Викторова и Доброва) сделала попытку определить гонококковый антиген в моче гонорройных больных, аналогично тому, как Марморек, Дебре и Параф применили эту реакцию в 1910 г. для диагностики туберкулеза почки. В дальнейшем ряд авторов (Лисовская, Сенкевич, Овчинников, Смирн и Стон—Smith а. Stone и др.) применял эту реакцию, употребляя в качестве антигенов мочу и выделения больных. По существу реакция эта является той же реакцией отклонения комплемента, но в обратном виде: в качестве испытуемого объекта берутся выделения больной, служащие антигеном, а в качестве антитела применяется сыворотка лошади, иммунизированной культурой гонококка и содержащей в достаточном количестве специфические антитела (противогонококковые).

Фейгель, Орлова, Викторова и Добров, применяя реакцию антигена, получили на 204 случая в 186 благоприятные результаты и только в 15 случаях (7,4%) реакция антигена не удалась, т. е. получилась отрицательная реакция у заведомо гонорройных больных. Положительная реакция антигена встречалась почти в два раза чаще, чем положительная реакция Борде-Жангу, и более чем в два раза чаще, чем положительные результаты бактериоскопии. На основании своих клинических и лабораторных исследований авторы приходят к выводу, что «реакция на антиген, примененная с соблюдением всех деталей методики, является весьма ценным средством для диагностики женской гонорреи, в особенности хронических, латентных форм женской гонорреи».

Клиническое исследование крови часто обнаруживает при гонорройном воспалении мало изменений со стороны красной крови и небольшой лейкоцитоз, причем сдвиг лейкоцитарной формулы влево также невелик. Некоторые считают особенностью гонорройного процесса повышение в крови количества эозинофилов в отличие от септического процесса, при котором оно уменьшается.

При острых восходящих гонорройных процессах характерно несоответствие между значительно ускоренной реакцией оседания эритроцитов и лейкоцитозом, который колеблется в пределах нормы. По мере стихания процесса в придатках картина крови становится более типичной для гонорреи: появляется лимфоцитоз и несколько повышается количество эозинофилов. Если одновременно с воспалением придатков имеется ясно выраженный пельвеоперитонит, то картина крови вначале мало характерна для гонорреи вследствие высокого лейкоцитоза и некоторого сдвига влево. Но с затиханием острого периода («начинающаяся стабилизация») картина крови постепенно становится характерной (Бакшт).

Для выявления характера инфекционного возбудителя воспаления, особенно в хронической стадии заболевания, известную практическую ценность имеет кожная (интрадермальная) или кутанная вакцинодиагностика, дающая, по Беккеру, до 75% достоверных ответов.

Методика и техника интрадермальной вакцинации следующие: в кожу наружной стороны бедра после предварительной ее обработки инъцируют тонкой иглой на расстоянии 10 см по 0,2 поливалентной вакцины гонококка (1—2 млрд. в 1 см³), кишечной палочки, стрептококка (500 млн. в 1 см³) и стафилококка (1 млрд. в 1 см³). При правильно сделанной инъекции на месте укола появляется небольшой беловатый волдырь (приподнятый эпидермис): это доказывает, что вакцина введена внутривожно, а не подкожно. Для контроля впрыскивается физиологический раствор поваренной соли. На месте укола вскоре появляется разлитая краснота, а несколько позже отмечается инфильтрат, который или быстро исчезает, или, наоборот, держится довольно долго. Реакция считается положительной, если через 72 часа после инъекции на месте укола еще определяется наличие инфильтрата.

По Беккеру, Робачевскому и другим, реакция организма на введение вакцины специфична, так как всегда идет по одному и тому же типу, характерному для данной вакцины. Таким образом, ответ получается сразу для 4 видов микробов. О силе реакции судят по величине инфильтрата. При наличии инфильтрата диаметром меньше 0,5 см реакция считается сомнительной (\pm), от 0,5 до 1 см—слабо положительной (+), от 1 до 2 см—положительной (+ +) и больше 2 см—резко положительной (+ + +). Такая оценка результатов внутривожной вакцинодиагностики по ширине инфильтрата не всегда верна, так как инфильтрат может распространиться не только по поверхности, но и в глубину кожи (Беккер).

Некоторые авторы пользуются для внутривожной вакцинодиагностики одной гоновакциной титра 1—2 млрд. микробных тел в 1 см³, впрыскивая по 0,1—0,2 этой вакцины.

Степень реакции оценивается также по длительности сохранения инфильтрата: наличие резкой красноты и инфильтрата диаметром более 1 см через 48 часов—«ясная реакция»; те же явления через 72 часа—«резкая реакция».

Отсутствие реакции может иметь место при общей слабости организма больной. Отмечается более резкая реакция у больных с ограниченными процессами, в хронической стадии и у леченных вакциной, в то время как в острой стадии, в тяжелых случаях асцендирования процесса реакция выпадает слабее (Петченко).

Бакшт указывает, что в ряде случаев осложненной гонорреи (пиосальпинкс, периметрит) до момента стабилизации процесса гонококк исчезает из нижнего отдела полового канала, появляясь затем вновь и упорно оставаясь в цервикальном канале в течение длительного времени. В этих случаях в момент исчезновения гонококка из нижнего отдела гениталий положительная кутанная реакция наводит врача на правильный путь.

Диагностическая внутрикожная, или кутанная, реакция нашла в литературе как отрицательную, так и положительную оценку. Последнюю дали главным образом гинекологи (Бурлаков, Мандельштам и Тверовский, Жарковская, Константинов, Петченко и др.). По Фейгелю, значение этой реакции тем меньше, чем менее значительны изменения в матке и придатках, и особенно скромна диагностическая ценность этого метода в случаях латентных форм гонорреи шейки матки.

Вакцинодиагностика применяется также в форме регионарного интрамукозного метода, который выявляет не только возбудителя, но и ворота, через которые он проник (Пуанкло—Poinsloux, Бурлаков).

Регионарная вакцинация является одновременно и методом провокации; поэтому для бактериоскопического исследования мазки следует брать на следующий и в ближайшие несколько дней после нее. Регионарная реакция показывает, по Бурлакову, наличие живых возбудителей в области локализации процесса. В этом принципиальное отличие регионарной реакции от кожной.

Интрамукозный метод введения вакцины применяется не только с диагностической, но и с терапевтической целью. Поэтому методику и технику см. ниже (вакцинотерапия).

Лечение

Приступая к лечению гонорреи, врач должен сознавать всю важность и ответственность стоящей перед ним задачи, так как при безуспешности его лечения больная останется источником заражения для окружающих, приходящих с нею в интимный контакт; самой же больной грозят тяжелые последствия— вплоть до инвалидности. Трудности, встречающиеся при лечении гонорреи, не должны обескураживать врача.

Гонококки, попадая в половой канал женщины, встречают там весьма благоприятные условия для своего развития. Половая жизнь, непосредственная близость уретры и прямой кишки, куда из полового канала легко попадают гонорройные выделения, способствуют тому, что гонорройный процесс очень быстро получает характер множественной локализации.

Анатомическое строение слизистых оболочек полового канала с их многочисленными железами и выводными протоками, с бесконечным количеством складок и бухт приводит к тому, что гонококки, даже при планиметрическом росте, вскоре оказываются лежащими в глубоких закоулках, недоступных для действия на них дезинфицирующих средств.

Гонококки, как это твердо установлено, обладают способностью распространяться и в глубину тканей, прежде всего в субэпителиальную соединительную ткань, а затем в мышцы и даже кровеносные сосуды, по которым с током крови они могут быть занесены в самые отдаленные области.

Физиологические процессы, как менструация, беременность и роды, также способствуют распространению гонококков в вышележащие органы половой сферы. Эти моменты вполне объясняют трудности, связанные с лечением женской гонорреи, но не дают все же права считать излечение ее невыполнимой или почти невыполнимой задачей.

В настоящее время установлено, что при энергичном, систематическом местном и общем (вакцинация) лечении в 50—70% случаев можно добиться длительного излечения, т. е. окончательного исчезновения гонококков из выде-

лений и тканей, что делает невозможным появление эндогенного рецидива (Дедерлейн).

По Кауфману, неосложненная женская гоноррея излечивается в 88,5% хронических случаев, острая осложненная гоноррея в 75%, хроническая — в 19%.

По Бакшту и Петченко, при упорном и правильном лечении и режиме открытая гоноррея за редкими исключениями вполне излечима. Правда, уверенность в окончательном излечении гонорреи в некоторых случаях получается только после длительного наблюдения за больной, иногда в течение многих месяцев и даже лет.

При всей разноречивости литературных данных относительно излечимости женской гонорреи все же старый, весьма пессимистический взгляд на этот вопрос, господствовавший во времена Неггерата, в настоящее время уступил место значительно более оптимистическому. Результаты лечения гонорреи зависят от ряда причин и условий, из которых наибольшее значение имеет форма заболевания (открытая или восходящая гоноррея). Не менее важную роль играет раннее и точное распознавание всех локализаций процесса, раннее начало лечения и, как уже указано было, сознательное отношение и выдержка со стороны больной.

В зависимости от локализации процесса и его стадии применяют те или иные методы лечения.

Методы лечения гонорройных заболеваний так называемого нижнего отрезка полового канала, куда относят также процессы в уретре и окружающих ее тканях и железах, в бартолиновой железе и шейке матки, отличаются от методов лечения этого процесса в верхних отделах полового канала матки, фаллопиевых трубах и тазовой брюшине. Само собой разумеется, что чем ограниченнее воздействия, тем больше шансов на излечение. Большое влияние на течение процесса и результаты его лечения, несомненно, имеет общее состояние организма и его реактивность.

Прежде чем приступить к изложению методов лечения гонорреи при различной локализации процесса, мы считаем необходимым выдвинуть общий принцип, которого следует придерживаться при лечении гонорреи.

Особенности течения женской гонорреи, угроза восхождения процесса заставляют чрезвычайно осторожно применять терапевтические мероприятия в остром периоде болезни.

В острых случаях гонорреи местное лечение совсем не следует применять; особенно опасны всякого рода внутриматочные манипуляции, способствующие проникновению инфекции в лимфатические щели, распространению ее в выше лежащие отделы полового канала и даже возникновению гонококкового сепсиса. При острых явлениях лучшим методом лечения является полный покой в широком смысле этого слова; половые сношения абсолютно запрещаются. Назначается легкая нераздражающая, преимущественно молочная диета; запрещаются спиртные напитки. Из местных процедур применяются подмывание наружных половых органов тепловатым слабым дезинфицирующим раствором (1/4% раствор марганцовокислого калия). Больной предписывается содержать руки в чистоте во избежание заражения гонорреей других слизистых оболочек, особенно конъюнктивы глаз. При болях, сопровождающих обычно заболевание выводного протока бартолиновой железы, а тем более при острых явлениях со стороны брюшины, всегда реагирующей в той или иной степени при переходе процесса на матку и трубы, необходим постельный режим и болеутоляющие средства (белладонна, кодеин, омнопон и т. д.). Женщине, заболевшей гонорреей острой, так называемой «открытой» формой, даже при отсутствии болей необходимо соблюдать постельный режим во избежание восхождения и распространения процесса; кроме того, такой режим выявляет местные реактивные способности организма. Полный покой, облегчение болей, обусловливаемых главным

образом так называемыми парагонорройными явлениями, устранение всех моментов, которые могут способствовать распространению процесса, — вот что необходимо при лечении в острой стадии болезни. Некоторые авторы (Аш—Asch, Букура, Р. Франц—R. Franz и др.) начинают применять активное лечение очень рано. Мы, как и большинство гинекологов (Вагнер, К. Франц, Дедерлейн и др.), рекомендуем первые 3—4 недели активного лечения не предпринимать, а начинать его лишь после того, как совершенно стихнут все острые явления.

Гноетечение является местным выражением реакции на инфекцию; в острой стадии процесса не следует применять для устранения гноетечения какие-либо спринцевания, так как таким образом можно занести находящиеся в гною гонококки в вышележащие органы и ткани. При гнойных выделениях из уретры частое и обильное мочеиспускание является естественным промыванием уретры сверху, поэтому рекомендуется обильное питье—молоко, чай, минеральные воды и мочегонные (Dec. folii Uvae Ursi 15,0 : 200,0 через 2—3 часа по столовой ложке). Для перевода щелочной мочи в кислую и для ее дезинфекции назначают салол три раза в день по 0,5; balsamica назначаются главным образом при тенезмах (Bals. copaivae, Extr. Belladonnae аа 0,05. D. in capsulis три раза в день по одной капсуле во время еды; каждый 4-й день—перерыв).

Местное лечение начинают тогда, когда острые явления со стороны слизистых оболочек прошли и процесс не асцендировал.

Это противоречит принципу Жанэ, который настаивает на местном лечении с самого начала заболевания. Бакшт и Петченко допускают такую активность при лечении острого уретрита только в отношении стационарных больных, считая, что в условиях амбулаторного приема активный местный метод лечения недопустим.

Если при строгой индивидуализации случаев при лечении острого уретрита все же можно допустить применение метода Жанэ (см. ниже), то при остром эндоцервиците всякий активный метод лечения должен быть решительно отвергнут. Целью местного лечения должно быть уничтожение гонококков во всех очагах заболевания; если какой-либо из очагов останется нелеченным, то воспаление рано или поздно рецидивирует, и успех лечения других очагов становится иллюзорным.

Аш рекомендует подвергать лечению все доступные для инфекции места, как те, где гонококки уже обнаружены, так и те, которые могут впоследствии подвергнуться вторичной инфекции. Справедливость этого требования подтверждается тем, что при взятии мазков из инфицированных участков чередуются положительные и отрицательные результаты бактериоскопического исследования, что делает однократный отрицательный результат недоказательным. Отсюда следует, что при диагностированной гоноррее необходимо одновременно начать лечение уретры с парауретральными ходами, протоков бартолиниевых желез, шейки матки и прямой кишки.

Медикаментозное местное лечение. Число средств, применяемых местно для уничтожения гонококков, очень велико. Действительно же специфических противогонорройных средств не существует (Штеккель). Многие средства при систематическом применении их в течение продолжительного времени действуют одинаково хорошо. Большинство авторов предпочитает для лечения гонорреи препараты серебра, которые ввел для этой цели Нейссер. Эти препараты (особенно неорганические соединения, как азотнокислое серебро) глубже проникают в ткани и действуют слегка раздражающим образом. Под влиянием раздражения гонококки, гнездящиеся в глубине слизистых оболочек, вымываются на поверхность и подвергаются здесь действию медикамента.

Препараты серебра применяют для местного лечения в постепенно возрастающих концентрациях, начиная от слабых, вызывающих в слизистой оболочке лишь слабую степень раздражения.

Умеренные боли во время лечения являются признаком энергичного местного воздействия, а не следствием безуспешности лечения (Аш).

Для введения в уретру и для лечения области вульвы применяется азотно-кислородное серебро в $\frac{1}{4}$ —3% растворах, а для лечения цервикального канала— и более крепкие растворы. Употребляя концентрированные растворы для лечения шейки, необходимо обратить внимание на то, чтобы раствор не попал на вульву, слизистая которой к нему очень чувствительна. Для влагалищных спринцеваний применяют растворы азотнокислого серебра в разведении 1 : 1 000—2 000. Влагалищные спринцевания, главная цель которых—механическое удаление патологического содержимого влагалища и в меньшей степени—дезинфицирование, применяют главным образом в подострой и хронической стадии гонорройного процесса.

Кроме азотнокислого серебра, в гинекологической практике широко применяется препарат серебра, находящийся в органическом соединении с белком— протаргол. Протаргол, как и растворы азотнокислого серебра, обладает, кроме хорошего бактерицидного действия, еще и слегка раздражающими слизистую оболочку свойствами, способствующими вымыванию гонококков из глубины.

В последнее время для лечения гонорройных процессов применяются растворы аммонийных солей серебра (Аммарген) в разведении 1 : 10 000. При местном лечении гонорройного процесса смена время от времени препаратов может иметь известное значение, так как при длительном применении одного и того же препарата слизистая оболочка привыкает к нему и он перестает на нее действовать.

Чтобы избегнуть этого, вовсе не требуется иметь множество разнообразных препаратов серебра. Необходимо лишь менять их концентрацию и время от времени применять другие средства—иодную настойку, марганцовокислый калий, риванол, серноокислый цинк и другие дезинфицирующие и вяжущие средства.

Пассивная иммунизация. Пассивная иммунизация (введение сыворотки иммунизированных животных) распространения не получила. Дембская отмечает благоприятное действие этого метода при детской гоноррее.

Протеинотерапия. Неспецифическая парентеральная протеинотерапия в чистом виде или в комбинации с тепловыми процедурами, или с вакцинотерапией применяется в подострой и хронической стадиях гонорройного воспаления придатков матки. Для этой цели применяются внутримышечные впрыскивания молока (5—10 см³ стерилизованного кипячением молока впрыскивают в толщу глютееальной мускулатуры). Впрыскивания повторяют через несколько дней, когда реакция (нередко бурная) уже совершенно стихла. Значительно слабее реакция—или даже совсем отсутствует—при впрыскиваниях фабричного препарата Aolan, изготовляемого из молока, из которого удалены бактерии и их токсины.

Вагнер, Софотеров, Бутомо и др. при гонорройных аднекситах видели благоприятные результаты от применения протеинотерапии как таковой или в комбинации с вакцинотерапией. Но большинство авторов все же считает, что протеинотерапия при лечении женской гонорреи уступает по своему действию вакцинотерапии.

Вакцинотерапия имеет много сторонников, но не мало и противников, не видящих большой разницы в результатах вакцинотерапии и протеинотерапии.

Однако клинические факты, накопленные за последнее время, дают основание считать вакцинотерапию женской гонорреи методом, оказывающим специфическое влияние на течение процесса. Особенно успешно действует гонококковая вакцина с тех пор, как выяснилось значение качества самой вакцины, методов ее изготовления, способов введения ее в организм, причем определены были формы процесса, при которых вакцинотерапия может быть наиболее эффективной.

Для того чтобы гонококковая вакцина была действительна и обладала специфическим действием, она должна быть свежей и содержать большое число

микробных тел. Наилучший лечебный эффект достигается при применении вакцины из того штамма микробов, который вызвал данное заболевание (аутовакцина), однако сложность изготовления аутовакцин препятствует широкому их применению. По мнению некоторых авторов, преимущество аутовакцины базируется главным образом на свежести препарата. Мух (Musch), Бушке (Buschke), Лангер (Langer) считают, что некоторые больные настолько иммунизированы против своих собственных гонококков, что на них аутовакцина совсем не действует. Поэтому при лечении гонорреи обычно применяют готовые поливалентные гетерогенные вакцины.

Готовая стандартизованная вакцина, содержащая несколько штаммов убитых или живых гонококков, сохраняет свое специфическое действие лишь в течение нескольких недель или месяцев.

По Бушке и Лангер, в вакцине, пролежавшей месяц, при исследовании под микроскопом оказывается значительно меньше микробных тел, чем в свежизготовленной, причем часть их уже подверглась аутолизу. Пипер и Ретцлаф (Piper u. Retzlaff) исследовали ряд вакцин и нашли, что в 20% они уже вскоре после изготовления не содержали гонококков. По наблюдениям Кабачника, вакцина старше 6 месяцев не пригодна для лечения. По Бакшту и Петченко, кожная и мукозная вакцинореакции выпадают значительно слабее, если пользоваться вакцинами, лежавшими более 3 месяцев после изготовления.

Так как в хронических случаях женской гонорреи, особенно придатков матки, воспалительный процесс поддерживается не только гонококками, но и другими возбудителями инфекции, то многие предпочитают применять смешанную вакцину. Так, вакцина Серотерапевтического института в Вене, применяемая Букура, содержит в 1 см³ 3 млрд. гонококков и по 1 млрд. стафилококков, стрептококков и колибактерий. Во Франции имеет широкое применение смешанная вакцина Дегмон, Николь и Блезо (Degmon, Nicolle et Blaisot).

Гонококковая вакцина бывает различной силы (титр вакцины); в 1 см³ содержится обычно от 10 млн. до 1 млрд. и больше тел гонококков. Venovaccina Венского серотерапевтического института, с которой работал Букура, содержит в 1 см³ 3 млрд. тел. Vaccine antigonococcique chauffé, изготавливаемая Пастеровским институтом в Париже, содержит в 1 см³ 4 млрд. тел. У нас в Союзе большинство лабораторий изготавливает гоновакцины титра 100 млн. микробных тел в 1 см³; некоторые же лаборатории и у нас изготавливают вакцины более высокого титра (Центральный научный институт акушерства и гинекологии в Ленинграде—до 2 млрд. микробных тел в 1 см³). К некоторым гонококковым вакцинам, для того чтобы сделать их более стойкими, прибавлены лекарственные вещества, как уротропин (Artigon), протаргол (Gonosan) и т. п.

Вакцины вводятся в организм различными способами. Наиболее распространенным способом в настоящее время является внутримышечная инъекция. Начинают впрыскивания с маленькой дозы, для того чтобы выявить степень вызываемой реакции и, уже согласно ей, а также и общей конституции больной, проводить дальнейшее лечение.

После впрыскивания гонококковой вакцины наблюдается реакция трех видов: 1) местная, выражающаяся в изменениях (покраснение, инфильтрация) на месте впрыскивания (наблюдается преимущественно при подкожном и внутрикожном методе введения), 2) общая, выражающаяся в повышении температуры и в резком изменении общего самочувствия больных, особенно при внутривенном введении и при впрыскивании в шейку матки, и 3) очаговая, выражающаяся в изменениях в месте болезненного процесса.

Очаговая реакция, имеющая наибольшее значение, проявляется в том, что больные органы или воспалительный инфильтрат увеличивается в объеме, становятся отечнее, мягче и начинают вызывать более сильные боли. Эти местные изменения, способствующие рассасыванию воспалительных продуктов, и объясняют главным образом благоприятное влияние этого метода лечения при гонорройном воспалении придатков матки, особенно если его применять в комбинации с другими методами лечения, как физиотерапия и т. п.

Для первой инъекции, являющейся пробной, берут, как указывалось выше, небольшое количество вакцины—от 1 до 5 делений однограммового шприца—в зависимости от силы данной вакцины. Постепенно количество впрыскиваемой вакцины доводят до 1—2 см³.

В отношении вакцины маленькая доза—понятие весьма относительное. Рейтер (Reiter) советует начинать лечение с такой малой дозы, которая совсем не вызывает температурной реакции, Брук (Bruck)—со средних доз (20 млн. гонококков). Дембская, являющаяся в СССР пионером в деле применения вакцинотерапии при женской гонорее, пользуется небольшими дозами; она начинает с 30 млн. и постепенно, не вызывая заметной реакции, доходит до 200 млн. Штернберг предварительно устанавливает терапевтическо-диагностическую дозу, вызывающую очаговую реакцию, но отнюдь не обострение процесса. Букура начинает впрыскивание вакцины с 1 десятой однограммового шприца, но вводит при этом 300 млн. микробных тел, ибо вакцина, которой он пользуется, содержит в 1 см³ 3 млрд. убитых гонококков. Если реакция не наступает, то через 3—4 дня доза удваивается, а еще через 3—4 дня утраивается. Если и теперь реакция не наступит, то в следующий раз впрыскивают 6 делений, т. е. вводят 1 800 млн. микробов. При дальнейшем отсутствии реакции впрыскивают последовательно 1 см³, т. е. 3 млрд. микробов, затем 1¼, 1½, 1¾ и, наконец, 2 см³, т. е. 6 млрд. микробов. Если после впрыскивания наступает ясная реакция, то, производя последующие инъекции через те же промежутки в 3—4 дня, дозу не увеличивают. И только после того, как эта доза больше не вызывает реакции, при последующем впрыскивании ее увеличивают. Такой способ проводится в тех случаях, когда общее состояние организма заставляет вести лечение медленно и осторожно. У молодых и крепких женщин Букура начинает впрыскивание сразу с 750 млн. микробов и в следующий раз при отсутствии реакции дозу удваивает. Таким образом, доза доводится до 2 см³ и эту дозу применяют вплоть до конца лечения. Но принцип не увеличивать дозы при наступлении реакции остается в силе и в этих случаях.

Маленькие дозы вакцины в несколько тысяч или даже в несколько миллионов микробов не дают заметного эффекта. Кроме того, маленькие дозы, по мнению Букура, иммунизируя постепенно организм, приносят вред больной, так как при медленной иммунизации наступает взаимное «привыкание» организма больной и болезнетворных микробов. В результате микробы могут дальше размножаться в иммунизированном организме, но болезненных явлений в организме в силу этой иммунизации не обнаруживается. При усилении вирулентности этих же бактерий они снова вызывают болезненное состояние. Ввиду этих соображений Букура и настаивает на применении больших доз, которые можно давать с большими промежутками с тем, чтобы в больном организме сразу и, так сказать, толчками возникали большие количества антител.

Из советских гинекологов большими дозами, от 200 млн. до нескольких миллиардов, пользуются Бурлаков, Бубличенко и др.

Вобщем нужно сказать, что общепринятых норм в методике вакцинотерапии еще нет, и вопрос о дозировке остается открытым.

При определении промежутков между впрыскиваниями необходимо соображаться со степенью вызываемой реакции, и последующее впрыскивание производить лишь после наступления положительной фазы.

Вакцину следует хранить в прохладном месте и перед употреблением энергично взбалтывать, для того чтобы микробы, опускающиеся в жидкой среде на дно и там собирающиеся в комочки, равномерно распределялись по всей жидкости. Набранная в стеклянный шприц вакцина должна иметь вид равномерно мутноватой жидкости. При внутримышечном применении вакцины ее впрыскивают либо в ягодичцы, либо в наружную сторону бедра.

В последнее время предлагают в целях активной иммунизации вводить в организм живые бактерии. Принцип активной иммунизации организма путем введения в него живых ослабленных бактерий был выдвинут еще Пастером, но опасение, что от этого может возникнуть общее заражение организма, удерживало врачей от применения этого метода, тем более что многочисленными экспериментальными работами была вскоре установлена возможность активной иммунизации убитыми культурами. Так как вакцинация убитыми культурами во многих случаях не давала желательных результатов, то исследователи не забывали о пастеровской идее.

Чтобы убедиться, насколько опасно введение в организм живых бактерий, Вертгейм (Wertheim) в 1891 г. и Лезер в 1922 г. испытали этот способ, впрыснув себе под кожу эмульсию живых гонококковых культур, причем убедились в его безопасности. Основываясь на этих, правда, единичных наблюдениях и пред-

полагая, что подкожное или внутрикожное введение живых гонококков должно вызвать более энергичную реакцию тканей, Лезер и ряд последующих авторов разработали метод вакцинации живыми культурами гонококков. Введенные при этом методе гонококки быстро погибают и освобождающиеся из их тел эндотоксины вызывают образование иммунных тел, которые и уничтожают латентные гонококковые очаги в организме.

Первый раз впрыскивают внутрикожно 1 деление однограммового шприца, т. е. 500 млн. гонококков, а затем дозу постепенно повышают до 5—6 делений. Для того чтобы быть уверенным в том, что вводятся действительно живые гонококки, надо каждый раз перед инъекцией делать контрольный посев из применяемой эмульсии, причем ответ получается лишь через сутки. Общая реакция обычно выражена нерезко. Местная реакция (на месте укола)—довольно резкое покраснение и инфильтрация кожи—держится в течение первых двух суток и на третий-четвертый день исчезает. Очаговая реакция появляется на второй, третий, четвертый день, а затем признаки обострения процесса постепенно уменьшаются, и состояние больной улучшается, чему способствуют обычно применяемые при обострении воспаления меры, как холод или тепло, болеутоляющие средства и пр.

При подкожном применении эмульсии гонококковых живых культур нередко на месте впрыскивания наблюдались абсцессы. В настоящее время в иностранной и советской литературе имеется уже ряд сообщений о благоприятном действии этого метода.

Недостатками метода являются затруднения, возникающие при определении количества и качества специфического материала, особенно же сложность приготовления эмульсии, что доступно только учреждениям, непосредственно связанным в своей работе с соответствующими лабораториями. Последнее обстоятельство делает пока невозможным широкое применение этого метода при лечении гонорреи. Метод этот не лишен опасностей, так как при приготовлении эмульсии из живых гонококков в нее могут попасть и другие нежелательные микробы (Шербер—Scherber). Наблюдались случаи возникновения серпигинозной гонорройной язвы и миозита мышц плеча (Фельке—Felke; цит. по Францу).

В последнее время получил распространение метод впрыскивания гонококковой вакцины в шейку матки (регионарный метод). Возникновение этого метода связано, с одной стороны, с попытками чисто клинического порядка улучшить результаты вакцинотерапии в упорных и не поддающихся воздействию случаях при применении обычной методики впрыскивания. Такую попытку предпринял в 1924 г. Букура и, получив ободряющие результаты, стал развивать эту методику (впрыскивание в толщу шейки) и широко вводить ее в гинекологическую практику. Кроме того, толчком к развитию регионарного метода послужило появившееся в это же время учение Безредка о том, что иммунитет вырабатывается здоровыми клетками, расположенными в непосредственной близости с зараженными. По мнению Безредка, введение вакцины должно происходить тем же путем, каким проникает в организм вирус.

Базируясь на этом, Бурлаков и Кандыба разработали методику местной вакцинации, заключающуюся во введении вакцины в слизистую канала шейки в нескольких точках. Вводимые в 1 прием 0,2—0,3 вакцины (2 млрд. микробов в 1 см³ вакцины), приготовленной вакцинным отделением I Украинского санитарно-бактериологического института, распределяют на 3—5 уколов. При отсутствии общей реакции в течение суток Бурлаков повторяет впрыскивание в слизистую нижнего отрезка влагалища. Если реакция все же отсутствует, то в те же места вводят 0,2 стафиловакцины и 0,2 стрептовакцины. При очень бурной реакции больным назначается внутрь 10% Calcium chloratum по 1 столовой ложке 5—6 раз в течение всего периода бурной реакции. Повторную инъекцию производят через 3 дня. Обычно курс лечения состоит из 4—8 инъекций, причем доза вакцины (0,2—0,3 см³) не изменяется в течение всего курса. Получив при этом способе хорошие результаты, Бурлаков пытался теоретически обосновать его с точки зрения местных тканевых коллоидных изменений и регионарных вегетативных рефлексов. Еще раньше метод впрыскивания вакцины в слизистую влагалища применен был Дембской.

Аналогичную методику впрыскивания вакцины в слизистую шейки и вульвы разработал во Франции Пуанклю. При эндометрите и цервиците Пуанклю и его школа впрыскивают сначала $\frac{1}{2}$ см³ стафилококковой вакцины в шейку, на следующий день эту же вакцину— в вульву, еще через день впрыскивают $\frac{1}{2}$ см³ гонококковой вакцины в шейку и еще через 2 дня— $\frac{1}{2}$ см³ этой же вакцины— в вульву. Впрыскивания в слизистую шейки и тела матки производятся после расширения шейки особым инструментом. Характер реакции обуславливает выбор вакцины и место ее введения. Аутовакцина вводится 2—3 раза в неделю.

Нужно отметить, что многие авторы (Райт, Рейтер и др.) в противовес Букура и его школе считают общую бурную реакцию после применения вакцины нежелательным явлением. С точки зрения учения Безредка ей нельзя придавать решающего значения. Однако, по мнению авторов, применяющих впрыскивание вакцины в шейку, общая и очаговая реакции при этом методе наступают быстрее и выражены сильнее, чем при обычном внутримышечном способе введения вакцины. Реакция наступает иногда уже через 10—30 минут и выражается в потрясающем ознобе, высокой температуре, головной боли, рвоте и общем тяжелом самочувствии. Иногда наблюдаются желудочно-кишечные колики, поносы, даже судороги. Плохое самочувствие, особенно головная боль, может продолжаться несколько дней. Поэтому метод впрыскивания вакцины в шейку матки для амбулаторной практики не годится.

Техника применения регионарной вакцинации по Букура при стационарном лечении весьма проста. После того как влажная часть обнажена зеркалами, ее протирают насухо, смазывают иодной настойкой и фиксируют пулевыми щипцами, а затем рекордовским шприцем с крепко насаженной острой иглой в толщу ее, параллельно цервикальному каналу и близко к его слизистой, впрыскивается 0,1 см³ гонококковой вакцины. С повторной инъекцией выжидают до тех пор, пока следы реакции совершенно исчезнут, на что требуется обычно несколько дней, а иногда и целая неделя. Максимальной дозой при этом способе инъекции Букура считает $\frac{1}{2}$ см³ своей вакцины. Кар доводит дозу до 1 см³, а количество инъекций до 4—6.

В случаях гонорреи, которые, вследствие смешанной инфекции, не поддаются излечению при помощи гонококковой вакцины, многие авторы применяют смешанную вакцину, другие же комбинируют вакцинацию с физиотерапией.

Установить срок, необходимый для излечения гонорреи при помощи вакцинации, конечно, невозможно ввиду индивидуальных особенностей в степени вызываемой реакции. Все же 2 месяца надо считать минимальным сроком. Иногда после некоторой паузы лечение приходится повторять. Желателен даже более длительный перерыв, так как нередко кажущееся вначале неуспешным лечение при более продолжительном сроке наблюдения оказывается вполне успешным (Букура). Длительность действия вакцины может проявляться еще в том, что при появлении (через некоторое время) рецидива болезни для окончательного выздоровления достаточно нескольких впрыскиваний вакцины.

Для того чтобы вакцинация при гоноррее дала хорошие результаты, необходимо не только правильно отбирать случаи, но и применять правильную технику, пользуясь свежей (не старше 6 месяцев), мало токсичной и содержащей лишь незначительное количество белка вакциной. Совершенно не применима вакцинация в острых случаях гонорреи, так как в этой стадии в организме имеется значительное количество иммунных тел, и попытка путем вакцинации искусственно увеличить их в это время может стать опасной. Вакцинацию следует применять лишь тогда, когда организм начинает «привыкать» к инфекции, а количество образующихся в нем иммунных тел начинает уменьшаться, т. е. когда в клинической картине не наблюдается перехода от острой стадии к хронической.

Бесцельно применять вакцинацию в качестве специфического метода лечения при хронических случаях болезни, когда гонококки исчезли из организма и в клинической картине преобладают явления функционального и ана-

томического порядка, представляющие результат имевшегося специфического воспалительного процесса. В это время и серологические реакции дают уже отрицательный результат.

Вакциноterapia может оказаться бесполезной и в тех хронических случаях, когда процесс протекает в слизистой оболочке поверхностно, ибо, если гонококки не проникли в глубину тканей и не вступили в широкий интимный контакт с током лимфы и крови, серологические диагностические реакции (Борде-Жангу), а равно и вакциноterapia дают отрицательный результат. Поэтому при поверхностном (открытом) гонорройном процессе следует проводить главным образом местное лечение, а вакциноterapia должна применяться в тех случаях хронического гонорройного процесса, когда гонококки гнездятся в глубине тканей и органов (закрытая гоноррея). Сюда относятся прежде всего случаи хронического гонорройного салпингоо-форита. Но и при так называемой «открытой форме» гонорреи вакциноterapia может оказаться успешной, если гонококки проникли в глубину слизистой, в ее железы и крипты и в окружающие ее ткани. Поэтому вакциноterapiю можно применять и в хронических случаях гонорройного воспаления шейки матки, парауретральных ходов и вестибулярных желез с окружающими их тканями.

Для вакциноterapiи имеются и прямые противопоказания: туберкулез легких, нефрит, болезни сердца. В редких случаях гонорройного эндокардита, а также и при гонорройных артритах вакциноterapia показана и дает хорошие результаты (Луитлен—Luithlen), хотя, по наблюдениям Франца, вакциноterapia при гонорройном эндокардите может вызвать даже ухудшение.

Если больная анемична, ослаблена какой-нибудь предшествовавшей болезнью и вообще слаба, необходимо прежде всего провести общеукрепляющее лечение и только после того, как она в достаточной мере окрепнет, приступать к вакциноterapiи. Если же поднять силы организма не удастся, то от вакциноterapiи лучше воздержаться; но такие случаи встречаются довольно редко. Особенную осторожность необходимо соблюдать при применении смешанных вакцин, потому что содержащиеся в них, кроме гонококков, бактерии могут обострить процесс в любом имеющемся в организме воспалительном очаге, если этот процесс вызван одним из тех видов бактерий, которые входят в состав вакцины. Так, может произойти вспышка процесса при наличии воспалительного очага в желчном пузыре, почечной лоханке, гайморовой полости, при наличии малярии и т. д. Сифилис также является противопоказанием к вакциноterapiи.

В литературе приводятся лишь единичные случаи смерти после применения вакциноterapiи.

При разнообразии методики применения вакциноterapiи, качества вакцин и пр. трудно сделать правильную общую оценку результатов метода. В то время как Гейнзиус (Heinsius), который первый применил гонококковую вакцину, ван дер Вельде (van der Welde), Фромме (Fromme), Гуггисберг (Guggisberg), Дембская, Вайнштейн, Елкин, Штернберг и др. получили хорошие результаты при лечении вакциной уретритов, вильвовагинитов, эндоцервицитов и аднекситов, Теревинская-Попова, Миронов, Келлер (Keller) и др. не придают вакциноterapiи особого значения. Наилучшие результаты имел, повидимому, Букура; при применении свсей «бленовакцины» он получил в 90—98% излечение. Хорошие результаты достигнуты Вейнцирлем (Weinzierl), применявшим вакцину «Arthigon»; он получил излечение в 52% и значительное улучшение в 24%. Применяя комбинированное лечение—впрыскивание в шейку матки гонококковой вакцины (изготавливаемой Институтом им. Мечникова в Москве и содержащей в 1 см³ 100-млн. убитых бактерий) и диатермию (в дни инъекций диатермия не применялась), Гофман и Сулова получили клиническое выздоровление в 25% всех случаев и в 50% исчезновение преформированных мешотчатых образований в придатках.

Серотерапия восходящей гонорреи применяется преимущественно французскими авторами. Применяется сыворотка Николя, изготавливаемая Пасте-

ровским институтом в Париже путем введения животному (лошади) гонококковых культур, и сыворотка Sterian, добываемая путем впрыскивания лошади гонорройного гноя. Ввиду сродства гонококка и менингококка для лечения гонорреи применяется также и менингококковая сыворотка.

Предпосылкой для применения специфической терапии является гонорройный характер воспаления.

ГОНОРРЕЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА (ОТКРЫТАЯ ФОРМА)

Гонорройный вульвит. Вульвит, представляющий обычно вторичное заболевание и часто сопровождающийся дерматитом вокруг вульвы, очень быстро проходит, если обращать внимание на содержание в чистоте наружных половых органов. При болях назначают компрессы из боровской жидкости (пополам с водой), из марганцовокислого калия (1 : 1000) или из ромашки (2 столовые ложки заварить, настоять, процедить через марлю).

В подострой стадии применяют растворы азотнокислого серебра (1—3%), протаргола (5—10%) или ихтиола (10—20%). Необходимо тщательно следить за тем, чтобы раствор проникал во все складки и бухты, которыми так богаты наружные половые органы женщины. С этой же целью применяют местные ванночки со слабым раствором марганцовокислого калия.

В большой эмалированный таз, поставленный на низкую табуретку, наливают тепловатую воду, к которой прибавляют несколько кристалликов марганцовокислого калия до окраски воды после их растворения в красный (не фиолетовый!) цвет. Больная садится в таз и раздвигает половые губы; тогда раствор обмывает слизистую входа во влагалище со всеми его бухтами и отверстиями выводных протоков.

Против зуда применяют припудривание белой глиной и цинковой пудрой (стр. 15).

Гонорройный уретрит. Так как женская уретра представляет собой короткую трубку, хорошо промываемую струей мочи, гонорройный уретрит излечивается нередко сам собой, без всякого терапевтического вмешательства. Тем не менее лечение и здесь следует проводить систематически, особенно в тех случаях, когда уретра является единственной или первичной локализацией гонорройного процесса; таким путем иногда удается предотвратить вторичную инфекцию соседних органов (Франц).

При остром уретрите назначают молочно-растительную диету, умеренное питье (молоко, чай, минеральные воды), внутрь средства, дезинфицирующие мочевой тракт,—уротропин три раза в день по 0,5. При назначении уротропина нужно помнить, что дезинфицирующий его компонент—формальдегид—отщепляется в достаточном количестве лишь при кислой реакции мочи; поэтому пить одновременно щелочные минеральные воды, например, боржом, нецелесообразно.

Салол назначают 3—4 раза в день по 0,5 до появления темной окраски мочи, при длительном приеме салола могут появиться колики вследствие образования кишечных конкрементов.

Венерологи уже в острой стадии уретрита применяют жанетизацию с последующей инстилляцией в уретру 1—2% протаргола. Мы от этого метода в острой стадии процесса воздерживаемся.

Во время лечения гонорреи, особенно же в остром периоде, необходимо заботиться об ежедневном достаточном опорожнении кишечника.

Местное лечение заключается во введении в уретру антисептических и вяжущих медикаментов в жидкой, твердой и порошкообразной форме или в виде мазей. Это лечение начинают после того, как все острые явления уретрита стихли.

Из жидких медикаментов наиболее употребителен 0,2—2% раствор азотнокислого серебра или 1—5% раствор протаргола. В застарелых случаях можно применять 2—5% иодную настойку. Раствор вводят ежедневно, предварительно подогрев его до 40°. Больная перед введением раствора должна помочиться для

того, чтобы струя мочи очистила слизистую уретры от выделений. Лучше, если при этом в мочевом пузыре останется немного мочи; в этом случае попавшее в мочевой пузырь некоторое количество раствора будет разведено оставшейся в пузыре мочой. После инъекции больная в течение получаса не должна мочиться. Для инъекции применяют правацевский шприц, на который надевают целлулоидную канюлю Фрича (рис. 44) или оливообразный наконечник (рис. 45) из твердого каучука или серебра. Вместо наконечника Фрича, изготовляемого из каучука и стерилизуемого в антисептическом растворе, Франц применяет уретральный серебряный катетер (рис. 46), который можно кипятить. Инстиляции в уретру можно производить спринцовкой Тарновского. Количество впрыскиваемого раствора равняется 5 см³.

Раствор серебра можно также ввести в уретру на тонком серебряном зонде Зингера, обернутом тонким слоем ваты. Зонд рекомендуется сперва обернуть ватой, а затем простерилизовать и сохранять стерилизованным до употребления. После введения зонда с пропитанной раствором ватой врач пальцем, введенным во влагалище, слегка массирует уретру для лучшего соприкосновения всех частей слизистой с медикаментом. Само собой разумеется, что этот метод применим только при старых хронических уретритах.

Елистратова в упорных случаях уретрита получила хорошие результаты, массируя уретру по Катъе—на буже, смоченном в ихтиоле.

Для лечения уретритов применяют и лекарственные палочки—*bacilli urethralis*, имеющие 4—5 см в длину и 5 мм в толщину; при температуре тела они тают, после чего содержащееся в них лекарственное вещество (азотнокислое

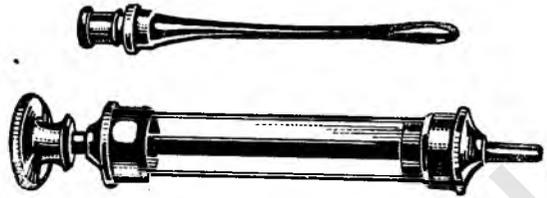


Рис. 44. Шприц с канюлей Фрича.

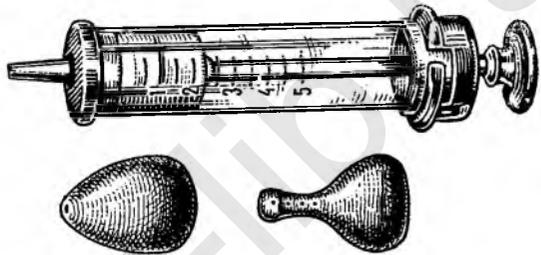


Рис. 45. Шприц Праваца с оливообразным наконечником из каучука.



Рис. 46. Серебряный катетер Франца (длина 11 см).

серебро, протаргол, *choleval* и др.) начинает действовать на пораженную слизистую. Вместо масла какао, которое, как и всякий жир, обволакивает слизистую и препятствует таким образом проникновению в нее серебра, многие предпочитают гумми-арабик и сахар с прибавлением глицерина. Аш рекомендует следующую пропись:

Rp. Sacchari albi subtili pulverati
 Sacchari lactici
 Gummi arabici aa 3,0
 Traganti
 Glycerini q. s.
 Cholevali 10%
 MD. Bacilli urethralis № XII crass. 4 mm, longit. 7 cm
 S. 2—3 палочки в день

Шеффер (Schaeffer) предлагает лекарственные палочки такого состава:

Rp. Protargoli 0,5—1,0
 Amyli tritici 4,0
 Traganthi 1,0
 Gummi arabici pulverati 4,0
 Mucilago Gummi arabici et Glycerini aa ut f. bacilli
 № X. crass. 6 mm, longit. 4½ cm
 S. 2—3 палочки в день

Больные быстро научаются самостоятельно вводить эти палочки в уретру; перед введением палочку опускают на несколько мгновений в теплую воду, — тогда она легче проходит. После введения палочки больная лежит несколько минут на кушетке и в течение получаса не должна мочиться.

Аш советует первую палочку вводить врачу, причем больная держит между раздвинутыми бедрами большое зеркало, позволяющее ей видеть расположение отверстия уретры и наблюдать, как вводится палочка. Следующие палочки больная вводит сама, но в присутствии врача; когда же больная овладеет техникой этого метода, то дальнейшее лечение она проводит самостоятельно.

Палочки вводятся в уретру три раза в день. Многие комбинируют лечение палочками с лечением вливаниями в уретру и протираниями уретры в уретроскопе по Кнорру (Штеккель). Попытки применять для лечения гонорреи диатермию и специальные электроды высоких температур, при которых гонококки погибают, не дали заметных результатов (Рорке—Rorke, Пуг—Pugh, Шерри—Sherry, Каспари—Caspari и др.).

Также не дало особого эффекта и лечение гонорреи прививкой малярии, вызывающей высокую температуру (Шпитгоф—Spiethof, Вейганд—Weigand и др.).

Венерологи при лечении гонорройных уретритов очень часто применяют метод Жанэ, который состоит в промывании уретры и мочевого пузыря через уретральную канюлю раствором марганцовокислого калия. Пузырь наполняется этим раствором несколько раз. Метод имеет сторонников и среди гинекологов. Иванов, считая, что отделяемое уретры инфицирует половые органы, считает необходимым начинать лечение уретрита по способу Жанэ еще в остром периоде гонорреи. Для промывания употребляется шприц вместимостью в 200,0, наполняемый раствором марганцовокислого калия (1 : 4000); на наколечник шприца надевается резиновый колпачок (наколечник от спринцовки Тарновского); верхушка его вставляется в отверстие уретры и раствор медленно всprysкивается в опорожненный пузырь (предварительно этим же раствором промывают отверстие мочеиспускательного канала и самый канал). После того как больная опорожнила пузырь, его вновь наполняют из шприца данным раствором. Таким образом, уретра промывается четыре раза: два раза струя жидкости идет снаружи в мочевой пузырь и два раза—в обратном направлении. Промывание можно производить и из кружки Эсмарха, резиновая трубка которой снабжена на конце уретральной канюлей. В хронических случаях уретрита некоторые применяют после промывания по Жанэ еще инстилляцию в уретру при помощи спринцовки Тарновского 5 см³ раствора протаргола (постепенно повышая концентрацию его от 2 до 5%).

Гонорройный парауретрит. Парауретральные ходы, представляющие весьма благоприятные для развития гонококков многочисленные закоулки, не доступны, как и уретра, промыванию струей мочи и мало доступны для местного лечения. Чтобы можно было применить местное лечение, необходимо прежде всего сделать отверстия этих ходов доступными для осмотра. Рис. 47 показывает способ их обнаруживания по Келли (Kelly) в тех случаях, когда отверстия расположены не снаружки (с обеих сторон) от наружного отверстия уретры, а кнутри от него (иногда отверстия обоих парауретральных ходов расположены асимметрично: одно—у края уретрального отверстия во входе во влагалище, другое—кнутри от него).

Обнаружив отверстия парауретральных ходов, в них всprysкивают посредством тонкой канюли несколько капель 1—5% азотнокислого серебра или 3—10% протаргола. Если не удастся ввести канюлю в самый ход,

эту каплю раствора вводят хотя бы в наружное отверстие его с тем расчетом, чтобы он по закону капиллярности постепенно проник в глубину хода.

Другие способы лекарственного воздействия на слизистую оболочку парауретральных ходов менее пригодны. Поэтому в хронических случаях парауретрита, в которых гонококки держатся весьма упорно и являются часто источником реинфекции, применяется выжигание тонким наконечником аппарата Пакелена или электрокаустика. В последнее время более широко применяется метод местной аутогемотерапии (см. лечение бартолинитов).

При образовании гнойного абсцесса применяется хирургическое лечение.

Вакциноterapia, не будучи эффективной при поверхностных заболеваниях слизистых оболочек, дает хорошие результаты при заболеваниях эндоуретральных, уретральных и парауретральных желез. Это объясняется, повидимому, тем, что гонококки при упомянутых процессах глубже проникают в ткани и интимнее соприкасаются с капиллярами кровеносных и лимфатических сосудов, действуя таким образом более доступными для воздействия на них иммунных тел (Франц).

Гонорройный бартолинит. Во время острого периода гонорройного воспаления бартолиниевой железы, сопровождающегося резкими болями, проводится симптоматическое лечение, заключающееся в покое, применении болеутоляющих средств, влажных компрессов из боровской жидкости, разведенной или пополам с водой, или в отношении 1 : 4, или из свинцовой примочки на область вульвы. Кроме того, применяются сидячие ванночки с настоем ромашки или марганцовокислым калием.

После того как острые явления стихнут, а также при лечении хронических рецидивирующих бартолинитов в выводные протоки бартолиниевых желез вводят растворы серебра при помощи стеклянной канюли, применяемой окулистами при лечении слезных каналов или серебряной канюли (Анеля), представляющей собой притупленную на конце иглу, надетую на рекордовский шприц (рис. 48). В подострой стадии гонорройной инфекции узкий проток бартолиниевой железы иногда так припухает, что в него не удается ввести даже самую тонкую канюлю.

В более новой литературе имеются указания на эффективность лечения подострого периода гонорройного заболевания бартолиниевых желез подкожными обкалываниями железы собственной кровью больной по способу Гюбнера; кровь впрыскивают в несколько точек вокруг железы подкожно и в толщу ткани по 1—2 см³ при каждом уколе. После одного впрыскивания гонококки исчезали в 60% случаев, после нескольких впрыскиваний в—100% (Гюбнер, Рейнзафт—Reinsaft). В советской литературе хорошие результаты от аутогемотерапии отмечены Кушниром. Лапшина при лечении бартолинитов аутогемотерапией эффекта не получила. Хорошие результаты получены после перигландулярной инъекции смешанной вакцины, что технически значительно проще.

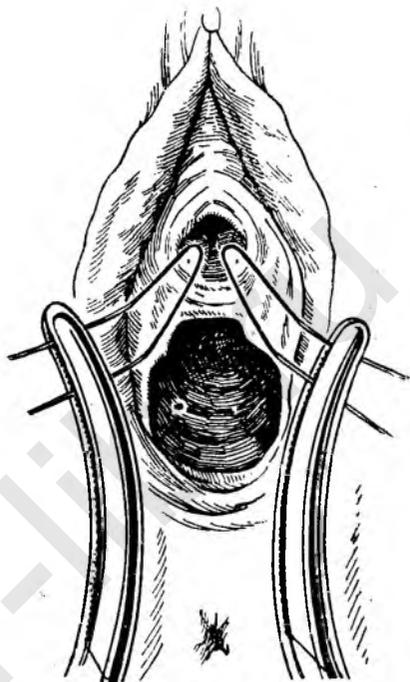


Рис. 47. Обнажение скиневских желез двумя изогнутыми головными шпильками (по Келли).

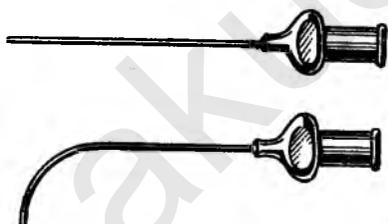


Рис. 48. Прямая и изогнутая канюли Анеля.

Исчезновение гонококков и стихание воспалительного процесса наблюдались также в результате применения рентгена по следующему методу: фокусное расстояние 24—30 см, алюминиевый фильтр в 3—4 мм, 90—100% НED (Франц). Зибер (Sieber) наблюдал исчезновение гонококков уже после одного такого облучения. При хронических бартолинитах с успехом применялась протеинотерапия. В случае образования абсцесса или псевдоабсцесса бартолиниевой железы, сопровождающегося сильными болями и высокой температурой, абсцесс должен быть вскрыт.

При рецидивировании старых абсцессов экстирпируют железу вместе с выводным протоком.

Гонорройный кольпит (вагинит). Со времени классических работ Бумма установился взгляд, что кольпиты у гонорройных больных являются в большинстве случаев вторичным заболеванием, возникающим вследствие раздражения слизистой влагалища гнойными выделениями, поступающими из инфицированной гонококками шейки (vaginitis simplex). Специфические же гонорройные вагиниты (vaginitis gonorrhoeica) встречаются редко, и то преимущественно у детей, старух и кастрированных женщин. Соответственно этому для лечения вагинитов применяют обычно влагалищные спринцевания для механического удаления гнойного секрета из шейки матки и влагалища и для легкой дезинфекции слизистой влагалища. Растворы, применяемые для этой цели, не должны быть концентрированными и сильно действующими, так как это вредно влияет на влагалищный эпителий. Спринцевания производят под незначительным давлением, причем больная обязательно должна находиться в горизонтальном положении.

Из медикаментов применяются растворы сернокислого цинка, марганцовокислого калия, борной кислоты, молочной кислоты и др., о которых говорится в главе о лечении белей.

Теплые влагалищные спринцевания сами по себе вызывают гиперемии слизистой стенки; чтобы усилить гиперемию, можно либо увеличить количество промывной жидкости, либо повысить ее температуру.

При истинном гонорройном вагините гонококки обнаруживаются не только в содержимом влагалища, но и в самой влагалищной стенке. Для лечения этих случаев применяют препараты серебра, ихтиола, иодоформа в виде влагалищных шариков, приготовленных на масле какао, желатине, агар-агаре и пр. (например, *globuli vaginalis gelatinosi* с 2% протарголом или с 3—10% ихтиолом, или

Rp. Protargoli 2,0

Sacchari albi 4,0

Sacchari lactici

Gummi arabici aa 3,0

Glycerini et Tragacanthi aa q. s. ut

f. globuli vaginalis № 10

DS. 1—2 раза в день вводить по шарик у во влагалище

Rp. Thigenoli 0,4

But Cacao 2,0

Mf glob. vaginalis. Dtd № 10.

S. По 1 шарик у 2—3 раза в день

Rp. Iodoformi 0,25

But. Cacao 2,0

Mf. glob. vaginalis

Dtd № 10

S. По 1 шарик у 2—3 раза в день

Лекарственные вещества вводятся во влагалище также в виде пропитанных ими тампонов. Для того чтобы лекарство проникло во все складки влагалища, необходимо тампонировать, начиная от сводов, пользуясь длинными полосками марли. В качестве лекарственных растворов применяют 1/2—3% протаргол, 1/4—1% азотнокислое серебро. Тампон удаляют через полчаса. При обильных, особенно густых, выделениях необходимо предварительно промыть влагалище теплым раствором соды с последующим спринцеванием солевым раствором.

Вместо тампонации можно применить влагалищную ванночку с 1—2% азотнокислого серебра или 5% протаргола. Введенное во влагалище цилиндри-

ческое зеркало несколько раз поворачивают и выдвигают для того, чтобы раствор пришел в соприкосновение со стенками влагалища; ванночка применяется в течение нескольких минут.

Во избежание появления изъязвлений при лечении препаратами серебра сно проводится в течение 8—10 дней под контролем зеркала, затем переходят к спринцеваниям.

Если во влагалище одновременно с гонококками обнаружены трихомонады, что встречается чаще, чем это обычно предполагают (Иоахимович), то применяют, кроме того, влагалищные глицериновые тампоны и однократное или двукратное спринцевание влагалища раствором сулемы 1 : 1 000—2 000 (для беременных спринцевания сулемой опасны ввиду возможности всасывания ее через разрыхленное влагалище).

В противоположность господствующему мнению Н. З. Иванов на основании своих клинических наблюдений и гистологических исследований, обнаруживших в стенке влагалища под эпителием клеточные инфильтраты, воспалительный отек, расширение сосудов и скопление кокков, морфологически сходных с гонококками или с диплококками типа Аша, пришел к заключению, что гонорройные вагиниты встречаются весьма часто (в 50—100%), что они возникают первично и что возникновение и течение их не зависят от гонорройных выделений из шейки матки. Наличие мелкоклеточных инфильтратов и плазматических клеток в подэпителиальном пространстве при положительной серологической реакции на гонококки при вагините подтверждается и Иоахимовичем. На основании этих данных Иванов разработал активный метод лечения гонорройных вагинитов, состоящий в основном механическом очищении вульвы и влагалища при помощи мыла и намотанных на пальцы кусков марли. Такое промывание производится несколько раз подряд, пока не получится ощущения скрипа, указывающего на то, что слизь и гной полностью отмыты; после этого удаляют остатки мыла, влагалище обсушивают и в него вводят раствор 2% азотнокислого серебра. Этот способ лечения Иванов применил при остром гонорройном вагините. При хроническом вагините, если этот метод не дает эффекта, Иванов советует вводить во влагалище 10% раствор резорцина на 1½—2 часа. После третьего сеанса эпителий начинает сходить пластами, и слизистая оболочка влагалища эрозируется, т. е. в ней обнажается подэпителиальное пространство. После четвертого или пятого сеанса (лечение проводится ежедневно) эпителий слущивается на всем протяжении; тогда во влагалище вводят раствор азотнокислого серебра, чтобы им воздействовать на обнаженный подэпителиальный слой. Азотнокислое серебро вводят ежедневно в течение 5—6 дней.

Этот метод представляется нам не безопасным, так как он может повести к образованию во влагалище рубцов.

Надо, впрочем, отметить, что гонорройный вагинит у женщин детородного возраста излечивается большей частью сам собой в течение нескольких недель (Виана—Viана). Франц полагает, что самоизлечение происходит вследствие постоянного смачивания поверхностного эпителиального слоя слизистой влагалища, прорывающейся ежемесячно своего рода цикл изменений. Во всяком случае в настоящее время нет еще достаточных данных для того, чтобы отказаться от господствующего взгляда на происхождение и клиническое значение вагинитов при гоноррее.

Наблюдения над течением вагинитов подтверждают, что обильные спринцевания, повторяемые минимум 2—3 раза в день при горизонтальном положении больной, служат прекрасным средством для механического очищения влагалища. При правильно производимых спринцеваниях нет необходимости очищать влагалище при помощи руки; это—излишняя травма, безразличная при наличии гонорройной инфекции в органах малого таза. Сохранение гиперемии и умеренной экссудации, полезных с точки зрения лечения специфического гонорройного вагинита, вполне обеспечивается влагалищными спринцеваниями. С этой же точки зрения применение вяжущих средств при гонорройных вагинитах нецелесообразно, но вполне уместно в случаях простого вагинита при наличии гонорройного процесса в шейке матки, а также после проведенного лечения препаратами серебра.

Гонорройный цервицит. Цервикальная гоноррея—самая частая локализация гонорройного процесса, особенно в хронической стадии. Выбор и применение методов лечения при цервикальной гоноррее являются самой трудной и ответственной задачей для врача. Неблагоприятный результат, полученный при применении активного местного лечения, может быстро повести к распространению процесса на тело матки, фаллопиевы трубы и брюшину таза. Болезнь,

протекавшая до того легко, не причинявшая никаких страданий, сразу принимает характер тяжелого заболевания, сопровождающегося интенсивными болями, она сплошь и рядом является последствием причиной бесплодия и делает больную надолго, а иногда и навсегда инвалидом. Таким образом, переход процесса за внутренний зев имеет самые серьезные последствия для женщины. Поэтому при лечении женской гонорреи врач должен крайне осторожно назначать лечебные мероприятия, направленные на уничтожение гонококков, гнездящихся в слизистой цервикального канала, чтобы не протолкнуть инфекции за внутренний зев.

Методы активного местного лечения при гонорройном уретрите почти безопасны (впрыскивание в уретру лекарственных веществ, смазывание и др.), так как редко способствуют распространению процесса на мочевои пузырь и мочеточники; но, будучи применены при лечении гонорройного эндоцервицита в его острой, подострой или даже в хронической стадии без соблюдения необходимой осторожности, могут внезапно вызвать бурное распространение процесса на все органы малого таза.

Особенно опасно введение лекарственных веществ при помощи брауновского шприца. В этом случае легко появляются крайне болезненные, иногда сопровождающиеся коллапсом и перитонеальными явлениями сокращения матки, не говоря уже о том, что впрыскивание способствует восхождению инфекции (Штеккель). Местное лечение цервикальными палочками или зондом, обернутым сухой ватой, затем смоченной в лекарственном растворе, может быть опасным даже и тогда, когда они не продвигаются за внутренний зев; раздражая шейку, они могут вызвать антиперистальтические сокращения матки, что может повлечь за собой распространение инфекции на полость матки. Поэтому в острых случаях гонорройного эндоцервицита никакие внутришеечные манипуляции недопустимы. Но даже тогда, когда острые явления утихнут, лечение вначале должно ограничиться общими мероприятиями.

Во избежание распространения процесса необходим полный покой, лучше всего постельный режим, особенно во время менструации и некоторое время до и после нее. Гинекологическое исследование должно быть максимально ограничено; его следует производить с большой осторожностью лишь при наличии особых показаний. Само собой разумеется, что половые сношения должны быть абсолютно запрещены.

Для предупреждения маточных сокращений назначают атропин (Брук—Bruck, Шиндлер—Schindler) или папаверин (*Papaverinum hydrochloricum*), по 0,2—0,04 на прием (Франц, Кушнир).

Влагалищные спринцевания в острой стадии цервикальной гонорреи можно применять; но с большой осторожностью, под небольшим давлением. Обмывать наружные половые органы следует 2—3 раза в день. Введение вагинальных шариков и лекарственных тампонов (10—20% ихтиол-глицерин) благоприятно влияет прежде всего на сопутствующий кольпит и на эрозию шейки. Входящий в состав лекарства глицерин, извлекая из тканей воду, поддерживает некоторую гиперемию в области влагалища и шейки матки; также действуют и длительные влагалищные спринцевания.

Щадящим местным методом лечения в подострой и хронической стадиях болезни является влагалищная ванночка, в которую погружается влагалищная часть матки.

Влагалищную ванночку делают следующим образом: после обмывания наружных половых органов во влагалище вводят цилиндрическое зеркало молочного стекла, бережно очищают влагалищную часть от покрывающих ее выделений при помощи тупферов, пропитанных содовым раствором; после этого наливают в зеркало столько лекарственного раствора (1—3% азотнокислого серебра, 5—10% протаргола, 2—5% колларгола), что влагалищная часть целиком в него погружается и остается в нем 5—10 минут.

Нужно думать, что лекарственный раствор действует не только на слизистую влагалища и влагалищной части матки, но по закону капиллярности и на

слизистую цервикального канала. В упорных случаях хронического эндоцервицита, не поддающегося указанному лечению, прибегают к местному эндоцервикальному лечению.



Рис. 49. Тонкий металлический зонд, обернутый на конце тонким слоем ваты.

Если одновременно с эндоцервицитом имеется острый или подострый процесс в придатках, то эндоцервикальный метод лечения противопоказан.

Перед введением в цервикальный канал лекарственного вещества необходимо удалить из канала имеющуюся там слизь. С этой целью применяют влагалищную ванночку с концентрированным раствором соды; слизистая пробка

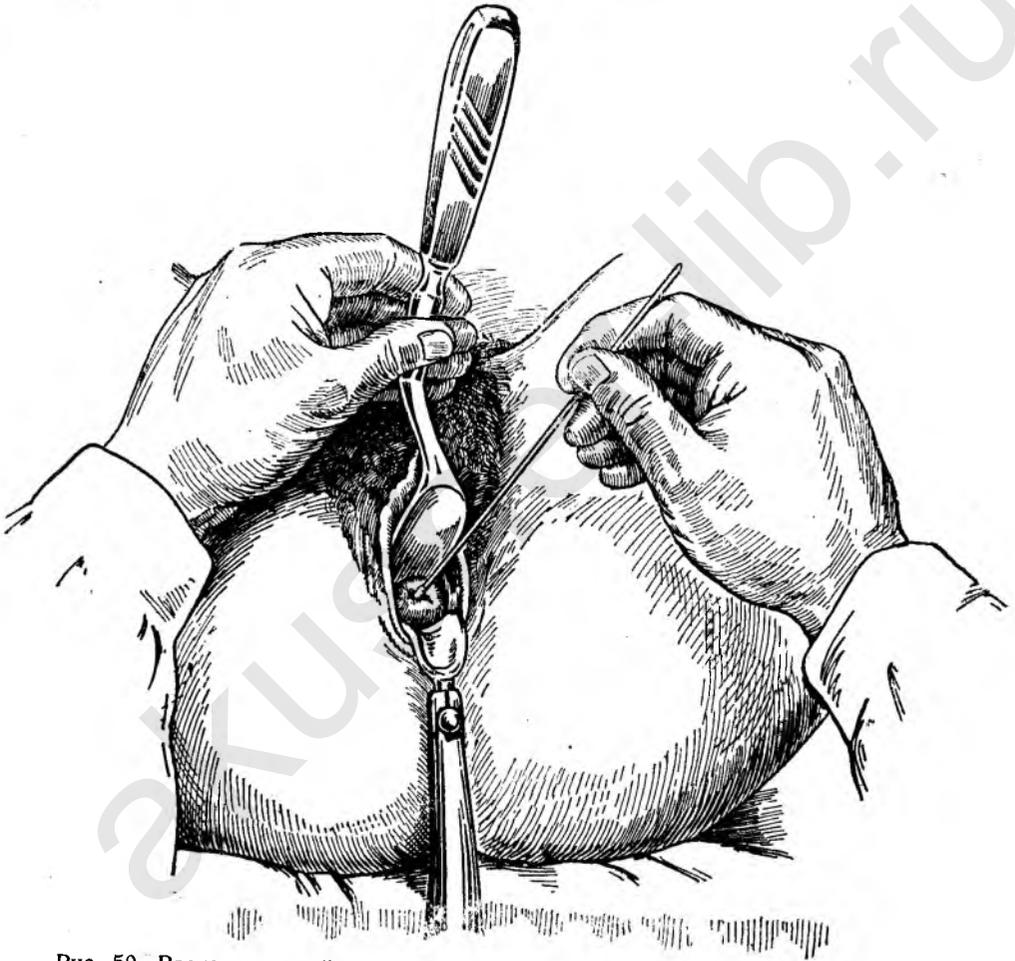


Рис. 50. Введение в шейку тонкого зонда, обернутого тонким слоем сухой ваты, смоченной лекарственным веществом.

цервикального канала под влиянием раствора становится компактнее и может быть удалена корнцангом. Еще лучше слизь удаляется из цервикального канала при помощи тонкого металлического зонда, обернутого тонким слоем ваты (рис. 49), смоченной 10—20% раствором соды; зонд вводят в цервикальный канал без предварительной фиксации шейки пулевыми щипцами и оставляют в нем на короткое время (рис. 50); если нужно, этот прием повторяют

несколько раз; никаких энергичных протираний делать при этом не следует. Можно также отсосать слизь из цервикального канала при помощи специального прибора, состоящего из продолговатого колпачка, по своим размерам соответствующего шейке (необходимо иметь несколько размеров), с удлиненным наконечником, подходящим к шприцу (рис. 51).

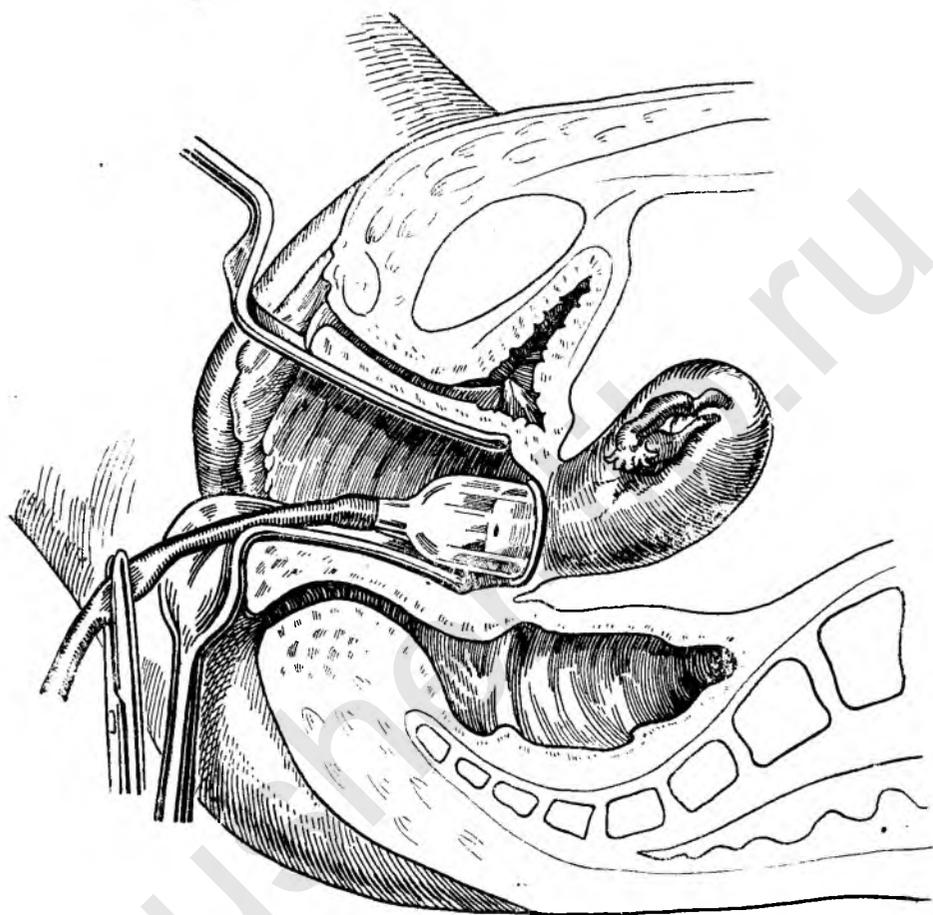


Рис. 51. Прибор для отсасывания слизи цервикального канала.

В качестве дезинфицирующих средств применяют главным образом 1—5% раствор азотнокислого серебра, 5—10% раствор протаргола, 5—10% иодной настойки. При длительном лечении необходимо для получения стойкого эффекта менять средства, так как иначе слизистая привыкает к медикаменту.

Техника смазывания цервикального канала следующая: при помощи заднего и переднего влагалитических зеркал или зеркала типа Куско обнажают влагалитическую часть, очищают ее от выделений, как указано выше, удаляют из цервикального канала слизь, затем вводят тонкий зонд (для этой цели хороши зенгеровские зонды из серебряной проволоки с нарезками на конце), обмотанный тончайшим слоем гигроскопической ваты, смоченной в лекарственном растворе (рис. 49,50). Рекомендуется вводить один за другим 2—3 зонда. Последний зонд оставляют ненадолго в канале. Все манипуляции необходимо производить крайне осторожно, не травмируя тканей (не захватывая пулевыми щипцами шейку и не расширяя ее). Необходимо позаботиться о том, чтобы более крепкие растворы азотнокислого серебра, хорошо переносимые слизистой цервикального канала, не попадали на слизистую влагалитица; во избежание ожога ее

надо защитить ватным тампоном, введенным в задний свод. Вначале лечение проводится ежедневно или через день. Появление более обильных серозных выделений вместо имевшихся ранее гнойных указывает на известное тканевое раздражение, способствующее вымыванию гонококков из более глубоких слоев слизистой на ее поверхность, где они и уничтожаются лекарственными веществами. Если при этом лечении обнаруживаются явления чрезмерного раздражения (отечность, ощущение напряженности), то лечение производят реже—через 2—3 дня. Слишком энергичное прижигание может повести к некрозу слизистой шейки, что весьма нежелательно. В дни отдыха от лечения применяются влагалищные спринцевания.

Введение в цервикальный канал медикаментозных палочек сопряжено с риском, так как палочка, прежде чем растаять, может закупорить цервикальный канал и вызвать сокращения матки.

Чтобы выяснить действие наиболее употребительных при лечении гонорреи медикаментов на слизистую шейки, Вагнер (Wagner) произвел следующий опыт: в ряде случаев, в которых по определенным показаниям необходимо было произвести экстирпацию матки, протаргола или медикаментозные палочки. Микроскопическое исследование серийных гистологических препаратов слизистой оболочки показало, что действие медикамента далеко не равномерно: в то время как на одних участках обнаруживается некроз слизистой, рядом или на противоположной стороне никакого действия медикамента не отмечается. Если со времени введения медикамента прошло несколько часов, то повсюду отчетливо заметна реакция ткани, выражающаяся в более или менее глубоко идущей и обильной инфильтрации лейкоцитами. Так как, несмотря на недостаточность непосредственного воздействия медикамента на слизистую, все же при энергичном местном лечении наблюдается полное излечение, то нужно думать, заключает Вагнер, что, кроме антисептического действия, медикамент дает местную реакцию тканей, ведущую к излечению.

Более глубокое действие при эндоцервицитах оказывает (по Иоахимовичу) местное применение эфирных масел, хотя бактерицидные свойства их менее сильны, чем препаратов серебра.

Результаты лечения слизистой цервикального канала бактерицидными средствами не всегда удовлетворительны, так как бесконечное количество бухт и складок, в глубине которых гнездятся гонококки, делает последние недоступными для действия прижигающих лекарств; кроме того, при хронической форме заболевания гонококки проникают глубоко в ткани и в железы.

При заживлении образующейся на почве воспаления эрозии гонококки могут сохраниться в железах, которые превращаются в кистозные образования, расположенные в глубине шейки или выпячивающиеся в виде *ovula Nabothi*. В этих случаях у больных симптомы гонорреи могут некоторое время совсем отсутствовать, но они все же остаются носительницами инфекции, которая при подходящих условиях может опять выявиться.

Чтобы воздействовать на гонококки, гнездящиеся в глубине тканей, было предложено впрыскивать в толщу влагалищной части несколько капель риванола (1 : 1 000) или меркурохрома (1 : 1 000). Для меньшей болезненности инъекций к раствору прибавляют $\frac{1}{2}$ % раствор новокаина; однако при этом не всегда получались удовлетворительные результаты (Якоби—Jakoby).

В последнее время для лечения гонорройных эндоцервицитов предложено впрыскивать под слизистую цервикального канала раствор (1 : 20 000) аммонийных солей серебра, введенных в терапию Ермолаевым (клиника Малиновского).

По Ермолаеву, аммонийные соли серебра имеют огромное преимущество перед обычно применяемыми в медицине коллоидными соединениями, которые нерастворимы в соках организма и потому биологически и терапевтически инактивны. Лечение аммонийными солями гонорреи нижнего отдела гениталий (открытой гонорреи) проводится в форме промывания уретры по Жанэ растворами 1 : 20 000—40 000, инстилляций в уретру растворов 1 : 10 000—20 000, влагалищных ванночек (1 : 10 000—20 000), инъекций в ткань шейки интрамукозно и субмукозно по 3—5 см³ раствора 1 : 10 000. Ввиду того что препарат разла-

гается на свету, необходимы определенные предосторожности: так, лечение должно производиться либо в затемненной комнате типа лаборатории для проявления фотографических пластинок, либо раствор для инъекций должен набираться в шприц, обернутый непроницающей свет бумагой или другим каким-либо сходным материалом.

Кауфман, Ганевская и Вербатус, применяя аммонийные соли серебра при лечении открытой гонорреи, видели хороший от них терапевтический эффект. Клейн и Болкунов из клиники Бакшта наблюдали на материале в 17 случаев гонорройных эндоцервицитов после лечения в течение 1 месяца в 35,3% исчезновение гонококков и, повидимому, стойкое излечение. Авторы обращают внимание на хороший провоцирующий эффект этого метода в смысле выявления гонококков в сомнительных случаях. Как и при хронической гоноррее парауретральных и бартолиновых желез (см. выше), так и при цервикальной гоноррее применяется электрокоагуляция шейки матки (Диккинсон—Dickinson и Биккель—Bickel).

В упорных случаях гонорройного эндоцервицита Букура советует рассечь шейку и прижечь ее термокаутером. Благоприятные результаты, полученные от применения глубокой электрокоагуляции шейки, Кватер, Трахтенберг и Каганович приписывают не только механическому разрушению глубоких очагов инфекции, но и коагуляции ткани с последующим всасыванием продуктов распада, что придает методу характер аутопротеинотерапии. Электрокоагуляция служит также методом провокации и выявления гонококков при латентной гоноррее. Надо, однако, отметить, что метод электрокоагуляции эти авторы комбинируют с аутогемотерапией в шейку по способу Гюбнера, являющейся основным методом лечения гонорреи шейки матки. По Петченко, аутогемотерапия в шейку матки не может считаться самостоятельным методом, а лишь добавочным, дающим хорошие результаты после предварительного курса вакцино-терапии.

Положительным результатом аутогемотерапии является повышение иммунных свойств шейки, а также и механическое воздействие (выдавливание введенной кровью секрета глубоких цервикальных желез—«массаж желез»). Кватер и Шамина рекомендуют также инъекции в шейку 10—20% раствора хлористого кальция, вызывающего в тканях некроз и действующего, кроме того, в качестве антисептического средства.

Недостатком метода глубокой каутеризации является возможность возникновения парацервицитов, стриктур и даже атрезии матки (Сиредей—Siredey).

В клинике Цилера (Zieler) получены хорошие результаты от комбинированного лечения, состоящего в одновременном применении цервикальных палочек из протаргола и целлулоидной капсулы по Пусту (Pust), которая надевается на влагалищную часть и герметически ее закрывает; наряду с этим проводится вакцинотерапия.

Некоторые авторы наблюдали хорошие результаты от бировской гиперемии (Рудольф—Rudolf, Эверман—Evermann и др.).

Для получения гиперемии на шейку надевают соответствующую ее размерам стеклянную бировскую банку, из которой при помощи 50-граммового шприца выкачивается воздух. Банку оставляют на несколько минут, отсасывание повторяют два раза подряд. Сеансы проводятся через день в течение 6 недель.

Для лечения цервикальной гонорреи применяется также гиперемия, получаемая при помощи гидротерапевтических мероприятий, к которым относятся горячие влагалищные спринцевания, горячие полуванны, грязевые ванны и пр., а также физиотерапевтические процедуры, как диатермия (были предложены специальные электроды для введения в шейку), лампа соллюкс, ртутно-кварцевая лампа и пр. (см. лечение воспалительных процессов придатков). Многие рекомендуют комбинацию медикаментозного лечения с физиотерапевтическим.

Понятно стремление некоторых авторов добиться улучшения результатов лечения гонорреи применением специфических антисептических средств,

вводимых в общий ток крови. Однако большого успеха эти попытки пока не имели: внутривенное введение коллоидального серебра, трипафлавина, а также соединения серебра с метиленовой синькой (Argochrom) увеличило, по наблюдениям Цилера, процент восходящей гонорреи. Описаны случаи шока и даже смерти после внутривенного применения колларгола и электраргола (Цангемайстер—Zangemeister, Линде).

Лечение гонорройного процесса шейки матки гораздо труднее, чем лечение гонорреи при других локализациях (за исключением разве гонорройных аднекситов). Во многих случаях глубокого проникновения в шейку гонорройной инфекции местное лечение оказывается успешным лишь при комбинации с вакцинотерапией.

В некоторых случаях даже систематическое и упорное применение всех возможных консервативных методов лечения на протяжении многих месяцев и лет не дает, однако, ощутительных результатов, и больная продолжает страдать от гнойных цервикальных выделений.

Это зависит в этих случаях от кистозных расширений базальных отрезков цервикальных желез, выводные протоки которых закрыты,—состояние, не поддающееся медикаментозному лечению (Иоахимович). В этих случаях, кроме электрокоагуляции, остается как ultimum refugium оперативный метод лечения. В последнее время рекомендуется операция Штурмдорфа.

Гонорройный проктит. Для лечения гонорройного процесса слизистой прямой кишки, легко инфицируемой гонорройными выделениями, стекающими из мочепоолового канала на промежность, применяют промывания прямой кишки растворами азотнокислого серебра (1 : 2 000), протаргола (1 : 1 000), марганцовокислого калия (1 : 5 000). Промывания производят два раза в день, пользуясь для этого кружкой Эсмарха. Лекарственные вещества (2—3% протаргол) вводят в прямую кишку при помощи маленького баллончика (микроклизмы).

Для лечения проктита применяют также и мази (10% протаргол-вазелин или мазь с 2% содержанием азотнокислого серебра), которые в подогретом виде вводятся особым «мазевым шприцем» в предварительно очищенную водяной клизмой прямую кишку.

Так как обычно гоноррея прямой кишки протекает бессимптомно или весьма слабо проявляясь (болезненная дефекация или слизистые истечения), то процесс часто переходит в хроническую форму и обнаруживается лишь при бактериоскопическом исследовании гнойных хлопьев, находящихся в промывной жидкости. В гинекологической практике ректальная гоноррея легко просматривается; гинекологи, к сожалению, часто не уделяют должного внимания ее диагностике и лечению.

Определение излеченности гонорреи нижнего отдела

Местное лечение гонорреи слизистых оболочек следует проводить систематически и упорно до тех пор, пока гонококки совершенно не исчезнут. Необходимо установить, какой срок наблюдения и повторного исследования необходимо для того, чтобы отсутствие гонококков обозначало окончательное выздоровление. Известны случаи, когда после 70—80 отрицательных анализов в мазках вновь обнаруживались гонококки (Дедерлейн). Это подтверждает, что для того, чтобы считать женщину окончательно излеченной от гонорреи, надо очень настойчиво и терпеливо проводить повторные исследования на гонококки. Данные клинического исследования и самочувствие больной еще не указывают на излечение; даже повторные бактериоскопические исследования выделений, дающие отрицательный результат, не гарантируют исчезновения гонококков. Для окончательного (по возможности) выяснения вопросов обычно применяется метод так называемой провокации.

Естественной провокацией при женской гоноррее является менструация. Поэтому взятие мазков для исследования необходимо приурочивать к пред-

менструальным дням; когда естественная гиперемия и разрыхление тканей способствуют усилению трансудации и вымыванию гонококков на поверхность слизистой.

Местная провокация может быть механической, химической и термической. Из них наиболее распространенной является химическая. Для химической провокации Нейссер (Neisser) предложил 1% раствор азотнокислого серебра, Бляшко (Blaschko)—25% раствор люголя, Шольц (Scholz)—10% раствор перекиси водорода. В пене, образующейся после смачивания шейки перекисью водорода, можно, по Ашу, обнаружить гонококки, иногда даже после того как выделения подсохнут.

Для термической провокации были предложены диатермические бужи, горячие влагалитические спринцевания, поясные (сидячие) ванны, диатермия (Фейгель применял с этой целью двухчасовую диатермию и получал при этом большее количество положительных анализов на гонококки, чем при обычном методе диатермии).

В целях фототактической провокации применяется лампа Ландекера. При наличии гонорройного процесса после 30-минутного освещения в выделениях из шейки появляется огромное количество лейкоцитов, а при следующем облучении и гонококки. При негонорройном катарре обилие лейкоцитов в выделениях наблюдается недолго, выделения становятся серозными и скоро совсем исчезают, что также может быть учтено при постановке диагноза (Нейфельд—Neufeld).

Применение с провокационной целью лампы Ландекера в клинике ЦНИАГИ в Ленинграде дало, по Полубинскому, 37% положительных результатов при латентной гоноррее. По тому же автору еще более высокий процент (55) выявления гонококков дала интрацервикальная провокация цинковым ионтофорезом (по Ягунову).

К методам общей провокации относят алиментарную провокацию, т. е. прием с пищей острых, раздражающих слизистую веществ (пиво, селедка). Кушнер рекомендует следующий комбинированный метод провокации: больной вводит внутримышечно 400 млн. гонококковых убитых тел, а уретру и шейку матки смазывают следующим раствором: Jodi puri 1,0; Kali jodati 2,0; Glycerini 100,0. Кроме того, больной дают селедку с уксусом и пиво. После того в течение 3—5 дней исследуют отделяемое уретры и шейки матки.

Вакцинация способствует вымыванию гонококков на поверхность и вызывает появление очаговой реакции. Для этой цели, по Штернбергу, применяют малые дозы (0,3) вакцины, содержащей 100 млн. микробных тел в 1 см³. Для внутривенного введения пользуются артигоном (по 0,5—1,0). С целью провокации применяют также интрамукозную вакцинацию по Пуанклю и Бурлакову, впрыскивания в шейку матки собственной крови больной или аммонийных солей серебра. Многие отрицают ценность вакцинации для диагностических целей.

Своего рода провокацией является половой акт, при котором, само собой разумеется, в этих случаях следует пользоваться мужским резиновым презервативом. При бактериоскопическом исследовании большое значение имеет многократное взятие мазков: по Цилю, в 50% всех случаев гонококки обнаруживаются при первом исследовании мазков, в 40%—при седьмом исследовании, а в 10%—при десятом исследовании. Поэтому для окончательного диагноза производят до 10 исследований мазков из каждого органа. В сомнительных случаях в клинике Ядассона прибегают к посеву. Гаусс предлагает производить 21 исследование отделяемого каждого органа, из них 9 исследований без предварительной провокации, а 12 после общей и местной провокации. Шредер считает случай излеченным лишь тогда, когда в 6—8 мазках, взятых на протяжении нескольких дней, не находят ни лейкоцитов, ни гонококков и, кроме того, если гонококки не обнаруживаются в 5 мазках, взятых подряд после произведенной провокации.

Морфологический состав взятых для исследования выделений важен постольку, поскольку содержание в них значительного количества лейкоцитов указывает на наличие где-то в глубине скрытых гонококков и требует, следова-

тельно, дальнейших настойчивых поисков. Хотя отсутствие в выделениях гнойных клеток и не говорит категорически против наличия гонорройной инфекции, но оно указывает во всяком случае на существующую тенденцию к излечению. В такой же мере наличие гнойных клеток говорит за продолжающийся процесс.

Вагнер считает невозможным санкционировать вступление в брак, если наблюдение продолжалось менее 2—3 месяцев, причем первое время половые сношения должны происходить с применением мужского презерватива.

Считая признаваемый многими авторами 3-месячный срок испытания достаточным, Бакшт и Петченко уточняют понятие излечимости открытой гонорреи следующим образом: «Одного отсутствия гонококков в мазках недостаточно, ибо K_2 (см. стр. 106) также является подозрительной по гоноррее; таким образом, нормальная цитобактериоскопическая картина или в лучшем случае K_3 (стойкая даже после провокации)—*conditio sine qua non* критерия излечимости».

Отрицательный результат исследования на гонококки еще не говорит о том, что дальнейшее лечение излишне, так как после исчезновения гонококков могут остаться анатомические изменения в области половых органов и особенно клинические явления, требующие того или иного лечебного воздействия.

Подчеркивая важность повторных многочисленных бактериоскопических исследований при диагностике и контроле излечимости гонорреи, мы считаем, однако, необходимым отметить следующее обстоятельство: многократное взятие мазков фиксирует внимание женщин, подвергаемых обследованию, на мочеполовых органах, заставляет их иногда придавать патологическое значение всякому, по существу физиологическому, явлению, как, например, увеличению выделений до и после менструаций или во время полового возбуждения и т. д. Страх, что эти выделения являются рецидивом гонорреи, что, следовательно, лечение оказалось бесполезным, вечный страх, что гонококки вновь будут обнаружены в выделениях, могут лишить женщину, особенно отличающуюся некоторой лабильностью психики, душевного покоя, вызвать у нее упадок настроения, депрессию. Угнетенное психическое состояние, несомненно, влияет на соматическое с стоянием больной и понижает сопротивляемость по отношению ко всякого рода инфекциям, в том числе и к гонорройной.

Обращая внимание на эту сторону вопроса, мы далеки от мысли снизить значение систематически, упорно и настойчиво повторяемых исследований, производимых с целью обнаружить гонококка в тех случаях, когда есть хоть малейшее основание заподозрить наличие его. Мы бы хотели этим только подчеркнуть необходимость для врача соблюдать в этих случаях должный такт, чтобы не травмировать психики, особенно у лабильных в этом отношении больных.

Под излечением мы понимаем здесь прежде всего стойкое исчезновение гонококков из выделений и тканей мочеполового аппарата. Стойкое исчезновение гонококков обозначает полную безопасность женщины как в отношении распространения гонорройной инфекции на других лиц, так и рецидивов болезни у нее самой (повторное заболевание гонорреей зависит в этих случаях от реинфекции). Это будет этиологическое излечение, особенно важное в борьбе с гонорреей. Под клиническим излечением понимают, кроме того, исчезновение всех субъективных жалоб.

Под анатомо-физиологическим излечением мы понимаем полное излечение пораженных гонорройным процессом половых органов (*restitutio ad integrum*) с полным восстановлением всех их функций, что на практике встречается только в небольшой части гонорройного воспаления придатков.

Схема исследования больных, подозрительных на гонорройную инфекцию нижнего отдела

Исследование больных, в анамнезе которых имеются указания на возможное заражение гонорройной инфекцией (имеется источник инфекции или субъ-

ективные симптомы, подозрительные по гоноррее), производится по общим правилам гинекологического исследования.

При исследовании наружных половых органов обращают внимание на состояние покровов вульвы и слизистой входа во влагалище, учитывают наличие воспалительных крипт и мелких желез, остроконечных кондилом, так называемые *maculae gonorrhoeicae*. Осматривается наружное отверстие уретры (учитывается гиперемия, отек, инфильтрация), парауретральных ходов. Производится пальпация уретры со стороны влагалища и выдавливание из уретры этим же путем выделяемого для исследования его под микроскопом. Секрет уретры наносится на предметное стекло в форме буквы «U» (*urethra*).

Пальпируется область бартолиновых желез и выдавливается их содержимое, которое наносится на предметное стекло в форме буквы «B».

Далее, при помощи влагалищных зеркал исследуется слизистая влагалища, учитывается характер и количество выделений они наносятся на предметное стекло в форме буквы «V» (*vagina*), осматривается влагалищная часть матки, учитывается наличие на ней эрозий, *ovula Nabothi*, характер цервикального отделяемого.

Вытерев шейку марлевым или ватным тампоном, берут мазок из цервикального канала. Мазок наносится на предметное стекло в форме буквы «C» (*cervix*). Затем на предметное стекло наносится мазок выделений из прямой кишки в виде буквы «R» (*rectum*). Все мазки могут быть нанесены последовательно на одно и то же предметное стекло.

Далее следует двучленное гинекологическое исследование, имеющее целью определить состояние матки, ее придатков, окружающей брюшины и клетчатки таза.

Если данные гинекологического и первичного бактериоскопического исследования взятых мазков, а также анализа мочи не позволяют прийти к определенному заключению, то бактериоскопическое исследование повторяют после провокации (или менструации), производят морфологическое исследование крови (в клинических условиях это само собой разумеется) на реакцию оседания эритроцитов и реакцию Борде-Жангу.

ГОНОРРЕЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА (ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРРЕЯ)

Асцендирование гонорройной инфекции за внутренний маточный зев является поворотным пунктом в течении процесса, резко ухудшающим прогноз для больной в смысле полного излечения. Поэтому, как уже выше подчеркивалось, все внимание врача должно быть направлено на профилактику асцендирования гонорреи, в основе которой лежит правильный режим и лечение при заболевании гонорреей нижнего отрезка гениталий. Здесь огромное значение имеет гигиена менструального периода, соблюдение во время него полного покоя, гигиена послеродового периода, в течение которого больной должен быть обеспечен длительный постельный режим, воздержание от половой жизни и осторожность в применении местных методов лечения пораженных гонорреей мочеполовых каналов.

Гонорройный эндометрит. Если самоизлечение гонорройного эндоцервицита встречается так редко, что в практике на него нельзя рассчитывать, то при гоноррее тела матки самоизлечение неосложненного эндометрита является результатом физиологического процесса—смены функционального слоя эндометрия при каждом менструальном цикле. Ввиду того что при внутриматочных манипуляциях опасность восходящей гонорреи очень велика, несомненно, правильно совсем отказаться от местного лечения инфицированной слизистой тела матки, так как она излечивается обычно при применении общих мероприятий в течение нескольких недель. Если гонорройная инфекция проникла в базальный слой эндометрия и упорно держится в глубине тканей, то существенную помощь в этих случаях оказывает вакцинотерапия. Все же случаи самоизлечения гонорройного эндометрита и полного восстановления всех физиологических функций

матки (менструальной, детородной) относительно редки. Большой частью гонорройный процесс, асцендировавший за внутренний зев, не ограничивается полостью матки, а распространяется на фаллопиевы трубы, вызывая гонорройное поражение придатков.

Острая форма восходящей гонорреи. Острая форма восходящей гонорреи сопровождается нередко столь бурными перитонеальными явлениями, что по первому впечатлению врач, особенно малоопытный, может предположить наличие общего перитонита, непосредственно угрожающего жизни больной. Дифференциальный диагноз между восходящей гонорреей и «острым животом» на почве аппендицита, перекручивания яичниковой опухоли или нарушенной трубной беременности основывается на данных анамнеза и объективного исследования, при котором особенное внимание должно быть уделено признакам гонорройной инфекции, и играет здесь очень важную роль: в то время как «острый живот» на почве указанных заболеваний требует экстренного оперативного вмешательства, бурные перитонеальные явления при восходящей гоноррее, обычно стихающие в течение нескольких дней, не только не требуют лапаротомии, но являются прямым противопоказанием к ней. Лапаротомия, ошибочно предпринятая при восходящей гоноррее, может нарушить характерный для гонорреи процесс осумкования воспалительного очага в малом тазу и повести к общему перитониту или по меньшей мере к тяжелому и длительному пельвеоперитониту, не говоря уже о нагноении брюшной раны. Только общий гонорройный перитонит, который встречается чрезвычайно редко (при разрыве неинкапсулированного гонорройного пиосальпинкса, гной которого изливается в свободную брюшную полость), может служить показанием к лапаротомии. Даже такая несложная операция, как вскрытие дугласова пространства через задний влагалищный свод, когда он выпячивается при явлениях высокой температуры, в большинстве случаев гонорройной инфекции не должна иметь места, так как это выпячивание обычно вызывается не пельвеоперитонитическим абсцессом, а опущенными в дуглас гнойными трубными мешками. Вскрытие их ведет не к полному опорожнению гноя и часто оставляет после себя незакрывающийся гнойный свищ, от которого больную можно избавиться, только экстирпируя гнойные мешки путем лапаротомии, — операции, в этих случаях опасной и технически весьма трудной.

Итак, острая восходящая гоноррея, несмотря на бурные симптомы, требует консервативных методов лечения. Первым и важнейшим мероприятием является строгий постельный режим, причем и мочеиспускание, и дефекация должны происходить на судне в постели. Постельный режим следует соблюдать не только при наличии бурных перитонеальных симптомов, но вообще в течение длительного периода и чем дольше, тем лучше. Те больные с восходящей гонорреей, которые следуют этому совету, имеют больше всего шансов на выздоровление. У тех же, которые его не соблюдают, уже при последующей менструации или при какой-нибудь случайной травме, физическом напряжении или другой погрешности часто возникает новая вспышка, которая по своей тяжести может даже превзойти предыдущую и во всяком случае отодвигает на долгий срок не только выздоровление, но даже и улучшение.

Но не один постельный режим обеспечивает необходимый для тазовых органов при восходящей гоноррее покой. Большую роль в этом отношении играет пищевой режим и функция кишечника. Бурные перитонеальные явления обычно продолжаются при восходящей гоноррее, как уже было указано, всего лишь несколько дней. В это время больной дают лишь жидкую пищу (алкоголь исключается). Когда острые явления стихнут, больная получает легкую и в то же время питательную пищу, состоящую из протертых супов, овощей, приготовленных в форме пюре, киселей и компотов, а затем рубленого мяса, сухарей и черствого белого хлеба, молочных продуктов (простокваша, кефир, сливочное масло, творог, сметана). Очень полезны натуральные фруктовые и ягодные соки (особенно виноградный, который очень питателен, легко

усвояем, прекрасно действует на функцию кишечника и богат витаминами), а в дальнейшем и фрукты в сыром, вареном и печеном виде.

Особенное внимание необходимо уделять функции кишечника и притом не только во время бурных перитонеальных явлений, но и в последующее время: задержка стула усиливает имеющуюся при воспалительных процессах в тазу гиперемию и ведет к скоплению в сигмовидной кишке твердых каловых масс, которые, надавливая на воспаленные внутренние половые органы, лишают их необходимого покоя.

Так как женщины, соблюдающие постельный режим, очень часто страдают запорами, то им приходится назначать несильно действующие послабляющие средства. Наиболее целесообразно в этих случаях применять клизмы из чистой воды или лучше с прибавлением настоя ромашки или 2 столовых ложек растительного или вазелинового масла, которые при взбалтывании образуют с водой эмульсию, а также небольшие клизмы из чистого растительного или вазелинового масла (в 150—250 г). Из принимаемых внутрь средств наиболее нежным действием отличаются обволакивающие средства, как *Paraffinum liquidum* или вазелиновое масло (1—2 столовые ложки на прием). Ашнер рекомендует в этих случаях небольшие дозы каломеля (3 раза в день по 0,01). Слабительные соли можно давать лишь изредка.

Без болеутоляющих средств при восходящей гоноррее, особенно во время бурных явлений, обойтись трудно.

Мы пользуемся в этих случаях главным образом белладонной, папаверином, комбинацией этих средств с кодеином или омнопонном (пантопонном), или, кроме того, с антипирином, пирамидоном. Например:

Rp. Extr. Belladonnae
Codeini puri aa 0,015
Butyr. Cacao q. s.
M. f. suppositor.
D. t. d. № 6. S. 2 раза в день по одной свечке в прямую кишку

или

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,02
Butyr. Cacao q. s.
M. f. suppositor.
D. t. d. № 6. S. 2 раз в день по одной свечке в прямую кишку

или

Rp. Extr. Belladonnae
Codeini puri aa 0,015
Antipyrini 0,5
M. f. suppositor.
D. t. d. № 6. S. 2 раза в день по одной свечке в прямую кишку

или

Rp. Pyramidoni 0,3
D. t. d. № 6. S. 2 раза в день по 1 порошку

Кар рекомендует антипирин в клизме: 2 г антипирина растворяют в 3 столовых ложках воды и после предварительной очистительной клизмы вводят при помощи маленького баллона в прямую кишку. В редких случаях приходится прибегать к омнопону или опию. Для облегчения болезненной перистальтики кишок Кар советует пить настой ромашки.

Успокаивающее действие на брюшные органы оказывает применение как холода, так и тепла. Странно, как замечает Кар, что два совершенно как будто противоположных термических фактора действуют одинаково болеутоляюще. Дело в том, что после снятия холода, который действует анемизирующе на брюшные органы и матку, наступает более интенсивная гиперемия их. При выборе между холодом и теплом нужно руководствоваться субъективными ощущениями больной и применять то, что ей приятнее. Во время бурного периода вос-

ходящей гонорреи мы чаще всего назначаем сначала пузырь со льдом на живот с паузами в 1—2 часа. Пузырь со льдом должен лежать не на коже, а на сложенном в несколько раз полотенце или на салфетке. Холод мы назначаем только на то время, пока имеется высокая температура и перитонеальные явления, что, как уже было указано, продолжается всего лишь несколько дней или неделю.

Длительное применение холода нецелесообразно, так как он задерживает рассасывание образовавшегося экссудата.

Вместо холода или после его отмены можно применить согревающий компресс, который оставляют сначала лишь на 2—3 часа. Действие компресса называется в медленно возникающей и поэтому приятной реактивной гиперемии, которая действует болеутоляюще и спазматически. По мере стихания острого периода компресс оставляют на более длительные сроки—на 6—10 часов, а затем его сменяют два раза в сутки (обязательно с паузой в 2—3 часа во избежание мацерации кожи).

Магистр рекомендует после отмены холода переходить к облучению живота ультрафиолетовыми лучами (ртутно-кварцевая лампа Баха). Облучают всю область живота от мечевидного отростка до середины бедер, начиная с расстояния 75 см при 3-минутном сеансе; постепенно доза лучей увеличивается путем сокращения расстояния и удлинения сеанса. Максимально применяемая доза за 1 сеанс равняется 12 минутам при расстоянии горелки от тела в 25 см.

В подострой стадии восходящего гонорройного процесса терапия рассчитана прежде всего на усиление реактивности ретикуло-эндотелиального аппарата, рассасывание образовавшегося экссудата и на выработку иммунных тел. Все методы лечения (протеинотерапия, специфическая вакцинотерапия, физиотерапевтические мероприятия) должны в этой стадии воспаления применяться с осторожностью, так как нередко они могут вызвать бурную реакцию.

В самое последнее время намечающаяся в клинике острых инфекционных заболеваний тенденция начать применение физиотерапевтических методов лечения ближе к острому периоду болезни стала сказываться и при лечении гонорройной инфекции. Так, Елистратова и Кабачник пробовали применить в подострой стадии восходящей гонорреи иод-ионотерапию, являющуюся мощным рассасывающим методом в лечении воспалительных заболеваний. Благодаря иод-ионотерапии улучшается кровообращение в очаге заболевания и активируется местный ретикуло-эндотелиальный аппарат; кроме того, этот метод вызывает ряд изменений во взаимоотношении клеточных ионов как терапия раздражения.

Техника применения этого метода. Специальный вагинальный электрод, представляющий собой цилиндрическое зеркало из эбонита или молочного стекла, закрывают резиновой пробкой, имеющей три отверстия; в два отверстия вставлены стеклянные капиллярные трубки, из которых одна прямая, другая согнута под углом. Трубки эти снаружи кончаются резиновыми дренажами, закрывающимися клеммами; в третье отверстие пробки вставлен металлический стержень, прикрепляющийся к проводу. В качестве противоположного электрода применяется поясной электрод Коваршика. После того как вагинальный электрод введен и укреплен на месте подушечками, наполненными песком, в зеркало через прямую трубку наливают 2% раствор иодистого калия. Изогнутая трубка указывает уровень жидкости в заднем своде. Когда раствор начинает выливаться через согнутую трубку, дренажные трубки зажимают клеммами. Таким образом, раствор омывает шейку и своды. Металлический стержень соединяется с отрицательным полюсом гальванической цепи, а положительный полюс—с поясным электродом. При этой технике получается возможность пропустить ток через большее количество раствора иодистого калия, чем при ходовом методе применения марлевой обмотки на вагинальном электроде. Больные получают иод-ионотерапию тотчас после падения температуры. Независимо от этого проводится лечение уретры и прямой кишки. Результаты показали целесообразность этого метода как промежуточного звена до перехода к активному методу специфической вакцинотерапии.

Шире применяя в последнее время тепло при подострых воспалениях внутренних половых органов, тазовой брюшины и клетчатки, мы наблюдали случаи, когда хорошие результаты получались при применении тепла не только в форме согревающих компрессов и грелок на живот, но и физиотерапевтических про-

цедур, как облучение кварцевой лампой и даже длинноволновой и коротковолновой диатермии. Впрочем, вопрос о применении в подостром периоде последнего метода находится в стадии изучения и поэтому его еще нельзя рекомендовать для широкого пользования.

За последнее время появились сообщения о применении при восходящей гоноррее препарата аммонийных солей серебра, предложенного Ермолаевым. По Дмитриеву, Бронштейну и Егорову, применение этого препарата, как местное, так и парентеральное, при лечении мужской гонорреи не обнаружило каких-либо особых преимуществ; по Кауфману, при восходящей женской гоноррее внутримышечные впрыскивания препарата в концентрации 1 : 10 000 (10 инъекций нарастающими дозами от 3 до 10 см³) дали прекрасный терапевтический эффект.

Во время острого и подострого процесса верхнего отдела (восходящая гоноррея) местное лечение нижнего отдела гениталий противопоказано. Только после падения температуры до нормы или почти до нормы, после исчезновения острых болей и перитонеальных явлений, снижения лейкоцитоза, если он был до того повышен, можно начать применять влагалищные спринцевания, вагинальные ванночки, лекарственные вагинальные шарики и тампоны, промывания уретры и т. п.

Местное эндоцервикальное лечение следует начинать лишь тогда, когда исчезнет болезненность при пальпации матки, придатков и окружающей брюшины и клетчатки, уменьшатся имеющиеся в тазу воспалительные опухоли и инфильтраты, и гематологическая картина по Шиллингу будет свидетельствовать о «лимфоцитарной и эозинофильной фазе» выздоровления.

Хроническая форма восходящей гонорреи (хронические аднекситы). Лечение гонорройных аднекситов в хронической стадии проводится по тем же принципам и теми же методами, которые применяются при лечении аднекситов негонорройного происхождения. Здесь находят применение разнообразные лечебные мероприятия, направленные на рассасывание патологических продуктов воспаления. Среди них наиболее распространены физиотерапевтические методы, начиная с более примитивных, как, например, горячие спринцевания, припарки, грелки на живот, горячие водяные полуванны и пр., и кончая электро- и фототерапевтическими, как, например, лампа соллюкс, кварц, ионтофорез, длинноволновая и коротковолновая диатермия и рентгенотерапия. Все эти методы применяются не только каждый в отдельности, но чаще всего в комбинации. Комбинируют простейшие гидropатические методы, не требующие сложной аппаратуры, как, например, горячие спринцевания с последующим применением грелки или горячей полуванны; комбинируют электро- и фототерапевтические методы, как, например, кварц—соллюкс или кварц—диатермия; физиотерапевтические методы можно комбинировать с лекарственными методами лечения, например, с влагалищными иод-глицериновыми или ихтиол-глицериновыми тампонами. Применение влагалищных лекарственных тампонов не столько оказывает рассасывающее действие, сколько служит болеутоляющим средством, способствующим сохранению покоя в половой сфере. В качестве лекарственного средства для тампонов применяют:

Rp. Jodi puri 1,0
Kalii jodati 10,0
Glycerini ad 200,0
MDS. Для тампонов

или

Rp. Zinci sulfurici 10,0
Glycerini ad 200,0
MDS. Для тампонов

или

Rp. Ichthyoli 20,0
Glycerini ad 200,0
MDS. Для тампонов

Тампон, пропитанный лекарственным веществом, вводят в задний влагалищный свод и оставляют на 24 часа, после чего его извлекают за нитку, которой он накрест перевязан, и делают тепловатое влагалищное спринцевание. Тампоны вводят 2—3 раза в неделю.

При выборе метода лечения здесь прежде всего приходится считаться с его доступностью; но и при наличии тех или иных аппаратурных установок не всегда целесообразно настаивать на их применении.

Особенно это касается поликлинической амбулаторной практики. Вряд ли имеет большой смысл назначать на какую-либо физиотерапевтическую процедуру амбулаторных больных, если они живут далеко или не могут пользоваться удобным способом передвижения. Вряд ли физиотерапевтическая процедура, сама по себе показанная для данной больной, окажет на нее благотворное влияние, если вслед за процедурой больная не будет иметь необходимого отдыха, а ведь не всегда физиотерапевтические кабинеты при амбулаториях имеют хорошо устроенные комнаты для достаточно длительного отдыха больных после принятых ими процедур. Нужно сознаться, что не всегда и врачи уделяют этому вопросу должное внимание как при организации физиотерапевтического кабинета, так и при лечении. Для того чтобы оценить значение применения тех или иных процедур в каждом отдельном случае, необходимо учитывать не только дозировку, способ применения и другие вопросы методики, но и организационную сторону вопроса. Если учесть все обстоятельства, то в ином случае, может быть, окажется, что «домашние» методы лечения, как, например, обильные и длительные горячие спринцевания с последующим применением большой резиновой грелки или горячей полуванны, правильно примененные перед ночным или дневным отдыхом, дадут не худшие, а может быть, даже и лучшие результаты, чем какая-нибудь электротерапевтическая процедура, для получения которой больной приходится затрачивать много сил на проезд и возвращаться, не отдохнув после нее. Это относится к лечению не только гонорройных аднекситов, но и всех вообще воспалительных процессов женских половых органов.

В настоящее время в практике гинекологической работы некоторых наших лечебных учреждений нарождается новое течение. Отдельные диспансерные объединения, правда, пока еще только в столицах и крупных индустриальных центрах, развивают работу по оказанию лечебной помощи на дому в сторону применения в домашней обстановке некоторых физиотерапевтических методов лечения. Возможности для этого открываются благодаря конструированию переносной физиотерапевтической аппаратуры и одновременному улучшению бытовых условий, в частности, жилищ, электрификация которых дает возможность включать повсюду электроаппараты. Можно ожидать, что в недалеком будущем обслуживание населения медицинской помощью на дому в этом направлении разовьется шире, и тогда при лечении воспалительных процессов внутренних женских половых органов можно будет и в домашней обстановке применять многие из тех физиотерапевтических методов, которыми в настоящее время с успехом пользуются при лечении гинекологических больных в клиниках и благоустроенных больничных и поликлинических учреждениях.

Существенным является вопрос о том сроке, когда при гонорройном воспалении придатков матки может быть начато рассасывающее лечение.

Наклонность гонорройных аднекситов к рецидивирующим обострениям общеизвестна; уже после того как гонококки погибли в гнойном содержимом пиосальпинкса, они продолжают еще долгое время существовать в стенке инфицированной фаллопиевой трубы; из этого очага и возникают новые вспышки гонорройного процесса. Поэтому к специфическому лечению можно приступить только после того, как исчезнут все симптомы острого воспаления.

По Вагнеру, местное лечение гонорройного аднексита можно начать спустя 4—6 недель после острого припадка. Как уже раньше указывалось, некоторые авторы начинают применение отдельных видов физиотерапии, как

облучение ртутно-кварцевой лампой, ионтофорез, еще в подострой стадии асцендирующей гонорреи. Другие виды физиотерапии—соллюкс, световые ванны, диатермия—начинают применять обычно только после длительного отсутствия обострений процесса, при наличии нормальной температуры, нормального лейкоцитоза и лишь умеренного ускорения реакции оседания эритроцитов (30—35 мм по Панченкову). Что касается пересматриваемого некоторыми клиниками вопроса о раннем применении диатермии при воспалительных процессах внутренних женских половых органов, то в отношении лечения гонорройных аднекситов определенного ответа еще дать нельзя.

Вполне заслуженной популярностью при лечении гонорройных аднекситов пользуется грязелечение, особенно на курорте. Вопрос о противопоказаниях при этом методе лечения имеет особенно большое значение: несвоевременное или неправильное применение любого физиотерапевтического метода может повлечь за собой новую вспышку воспаления и свести на-нет результаты проделанного лечения. Вспышка же воспаления у больной, отправленной на далекий курорт, во многих случаях вызывает у нее тяжелое душевное переживание: ведь, отчаявшись в применявшихся до сих пор методах лечения, больная все свои надежды возлагала именно на курорт!

Поэтому перед отправлением больной с гонорройным аднекситом на грязевой курорт необходимо не только произвести тщательное исследование общего и гинекологического статуса, исследование морфологии крови и реакции оседания эритроцитов, анализ цервикального отделяемого, но и иметь достоверные сведения о состоянии больной в течение последних нескольких месяцев. Направлять на грязевой курорт больную с гонорройным воспалением внутренних половых органов следует лишь в том случае, если температура у нее была нормальной в течение последних 3—4 месяцев, анализ крови обнаруживает нормальную гемограмму, реакция оседания эритроцитов не превышает 12—15 мм по Панченкову, а исследование цервикального секрета говорит об отсутствии гонококков и большого числа гнойных клеток.

Из других методов рассасывающего лечения можно упомянуть о массаже. Что массаж ни в коем случае не следует применять, пока имеется хотя бы малейшее подозрение на наличие гонококков в тканях, ясно само по себе. Поэтому при гонорройных аднекситах ни в коем случае нельзя применять гинекологический массаж. Он применим лишь при так называемых постгонорройных заболеваниях, когда в результате гонорройного воспаления вокруг матки или придатков образовались стойкие сращения и спайки, не поддающиеся рассасыванию физиотерапевтическими методами. Таким образом, гинекологический массаж показан главным образом при фиксированных ретрофлексиях—верзиях матки.

В результате длительной инфекции, распространяющейся по лимфатическим путям из шейки матки, иногда возникает инфильтрация и затем рубцовое сморщивание маточно-крестцовых связок, ведущее к ретропозиции матки. При такого рода постгонорройных изменениях гинекологический массаж также оказывает хорошее действие. Таким образом, массаж можно начинать при лечении воспалительных процессов на почве гонорреи гораздо позднее, чем рассасывающее лечение. Массаж возможен при наличии нормальной температуры на протяжении нескольких (не меньше 4—5) месяцев, при наличии нормального лейкоцитоза, нормальной лейкоцитарной формулы, реакции оседания эритроцитов не выше 10—15 мм по Панченкову. Противопоказан массаж в случаях постгонорройного адгезивного и рубцового процесса, если одновременно с ним имеются очаги гонорройного процесса в нижнем отделе гениталий, как эндцервицит, уретрит и т. д. Бакшт считает массаж противопоказанным при наличии обильного количества лейкоцитов в мазках из цервикального канала.

Рентгенотерапия применялась нередко при лечении гонорройных воспалений женских половых органов, но она не оказывает бактерицидного действия на гонококка. В ряде случаев после рентгенизации наблюдались новые вспышки и обострения вследствие активации процесса в начале лечения (Бакшт). Неко-

торые авторы (Эймер—Eimer, Менге и др.) видят в рентгенотерапии, применяемой при восходящей форме гонорреи, метод, при помощи которого можно добиться выпадения одного или нескольких менструальных циклов и таким образом избежать новых обострений процесса, которые чаще всего возникают ко времени менструации. Но надо учитывать также и ненадежность дозировки, которая в менее опытных руках может стать кастрационной. Все эти обстоятельства делают понятным незначительное распространение этого способа при лечении придатков матки.

Широко распространено при лечении хронических гонорройных аднекситов комбинированное применение различных методов, о чем говорилось выше.

Особое значение при лечении гонорройных аднекситов признается за методом вакцинации, комбинируемым с рассасывающими физиотерапевтическими процедурами.

Вакциноterapia при гонорройных аднекситах может рассчитывать на успех потому, что при этой локализации воспалительного процесса гонококки в течение долгого времени продолжают гнездиться в стенке фаллопиевой трубы и потому могут придавать процессу характер латентно протекающей инфекции.

Успехи вакцинотерапии особенно заметны в тех случаях, когда хронические аднекситы сочетаются с хронической цервикальной гонорреей. Поэтому как в этих случаях, так и в упорных случаях изолированной цервикальной гонорреи или гонорройного аднексита, не поддающихся медикаментозному и физиотерапевтическим методам лечения, целесообразно прибегнуть к вакцинотерапии.

Вакциноterapia при гонорройных аднекситах начинают спустя 2—3 месяца после прекращения всех острых явлений. Как уже указывалось (см. раздел «Вакциноterapia»), вопрос о характере вакцины, ее дозировке и месте применения до настоящего времени находится в стадии дискуссии. Оставляя в стороне спорный вопрос о значении возникающей при вакцинотерапии общей реакции, мы считаем целесообразным избегать во всяком случае резких реакций. Поэтому в качестве терапевтической дозы при первой инъекции мы вводим в организм 50—100 млн. микробных тел, т. е. впрыскиваем 5—10 делений однограммового шприца гоновакцины обычного титра, изготовляемого большинством лабораторий в Союзе (100 млн. микробных тел в 1 см³ вакцины), или соответственно меньшее число делений однограммового шприца вакцины более высокого титра. В упорных случаях и у крепких женщин можно, как это рекомендует Букура, начинать с введения 200—300 млн. микробных тел.

При амбулаторном лечении инъекции гоновакцины должны производиться только внутримышечно.

Впрыскивания в толщу шейки матки вызывают обычно уже через 10—20 минут резкую реакцию, сопровождающуюся сильным ознобом и весьма тяжелым самочувствием. Поэтому инъекции вакцины в шейку матки при амбулаторном лечении применять не следует. Мы считаем более осторожным впрыскивать стационарным большим гоновакцину в толщу шейки матки лишь в тех случаях, когда обычные методы рассасывающего лечения, применяемые в комбинации с внутримышечной вакцинотерапией, не дают положительных результатов.

При хронической гоноррее внутренних половых органов, кроме вакцинотерапии, применяется в комбинации с физиотерапией также и неспецифическая протеиноterapia (см. протеиноterapia в разделе «Лечение воспалительных процессов придатков матки»).

Методику физиотерапевтических методов лечения см. в главе «Физиотерапия воспалительных заболеваний».

Нарушения менструальной функции при гоноррее

Методика лечения в случаях нарушения менструальной функции приводится в разделах, посвященных аномалиям менструации, а также лечению воспалительных процессов внутренних женских половых органов. Сопутствующие

воспалению гиперемия и атония маточной стенки являются главными причинами усиления и удлинения менструального кровотечения. Поражение яичников воспалительным процессом ведет к нарушениям менструального цикла и часто к появлению менструации раньше нормального срока. В основе лечения менструальных кровотечений при гонорройном воспалении придатков лежит лечение самого воспалительного процесса. Здесь в первую очередь важно соблюдать строгий постельный режим, полнейший сексуальный покой и следить за правильной функцией кишечника. Стационарирование подобного рода больных весьма целесообразно. Кроме обычно применяемых в гинекологической практике кровоостанавливающих средств, как препараты спорыньи, Extr. hydrastis, стиптицин и пр., хорошо действуют в этих случаях инъекции препаратов из задней доли гипофиза (питуикрин «Р» и др.). В главе о лечении воспалительных процессов уже указывалось на прекрасное кровоостанавливающее действие, которое оказывает аутогемотерапия на нередко сопутствующие воспалению маточные кровотечения типа меноррагии или метроррагии. Такое же кровоостанавливающее действие аутогемотерапия оказывает и при кровотечениях на почве гонорреи. Широкое применение при маточных кровотечениях на почве воспалительного процесса, в том числе и гонорройного, находят препараты кальция. Считают, что кальций действует не только как симптоматическое кровоостанавливающее, но и как противовоспалительное средство. Кроме того, он оказывает известное влияние и на эндокринную систему.

В более легких случаях кровотечения кальций назначают внутрь:

Rp. Calcii lactici 50,0

DS. На кончике ножа 3 раза в день
в молоке, супе, фруктовом соке и т. п.

Rp. Calcii chlorati crystall. 20,0

Sirup. Rubi Idaeii 10,0
Aq. font. ad 300,0

MDS. Через 3 часа по столовой ложке
в молоке или фруктовом соке (Кар)

Назначают также кальций вместе с эрготином и хинином:

Rp. Extr. Secalis cornuti

Chinini hydrochlorici aa 1,0

Calcii lactici 4,0

Extr. et pulv. Liquir. q. s.

ut f. pil. N 30

DS. По 2 пилюли после еды (Букура)

Если это не действует, применяют кальций внутривенно:

Rp. Sol. Calcii chlorati 10% 10,0

DS. На одну внутривенную инъекцию

Rp. Calcii chlorati 10%

Natrii chlorati 10% aa 10,0

D. Steril. S. для инъекций

При внутривенных вливаниях необходимо избегать попадания кальция мимо вены в клетчатку ввиду возможности возникновения здесь инфильтратов. При попадании кальция в подкожную клетчатку надо немедленно впрыснуть в образовавшийся инфильтрат несколько кубических сантиметров 25% раствора *Magnesii sulfurici*.

Препараты кальция, к сожалению, легко вызывают запоры, поэтому при применении их необходимо обратить особое внимание на функцию кишечника, стимулируя ее соответствующей диетой и послабляющими средствами.

Некоторые авторы рекомендуют внутривенное введение конгорота (Rp. Kongorot 0,1; Aq. destill. steril. 10,0. DS. Для внутривенного вливания).

Вливания производят с промежутком в 2—3 дня. Внутривенное вливание конгорота затрудняется тем, что краска, заполняющая шприц, с трудом позволяет определить, прошла ли игла в вену; впрочем, попадание краски мимо вены в клетчатку не вызывает осложнений.

Чтобы остановить кровотечение, применяют протеинотерапию и серотерапию: внутримышечно (в толщу седалищных мышц или бедра) впрыскивают 10—20 см³ нормальной лошадиной сыворотки или сыворотки крови, взятой от здорового человека (предварительно необходимо произвести реакцию Вассермана). При применении сыворотки надо считаться с возможностью анафилактического шока. Поэтому при этих внутримышечных инъекциях гораздо целесообразнее применять собственную кровь больной.

Из термических средств при подобных кровотечениях применяется как холод в форме пузыря со льдом на живот, так и горячие спринцевания (45—50°) небольшим количеством воды с добавлением вяжущих средств (таннин). Холод мы охотнее применяем при кровотечениях в острой и подострой стадиях гонорройного воспаления, а кратковременные горячие спринцевания—при хронических аднекситах.

Из гормональных препаратов кровоостанавливающее действие могут оказывать препараты желтого тела в тех случаях, когда желтое тело в яичнике разрушено гонорройным воспалительным процессом.

Применение противовоспалительной рентгенотерапии в случаях кровотечений при гонорройных аднекситах может иметь своей целью не остановку имеющегося кровотечения, а выпадение одного или нескольких менструальных циклов (временная кастрация).

Показания к оперативному лечению

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении женской гонорреи, благодаря усовершенствованию методики вакцинотерапии и комбинируемой с нею физиотерапии, все же наблюдаются случаи воспаления придатков гонорройной этиологии, не поддающиеся консервативной терапии и причиняющие больным страдания, от которых их может избавить только операция.

Нужно, однако, помнить, что витальные показания для оперативного лечения гонорройного процесса встречаются гораздо реже, чем при воспалительных процессах на почве септической инфекции, и что простые разрезы для опорожнения гнойников при гоноррее применяются весьма редко.

При гоноррее внутренних половых органов приходится производить преимущественно экстирпацию органов. Ввиду двусторонности процесса при гоноррее для получения стойкого результата часто необходимо прибегать к радикальным методам. Это заставляет чрезвычайно осторожно устанавливать показания к оперативному вмешательству, особенно имея в виду, что дело касается большей частью молодых женщин.

Не подлежит сомнению, что в недалеком прошлом показания к оперативному лечению при гоноррее ставились слишком широко, что повлекло много излишних и с современной точки зрения ненужных экстирпаций внутренних половых органов женщины. Не следует, конечно, впадать и в другую крайность и отказываться от оперативного вмешательства в тех случаях, когда больная, вследствие воспалительного процесса в придатках матки, не поддающегося никакому лечению в течение ряда лет, является полнейшим инвалидом. Если в подобном случае придатки матки представляют собой плотные запаянные мешки, а не опухоли, в основе которых лежит преимущественно гиперемия и отек, и если страдания больной нельзя устранить консервативными мероприятиями, то отказываться от операции нет никакого смысла. Реже показанием к оперативному вмешательству служат при наличии указанных изменений не субъективные жалобы больной, а объективные симптомы, как истощение на почве длительных нагноительных процессов и нарастающее малокровие.

Таким образом, показаниями к оперативному вмешательству при гоноррее служат: 1) безрезультатность систематического длительного (в течение нескольких лет) стационарного (в том числе и курортного) консервативного лечения гонорройного воспаления придатков матки, если анатомическим субстратом его являются плотные опухоли придатков или гнойные мешки (пиосальпинксы, тубоовариальные гнойные кисты и пр.); 2) потеря трудоспособности и полная инвалидность на почве воспалительного процесса внутренних половых органов, не поддающегося длительному и систематическому консервативному лечению; 3) длительное повышение температуры, зависящее от наличия гноя в пораженных воспалением внутренних половых органах, если оно тяжело отражается на общем состоянии больной и представляет для него угрозу; 4) истощение и нарастающее малокровие, наступающие в результате длительных нагноительных процессов; 5) припадки илеуса, возникающие на почве слипчивых процессов, обязанных своим происхождением гонорройному воспалению внутренних половых органов; 6) образование гнойников в области наружных половых органов (вестибулярных, парауретральных желез) в острой стадии болезни при рецидивирующих формах гнойного воспаления этих желез, а также при образовании в них кистозных полостей в результате хронического воспаления.

Гнойный экссудат в дугласовом кармане можно опорожнить при помощи разреза со стороны влагалищного свода, но гонорройный пиосальпинкс не следует опорожнять ни при помощи разреза, ни при помощи пункции.

Не вдаваясь в подробный разбор методики оперативного вмешательства в случаях гонорройного воспаления внутренних половых органов, вновь укажем лишь на то, что при неудовлетворительных результатах, получаемых при удалении только фаллопиевой трубы, приходится прибегать к более радикальным операциям, вплоть до экстирпации матки с придатками. К счастью, гонорройное воспаление придатков матки только в редких случаях дает показания к оперативному вмешательству. Пегам (Регам) в своем руководстве по оперативной гинекологии указывает, что в 80% излечение достигается консервативными методами лечения. Мы при лечении воспалительных процессов придатков матки с каждым годом все реже прибегаем к оперативному методу, и за последние 10 лет мы на материале нашей клиники имеем лишь единичные случаи оперативного метода лечения гонорройных аднекситов. Само собой разумеется, что случаи операции удаления воспаленных придатков, когда показанием к вмешательству служили другие патологические процессы, как, например, фибромиомы матки, кистомы яичников, раковые новообразования и пр., а воспаление было лишь сопутствующим основному заболеванию процессом, сюда не входят.

«Профилактический метод» и «абортное» лечение женской гонорреи

Если женщина приходит вскоре после полового сношения к врачу, выражая опасение, что она могла заразиться гонорреей, и просит «предотвратить» заражение, то Р. Франц советует в этих случаях, кроме исследования выделений на гонококки, тотчас впрыснуть в уретру 3% раствор азотнокислого серебра или 5% раствор протаргола и после этого ввести медикаментозную уретральную палочку (Choleval и пр.). В цервикальный канал Франц впрыскивает при помощи тонкого серебряного маточного катетера 5% раствор азотнокислого серебра или 10% раствор протаргола. Кроме того, он вводит в цервикальный канал медикаментозную антисептическую палочку, а для того, чтобы она не выпала, влагалище тампонирует марлей, смоченной 2% раствором протаргола. Вместо уретральной палочки можно ввести в уретру мазь Нейссера (Rp. Protargoli 0,5; Aq. destill. 2,0; Alypini nitrici 0,15, Eucerini anhydrici, Adepis lanae anhydrici aa 3,0; Mf. ungt. DS. Перед употреблением согреть). Для того чтобы дезинфицирующее средство дольше действовало на слизистую оболочку матки, Франц вводит в цервикальный канал полоску марли или ваты, пропитанную 10% иод-вазогеном, и оставляет ее в нем на несколько минут или даже часов.

При этом, как он сам отмечает, часто появляются резкие боли (маточные колики), против которых приходится применять болеутоляющие средства.

Не возражая принципиально против того, чтобы после подозрительного полового акта были как можно скорее приняты меры к дезинфекции слизистых оболочек мочеполового канала, мы тем не менее не считаем целесообразным при одном только ничем не подтвержденном подозрении и при отсутствии каких-либо бактериоскопических данных производить такие далеко не безразличные манипуляции; как внутрисшеечные смазывания и другие методы внутрисшеечного лечения.

Лучше в этих случаях дезинфицировать область уретры, влагалища и входа в него, что почти не дает осложнений. Возможность инфицирования множества каналов большего, меньшего и мельчайшего калибра, имеющих в наружных половых органах женщины, делает применение профилактического метода малообещающим в смысле уничтожения всех возможных локализаций процесса. Тем не менее возможно быстро купировать инфекцию хотя бы лишь в некоторых отделах, что может облегчить последующую борьбу с воспалением, если оно все же разовьется. С этой точки зрения мы считаем целесообразным ограничить «профилактический метод» обильными промываниями влагалища теплыми дезинфицирующими растворами, промыванием уретры по Жанэ и теплыми сидячими ваннами с раствором марганцовокислого калия. Сидячие ванны можно заменить орошениями с помощью специальных аппаратов (аппарат Букура и Иоахимовича; рис. 52), которые включают вульву в сферу действия орошающей струи раствора.

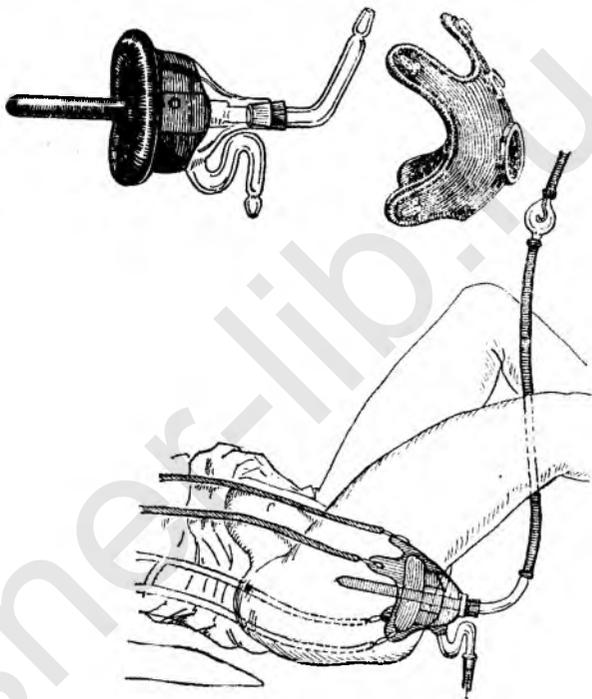


Рис. 52. Аппарат Букура для орошения вульвы и влагалища.

Если же микроскопическое исследование обнаруживает наличие гонококков, в то время как макроскопически ясно выраженных воспалительных явлений еще нет, то может стать вопрос о применении так называемого «абортного лечения» гонорреи. По Францу, этот метод заключается в том, что в течение 5 дней подряд проводятся те же мероприятия, которые входят в «профилактический метод». Кроме того, большая несколько раз в день спринцуются горячим раствором марганцовокислого калия, а на ночь вводит во влагалище шарик с азотнокислым серебром.

Многие, как и мы, не придают методу «абортного лечения» женской гонорреи особого значения. С нашей точки зрения внутрисшеечные манипуляции могут в этих случаях способствовать проникновению инфекции в вышележащие отрезки полового канала и потому не должны применяться.

ГОНОРРЕЯ ДЕВОЧЕК

Диагностика. Гонорройный процесс у девочек имеет свои особенности как в отношении локализации, так и в отношении течения и исхода. Кроме

вульвовагинита, представляющего собой типичную локализацию процесса у девочек, гонорройная инфекция поражает у них часто еще уретру и прямую кишку. Вопрос о частоте гонорройного поражения шейки матки у девочек является спорным. По Р. Шредеру, эндоцервициты у девочек наблюдаются в виде исключения. Переход гонорреи нижнего отдела в восходящую форму встречается редко. При вульвовагините у девочек иногда наблюдается офтальмобленноррея и изредка артриты.

Болезнь обычно протекает вяло и принимает хроническую форму. Гоноррея девочек часто протекает упорнее и труднее поддается лечению, чем гоноррея взрослых женщин. Иногда имевшая место в детстве гоноррея вновь проявляется в периоде созревания.

Гоноррея у девочек диагностируется теми же методами, что и у взрослых женщин. Для бактериоскопического исследования необходимо брать мазки из уретры, влагалища и прямой кишки. Отдельные приемы, при помощи которых берут мазки у девочек, требуют некоторых видоизменений: так, например, при исследовании выделений из уретры нельзя по понятным причинам выдавливать их пальцем, введенным во влагалище. У девочек можно выдавливание производить либо с помощью тонкого бужа (расширителя Гегара), как это рекомендует Жанэ, или с помощью мизинца или расширителя, введенного в прямую кишку (Бакшт и Петченко). Для исследования выделений из вагины Хаскин предложил метод, аналогичный методу диагностики ректальной гонорреи по Глингару: длинной пипеткой или стеклянным катетером с надетым на него резиновым баллоном влагалище промывают небольшим количеством (5 см³) физиологического раствора; вытекающая жидкость собирается в плотно приставленное к промежности часовое стекло, из которого затем вылавливают хлопья и комочки гноя. Последние переносят на предметное стекло и соответственным образом окрашивают для микроскопического исследования.

Лечение. Для полного выздоровления необходимо длительное, систематическое и упорное лечение. Одного местного лечения недостаточно; общеукрепляющее лечение имеет не меньшее значение, чем местное, и выздоровление наступает, повидимому, не под влиянием только местно применяемых средств, а в результате уничтожения гонококков силами самого организма. Доказательством излеченности следует считать отсутствие клинических симптомов и повторные отрицательные в течение нескольких месяцев бактериоскопические и бактериологические анализы. Трактовка полученных при бактериоскопическом исследовании данных, равно как и диагностика у девочек гонорройного процесса могут стать затруднительными, когда в обильном гнойном отделяемом из влагалища вовсе не находят микроорганизмов или находят в скудном гнойном или гнойно-слизистом отделяемом атипичные по форме диплококки. В этих случаях бактериоскопическое исследование следует произвести повторно или прибегнуть к посеву. Нужно иметь в виду, что гнойные выделения из половых органов у девочек нередко являются результатом негонорройной инфекции и возникают на почве диатезов, анемии, скрофулеза, глист, перенесенных общих инфекций, как корь, скарлатина, дифтерия. Мастурбация и нечистоплотное содержание половых органов могут также вызвать появление гнойных выделений. Но тем не менее во всех случаях появления у девочки гнойных выделений необходимы настойчивые поиски гонококков. При отсутствии глист эозинофилия говорит за скрытый гонорройный процесс.

Лечение в остром периоде, когда имеется покраснение, отек и значительная болезненность вульвы, слизисто-гнойные выделения из влагалища, вызывающие нередко интертригинозно-экзематозные изменения на коже, зуд и болезненность при мочеиспускании, должно быть чисто симптоматическим. Здесь прежде всего необходим строгий постельный режим; воспаленный покров вульвы орошают несколько раз в день настоем ромашки, раствором марганцовокислого калия, кладут компрессы, смоченные слегка вяжущими растворами, или применяют два раза в день тепловатые сидячие ванночки с раствором

марганцовокислого калия, настоя ромашки или с отрубями (мешок с $\frac{1}{2}$ —1 кг пшеничных отрубей кладут в ванночку и время от времени его выжимают) и пр. Обсушив осторожно наружные половые органы, их слегка припудривают тальком или дерматолом (см. лечение вульвита взрослых). Роше (Roche) считает, что постельный режим должен продолжаться до тех пор, пока имеются гнойные выделения, а еще лучше—до исчезновения гонококков. Практически это вряд ли выполнимо, так как гнойные выделения могут тянуться в течение многих месяцев. Свежий воздух, свет, легкая и в то же время питательная диета, обильное питье, забота о нормальной функции кишечника являются весьма важными факторами лечения. Внутрь медикаменты почти не применяют; некоторые авторы видели хорошие результаты от применения салола.

При остром воспалении влагалища местное лечение слизистой влагалища противопоказано. В хронической стадии приступают к местному лечению вагинита. По этому вопросу существует расхождение между некоторыми педиатрами и венерологами: в то время как многие педиатры (Гюбнер, Черни—Czerny, Лангштейн—Langtsein и др.) относятся отрицательно к местному лечению или к некоторым его видам,—венерологи настаивают на нем. Местному лечению подвергаются вульва, влагалище и уретра. Некоторые советуют лечить одновременно и прямую кишку, так как гонорройное заболевание прямой кишки часто не дает симптомов и легко просматривается родителями и врачами. При отсутствии симптомов гонорройного поражения прямой кишки лечение можно считать излишним, но систематическое исследование прямой кишки и профилактические мероприятия против ее заболевания, несомненно, имеют значение. Из всех методов местного лечения наилучшим является тот, который меньше всего внушает ребенку страх и меньше его травмирует, поэтому большое значение имеет техника лечения (Роше).

Промывания влагалища лучше всего делать при помощи мягкого резинового нелатоновского катетера. Применяют 0,1—1% растворы марганцовокислого калия, 0,25—1% растворы азотнокислого серебра и др. в более слабой концентрации, чем растворы, применяемые для взрослых. Промывания производят под низким давлением (эсмарховскому кружку держат или подвешивают на высоте $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ м) по несколько раз в день. Для усиления антисептического действия вводят во влагалище через нелатоновский катетер при помощи шприца 10—15 см³ 0,1—1% раствора азотнокислого серебра, 0,25—5% раствора протаргола, 5—10% ихтиола и пр. Для того чтобы удалить из влагалища оставшуюся жидкость после промывания, надо перед введением растворов посадить ребенка на $\frac{1}{2}$ —1 час.

Для лечения вагинитов вводят во влагалище антисептические порошки (например, 3% протаргол, белую глину) и медикаментозные палочки (для этого можно употреблять палочки, применяемые для лечения уретритов у взрослых). Всевозможные физиотерапевтические мероприятия как таковые или в комбинации с местным лечением: вакцинотерапия, введение лекарственных веществ в кровь и многое другое, были испробованы с переменным успехом. Огромное количество предложенных средств и методов для лечения вульвовагинитов девочек говорит о том, что действительно надежного метода лечения еще нет.

Лечение гонорройного процесса при других локализациях производится у девочек аналогично лечению этих же заболеваний у взрослых женщин.

Профилактика заключается в санпросветительной работе с женщинами, больными гонорреей, которые могут передать ее соприкасающимся с ними детям. Особенно велико значение профилактики в детских учреждениях. При гонорройном заболевании девочка должна носить закрытые панталончики, которых она не может самостоятельно ни расстегнуть, ни снять: это предохранит от переноса инфекции с половых органов на глаза или на окружающих.

Для ознакомления с вопросами профилактики и борьбы с гонорреей в детских учреждениях мы отсылаем читателя к специальной литературе (Дулицкий).

ТУБЕРКУЛЕЗ· ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Диагностика. Приступая к разбору методов лечения туберкулеза женских половых органов, необходимо исходить из того основного положения, что это заболевание является, как правило, вторичной локализацией туберкулезного процесса, причем первичную локализацию нужно искать где-либо в другом месте организма. Чаще всего туберкулезный процесс локализуется в фаллопиевых трубах и отсюда уже гораздо реже распространяется на матку, влагалищную часть и влагалище. В значительном проценте случаев туберкулез внутренних женских половых органов комбинируется с туберкулезом брюшины. Отсюда следует, что наибольшее значение имеет вопрос о лечении туберкулеза придатков и брюшины. К сожалению, диагностировать его нелегко. Известно, что приблизительно в 10% всех случаев, диагностируемых как воспаление придатков, имеется туберкулез последних, который в большинстве случаев, однако, не диагностируется; туберкулез заподозривается лишь тогда, когда обычное противовоспалительное лечение не дает никаких результатов: болезнь прогрессирует, опухоли не уменьшаются, силы больной падают, температура продолжает оставаться повышенной. Для своевременной рациональной терапии необходимо заострить внимание на диагностике туберкулезного аднексита.

Пальпаторно определить характер опухоли большей частью невозможно, так как туберкулезные опухоли придатков по своей форме, консистенции, расположению и пр. ничем не отличаются от воспалительных опухолей при септических инфекциях или гонорее. Некоторая патогномичность придается наличию в заднем дугласовом кармане мелких четкообразных, иногда болезненных узелков, расположенных главным образом вдоль маточно-крестцовых связок и прощупываемых со стороны заднего влагалищного свода и прямой кишки. Но этот признак часто отсутствует при туберкулезном поражении половых органов и встречается при периметрите нетуберкулезного происхождения, при папиллярных кистах яичника, при раковых метастазах и пр.

Отличительным признаком считается наличие особенно плотных и обширных сращений при незначительной чувствительности пораженных органов; но и этот симптом не постояен. Весьма подозрительны на туберкулез случаи, когда признаки хронического воспаления придатков встречаются у девственниц и особенно у девочек.

Анамнестические данные относительно характера выделений, менструаций, болей не имеют ничего характерного для туберкулезного процесса.

Большое значение в диагностике туберкулеза придается длительному наблюдению, позволяющему установить затяжной характер заболевания (см. выше). Некоторым, тоже довольно слабым подспорьем для диагностики туберкулеза могут служить признаки инфантилизма, астении, наличия туберкулезной инфекции в организме.

Исследование морфологического состава крови, часто обнаруживающее при туберкулезе повышенный лимфоцитоз, применение специфических биологических реакций большей частью мало способствуют выяснению диагноза, так как положительный результат может говорить только за наличие туберкулезного процесса где-либо в организме. Очаговая же реакция при применении туберку-

лина, согласно большинству авторов (Фейт—Veit, Штеккель, Шлимперт—Schlimpert, Крениг, Хене, Панков и др.), в противоположность мнению Бирнбаума (Birnbäum), оказалась совершенно ненадежной.

Фрейнд предложил в сомнительных случаях впрыскивать туберкулин по Пирке во влагалищную часть матки и, согласно данным Вейбеля, получил в нескольких случаях правильный, т. е. положительный, результат.

Согласно наблюдениям Лившиной (клиника Мандельштама), Ягунова (Центральный научно-исследовательский акушерско-гинекологический институт в Ленинграде), отсутствие специфической кожной реакции при вакцинации по Бурлакову четыремя наиболее употребительными вакцинами позволяет почти с уверенностью исключить другую наиболее частую этиологию воспалительных процессов в придатках матки и дает, таким образом, возможность диагностировать туберкулезный характер воспаления.

Остается еще упомянуть о бактериологическом исследовании генитального секрета и о микроскопическом исследовании пробного соскоба слизистой матки, которая по Кренигу в 50%, а по Проховнику в 30% всех случаев туберкулеза придатков бывает также поражена этим процессом. Таким образом, последний метод может иметь диагностическое значение не более чем в половине случаев. В то же время пробное выскабливание чревато серьезными последствиями. Опасность этого метода заключается в том, что операция может дать толчок к распространению туберкулезного процесса за пределы первоначальной локализации. Не надо забывать, что выскабливание может повести к значительным осложнениям в том случае, если опухоли придатков, подозрительные на туберкулез, вызваны септической или гонорройной инфекцией. В этих случаях положительная сторона пробного выскабливания не окупается теми опасностями, с которыми связан этот метод исследования (Вейбель—Weibel).

Во-время правильно диагностировать туберкулез придатков нам нередко помогала подмеченная нами во многих из этих случаев равномерная напряженность брюшной стенки (*défense*), обнаруживающаяся при ощупывании живота и при двуручном гинекологическом исследовании. Эта напряженность отличается ровным, диффузным характером, не сопровождается болезненностью при пальпации и не ограничивается только нижним отделом живота, как это бывает при пельвеоперитоните на почве гонорройной или септической инфекции.

Défense при туберкулезе придатков иногда выражена настолько слабо, что может быть обозначена как «*subdéfense*». «*Subdéfense*» в этих случаях может, как и весь гинекологический статус, в течение ряда месяцев оставаться без изменений, несмотря на улучшение общего состояния больной и исчезновение жалоб. Наличие этого симптома можно объяснить одновременным туберкулезом брюшины.

Конечно, наличие только одного этого симптома еще не дает права диагностировать туберкулез придатков матки. Но если в неясном случае мы находим заболевание придатков и одновременно с этим безболезненную, ровную диффузную и постоянную напряженность брюшной стенки, то очень вероятно, что процесс имеет туберкулезный характер. Диагноз становится еще более вероятным, если для другой этиологии нет положительных данных, а у больной имеются еще и другие очаги туберкулеза. Отсутствие *défense*, конечно, не служит доказательством того, что процесс не имеет туберкулезного характера, так как туберкулез придатков может и не сочетаться с туберкулезом брюшины, и тогда *défense* отсутствует.

Лечение. Если туберкулез придатков распознан, то для лечения его методом выбора является рентгено-светолечение. Особенно хорошие результаты дает применение небольших доз рентгеновских лучей. Под их влиянием асцит исчезает, опухоли придатков начинают уменьшаться. Зиппель (Sippel) отмечает благоприятный результат в 76%; Гаусс (Gauss) на 40 случаев, прослеженных на протяжении 6 лет 7 месяцев, получил излечение в 45%. Отрицательная сторона рентгенотерапии—последующая аменоррея—в этих случаях не имеет особого

значения, так как очень часто эти больные страдали ею еще до начала лечения. Кроме того, аменоррея имеет для туберкулезных больных и некоторое положительное значение, так как устраняет ежемесячные потери крови, ослабляющие их и без того истощенный организм. Точно так же не опасна для них рентгенотерапия и тем, что она может явиться причиной бесплодия: туберкулез фаллопиевых труб делает этих больных и без того бесплодными. Впрочем, аменоррея по выздоровлении этих больных во многих случаях исчезает и они начинают вновь правильно менструировать. Что касается детородной функции, то даже и после самопроизвольного излечения туберкулезного эндометрита и сальпингита бесплодие, вследствие облитерации труб, часто остается стойким (Вейбель).

Рентгенотерапия обычно проводится небольшими дозами. Лишь в особо тяжелых случаях, где нежелательна даже небольшая менструальная кровопотеря, можно однократно применить большую дозу с тем, чтобы быстрее наступила аменоррея.

Гаусс получил приведенные выше результаты при следующей технике: освещение нижней половины живота—размер поля 24×20 см, фокусное расстояние 50 см, фильтр 1 мм меди и 1 мм алюминия; доза растягивается на 6 недель—за все время дается 400 г (приблизительно 60% НED), освещение проводится в течение 5 сеансов следующим образом:

	Доза (в г)
1-й сеанс	120
2-й »	100
3-й »	80
4-й »	60
5-й »	40

В случае необходимости указанная серия сеансов через полгода повторяется. При такой методике освещения Гаусс в отношении менструаций получил следующие данные:

	Число больных	%
Менструации сохранились	16	82,5
Временная аменоррея	1	4,2
Длительная аменоррея	8	33,6

При небольшом лишь подозрении на туберкулезный характер андексита лучше сначала применить светолечение при помощи ртутно-кварцевой лампы (искусственное горное солнце) или, если условия это позволяют, солнечные ванны. Фототерапия, уступая в отношении результатов рентгенотерапии, все же оказывает на туберкулезный процесс весьма благоприятное действие.

Лечение светом. Гелиотерапия. Гелиотерапия проводится либо путем последовательного включения отдельных участков-туловища больной по Ролье (Rohier): сперва освещают стопы, затем присоединяют голени, бедра, таз, живот, грудную клетку, шею, либо сразу начинают с освещения нижней половины живота, области поясницы, крестца. При последней методике остальное туловище больной укрывают белой простыней; голову от солнечных лучей защищают щитками с натянутой на них парусиной, поставленными (укрепленными) у изголовья больно́й, соломенными шляпами с широкими полями, зонтиками из парусины и пр.

Для защиты глаз применяются очки-консервы из дымчатого стекла. У некоторых больных приходится прибегать к холодному компрессу на голову или на область сердца (А. К. Шенк).

Лечение солнцем проводится на пляже или в специально для этой цели приспособленных помещениях—соляриях. Солнцелечению предшествуют тщательное всестороннее обследование больных. Во избежание перегрева больных, а также для использования максимальной прозрачности (чистоты) воздуха воз-

душно-солнечные ванны отпускают больным в утренние часы. Так, например, летом на юге воздушно-солнечные ванны проводятся от 7 до 10 часов утра, а в средней полосе нашего Союза от 8 до 11 часов утра. Эти ванны больные принимают через $\frac{1}{2}$ —1 час после легкого завтрака. Лечение солнцем начинают с того, что предварительно готовят и приучают больных к общим воздушным ваннам. Аэротерапия назначается больным при температуре воздуха не ниже 20° и при слабом ветре. Воздушные ванны принимают 1—2 раза в день, начиная с 5—10—15 минут и доходят постепенно до 1 и даже 2—3 часов; следует избегать появления у больных при аэротерапии озноба. При аэро-гелиотерапии назначается не более одной воздушно-солнечной ванны в день; продолжительность отдельной процедуры не должна превышать 1 часа. В настоящее время разработан более совершенный метод отпуска солнечных процедур, учитываемых не по их продолжительности, а по калоражу, причем обращают внимание на общий клинический статус и конституцию больных, формы и стадии заболевания, индивидуальные особенности данного лица, характер местности, окружающей обстановки и пр. Количество солнечной энергии при этом определяется в грамм-калориях (малых калориях) в 1 минуту на 1 см² поверхности, освещенной солнцем. Дозировка воздушно-солнечных ванн по калориям производится при помощи особых таблиц¹. После воздушно-солнечной ванны больным предписывается отдых в тени в течение 10—15 минут с последующим прохладным обтиранием, душем, ванной, купанием в море, реке. Температура и продолжительность гидропроцедур устанавливаются для каждой больной в отдельности, причем температура колеблется в пределах от 36 до 30°. Продолжительность 5—7 минут. Далее следует снова отдых в тени в течение 1—2 часов. Общее число ванн варьирует в зависимости от особенностей случая.

При назначении аэро-гелиотерапии непременно учитываются общие противопоказания к гелиотерапии: общая слабость, истощение, активный туберкулез легких, декомпенсированные пороки сердца, вегетативные неврозы, болезни центральной нервной системы, диабет, плохая переносимость солнца и др.

Л е ч е н и е р т у т н о - к в а р ц е в о й л а м п о й. Если нельзя использовать аэро-гелиотерапию в естественных условиях или необходимо в отдельных случаях усилить действие ультрафиолетового излучения солнца, для лечения генитального туберкулеза применяется как местное, так и общее облучение ртутно-кварцевой лампой.

К лечению туберкулеза женских половых органов ртутно-кварцевой лампой авторы в настоящее время относятся различно. По мнению Лакера и Фрейнда, генитальный туберкулез не поддается терапевтическому воздействию ультрафиолетовых лучей ртутно-кварцевой лампы; другие авторы придают этому методу лишь подсобное значение. Однако и литературные данные (Гейнеман—Neupemann, Яшке—Jaschke, Карвиль—Carvil, Вермель, Варшавер, Ягунов, Гассуль и мн. др.) и наши, правда, немногочисленные, собственные клинические наблюдения позволяют рассматривать ультрафиолетовое излучение как один из мощных факторов консервативной терапии туберкулезного перитонита и туберкулеза женских половых органов. Так же, как и солнцелечение, ртутно-кварцевая лампа может быть использована для общего и местного облучения. Общее облучение особенно показано при выпотной форме туберкулезного перитонита. Так как при генитальном туберкулезе почти всегда поражена в большей или меньшей степени брюшина, то эффект облучения ртутно-кварцевой лампой следует отнести за счет уменьшения перитонеальных явлений и изменений со стороны внутренних половых органов.

Т е х н и к а о б л у ч е н и я. Облучению ртутно-кварцевой лампой предшествует определение биодозы, устанавливаемой посредством биодозиметра. Биодозиметр представляет собой металлическую пластинку с 5—6 прорезями (кружками), которые закрываются металлической задвижкой. Пластинка эта

¹ «Основы курортологии», т. II, гл. IX, стр. 216—227, 1934.

с закрытыми прорезями накладывается на кожу живота и спины, а остальное туловище закрывается. При общем облучении горелка ртутно-кварцевой лампы устанавливается на расстоянии 70—50 см от больной. Открывая последовательно через минуту каждую прорезь или кружок пластинки, мы через 5—6 минут облучим кожу во всех прорезях. При этом участок кожи, соответствующий первой прорези, окажется облученным 5—6 минут (в зависимости от числа прорезей или кружков), последний же только в течение 1 минуты. То же относится к задней поверхности туловища больной. Через 24 часа больную осматривают. Определяют тот участок кожи, на котором получилась умеренная эритема. Соответственно времени получения последней при данном расстоянии больной от горелки и начинается облучение. В последующие дни, в зависимости от характера кожной реакции, наличия ее или отсутствия, а также степени общей реакции больной на облучение, продолжительность сеанса или остается без изменения, или постепенно повышается, причем сохраняется установленное расстояние больной от лампы. Во все время лечения пользуются одной и той же горелкой, так как интенсивность ультрафиолетового излучения разных горелок различна. В дальнейшем возможно, не изменяя продолжительности сеанса, постепенно уменьшать расстояние горелки от больной, получая при этом необходимую реакцию.

Мы приводим ниже схему облучения по Ягунову (Центральный научно-исследовательский акушерско-гинекологический институт, Ленинград), по которой повышение дозы на протяжении первых 12 сеансов идет за счет увеличения продолжительности каждого облучения на 2—3 минуты при максимальной продолжительности сеанса в 15 минут. В дальнейшем повышение дозы происходит за счет уменьшения расстояния горелки от больной, каждый раз на 5 см, но не ближе 30 см от поверхности облучаемого участка. Биологический эффект в первом и во втором случаях, по видимому, неодинаков, так как при уменьшении расстояния воздействие ультрафиолетовых лучей ртутно-кварцевой лампы сильнее, чем при увеличении продолжительности облучения.

Схема ультрафиолетового облучения по Ягунову

Сеансы	Время в минутах	Расстояние горелки от облучаемого участка в см
1—2-й	2—3	100
3—4-й	5	100
5—6-й	7	100
7—8-й	10	100
9—10-й	13	100
11—12-й	15	100
13—14-й	15	95
15—16-й	15	90
17—18-й	15	85
19—20-й	15	80
20—40-й	15	75

и т. д.

Освещают попеременно живот и спину. Общее количество сеансов при такой методике лечения равно 30—40. Потом следует отдых в течение 1—2 месяцев, а затем повторное лечение.

Длительное лечение (свыше 1½—2 месяцев) ртутно-кварцевой лампой при генитальном туберкулезе мы считаем нежелательным и после этого срока делаем значительный перерыв, а затем снова повторяем курс.

При туберкулезе шейки матки или влагалища лечение ртутно-кварцевой лампой проводится при помощи специальных вагинолокализаторов, присоединяемых к рефлектору лампы. При отсутствии вагинолокализаторов пользуются

либо влагалищным зеркалом Куско, либо трубчатым, эбонитовым, деревянным или стеклянным зеркалами Фергюссона, в просвет которых вставляется пораженная туберкулезом влагалищная часть матки, на которую и направляется излучение горелки. Так как толерантность слизистой влагалища к ультрафиолетовым лучам выше, чем кожи, то интенсивность облучения может быть при этом соответственно увеличена.

За последнее время на Южном берегу Крыма (в Ялте) проводится влагалищное солнцелечение (Гурьян), при котором на обнаженную зеркалом шейку матки больной, лежащей с несколько приподнятым тазом, направляются лучи солнца («зайчик»).

В отдельных случаях лечение ртутно-кварцевой лампой комбинируют с тепловыми процедурами и ионогальванизацией кальцием.

Применение ртутно-кварцевой лампы дает положительные результаты при бугорковом перитоните, особенно при выпотной его форме; эффект менее значителен при продуктивном туберкулезе брюшины. Выпот быстро убывает, и боли затихают уже после первых сеансов. При продуктивном туберкулезе выпот всасывается также довольно быстро, опухоли же уменьшаются лишь постепенно (Коватч—Kovacs, Сеймс—Seims, Мейер—Meyer и др.).

Мы могли лично убедиться в том, что при экссудативных и смешанных формах генитального туберкулеза с одновременным образованием экссудата и воспалительных опухолей значительных размеров опухоли довольно быстро уменьшались. Неконтурировавшиеся отдельно до лечения матка и придатки начинали ясно определяться при двуручном исследовании; подвижность их восстанавливалась; оставались лишь незначительные сращения. При опухолевидных формах туберкулезного перитонита показано комбинированное лечение: местное рентгенооблучение и общее облучение ртутно-кварцевой лампой. Следует иметь в виду, что при генитальном туберкулезе мы имеем локальное проявление общего туберкулезного заболевания, вследствие чего при лечении светом надо обращать особое внимание на общее состояние больной.

Так же, как и при аэро-гелиотерапии, больные при лечении облучением ртутно-кварцевой лампой нуждаются в особом режиме и одновременном общеукрепляющем лечении (железо, мышьяк, стрихнин, хлористый кальций). Следует помнить, что наряду с значительной эффективностью от лечения генитального туберкулеза ртутно-кварцевой лампой, при неправильной дозировке, а также при отсутствии должного клинично-лабораторного наблюдения за такого рода больными в отдельных случаях может иметь место длительное ухудшение заболевания (появление лихорадки, увеличение опухолей, усиление болей, ухудшение общего состояния). Это в свою очередь обязывает лечащего врача постоянно учитывать местную и общую реакцию больной с генитальным туберкулезом на облучение ртутно-кварцевой лампой.

Общеукрепляющее лечение. Само собой разумеется, что одновременно с туберкулезом половых органов необходимо лечить туберкулез и других органов, а кроме того, при помощи соответствующих диетических и гигиенических мероприятий поднимать силы организма.

Пребывание на климатическом курорте оказывает прекрасное действие на туберкулезный процесс гениталий. Вряд ли здесь сказывается непосредственное влияние солнечных лучей на туберкулезный очаг в брюшной полости; нужно думать, что здесь влияет вся сумма курортных факторов, способствующих укреплению всего организма.

Хирургическое лечение. В последнее время хирургическое лечение туберкулеза придатков ввиду хороших результатов, получаемых при применении рентгено-светолечения, отодвинулось на второй план, но все же изредка приходится прибегать к нему. Сюда относятся прежде всего случаи, где, как уже упоминалось, желательна с диагностической целью произвести пробную лапаротомию. Удаление при этом асцитической жидкости является благоприятным моментом для последующей рентгенотерапии. Лапаротомия применяется и как самостоя-

тельный лечебный метод при экссудативной форме туберкулезного процесса, локализованного одновременно на брюшине и на внутренних половых органах (операцию эту можно произвести под местной анестезией). Первоначально результат ее очень хорош, но в дальнейшем асцит часто возвращается, хотя в отдельных случаях наблюдается и длительное излечение. Встречаются, однако, случаи, когда ни лапаротомия, ни последующая рентгенотерапия и прочие консервативные мероприятия не дают результата, и асцит вновь достигает значительных размеров. В этих случаях приходится иногда прибегать к удалению туберкулезных опухолей придатков, иногда даже вместе с маткой. Такую операцию следует производить лишь тогда, когда нет сращений с кишками, иначе их легко можно повредить. Сухая слипчивая форма туберкулеза не подлежит операции, так как она опасна в смысле повреждений кишечных петель и не дает тех благоприятных результатов, которые наблюдаются при экссудативной форме.

Медикаментозное лечение. Если нельзя применить фото- и рентгенолечение или хирургическое лечение, можно испытать медикаментозное лечение. Против асцита с целью увеличения диуреза назначают диуретин (3,0 в сутки), мочевины (Rp. Ureae rigae 10,0; Aq. parvae, Cognac āā 75,0. M. D. S. Через 2—3 часа по столовой ложке). Наилучшим из наружных медикаментозных способов является, по Кару, втирание зеленого мыла. Одну столовую ложку *Sapo kalinus* смешивают с водой до кашицеобразной консистенции и вечером перед сном наносят на кожу живота. Через полчаса его смывают. Если на коже живота появляется раздражение, то временно мылом натирают кожу спины. Кроме того, внутрь дают рыбий жир. Иод, мышьяк, железо также находят себе применение в этих случаях.

При редкой локализации туберкулезного процесса на влагалищной части матки применяют с хорошим результатом освещение ртутно-кварцевой лампой, а также лампой «Ультразонне» Ландекера. При помощи специального влагалищного зеркала Винтца направляют ультрафиолетовые лучи от кварцевой лампы на пораженную шейку, которую облучают в течение 10—15 минут. Ван ден Вельде применяет для этой цели влагалищную лампу Кромайера.

При туберкулезном поражении вульвы, лечением которого обычно занимаются дерматологи, хорошие результаты дает фототерапия (кварц, финзен) и рентгенотерапия.

II. АНОМАЛИИ МЕНСТРУАЦИИ

АМЕНОРРЕЯ, ГИПОМЕНОРРЕЯ И ОЛИГОМЕНОРРЕЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ

Под аменорреей следует понимать такое состояние, когда не только нет наружных менструальных выделений (кровотечения), но кровь вовсе не выделяется слизистой оболочкой матки. В тех случаях, когда нет кровянистых выделений (менструаций) вследствие атрезии какого-либо участка полового тракта (шейки, влагалища, *hymen*), мы имеем не истинную аменоррею, а как предлагает ее называть Лелорие (*Le Lorier*)—криптоменоррею, или ложную аменоррею. В этих случаях менструация фактически имеет место, но кровь задерживается выше атрезированного участка (*haematocolpos*, *haematometra*, *haematosalpinx*).

От патологической аменорреи следует отличать аменоррею физиологическую, не нуждающуюся в терапии. Физиологическая аменоррея женщины в чадородном возрасте, как правило, наблюдается во время беременности и в большинстве случаев—во время лактации. Таким образом, прежде чем лечить аменоррею, следует выяснить, не зависит ли она от беременности или от лактации, причем следует иметь в виду, что беременность сравнительно нередко наблюдается и во время лактационного периода.

Патологическая аменоррея может наблюдаться у женщины (или у девушки), еще ни разу не менструировавшей. Такая аменоррея называется *первичной*. В некоторых случаях первичная аменоррея наблюдается у инфантильных, недоразвитых женщин, иногда же аменорреей страдают на вид совершенно здоровые женщины, у которых прекрасно развиты вторичные половые признаки. Если аменоррея наблюдается у женщины, которая до того так или иначе менструировала, то мы говорим об *аменоррее вторичной*.

Гипоменорреей принято обозначать расстройство менструаций, заключающееся в том, что при нормальной цикличности регул количество выделяемой крови скудно. Нарушение цикличности, выражающееся в том, что менструации приходят слишком редко, обычно обозначается как *олигоменоррея*.

В этиологическом отношении случаи аменорреи можно классифицировать следующим образом.

I. Аменоррея, зависящая от неполноценности полового аппарата

А. Группа аменоррей, зависящих от аплазии или недоразвития полового аппарата (яичников, матки или всего полового тракта)

В зависимости от обстоятельств в этих случаях либо наблюдается абсолютная окончательная аменоррея, либо есть основание предполагать возможность наступления менструаций.

а) В некоторых случаях речь идет о молодых девушках или женщинах, которые никогда еще не менструировали, причем у них можно констатировать и ряд других ненормальностей, например, отсутствие вторичных половых признаков. Из опроса выясняется, что больные не только никогда не

менструировали, но и не испытывали ощущений, сопровождающих менструацию (*molimina menstrualia*). Если исследование обнаруживает порок развития половых органов (например, отсутствие матки, влагалища и т. п.), то диагноз и прогноз ясны и мало утешительны. В других случаях трудно диагностировать объективные изменения в половом аппарате, так как путем исследования не всегда удастся обнаружить какие-либо аномалии со стороны половых органов.

В некоторых случаях удается установить множественную патологию эндокринных желез, как, например, расстройство функции щитовидной железы, надпочечников или гипофиза. Наружные и внутренние половые органы в таких случаях могут быть настолько недоразвиты, что нельзя питать надежды на восстановление менструальной функции.

б) Наряду с этим мы иногда наблюдаем молодых девушек и женщин, которые никогда еще не менструировали, но у которых вторичные половые признаки выражены вполне отчетливо. Объективное исследование в этих случаях может дать различные результаты: наряду с совершенно нормальным влагалищем можно обнаружить рудиментарную или инфантильную матку или при рудиментарном влагалище и матке—нормальные по величине яичники.

с) Наряду с аменореей, зависящей от врожденного отсутствия яичников или резкой аномалии развития матки, наблюдается более многочисленная группа аменорей, зависящих от большего или меньшего недоразвития половых органов. При исследовании мы находим малую, инфантильную матку (коническая шейка, гиперантефлексия, иногда гиперантефлексия в комбинации с ретропозицией). Недоразвитие не ограничивается только маткой—недоразвиты и влагалище, и наружные половые органы. Таз также инфантилен, волосяной покров в области наружных половых органов скуден.

Зиппель различает три степени недоразвития. В наиболее тяжелых случаях в яичнике совершенно нет признаков созревания фолликулов (имеются лишь в небольшом количестве примордиальные фолликулы); матка не больше 3—4 см, слизистая матки представляет картину покоя. Следующая степень недоразвития (по Зиппелю) заключается в том, что в яичнике можно обнаружить некоторое количество атрезированных фолликулов; в слизистой оболочке матки можно, наряду с участками нормального эндометрия, обнаружить участки, в которых слизистая атрофирована. При наиболее легкой степени недоразвития в яичниках наблюдаются явления мелкокистозного перерождения, можно обнаружить несколько фолликулов и остатки желтых тел (что свидетельствует об имевшей место овуляции); слизистая оболочка матки почти нормальна, но в ней не содержится гликогена; величина матки равна 5—5,5 см. Причины недоразвития весьма разнообразны; несомненно установлена роль туберкулеза и наследственного сифилиса. Болезни, перенесенные в детстве, также могут играть определенную роль (например, перенесенные в детстве скарлатина, дифтерия, интоксикации).

В общем аменорея на почве аплазии и аменорея на почве недоразвития половых органов принципиально мало между собой различаются, кроме разве того, что в первом случае аменорея безнадежна, а во втором случае клиническое течение аменорей и прогноз допускают разнообразные колебания (вариации). Не следует думать, что при недоразвитии полового аппарата всегда наблюдается полная аменорея—нередко имеются явления гипо- или олигоменоррей; иногда больные регулярно испытывают типичные, свойственные менструации ощущения, сопровождающиеся, однако, ничтожным отделением крови.

Прогноз в случаях аменорей, особенно при недалеко зашедшем недоразвитии (по Зиппелю), никогда не может быть определенным. Известно, что недоразвитая матка при длине в 5—5,5 см под влиянием измененных условий и особенно под влиянием половой жизни может окончательно доразвиться, причем могут установиться правильные менструации и даже наступить бере-

менность через много лет после начала половой жизни. Если таких больных нельзя слишком уверенно обнадеживать, то во всяком случае неправильно безапелляционно лишать их всякой надежды на выздоровление.

В. Аменоррея, развившаяся на почве хирургического вмешательства или физиотерапевтических воздействий

Удаление обоих яичников или матки всегда влечет за собой окончательную аменоррею. В профилактическом отношении всегда следует стремиться к тому, чтобы во время операции по возможности оставить хотя бы минимальную часть яичника и часть функционирующего эндометрия. Даже гипоменоррея в этих случаях может уберечь женщину от неприятных и подчас мучительных явлений выпадения.

Аменоррея обычно наступает также в результате воздействия на яичники кастрационных доз лучей Рентгена и радия. Следует упомянуть и об аменоррее в результате слишком энергичных внутриматочных вмешательств (грубое выскабливание, прижигание слизистой оболочки матки иодом, хлористым цинком, вапоризация и т. п.).

С. Аменоррея на почве заболеваний придатков

Глубокие нагноительные процессы в яичниках, туберкулез и сифилис придатков также могут иногда быть причиной наступления аменорреи. Более редкой причиной аменорреи являются доброкачественные и злокачественные опухоли яичников, которые, впрочем, могут быть причиной и меноррагий, и метроррагий. По Пфанненштилю опухоли яичников могут быть причиной аменорреи в 2—3%. В некоторых случаях причиной аменорреи могут быть и односторонние ретенционные опухоли яичников, например, фолликулярная киста или киста желтого тела, выделяющие чрезмерно большое количество гормона (так называемая гипергормональная аменоррея).

II. Аменоррея, связанная с заболеваниями всего организма

Нормальный менструальный процесс зависит не только от нормального состояния полового аппарата, но и от общего состояния организма.

Острые инфекции (тифы, скарлатина и т. п.) нередко вначале вызывают преждевременно менструацию и меноррагию; однако в дальнейшем— в случае затяжного течения болезни—они могут быть причиной более или менее длительной аменорреи. Аменоррея наблюдается и во вторичной стадии сифилиса.

Хронические инфекции (например, различные формы туберкулеза) также могут быть причиной аменорреи (полной или преходящей), причем некоторые женщины в сроки, соответствующие менструации, не испытывают никаких ощущений, свойственных менструальному периоду (так называемая *aménorrhée silencieuse*—«тихая аменоррея» французских авторов), а в других случаях аменоррея сопровождается периодически наступающими расстройствами, типичными для менструации: нередко в эти периоды наблюдается повышение температуры и обострение болезни (так называемая активная аменоррея—«*aménorrhée active*» французских авторов).

Аменоррея наблюдается и в ряде хронических органических заболеваний (например, при кардиопатиях, заболеваниях почек, диабете и т. п.), в случаях хронических профессиональных отравлений (например, свинцом), при хронических наркоманиях (алкоголизм, морфинизм и т. п.), а иногда у курильщиц. Хронические анемии и какого бы то ни было происхождения (хро-

нические кровопотери, заболевания гемопоэтической системы и т. п.) также могут вызывать более или менее длительную аменоррею. Аменоррея может наблюдаться и в случаях органических поражений центральной нервной системы и душевных болезней. Она может входить в симптомокомплекс эндокринных заболеваний, обычно выявляющихся после наступления половой зрелости (dystrophia adiposo-genitalis, акромегалия, гипо- и гипертиреозидизм, аддисонова болезнь, гипер- и гипофункция надпочечников). Она может наблюдаться в связи с переменной условий жизни женщины (перемена пищевого режима, недостаток питания, авитаминоз, перемена климата, пребывание на больших высотах и т. п.).

Во всех случаях, в которых наблюдается аменоррея, может иметь место и гипо- или олигоменоррея.

III. Аменоррея на «нервной почве»

Аменоррея может наблюдаться также у женщин с неустойчивой нервной системой. Весьма возможно, что в некоторых случаях аменоррея на «нервной почве» наступает у тех именно лиц, у которых и половая сфера не вполне полноценна.

Дальше (Dalchè) делит нервные аменорреи на три группы:

- 1) аменорреи травматического происхождения (травматический шок),
- 2) аменорреи эмоционального происхождения (сильное душевное переживание, моральное потрясение),
- 3) аменорреи рефлекторные (например, аменоррея на почве охлаждения всего тела или части тела—ног и т. п.).

В тесной связи с этими формами аменорреи находится аменоррея на истерической почве.

ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения аменорреи существует огромный арсенал средств: медикаментозных, эндокринных, физических, бальнеологических, диететических и даже хирургических. Однако применение этих средств должно быть строго индивидуализировано в зависимости от особенностей каждого случая.

Медикаментозные средства

В настоящее время область применения медикаментозных средств довольно ограничена. По свойствам и способу воздействия на организм их нужно разделить на 2 группы.

К первой группе относятся средства, действующие укрепляюще на весь организм. Сюда относятся главным образом препараты железа, мышьяка, стрихнина, например:

Rp. Ferri lactici
 Extr. Chinae aa 3,0
 Extr. Strychni spirit. 0,3
 Extr. Gentianae q. s. ut f. pil. N 30
 Conspenge Lycopodio
 MDS. 3 пилюли в день

Rp. T-rae Ferri pomati
 » Chinae compositae aa 15,0
 MDS. По 30 капель 3 раза в день

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri
 T-rae Strychni aa 4,0
 » Chinae compositae 20,0
 MDS. По 30 капель 3 раза в день

Rp. T-rae Ferri pomati 30,0
 DS. 3 раза в день по 20—30 капель

Rp. Pil. Blaudii N 30
 DS. По 1—2 пилюли 3 раза в день

Rp. Ferri lactici
 Extr. Chinae aquosi
 » Rhei compositi aa 4,0
 » Nucum vomicarum 1,0
 Acidi arsenicosi 0,1
 M. f. pil. N 100
 DS. По 2—3 пилюли 2 раза в день
 после еды

Сюда же можно отнести средства, богатые витаминами, например, рыбий жир.

Некоторые авторы (например, Котт) предлагают применять при недостаточной деятельности яичников соли кальция. В случаях, когда можно подозревать, что в этиологии аменорреи (resp. недоразвития половой сферы и всего организма) играет роль сифилис (латентный, наследственный), следует прибегнуть к легкому противосифилитическому лечению, например:

Rp. Hydrargyri bijodati 0,2

Kalii iodati 20,0

Aq. destill. 50,0

Syrup. corticis Aurantii ad 300,0

MDS. По 1 столовой ложке 1 раз
в день в течение 20 дней (Котт)

Rp. Sol. Kalii iodati 5,0 : 200,0

DS. По 1 столовой ложке 1—2 раза
в день

Ко второй группе медикаментозных средств относятся препараты, вызывающие преимущественно гиперемию органов малого таза.

Например:

Rp. Aloë

Extr. Secalis cornuti aa 2,0

Ol. Sabinæ gtt. X

Extr. Colocynthis 0,25

Pulv. Liquir. q. s. ut f. pil. N 30

DS. По 1 пилюле 4 раза в день

Rp. Sol. Jophybini hydrochlorici 1% 15,0
DS. По 5—10 капель 3 раза в день

Rp. Jophybini hydrochlorici in tabl. à 0,005
DS. По 1 таблетке 3 раза в день

Rp. Kalii hypermanganici 1,0—2,0

Argillæ albae q. s. ut f. pil. N 20

DS. По 4 пилюли в день

Rp. Apiol 0,3

D. t. d. N 20 (in oblat.)

S. По 2—3 облатки в день

Само собой понятно, что в некоторых случаях имеет смысл комбинировать средства упомянутых двух групп. Точных сведений о механизме действия этих средств мы не имеем. Возможно, что они действуют специфически на генито-спинальный центр или на другие вазомоторные центры половой сферы, под влиянием чего возбуждается овуляторная деятельность яичников. Можно думать, что всасывание этих средств, наоборот, возбуждая деятельность яичников, вторично вызывает гиперемию органов малого таза. Как бы то ни было, факт гиперемизирующего действия этих медикаментов несомненен.

Гормонотерапия

Правильный выбор того или иного гормонопрепарата зависит от ясного представления о гормональном механизме овариально-менструального цикла. Без знания этого механизма трудно понять (хотя бы теоретически) расстройства менструации, а следовательно, и выбрать правильный путь для терапии.

В настоящее время считают, что различные фазы овариально-менструального цикла со всеми морфологическими и биологическими феноменами зависят от влияния четырех гормонов: фолликулина, лютеина и пролана (А и В).

Цондек и ряд других авторов доказали, что передняя доля гипофиза у животных и людей выделяет гормоны, которые являются, по выражению Цондека, «мотором сексуальной функции». Внутренняя секреция половых желез (яичников) находится под влиянием гормонов передней доли гипофиза, или так называемых гонадотропных гормонов. Гормоны гипофиза (пролан А и В) действуют только через яичники, которые в свою очередь своими гормонами (фолликулином и прогестинном-лютеином) действуют на дериваты мюллеровых ходов (матку, влагалище). Пролан (А и В) вызывает две различные реакции в половых органах, которые в целом составляют основу овариально-менструального процесса: пролан А через созревание фолликула и, следовательно, продукцию последним фолликулина вызывает первую генеративную фазу (созревание фолликула,

продукция фолликулина, гиперплазия маточной мускулатуры, пролиферация эндометрия); пролан В вызывает через образование желтого тела и продукцию последнего прогестина (лютеина) вторую генеративную фазу (образование желтого тела, продукция прогестина, гипертрофия маточной мускулатуры, прегравидарные (пременструальные) изменения эндометрия).

Таким образом, назначая фолликулин и препарат желтого тела (лuteогормон), мы замещаем недостающую функцию яичников. При отсутствии или полной атрофии яичников назначение пролана совершенно бесцельно. Само собой понятно, что такое представление о роли половых и гонадотропных гормонов довольно схематично, но в настоящее время оно является весьма продуктивной рабочей гипотезой. На самом деле соотношения гораздо сложнее: достаточно, например, указать на то, что Мюльбах выделил и третий гормон яичника, влияющий на обмен веществ, а Ансельмино и Гофман выделили (кроме фолликулина и лютеина) еще два гормона, влияющие в диаметрально противоположном направлении на обмен веществ. Кроме того, нужно думать, что взаимодействие гормонов в организме и связь между гормональными влияниями и влиянием ряда других факторов, особенно вегетативной нервной системы, настолько сложны, что нередко наши теоретические расчеты на практике не оправдываются—отсюда ряд неудач при терапевтическом применении овариальных гормонов и пролана.

Насколько схематично (а может быть, и искусственно) выделение этих четырех гормонов (овариальных и передней доли гипофиза), видно хотя бы из того, что передняя доля гипофиза является органом, стимулирующим весь организм во многих направлениях. Так, Бугби, Симонд, Гримс выявили одиннадцать физиологических функций передней доли гипофиза: 1) стимуляцию роста, 2) стимуляцию созревания фолликулов, 3) стимуляцию развития желтых тел, 4) возбуждение полового развития, 5) повышение специфически-динамического действия пищевых веществ, 6) понижение газового обмена, 7) стимуляцию щитовидной железы, 8) повышение водного обмена, 9) стимуляцию лактации, 10) повышение содержания непротеинового азота в моче и 11) стимуляцию менструальных кровотечений.

В настоящее время доказано, что применявшиеся еще в недавнее время вытяжки из яичников (в виде таблеток, капель и т. п.) совершенно не содержат овариальных гормонов и, следовательно, употребление их бесцельно. Выпускаемые в настоящее время овариальные препараты стандартизируются на содержание в них активного гормона (в мышинных или крысиных единицах) и стандарт отмечается на этикетке.

У нас в СССР был выпущен Институтом экспериментальной эндокринологии «новооварикрин», стандартизированный по 40 МЕ в 1 см³. Ленинградским заводом «Фармакон» выпущен препарат «фолликулин» в концентрации в 40, 100 и 300 МЕ в 1 см³. Подобные же препараты выпущены Харьковским и Киевским институтами. В настоящее время выпущен фолликулин, содержащий 1000 МЕ в 1 см³. Следует отметить, что действительная концентрация фолликулина в препаратах не всегда соответствовала помеченным на этикетке стандартам, что было доказано работами Егорова и Пономарева. Среди советских препаратов наибольшей точностью обладает «фолликулин» ленинградского завода «Фармакон». Фолликулин можно применять per os, подкожно и внутривенно. При введении per os доза фолликулина должна быть гораздо больше, чем при подкожном введении. Цондек доказал, что для мыши доза при подкожном введении должна быть уменьшена в 7—10 раз по сравнению с дозой, применяемой per os. Можно ли эту пропорцию перенести на людей, трудно сказать. Мы обычно применяем фолликулин (новооварикрин) в виде инъекций.

Вопросу о дозировке фолликулина уделяется в литературе много внимания. По данным Зубова и Преображенского (из Московского эндокринологического института), оптимальная доза новооварикрина (фолликулина) при лечении

аме­но­р­ре­и, ги­по- и оли­го­ме­но­р­ре­и рав­на 6 000—10 000 МЕ за курс ле­че­ния в те­че­ние ме­ся­ца. Гу­ре­вич, ра­бо­та­я с фол­ли­ку­ли­ном раз­ной кон­цен­тра­ции (40, 100 и 300 МЕ в 1 см³), не мо­гла ус­та­но­вить пря­мой за­ви­си­мо­сти ме­жду по­вы­ше­нием ко­ли­че­ства вво­ди­мо­го го­р­мо­на и ус­пеш­но­стью те­ра­пии. С дру­гой сто­ро­ны, не­ко­то­рые ав­то­ры (Кауф­ман, Ле­зер, Клау­берг и др.) оп­ре­де­лен­но ука­зы­ва­ют на не­об­хо­ди­мость вве­де­ния ог­ром­ных доз фол­ли­ку­ли­на (до 300 000—400 000 МЕ в те­че­ние ку­р­са ле­че­ния).

Имеет значение не только количество вводимых мышинных единиц, но и время, в течение которого его следует применять. По мнению некоторых авторов (Фельнер, Новак, Зибке), играет роль не столько величина разовой дозы, сколько длительность введения небольших доз, ведущая к накоплению гормона в организме. В случаях аменорреи, при которой нет возможности установить какую-либо цикличность в жизни нефункционирующих яичников, безразлично, когда начинать введение фолликулина. Имея в виду, что концентрация фолликулина в крови (по Зибке и др.) постепенно нарастает в течение менструального периода, достигая максимума непосредственно перед менструацией и круто снижаясь с наступлением менструации, имеет смысл через 15 дней после начала введения фолликулина постепенно увеличивать дозу до 29-го дня, после чего введение резко оборвать. Мы обыкновенно назначаем 2—3 курса инъекций фолликулина. Курс состоит из 15 ежедневных инъекций по 40—1 000 МЕ. Количество вводимых МЕ зависит от тяжести случая.

Лечение должно начинаться тотчас после менструации (которая наступила или должна была наступить). Лечение фолликулином можно комбинировать с введением пролана.

Следует, однако, иметь в виду, что в то время, как фолликулин даже в огромных дозах совершенно не оказывает токсического действия на организм и, в частности, на сердце и сосуды, пролан, наоборот, небезразличный препарат, ибо он понижает кровяное давление и в редких случаях может даже вызвать состояние шока. Поэтому лечение проланом следует начинать осторожно, применяя небольшие дозы.

Не меньшее значение имеет комбинирование фолликулина с гормоном желтого тела, так как последний играет важную роль в механизме овариального цикла. Кауфману удавалось получить истинную менструацию (доказанную гистологически) в случаях кастрационной аменорреи 5-летней давности введением 350 000 МЕ прогестина (фолликулина, добытого из фолликулов) и 60 кроличьих единиц лютеогормона. Таким образом, в гормонотерапии аменорреи (гипо- и олигоменорреи) немаловажную роль играет полигормональная терапия. К полигормональной терапии аменорреи относятся применение гормона щитовидной железы, гипофиза, поджелудочной железы (инсулина) и др., наряду с сексуальными гормонами (например, при аменорреях, связанных с расстройствами щитовидной железы, надпочечников, гипофиза).

Физические методы лечения

К физиотерапевтическим мероприятиям следует отнести прежде всего все мероприятия, которые ставят организм женщины в наилучшие для него условия существования. Следовательно, сюда можно отнести улучшение бытовых условий (условий жилища, питания, иногда изменение условий половой жизни и т. п.), а также изменение условий труда (перемена профессии, перевод в другой цех, усиление мер личной гигиены). Само собой разумеется, что в основе должны лежать меры профилактические (гигиена в широком смысле этого слова). Мы не можем, однако, здесь на них останавливаться, поскольку речь идет о лечении уже имеющейся болезни.

Для лечения аменорреи, гипо- и олигоменорреи чаще всего применяют следующие физические методы.

Местное курортное и внекурортное грязелечение в форме горячих (45—50°) тазовых грязевых ванн или грязевых припарок (апликаций), грязевых «трусиков», в сочетании с влагалищными грязевыми тампонами. Методика и техника местного грязелечения—обычная (см. стр. 82).

При аменоррее небольшой давности в отдельных случаях удается уже к концу курса вызвать появление менструаций путем применения местного грязелечения в сочетании с санаторно-курортным режимом, правильно проведенного которого мы придаем большое значение. Восстановление менструальной функции при этом не всегда носит стойкий характер; иногда уже через 3—4 месяца менструация снова прекращается. Поэтому местное грязелечение при олигоменоррее, даже в условиях курорта, желательно комбинировать с гормонотерапией. При олиго-гипоменоррее мы настоятельно рекомендуем продолжать грязелечение и во время менструации. Количество теряемой крови при этом несколько увеличивается, приближаясь к норме, продолжительность менструации удлиняется, общее самочувствие больных улучшается за счет ослабления или исчезновения субъективных жалоб.

Направляя больных на грязелечение, необходимо учитывать общие противопоказания к нему (туберкулез, суб- и декомпенсированный порок сердца, артериосклероз, болезни почек и др.). Личный опыт заставляет нас предостеречь от применения интенсивного местного грязелечения у больных с олигоменорреей тиреогенного происхождения (базедова болезнь, микседема), так как эти больные всегда плохо переносят грязелечение.

Местное грязелечение особо показано при тех формах гипо-олиго-меноррей, которые обусловлены наличием воспалительных изменений внутренних половых органов (исключение: туберкулез, сифилис). Вместе с уменьшением или исчезновением воспалительных изменений или интоксикации, обусловленной перенесенным больной воспалением, отмечается восстановление менструальной функции.

Понятно, что курортному грязелечению совершенно не подлежат больные, у которых гипо-олигоменоррея появилась в результате перенесенных истощающих общих инфекционных заболеваний (тиф, дизентерия, легочный туберкулез и др.), хронических промышленных интоксикаций (ртуть, свинец, фосфор и др.) или заболеваний кроветворного аппарата (различного вида анемии). Вообще при болезненных состояниях как организма в целом, так и отдельных его систем и органов показаны мероприятия общеукрепляющего характера в курортных и во внекурортных условиях (санатории общего типа, дома отдыха). Гипо-олигоменоррея, обусловленная отравлениями промышленными ядами, вообще не требует специального лечения: такого рода больные подлежат переводу на другую работу, после чего менструация у них обычно принимает нормальный характер.

Эндотермия (диатермия). Во внекурортной обстановке, а также при невозможности проведения у больной местного грязелечения или при наличии противопоказаний к грязелечению с успехом может быть применено электролечение в форме эндотермии. Мы пользуемся силой тока от 1,5 до 2,0 А при продолжительности сеанса от $\frac{1}{2}$ до 1 часа. У стационарных больных лечение эндотермией проводится ежедневно, у амбулаторно-поликлинических—через день. Общее количество сеансов 20—30, иногда с перерывом на 2—4 недели после 10—15 процедур. Эндотермию мы комбинируем с гормональной терапией. Выраженная активная сосудистая гиперемия органов малого таза, получаемая при эндотермии, изменяя условия кровя- и лимфообращения в этих органах, ведет к изменению межлужочного обмена в них. Сочетание эндотермии с действием гормонов способствует появлению менструации у аменорройных больных и усилению менструального кровотока при гипоменоррее. Бюбен объясняет появление менструации раздражающим действием сосудистой гиперемии на фолликулярный аппарат яичников. Сосудистая гиперемия половых органов может быть в значительной мере усилена одновременным применением влагалищ-

ного освещения лампой Ультразонне (Желоховцев). Понятно, что только тогда можно рассчитывать на успех от применения эндотермии, когда при лечении соблюдается определенный общегигиенический режим. Постоянная забота об укреплении организма больных в целом должна дополнять лечение эндотермией.

Как и при местном комбинированном грязелечении, восстановление менструации под влиянием эндотермии не всегда носит стойкий (постоянный) характер.

Рефлекторно-сегментарная терапия по проф. Щербак у. Неразрывная функциональная связь, существующая между эндокринным аппаратом и вегетативной нервной системой, позволяет в отдельных случаях аменорреи использовать новые пути терапевтического воздействия через посредство рефлекса на соответствующие отделы вегетативной нервной системы в виде так называемой рефлекторной или правильнее сегментарно-рефлекторной терапии, характерной особенностью которой является принцип сегментарной территориальности. При воздействии на определенную территорию кожи путем раздражения заложенных в ней окончаний периферических цереброспинальных приводов определенных сегментов спинного мозга, можно передать это раздражение рефлекторным путем и на вегетативные центры, заложенные в этих сегментах. Каждому сегменту спинного мозга на периферии соответствует определенная чувствительная территория кожи; чувствительные же волокна задних корешков, вступая в спинной мозг, отдают коллатерали к вегетативным ядрам, связанным с ядрами противоположной стороны комиссуральными волокнами.

Вегетативная иннервация женских половых органов захватывает область $D_{10}-S_2$. На периферии данным сегментам соответствует чувствительная территория кожи пояснично-крестцовой области, ягодиц и передне-задних поверхностей бедер.

В качестве раздражителя при рефлекторно-сегментарной терапии обычно используют ряд физиотерапевтических факторов (тепло, грязь, различные виды электрического тока, свет). Мы пользуемся ультрафиолетовыми лучами, являющимися интенсивным биологическим раздражителем, вызывающим в клетках и тканях живого организма как обратимые, так и необратимые изменения.

Методика ультрафиолетовой рефлекторно-сегментарной терапии, применяемая нами (Гиллерсон, Варшавер, Тыкочинская), заключается в следующем. В первый день устанавливается биодоза; со следующего дня больные получают многократное био, неодинаковое для задних и передних полей. Передние поля в связи с большей чувствительностью кожи к ультрафиолетовым лучам получали меньшую дозу. Число полей—5—6: одно большое или два малых поля—непосредственно по бокам от позвоночника соответственно территории кожи $D_{10}-S_2$; два поля—на боковые отделы верхних, отчасти средних третей бедер и два поля—на эту же область спереди. Все 5—6 полей облучаются в один день. Облучение повторяется нами в зависимости от характера кожной реакции таким образом, чтобы поддержать в течение известного времени выраженную эритему. При слабой реакции сеансы можно назначать через день. Число сеансов колеблется в довольно широких пределах. При таком лечении аменорреи менструация, если она появлялась, наступала не более чем через 6—7 сеансов. С появлением менструации исчезали явления выпадения, сопровождавшие аменоррею. Мы полагаем, что комбинация ультрафиолетовой рефлекторно-сегментарной эритемотерапии с инъекциями гормонов препаратов может значительно усилить эффективность метода. Каких-либо жалоб со стороны больных, получавших ультрафиолетовую эритемотерапию по приведенной методике, за исключением чувства некоторого напряжения кожи на месте эритемы, мы отметить не могли. Ультрафиолетовую рефлекторно-сегментарную терапию следует назначать больным, у которых аменоррея не сопровождается анатомическими изменениями половых органов.

Мы описали лишь отдельные, наиболее эффективные физические методы лечения гипо-аменорреи. Само собой разумеется, что с успехом могут быть широко использованы и все другие виды местного и общего теплового лечения (местные и общие водяные ванны, местные световые процедуры: соллюкс, полуванны, световое кресло, спектрозоль и др.).

Рентгенотерапия. Применение так называемого «раздражающего освещения» при функциональных расстройствах яичника теоретически еще мало разработано; особенно это относится к рентгенотерапии аменорреи. Возможно, что небольшие дозы рентгеновских лучей, попадая на яичник, стимулируют рост фолликулов—происходит овуляция с последующей менструацией.

В пользу этого до некоторой степени говорит то обстоятельство, что в тех случаях, где такой терапией удается получить менструацию, последняя через некоторое время прекращается, и снова наступает аменоррея. Зейтц приводит сводную статистику случаев вторичной аменорреи, леченных так называемыми стимулирующими дозами рентгеновских лучей; из 239 таких случаев в 118, т. е. в 50%, возобновилась нормальная менструация и оставалась нормальной в течение 1½ лет.

На нашем материале (Каплан) в 5 случаев аменорреи (3 первичных и 2 вторичных) можно было отметить, что в одном случае первичной аменорреи через несколько дней после облучения в течение одного дня показывалась каплями кровь и больше не повторялась; в обоих случаях вторичной аменорреи крови, правда, очень скудные, были после рентгеновского облучения 2—3 раза и больше не повторялись.

Мы считаем, что применять рентгенотерапию при указанных заболеваниях следует лишь после того, когда все остальные методы оказались безрезультатными, причем необходимо быть чрезвычайно осторожным в выборе случаев и еще осторожнее в выборе дозы. Применяемая при рентгенотерапии аменорреи доза колеблется в пределах от 5 максимум до 10% НED на яичник (по Бораку); мы ограничиваемся дозой, не превышающей в среднем 5%.

Хирургические методы лечения

Само собой разумеется, что в случаях псевдоаменорреи (криптоаменорреи), когда причиной аменорреи является атрезия какого-либо участка генитального тракта с образованием, например, haematocolpos или haematometra хирургическое вмешательство является единственным рациональным методом лечения. Сюда же следует отнести случаи, когда причиной аменорреи можно считать наличие опухоли (например, гипергормональная аменоррея на почве кисты желтого тела, маскулинизирующей опухоли яичника и т. п.).

Встречаются, однако, изредка случаи аменорреи, при которых хирургическое вмешательство, хотя бы для постановки точного диагноза, дает неожиданно прекрасные результаты. Не подлежит сомнению, что в некоторых случаях нам при помощи обычных методов исследования (пальпации) не удастся обнаружить почти неуловимые изменения, которые тем не менее могут быть причиной аменорреи, например, мелкокистозное перерождение яичников, периаднексит и т. п. В этих случаях для излечения иногда достаточно резекции одного или обоих яичников. Таким образом, в некоторых недостаточных случаях аменорреи (resp. гипо- или олигоаменорреи) проэное чревосечение может считаться, по мнению некоторых авторов, оправданным мероприятием. Котт, например, иногда получал прекрасные результаты от простой аппендэктомии или фиксации ретровертированной или слишком подвижной матки (аменоррея в этих случаях имела, повидимому, чисто рефлекторную этиологию).

Мы не имеем личного опыта в лечении аменорреи при помощи периаортальной симпатэктомии по Леришу, улучшающей, повидимому, благодаря гиперемии, питание яичников. В некоторых случаях имеет смысл создать искус-

ственно спайки между сальником и плохо питающимся яичником для усиления кровоснабжения последнего.

К числу хирургических методов лечения аменорреи следует отнести гетеро- и особенно гомойотрансплантацию яичников, которую в сущности можно считать хирургической органотерапией. Следует, однако, иметь в виду, что пересаженный яичник, даже подобранный на основании группового соответствия донора и реципиента, не имеет никаких шансов на истинное приживание; в конце концов, трансплантат рассасывается. Тем не менее ни в коем случае нельзя совершенно отвергать трансплантацию как метод лечения гипо-, олиго- и аменорреи. Пересаженный яичник сам по себе может выделять необходимые для осуществления овариально-менструального цикла гормоны; он является довольно активным стимулятором для плохо функционирующих собственных яичников больной. По вполне понятным причинам пересадка яичников от человека к человеку не может иметь широкого распространения. Нередко приносит несомненную пользу кровопускание. Это особенно относится к случаям гипоменорреи или аменорреи, сопровождающейся синдромом, известным под названием «явлений выпадения». Кровопускание можно произвести либо путем скарификации влажной части матки (в общем выпускается 2—3 столовых ложки крови), либо приставляя пиявки (к копчику или к пахам), либо путем венепункции. Ашнер горячо рекомендует последний метод (выпускать до 100,0—200,0 крови).

Иногда могут принести пользу внутриматочные манипуляции в виде расширения шейки матки и выскабливания. Возможно, что это вмешательство играет роль рефлекса, вызывающего усиленную регенерацию эндометрия, а может быть, и созревание фолликулов. В весьма редких случаях можно прибегнуть к сложным хирургическим вмешательствам, требующим от хирурга большой опытности и мастерства. Так, например, Штрассману в одном случае облитерации полости матки удалось получить благоприятный результат оперативным путем: полость матки была восстановлена при помощи фаллопиевой трубы.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЕРАПИИ И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ. ПРОГНОЗ

Прежде чем приступить к лечению, необходимо тщательно разобраться в случае. Следует поставить по возможности точный диагноз, что, к сожалению, далеко не всегда возможно, ибо, как мы уже видели, в ряде случаев расстройство менструации является симптомом комбинированного заболевания всего организма. Наряду с этим есть случаи, диагностика которых очень проста. Прежде всего следует исключить вульгарную, казалось бы, причину аменорреи—беременность (нормальную или внематочную). Как это ни странно, но в повседневной практике сплошь и рядом врач увлекается весьма сложными теориями возникновения аменорреи и лечит аменоррею там, где она вызывается беременностью.

Очень легко решить вопрос о причине аменорреи в тех случаях, когда имеются грубые отклонения от нормы, как, например, отсутствие влажной части или матки, имевшее место оперативное удаление матки или кастрация и т. п.

Гораздо труднее поставить диагноз, если пальпация не дает достаточных опорных данных для выяснения причины заболевания. В таких случаях необходимо тщательно собрать анамнез, выяснить данные, относящиеся к наследственности (возможность, например, наследственного сифилиса), изучить организм больной (конституцию, состав крови, деятельность пищеварительного аппарата, состояние нервного аппарата, сердечно-сосудистой сферы и т. п.). Особенно внимательно следует изучить условия жизни больной (питание, работу, половую жизнь, душевные переживания и т. п.) и по возможности выяснить «эндокринный профиль» больной. Обнаруженные признаки расстройства со стороны щитовидной железы (гиперфункция или гипофункция ее) или гипофиза

и т. п. могут в значительной мере определить правильный метод лечения. К сожалению, точная этиологическая диагностика заболевания далеко не всегда возможна—настолько многообразны и сложны бывают причины аменорреи. Особенно важно выяснить, какие болезни перенесла больная и страдает ли она каким-нибудь заболеванием в момент обращения к врачу по поводу аменорреи (например, туберкулезом, злокачественной опухолью яичников или других органов и т. п.). Чем труднее выяснить истинную причину аменорреи, тем настойчивее должны быть искания в этом направлении, ибо без глубокого изучения случая не может быть и правильной терапии. Мы придаем огромное значение изучению содержания сексуальных гормонов в крови и в моче больных. Так, например, было бы бесцельно введение фолликулина больной, страдающей так называемой «гипергормональной аменорреей» на почве персистирующего фолликула или фолликулярной кисты.

В поисках глубоких причин аменорреи (гипо- или олигоменорреи) не следует упускать из виду локальную диагностику («status genitalis»). Следует тщательно изучить размер матки, по возможности—состояние придатков (яичников), видимых слизистых оболочек. О состоянии эндометрия в некоторых случаях можно судить на основании пробного выскабливания.

Для терапии имеет большое значение и характер ж а л о б б о л ь н ы х. Каждому более или менее опытному гинекологу известно, что в ряде случаев единственной жалобой больных является аменоррея (гипо- или олигоменоррея) сама по себе, и в общем эти женщины чувствуют себя вполне здоровыми и работоспособными; они прекрасно выглядят и ни на что не жалуются, кроме разве бесплодия, что нередко и заставляет их обращаться к врачу. Мы говорим, что в этих случаях нарушена генеративно-циклическая функция яичников и вполне сохранена функция вегетативно-ациклическая (по Шредеру). Отсутствие жалоб у этих женщин, физическое их благополучие, конечно, не исключают возможности, а, может быть, и необходимости лечения их. Врач обязан разъяснить этим больным, что отсутствие менструаций не грозит катастрофой, что и без менструации женщина может быть вполне полноценной. Мы обращаем на это особое внимание, так как в повседневной практике мы нередко встречаемся с тем, что женщины, не излечившиеся от аменорреи (что, к сожалению, бывает сплошь и рядом), не вызывавшей у них до лечения никаких физических расстройств, уходят от лечивших их врачей невропатками, убежденными в тяжести своего состояния. И нужно сказать, что нередко эту приобретенную в течение лечения ипохондрию так же трудно излечить, как и самую аменоррею. Поэтому при лечении аменорреи врач должен быть чрезвычайно осторожен в своих выражениях. Необходимо всячески поддерживать у больных и, если нужно, внушать им бодрость духа.

Наряду с «бессимптомной», если можно так выразиться, аменорреей нередко наблюдаются случаи, когда аменоррея или гипо-, или олигоменоррея дает ряд более или менее тягостных симптомов, что относится главным образом к группе так называемых вторичных аменоррей. Эти симптомы выражаются в виде общеизвестных «явлений выпадения» (приливы, головокружения, отложение жира, упадок работоспособности, утомляемость, ряд нервных и даже психических расстройств и т. п.). Вполне понятно, что в этих случаях лечению подлежат не только первопричина заболевания—аменоррея, но и сопутствующие ей симптомы. У некоторых женщин весьма выражены так называемые *molimina menstrualia*. Эти женщины периодически испытывают ряд болезненных ощущений (головные боли, тошнота, боли в пояснице и т. п.) в дни, когда, казалось бы, должны были наступить регулы. Эти явления, как известно, нередко наблюдаются и у женщин, правильно менструирующих. При наличии у аменорройных больных *molimina menstrualia* циклическая функция яичников, повидимому, сохранена. Таким образом, мы видим, что симптоматология аменорреи весьма разнообразна. Лечение должно быть рассчитано на устранение не только основного заболевания, но и сопутствующих симптомов.

При выборе метода лечения следует взвесить и учесть все детали случая. Если аменоррея зависит от неправильного или недостаточного питания, то само собой понятно, что прежде всего следует обратить внимание на изменение условий питания; если больные малокровны, переутомлены, то следует принять меры к улучшению их общего состояния. Было бы неправильно лечить аменоррею, развившуюся на почве туберкулезного истощения или злокачественного новообразования. В этих случаях устранение основной причины является единственным рациональным средством для излечения расстройства менструальной функции. Нередко большую услугу оказывает и психотерапия, основанная на глубоком изучении особенностей случая (роль душевных переживаний, сильных эмоций и т. п.). Если в основе аменорреи лежит латентный наследственный сифилис, то специфическое противосифилитическое лечение может принести больше пользы, чем весь арсенал средств, применяемых при аменоррее. Таким образом, общее лечение больной, рациональное изменение условий ее жизни должны лежать в основе терапии аменорреи, гипо- и олигоменорреи. Специальное лечение аменорреи основано либо на создании лучших условий питания (кровоснабжения) половой сферы, либо на гормональном воздействии на половые железы (яичники), матку или на ряд других эндокринных желез. Практический врач должен стремиться к рациональному комбинированному использованию всех известных и доступных нам терапевтических средств. Так, например, применение гормонопрепаратов (например, фолликулина, пролана) вовсе не исключает целесообразности одновременного применения физических (например, диатермии, горного солнца и т. п.) или медикаментозных методов лечения (например, применения препаратов железа, мышьяка, етепагога и т. п.); следует лишь избегать излишнего и утомительного нагромождения средств. При назначении гормональных препаратов следует руководствоваться сведениями о роли данного гормона. Так, было бы бессмысленно применять пролан в тех случаях, когда заведомо отсутствуют яичники. Особенно осторожно следует проводить полигормональную терапию в случаях первичной аменорреи, связанной с поражением других эндокринных желез. Во многих случаях приходится ощупью искать правильную линию терапии.

Не следует упускать из виду, что некоторые случаи аменорреи вовсе не следует лечить, например, в случаях отсутствия или сильной степени недоразвития яичников и матки при общем хорошем физическом состоянии больной: ни етепагога, ни гормональные, ни физические методы лечения не могут в этих случаях вызвать менструации. Наряду с лечением основного заболевания не следует упускать из виду и лечение сопутствующих симптомов, что, впрочем, в большинстве случаев совпадает с лечением основного заболевания.

Если причиной аменорреи являются опухоли яичников или другие какие-либо анатомические изменения со стороны половых органов, то единственно рациональным методом является операция. Следует, впрочем, отметить, что необходимость хирургического вмешательства не всегда очевидна. Если наличие опухоли всегда оправдывает операцию, то во многих случаях операция является лишь дополнительным диагностическим приемом. Поэтому понятно, что применение хирургического метода может иметь место лишь в очень редких случаях. Следует, однако, отметить, что исправление неправильного положения матки, разъединение спаек, удаление воспаленного аппендикса, резекция мелкокистозно измененных яичников, улучшая условия питания и жизнедеятельности половых органов, несомненно, может принести пользу в некоторых случаях, в которых показания для операции с первого взгляда не вполне ясны. Трансплантация яичника (гомойотрансплантация) была бы всегда желательна и показана при лечении аменорреи, олиго- и гипоменорреи, если бы эта операция (технически весьма простая) не была связана с трудностью получения пересаженного материала. Кровопускания (в виде скарификаций или венепункций) могут принести большую пользу в случаях аменорреи или гипоменорреи, сопровождающихся резкими расстройствами самочувствия (*molimina menstrualia*).

Идеальным показателем успешности лечения аменорреи, гипо- и олигоменорреи является, конечно, наступление (в случаях первичной аменорреи) или восстановление (в случаях вторичной аменорреи) правильной менструальной функции (так называемый «Tempotest» по Шредеру). К сожалению, этот показатель успешности терапии мы можем получить далеко не во всех случаях аменорреи. Можно также считать объективным признаком успешности терапии увеличение матки, определяемое зондированием («Wachstumtest» по Шредеру). Случайное появление кровянистых выделений нельзя считать истинной менструацией, которая сопровождается, как известно, определенными изменениями в слизистой оболочке матки. К числу относительных признаков успешности терапии следует отнести исчезновение или уменьшение субъективных жалоб больных при продолжающейся аменоррее. Следует, однако, отметить, что исчезновение субъективных жалоб больной часто зависит от психогенных моментов, связанных с лечением, и далеко не всегда является прямым результатом применения тех или иных терапевтических мероприятий.

Подробный анализ эффективности лечения должен всегда интересовать врача, больная же должна от лечения получить субъективно ощутимый результат. В этом отношении субъективное улучшение состояния и при отсутствии объективных изменений следует считать признаком успешности лечения.

В общем нужно иметь в виду, что лечение аменорреи (олиго- и гипоменорреи) принадлежит к числу самых трудных проблем в практической деятельности гинеколога.

С прогнозом следует быть чрезвычайно осторожным, чтобы не обольщать себя и особенно больных чрезмерно радужными надеждами. Особенно трудно поддается лечению первичная аменоррея, которая в большинстве случаев связана с плюригландулярными расстройствами. Совсем безнадежен прогноз в случае, когда имеется резкая степень недоразвития яичников или когда недоразвитие матки слишком велико (например, когда длина матки менее 4—5 см). В случаях вторичной аменорреи прогноз несколько лучше. Повседневный опыт показывает, что прогноз при вторичной аменоррее в значительной мере зависит от длительности аменорреи: чем раньше начато лечение, тем лучше прогноз. Наилучшие результаты дают случаи вторичной аменорреи с длительностью заболевания до 1 года, т. е. случаи, в которых нарушение генеративно-циклической функции яичника не вызвало резкой атрофии матки. Хуже прогноз в случаях с давностью аменорреи до 2—3 лет. Аменоррея свыше 3 лет обычно влечет за собой далеко зашедшую атрофию матки с тяжелыми иногда расстройствами общего состояния.

Весьма неблагоприятен прогноз при вторичной аменоррее на почве кастрации или других глубоких анатомических изменений в яичниках (например, абсцессы яичников, туберкулез). В общем чем моложе женщина, тем при прочих равных условиях лучше прогноз. После 34—35 лет прогноз значительно ухудшается. Следует, однако, отметить, что вторичная аменоррея, наступившая вскоре после наступления половой зрелости, также очень плохо поддается лечению. Интересно наблюдение Гофштеттера, что легче вылечить аменоррею, чем добиться правильной менструации при олиго- или гипоменоррее.

ГИПЕРМЕНОРРЕЯ, ПОЛИМЕНОРРЕЯ (ПРОИСМЕНОРРЕЯ), МЕТРОРРАГИЯ (МЕНО-МЕТРОРРАГИЯ) («МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ»)

КЛАССИФИКАЦИЯ

Под понятием «маточные кровотечения» мы будем подразумевать кровотечения, которые либо появляются в периоды, когда физиологически кровотечения не должно быть (до наступления половой зрелости, во время беременности и по окончании климактерического периода), либо чрезмерно обильные мен-

струальные кровотечения, либо слишком частые, но все же циклические менструации, либо кровотечения, хотя бы и имеющие связь с менструацией (resp. с овуляцией), но наступающие беспорядочно, т. е. не имеющие определенной цикличности. Слишком обильные менструации принято называть гиперменорреей. Слишком частые менструации называют полименорреей (или по Зейтцу—пройоменорреей). Кровотечения ациклические обычно называют метроррагией в отличие от патологических, но все же циклических кровотечений, которые называются в общем меноррагией. Нам казалось бы, что ациклические маточные кровотечения, стоящие в связи с патологической функцией яичников, следовало бы называть менометроррагией, чтобы показать, что эти кровотечения хотя и наступают ациклически, но все же стоят в связи с функцией (обычно патологической) яичников.

Маточные кровотечения могут наблюдаться в связи с беременностью, родами, абортами и послеродовым периодом и вне беременности.

Вне беременности маточные кровотечения могут наблюдаться во все периоды жизни женщины—от первых дней после рождения и до глубокой старости. В некоторые периоды жизни маточные кровотечения наблюдаются особенно часто. В общем по возрасту кровотечения можно распределить следующим образом:

- 1) кровотечения у новорожденных девочек и в первые годы жизни,
- 2) кровотечения у молодых девушек и молодых женщин,
- 3) кровотечения в течение половой зрелости женщины,
- 4) кровотечения преклимактерические и климактерические и
- 5) кровотечения постклимактерические (resp. старческие).

Как мы увидим ниже, и терапия кровотечений во многих случаях может и должна отличаться не только в зависимости от этиологии, но и от возраста больной.

Этиология маточных кровотечений чрезвычайно разнообразна. Следует, однако, отметить, что в огромном большинстве случаев маточные кровотечения в основе своей имеют либо определенные морфологические изменения со стороны полового аппарата, либо патологические изменения со стороны организма в целом или отдельных его органов или систем, вызывающие вторично изменения в половом аппарате. Для правильного понимания и главное в целях более рациональной терапии полезно считать, что так называемых «функциональных маточных кровотечений» не бывает, и в каждом случае маточное кровотечение имеет анатомический субстрат.

Гальбан предложил весьма наглядную и почти исчерпывающую классификацию маточных кровотечений в отношении их этиологии.

I. Кровотечения на почве местных изменений матки и эндометрия:

- а) пороки развития, б) воспалительные процессы, в) новообразования, г) аномалии положения, д) травматические повреждения, е) кровотечения в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом.

II. Кровотечения на почве общих заболеваний организма:

- а) геморрагический диатез (верльгофова болезнь, гемофилия) и другие болезни крови (лейкемия, пернициозная анемия, хлороз), б) общая астения, в) острые инфекционные болезни (сепсис, тифы, грипп и т. п.), г) хронические инфекции (сифилис, туберкулез), д) интоксикации острые и хронические (в том числе и профессиональные).

III. Кровотечения на почве влияния со стороны психической и нервной системы.

IV. Кровотечения, зависящие от заболеваний сердечно-сосудистой системы:

а) пороки сердца, кардиопатия, б) артериосклероз, в) варикозное расширение вен маточной стенки, аневризмы, г) венозный застой в области малого таза (тромбозы, опухоли и т. п.), д) гипертония (склероз, нефрит-цирроз печени и т. п.).

V. Оваригенные кровотечения:

а) первичные расстройства функций яичников, б) расстройства яичников на почве дисфункции других эндокринных желез (щитовидная железа, гипофиз, тимус), в) расстройства яичников на почве воспалительных раздражений и опухолей.

VI. Механические повреждения матки:

Вышеприведенная классификация охватывает в общем все виды маточных кровотечений. В настоящей главе мы останавливаемся преимущественно на кровотечениях, возникающих на почве расстройства овариально-менструального цикла.

Как и всякая схема, классификация Гальбана не лишена известной искусственности, так как очень трудно провести резкую грань между местными изменениями в половой сфере женщин и влияниями, исходящими со стороны всего организма. В конце концов, всякое нарушение овариально-менструального цикла, выражающееся в кровотечении, является реакцией со стороны яичников и матки, которые могут быть патологически изменены первично или вторично в зависимости от того или иного заболевания всего организма или отдельных его органов и систем. Тем не менее классификация маточных кровотечений необходима как для правильной диагностики, так и для правильной терапии. В классификации Гальбана в отличие от других схем (например, схемы Шредера) отсутствует деление маточных кровотечений в отношении нарушения ритма овариально-менструальной функции. Мы не думаем, однако, что это умаляет достоинства классификации, так как одна и та же причина может в одних случаях вызвать нарушение ритма менструаций, а в других—лишь изменить интенсивность кровопотерь без изменения ритма (например, гипоплазия матки или воспалительный процесс может в одних случаях вызывать гиперменоррею, а в других—полименоррею, а иногда и то, и другое). Следует в общем иметь в виду, что в основе гиперменорреи лежит преимущественно недостаточность мышечной силы матки, в то время как нарушения ритма менструаций (полименоррея, мено-метроррагии) всегда зависят от измененной функции яичников. Впрочем, нередко самая недостаточность функции матки зависит от неправильной функции яичников.

Перейдем к краткой характеристике различных групп кровотечений по классификации Гальбана.

I. В механизме нормальной менструации прекращение менструального кровотечения обусловливается в значительной мере сокращением мускулатуры матки. Следовательно, гипотония маточной мышцы, какого бы происхождения она ни была, может и должна быть причиной чрезмерных кровопотерь (гиперменорреи). Из пороков развития матки гипоплазия матки, инфантилизм играют большую роль в происхождении чрезмерных менструальных кровотечений. Функциональная недостаточность мышцы матки может быть и причиной атонических послеродовых кровотечений.

Гипоплазия матки редко встречается изолированно, а сплошь и рядом сопровождается гипоплазией всего полового аппарата. Воспалительные процессы

в малом тазу (воспаление матки, эндометрия, придатков, брюшины малого таза), вследствие активной гиперемии, могут быть причиной усиленного менструального кровотечения, а интоксикация и мелкоклеточная инфильтрация могут вызвать понижение сократительной способности мышцы и удлинить таким образом менструальное кровотечение. Острое и хроническое воспаление эндометрия также может быть причиной кровотечений типа мено- и метроррагий. До исследований Хичмана (Hitchmann), Адлера, Шредера, Р. Мейера, О. Франкля, Лама и др. эндометритам приписывалась главная роль в этиологии маточных кровотечений. Исследования упомянутых выше авторов показали, что изменения в эндометрии, которые ранее признавались воспалительными (*endometritis glandularis hyperplastica*, *endometritis glandularis cystica*, *endometritis interstitialis*), представляют собой не что иное, как различные фазы циклических изменений в эндометрии и не находятся ни в какой этиологической связи с нарушением менструации. Для того чтобы причиной кровотечения можно было признать эндометрит, следует доказать наличие в слизистой оболочке матки типичных явлений, свойственных воспалению. Хотя в настоящее время число эндометритов, таким образом, значительно сократилось, все же нельзя не считать воспаление слизистой оболочки матки одной из частых причин меноррагий. Правда, нередко эндометрит, вызванный внедрением инфекции, не остается изолированным, и воспаление обычно вносит изменения в другие части полового аппарата (мышцу матки, яичники).

Из новообразований наиболее частой причиной кровотечений типа гиперменорреи и реже поли- и метроррагии являются фибромиомы. Рак и другие злокачественные опухоли матки, как известно, являются причиной маточных кровотечений, не имеющих ничего общего с расстройством овариально-менструального цикла. Мы не будем здесь останавливаться на кровотечениях, вызванных наличием доброкачественных или злокачественных опухолей матки, так как лечение этих кровотечений разобрано в соответствующих главах. Среднее место между новообразованиями и воспалением занимают полипы слизистой оболочки тела матки или цервикального канала. Эти мукозные полипы нередко являются источником метроррагий во все периоды жизни женщины и особенно часто (по Бентину—в 30%) у женщин постклимактерического возраста. Причиной меноррагий может быть и *endometriosis interna* (*adenomyosis interna*). Усиленные и удлиненные менструации являются основным симптомом при эндометриозе (по Франклю—в 50%, по Куллену—в 65,9%). Часто при эндометриозе бывают укорочены и межменструальные промежутки. Причину меноррагии при *endometriosis interna* Франкль и Зейтц видят в механических моментах, а именно в сдавлении и расширении сосудов железистыми включениями и в уменьшении сократительной способности маточной мышцы.

Аномалии положения матки (ретроверзия-флексия, выпадение матки, выворот матки), вследствие венозного застоя, могут быть причиной меноррагий. Возможно, что в основе кровотечений лежит не только аномалия положения матки сама по себе, но и общая астения (и астения маточной мышцы), которая, возможно, является причиной самой аномалии. Фиксация матки спайками, образовавшимися в результате воспалительного процесса, может значительно уменьшить сократительную способность матки и таким образом вызвать усиленные и удлиненные менструации.

Случаи маточных кровотечений на почве травматических повреждений матки не требуют особого объяснения. Само собой разумеется, что эти кровотечения никакого отношения к овариально-менструальному циклу не имеют. К этому же роду маточных кровотечений (по Кипарскому—*metrorrhagia traumatica*) относятся кровотечения, возникающие в результате физических напряжений (поднятие тяжести, падение и т. п.). Кровотечение обуславливается, повидимому, разрывом мелких капилляров с образованием подэпителиальных гематом. Разрыву капилляров способствует, может быть, наличие воспалитель-

ных изменений в малом тазу (гиперемия, ограниченная подвижность матки). Возможно, что в возникновении *metrorrhagiae traumaticae* играет роль и склероз сосудов матки.

II. Ко второй группе маточных кровотечений, по Гальбану, относятся кровотечения, возникающие на почве общих заболеваний организма. По существу в эту же группу следовало бы отнести кровотечения и третьей, и четвертой групп, ибо влияние со стороны психической и нервной системы и анатомические или функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы представляют собой не что иное, как заболевания всего организма. Геморрагические диатезы и особенно верльгофава болезнь могут быть причиной профузных маточных кровотечений наряду с кровотечением из других слизистых оболочек (например, из носа).

Астеническая конституция и связанные с ней подчас неуловимые расстройства со стороны вегетативной и эндокринной системы могут, несомненно, располагать к маточным кровотечениям, которые в этих случаях особенно охотно называют «функциональными». Возможно, что во многих случаях ретроверзия матки, опущение матки, гипоплазия матки являются не чем иным, как частичным или местным выражением общей астении. Возможно, что застойная гиперемия на почве общего птоза (например, энтероптоза) также играет известную роль в этиологии маточных кровотечений.

Острые инфекционные болезни (сепсис, тифы, малярия, грипп, холера, скарлатина и др.) также могут быть причиной маточных кровотечений. Кровотечения в этих случаях могут зависеть либо от изменений, возникающих на почве интоксикации эндометрия, либо от действия токсинов на фолликулярный аппарат. Возможно, что страдает и мышца матки. Из хронических инфекций, могущих вызвать маточные кровотечения (преимущественно меноррагии), главное значение имеют сифилис и туберкулез. Особенно велика роль сифилиса (нередко наследственного). Быть может, латентный сифилис лежит и в основе некоторых случаев общей астении, гипоплазии и инфантилизма матки. Нам не раз приходилось наблюдать прекрасное действие противосифилигического лечения в случаях так называемых функциональных маточных кровотечений, не поддававшихся никакому другому лечению. Подобно хронической инфекции, могут действовать и некоторые профессиональные интоксикации (ртутное, свинцовое, бензиновое и другие отравления), и хроническая наркомания (Гофштеттер, например, указывает не гиперменоррею у курильщиц).

III. В третью группу маточных кровотечений, по Гальбану, относят кровотечения, возникающие на почве психических и нервных влияний. Фабр (Fabre) описал так называемые «*métrorrhagies emotives*», т. е. кровотечения, возникающие на почве сильных эмоций (страх, радость, сильное горе и т. п.).

Новак и Гарник (Novac, Harnic; цит. по В. С. Груздеву) опубликовали недавно 45 случаев мено- и метроррагий чисто психического происхождения, где кровотечения возникали под влиянием таких моментов, как боязнь простуды, супружеские столкновения при несчастных браках, боязнь *coitus*, разочарование после дефлорации и т. п. Нам известен случай, когда у женщины наблюдались длительные кровотечения, благодаря которым она избавлялась от необходимости исполнять супружеские обязанности. В отсутствии мужа эти кровотечения обычно исчезали: кровотечения в данном случае играли роль как бы защитного рефлекса. Кровотечения могут наступать рефлекторным путем под влиянием болевых ощущений или раздражений, исходящих от отдаленных органов (например, кишок). Известны случаи, когда кровотечения прекращались, например, после аппендэктомии.

IV. В четвертую группу Гальбан включает все кровотечения, возникающие на почве пороков сердца и опухолей в окружности матки (застойная гиперемия в малом тазу). Груздев вполне справедливо предлагает расширить эту группу, включив в нее все кровотечения, зависящие от анатомических и функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Маточные кровотечения

в этой группе возникают либо на почве активной гиперемии органов малого таза (активный прилив крови), либо на почве пассивной гиперемии. Активная гиперемия может зависеть от факторов профессионального характера, как, например, длительная стоячая работа, работа на ножной швейной машине, на ножном станке, длительные переходы, длительная езда в автомобиле, работа на некоторых видах тракторов и т. п. Сюда же, вероятно, правильнее будет отнести кровотечения, возникающие вследствие постоянной гиперемии на почве половых эксцессов, мастурбации, *coitus interruptus* или приливов крови, вызванных термическими раздражениями (например, горячие ванны, горячие спринцевания, серные ванны и т. п.). Пассивная гиперемия органов малого таза в первую очередь может зависеть от пороков сердца или кардиопатий, особенно некомпенсированных (Дюрозье—Durozier, Ландузи—Landouzy, Дальшэ, Маршал—Marshall и др.). Кровотечения на почве расстройств сердечной деятельности могут наблюдаться во всяком возрасте (например, кровотечения в постклимактерическом возрасте и ювенильные кровотечения). Длительная гиперемия половых органов может вызывать гиперменоррею. Однако длительный застой крови может вызывать и вторичные изменения в половом аппарате (например, склероз маточных сосудов, изменение мускулатуры матки, мелкокистозное перерождение яичников), которые уже сами по себе могут быть причиной мено- и метrorрагий. Таким образом, не всегда легко и даже возможно установить патогенетическую роль заболеваний сердца в этиологии маточных кровотечений. Значение артериосклероза (особенно склероза сосудов матки) в этиологии маточных кровотечений (главным образом преклимактерических, климактерических и старческих) несомненно. Застойные явления в малом тазу могут зависеть от тромбоза сосудов, от наличия опухолей, от цирроза печени, от индурации легких и т. п. Гипертония—эссенциальная или на почве хронических нефритов, или склероза почек—также может вызывать маточные кровотечения. Само собой понятно, что разрыв варикозно расширенных вен в матке или аневризм (что является чрезвычайной редкостью) может служить источником маточных кровотечений.

V. Впятую группу Гальбан относит кровотечения, названные им оваригенными на том основании, что они обусловлены нарушением овариальной функции. Сюда относятся кровотечения с нарушенным ритмом или вовсе ациклические (по Шредеру).

Мы уже выше указывали, что всякая классификация маточных кровотечений, возникающих в результате нарушения нормального овариально-менструального цикла, страдает известной долей искусственности, ибо одна и та же причина может влиять и на матку, и на яичники, и на сосуды, т. е. на все компоненты механизма менструального кровотечения. С другой стороны, патология яичников влияет на весь остальной половой аппарат и даже на весь организм. Тем не менее выделение особой группы оваригенных кровотечений, несомненно, облегчает изучение, диагностику, а следовательно, и терапию маточных кровотечений. Основную группу ациклических кровотечений на почве дисфункции яичников (первичных расстройств функций яичника по схеме Гальбана) составляет заболевание, наиболее полно изученное Р. Шредером и известное под названием *metropathia haemorrhagica*¹. В основе этого заболевания лежит патологический процесс развития фолликулов, выражающийся в их персистенции. В норме фолликул, достигнув определенной стадии зрелости, лопается, а из клеток *membranae granulosaе* развивается желтое тело. С гибелью яйцеклетки наступает обратное развитие желтого тела и созревание нового фолликула следующего цикла и т. д. Соответственно фазам овариального цикла в слизистой оболочке тела матки происходят известные изменения. Стадии созревания фол-

¹ Некоторые авторы (например, Чернеховский) предлагают это заболевание называть *ovario-metropathia haemorrhagica hormonalis*, пытаясь в самом названии дать представление о сущности заболевания. Нам кажется, что подобное усложнение терминологии излишне, так как понятие о шредеровской метропатии имеет определенное содержание.

ликула соответствует в эндометрии стадия пролиферации. При *metropathia haemorrhagica* Шредера фолликулы не достигают естественной стадии своего развития, заканчивающейся обычно лопанием и образованием желтых тел. Гистологическое исследование яичников, произведенное Шредером в 189 случаях, показало, что яичники представляются увеличенными за счет наличия одной или нескольких мелких кист, которые являются не чем иным, как фолликулами с хорошо сохранившимся слоем *m. granulosa* и *theca interna*. Свежих желтых тел в яичниках нет. Слизистая оболочка матки представляет характерную картину. Под влиянием персистенции фолликулов, а следовательно, чрезмерного гормонального воздействия на слизистую оболочку матки, в последней имеет место усиленная пролиферация (гиперплазия). Соскоб в этих случаях обилён, выскобленные массы пропитаны кровью и внешне сходны с выскобленными кусками децидуальной оболочки. Иногда соскоб напоминает кусочки аденокарциномы тела матки. Микроскопически соскоб представляет картину огромной беспорядочной гиперплазии желез, имеющих самую разнообразную форму, со склонностью к кистовидной дегенерации; признаки секреции отсутствуют. Слизистая оболочка (функциональный слой) местами некротизирована, сосуды тромбозированы. Кровотечения в случаях *metropathia haemorrhagica* зависят, таким образом, не от менструальной фазы, а от отторжения некротизированных участков эндометрия. Матка обычно увеличена и сочна (иногда, впрочем, матка может быть и не увеличена). Обращает на себя внимание легкая проходимость цервикального канала даже у нерожавших. Кровотечения при *metropathia haemorrhagica* могут достигать угрожающих размеров, вызывая тяжёлые степени анемии (до 10% гемоглобина по Сали). В некоторых случаях кровотечения не отличаются особой интенсивностью, но зато в виде незначительных кровянистых выделений продолжают чрезвычайно долго. Чаще всего *metropathia haemorrhagica* наблюдается в пременопаузальном возрасте и в периоде полового созревания. По Шредеру, *metropathia haemorrhagica* встречается у 0,8—1% всех гинекологических больных; по данным Гуревич (клиника Кипарского), это заболевание встречалось у 0,5—1,2% всех амбулаторных больных.

Кровотечение в случаях *metropathia haemorrhagica* обычно наступает после более или менее длительной задержки менструаций, что и понятно: под влиянием персистенции фолликула истинная менструация выпадает, а кровотечение появляется в результате омертвления чрезмерно гиперплазированной слизистой оболочки матки. Возможно, что при наличии персистирующего фолликула имеет место неполноценность и преждевременная гибель самой яйцеклетки («генеративная недостаточность яичников» по Шредеру).

В схеме Гальбана, как было указано выше, кровотечения при *metropathia haemorrhagica* отнесены в группу овариальных кровотечений (первичные расстройства функций яичников). Однако можно задать себе вопрос, чем же является неизбежная искусственность классификации. То обстоятельство, что это заболевание встречается особенно часто в пременопаузальном возрасте, даёт основание предполагать, что дисфункция яичников может в этих случаях стоять в связи с целым рядом заболеваний, как, например, перенесённые воспаления половых органов, аномалии положения, склероз сосудов, расстройства обмена веществ или вегетативной нервной системы и т. п. Невозможность лопания фолликулов может зависеть от чрезмерной плотности *tunicae albuginea* яичника или от спаек, окутывающих его. В основе дисфункции яичников, вызывающей *metropathia haemorrhagica*, особенно в периоде полового созревания, может лежать расстройство корреляции между яичниками и другими эндокринными железами (например, гипофизом). Быть может, и инфантилизм (общий или генитальный) зависит от той же причины. Бергер (ученик Ашофа) высказывает предположение, что гиперплазия слизистой оболочки зависит от непосредственного влияния на нее обильно циркулирующего в крови гормона передней доли гипофиза; по его мнению, изменения в слизистой оболочке матки развиваются

параллельно изменениям в яичниках, но не в зависимости от них. Само собой понятно, что и эффективность, и выбор терапии при metrorrhagia haemorrhagica будут различны в зависимости от истинной причины этого заболевания в каждом отдельном случае.

К кровотечениям овариального происхождения можно, по нашему мнению, отнести и кровотечения, появляющиеся у некоторых женщин в интервале между двумя менструациями—во время лопания фолликула (приблизительно около 14—15-го дня после начала менструации). Эти кровотечения обычно незначительны и могут продолжаться от нескольких часов до 2—3 дней. Иногда кровянистые выделения сопровождаются болями внизу живота (так называемая «Mittelschmerz») и усиленными белями. Кровотечение может, по видимому, зависеть от гиперемии в связи с лопанием зрелого фолликула. Обычно эти кровотечения наблюдаются у женщин с патологически измененной маткой (воспалительного происхождения) и нередко появляются после coitus. В некоторых случаях не удастся констатировать какие-либо объективные изменения со стороны половых органов.

Мы уже неоднократно говорили о взаимной корреляции желез с внутренней секрецией и, в частности, о влиянии различных эндокринных желез на функцию яичников. Гальбан выделяет подгруппу овариальных кровотечений, стоящих в связи с дисфункцией эндокринных желез (щитовидной, гипофиза и реже—надпочечников). Кровотечения могут, по Штеккелю, стоять в связи со status thymico-lymphaticus. Диагностика истинной причины маточных кровотечений в этих случаях обычно весьма нелегка. К этой же категории относятся кровотечения, наблюдающиеся у новорожденных девочек (по Захариасу—в 2¹/₂%) и стоящие в связи с прекращением гормонального воздействия плаценты на организм новорожденной. Гальбан таким же образом объясняет и нагрубание грудных желез с выделением молока, наблюдающееся иногда у новорожденных. На то, что воспаление придатков матки и, в частности, яичников может быть причиной маточных кровотечений, мы уже неоднократно указывали выше. Кровотечение в этих случаях может зависеть как от изменений функций яичников, так и от патологических изменений в матке, связанных с воспалением, и особенно от активной гиперемии в эндометрии. Некоторые авторы (особенно французские) придают большое значение в происхождении маточных кровотечений мелкокистозному перерождению яичников. Опухоли яичников (так называемые Granulosazelltumoren, рак яичника, тератомы) также могут быть причиной маточных кровотечений. Котту удалось однажды прекратить маточное кровотечение, вылушив из яичника маленькую фиброму. Неправильные и даже иногда весьма серьезные кровотечения наблюдаются и при некоторых фолликулярных кистах (обычно достигающих величины сливы или небольшого яблока), нередко не поддающихся никакому консервативному лечению (Вагнер). Наблюдаются случаи, когда даже применение кастрационной дозы лучей Рентгена не останавливает кровотечения. В этих случаях только оперативное удаление кисты может привести к длительному излечению. Интересно отметить, что фолликулярные кисты могут также быть причиной и аменорреи (см. выше). Равным образом и кисты желтого тела могут быть причиной и аменорреи, и маточных кровотечений (Гальбан, Френкель). Следует всегда иметь в виду, что фолликулярные кисты и кисты желтого тела не всегда легко дифференцировать от воспаления придатков или внематочной беременности.

VI. Кровотечения, относимые Гальбаном в шестую группу, в сущности вполне совпадают с группой кровотечений, вошедших в первую группу. Этиология и терапия этих кровотечений понятны без особых объяснений.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение маточных кровотечений чрезвычайно многообразно, так как сама этиология кровотечений весьма различна. В основном врачу приходится лечить

не столько кровотечение, которое является лишь симптомом заболевания, сколько основное заболевание.

В некоторых случаях, однако, кровотечение бывает настолько сильным, что требует применения экстренных мер. Само собой понятно, что в случаях тяжелых анемий больная должна быть уложена в постель, при этом головной конец кровати должен быть опущен, таз несколько приподнят, ноги слегка согнуты в тазобедренном и коленном суставах. Влагалище должно быть туго затампонировано стерильным бинтом (см. ниже). Кроме применения кровоостанавливающих средств, нередко приходится прибегать к подкожному введению физиологического раствора поваренной соли и даже к переливанию крови. Следует, однако, сказать, что гинекологические маточные кровотечения (в отличие от акушерских) сравнительно редко являются причиной резкой внезапной анемии, требующей принятия экстренных мер, и если маточные кровотечения (типа гипер-полименорреи или мено-метроррагии) нередко доводят женщину до значительных степеней анемии, то последняя обычно развивается в результате длительных хронических кровопотерь. Кроме применения кровоостанавливающих средств в тесном смысле этого слова, лечение маточных кровотечений сводится к применению ряда средств и процедур, действующих не прямо на источник кровотечения (матку), а на весь организм или на отдельные органы, или на системы органов (половые органы, сердце, почки, щитовидную железу, гемопоэтическую систему и т. д.).

В общем средства, применяемые для лечения маточных кровотечений, делятся на: а) медикаментозные, б) серо- и гемотерапевтические, в) гормональные, г) физические (термические, гидробальнеологические, электротерапевтические, рентгенологические и радиологические) и д) хирургические.

Медикаментозные средства

Наряду с лечением основного заболевания, симптомом которого является кровотечение, уже с давних времен и до настоящего времени приходится применять не без пользы ряд средств, известных под названием *styptica*. Наиболее употребительны препараты спорыньи. Препараты спорыньи и ее производных (эрготин, секакорнин, гинэрген, секален) способны вызывать частью перистальтические, главным же образом тетанические сокращения маточной мускулатуры. Одни авторы объясняют эффект, вызываемый препаратами спорыньи, действием ее непосредственно на матку, а другие — влиянием спорыньи на центральную нервную систему (поясничную часть спинного мозга). Препараты спорыньи действуют, кроме того, сосудосуживающе и способны несколько повышать кровяное давление. Следует иметь в виду, что после приема больших доз спорыньи и ее дериватов вслед за фазой сужения сосудов может наступить стадия их расширения, вследствие чего кровотечение может возобновиться с удвоенной силой. Поэтому в гинекологии предпочтительно применяют препараты спорыньи в малых дозах, но в продолжение более или менее длительного времени. Спорынья сама по себе принадлежит к числу весьма нестойких лекарственных средств. Уже через полгода после сбора (жатвы) количество действующих веществ, содержащихся в спорынье, значительно уменьшается, а через год они совсем исчезают, если только собранный после жатвы материал не был вскоре тщательно высушен. Производные спорыньи (*ergotin*, *secacornin*, *secalen* и др.) отличаются значительной стойкостью. В практике чаще всего применяются следующие препараты спорыньи: 1) *Pulvis Secalis cornuti* 0,3—0,5 по 3—6 раз в день, 2) *Infus. Secalis cornuti ex* 6,0—8,0 : 200,0 по 1 столовой ложке через 2 часа; 3) мы особенно охотно назначаем *Extractum fluidum Secalis cornuti* по 20—30 капель 3—4 раза в день, 4) *Tinctura Secalis cornuti* по 20—30 капель 3—4 раза в день.

Ввиду того что препараты спорыньи имеют довольно неприятный запах, можно их чем-нибудь сдабривать, например, можно назначать: *Extr. Secalis*

cornuti fluid., Tincturae Cinnamomi aa 15,0 M. DS по 20—30 капель 3 раза в день. Можно назначать спорынью в виде пилюль, например:

Rp. Pulv. et extr. Secalis cornuti aa 3,0
Pulv. radic. Rhei q. s. ut f. pilul. N 30
DS. По 2 пилюли 3 раза в день после еды

Можно рекомендовать пилюли, содержащие *Secale cornutum* в следующей комбинации:

Rp. Extr. Secalis cornuti
Chinin. hydrochlorici aa 1,0
Calcii lactici 4,0
Pulv. rad. Rhei q. s.
ut f. pilul. N 30
DS. По 2 пилюли 2—3 раза в день после еды

Если больные не переносят спорыньи при внутреннем употреблении, можно применять ее per rectum, например:

Rp. Extr. Secalis cornuti 0,25
But. Cacao q. s.
Mf. supposit. D. t. d. N 6
S. По 1—3 свечи в день

Широким распространением пользуется эрготин, представляющий собой экстракт спорыньи. Эрготин можно применять подкожно в виде впрыскиваний (довольно болезненных!) или в виде пилюль, или раствора. Особенно известен *Ergotinum Bonjeani*:

Rp. Sol. Ergotini Bonjeani 5% 1,0
D. t. d. in ampulis N 6
S. Для инъекций

Rp. Ergotini 5,0
Aq. destill. 35,0
Acidi salicylici 0,1
Glycerini 10,0
MDS. По 1 десертной ложке в 2 столовых ложках теплой воды в виде клизмы 2 раза в день (после опорожнения кишечника)

Rp. Ergotini 3,0
Symp. simplic. 30,0
Aq. fontanal ad 150,0
MDS. По 1 столовой ложке через 3 часа

Из других препаратов заслуженной славой пользуется *Secacognin* в виде капель (от 8 до 15 капель на прием) или в виде подкожных впрыскиваний. В настоящее время в Союзе вырабатывается препарат *Secalen*, который заменяет импортный *Secacognin*.

Не рекомендуется назначать длительно препараты спорыньи женщинам с повышенным кровяным давлением. У некоторых женщин спорынья вызывает ноющие схваткообразные боли внизу живота. Необходимо заранее предупредить больных о возможности появления этих в общем незначительных болей.

Широким распространением как кровоостанавливающее средство при гиперменоррее пользуется канадский желтокорник (*Hydrastis canadensis*). Это средство обычно назначается за 8—10 дней до менструации и в течение последней:

Rp. Extr. Hydrastidis canadensis fluid. 15,0
DS. По 30 капель 3 раза в день после еды

Rp. Extr. Hydrastidis canadensis fluid. 3,0
Folii Sennae pulverati 6,0
M. f. pilul. N 30
DS. По 2 пилюли 3 раза в день (при запорах)

К числу кровоостанавливающих средств, применяемых при маточных кровотечениях, следует отнести травянистый хлопчатник (*Gossypium herbaceum*) и североамериканское растение *Namamelis virginica*, назначаемые обыкновенно в виде жидких экстрактов.

Rp. Extr. Gossypii herbacei fluid. 30,0
DS. По 40 капель 3—4 раза в день

Rp. Extr. fluid. Hamamelis virginianae 30,0
DS. По 1 чайной ложке 3—4 раза в день

В последнее время мы стали охотно применять при маточных кровотечениях жидкую вытяжку водяного перца:

Rp. Extr. fluid. Polygoni hydropiperis 40,0
DS. По 30—40 капель 3—4 раза в день

Действие Polygoni hydropiperis основано главным образом на вызываемом им повышении свертываемости и отчасти вязкости крови.

Организм больных иногда привыкает к кровоостанавливающим средствам, которые поэтому время от времени приходится менять. Мы охотно применяем смеси кровоостанавливающих средств:

Rp. Ergotin (или Extr. Secalis cornuti fluid.)
Extr. Hydrastidis canadensis fluid.
» Gossypii herbacei
» Hamamelis virginianae fluid. п̄а 10,0
MDS. По 30 капель 3 раза в день

Rp. Extr. Hydrastidis canadensis fluid. 5,0
» Secalis cornuti 3,0
Pulv. Liquiritiae q. s. ut f. pilul. N 50
DS. По 2 пилюли 3 раза в день

В случаях чрезмерной чувствительности маточной мышцы полезно применять средства, действие которых основано не столько на их кровоостанавливающих свойствах, сколько на их способности понижать возбудимость маточной мышцы и кровяное давление. Кроме замедления тока крови, вследствие расширения сосудов, эти средства оказывают и обезболивающее действие на половую сферу, почему их применяют преимущественно при гиперменоррее, сопровождающейся дисменорреей. К этим средствам относятся Stypticinum (или Cotarninum hydrochloricum), Viburnum prunifolium и некоторые другие. Стиптицин обычно назначают в виде таблеток по 0,05 3 раза в день. Viburnum prunifolium применяется в виде жидкого экстракта по 30—40 капель 3—4 раза в день. Можно применять Viburnum prunifolium в смеси с кровоостанавливающими средствами (Secale cornutum, Hydrastis canadensis и др.).

Из средств, применяемых с целью повышения свертываемости крови, обычно дают соли кальция и желатину.

Кальций можно вводить per os (в виде порошков или растворов) или внутривенно.

Rp. Calcii lactici 50,0
DS. 3 раза в день после еды на кончике ножа

Rp. Sol. Calcii chlorati 5% 200,0
DS: По 1 столовой ложке 3—4 раза в день после еды

Rp. Calcii chlorati 20,0
Syrupi Rubi Idaeii 10,0
Aquaе fontanae ad 300,0
MDS. По 1 столовой ложке через 3 часа после еды

Rp. Sol. Calcii chlorati 10%—10,0
D. t. d. N. 6 in ampul.
S. Для инъекций

Кальций внутрь следует назначать для длительного употребления (в течение 2—3 месяцев) с перерывами в 5—6 дней после каждого выпитого пузырька в 200,0—300,0. Можно назначать кальций или кальций вместе с сокращающими средствами (Ergotin и др.)

Частое употребление препаратов кальция нередко вызывает запоры, с которыми следует бороться. В некоторых случаях, если применение препаратов

кальция рег ос не дает желательного эффекта, можно вводить хлористый кальций внутривенно, но чрезвычайно осторожно, так как попадание кальция в клетчатку очень болезненно и может вызвать значительное воспаление—вплоть до некроза¹.

Чтобы остановить сильные кровотечения, можно прибегнуть к подкожному или, лучше, к внутримышечному введению желатины. Можно пользоваться стерильным 10% раствором (по 40,0 2 раза в день). Перед введением раствор желатины следует подогреть. В некоторых случаях маточных кровотечений (особенно у молодых девушек) подкожное введение желатины дает прекрасный эффект.

Желатину можно применять и внутрь в виде различных фруктовых желе или других блюд (мясных, рыбных, молочных) с добавлением желатины.

Серо- и гемотерапия (аутогемотерапия, переливание крови)

С е р о т е р а п и я заключается в подкожном введении нормальной лошадиной сыворотки. За неимением последней можно пользоваться антидифтерийной или любой лечебной сывороткой (по 10 см³ 1—2 раза в день). Введение сыворотки значительно повышает свертываемость крови и активирует клеточный обмен (подобно всякой протеинотерапии). Неприятной стороной подкожного применения сыворотки является возможность развития сывороточной болезни, протекающей иногда весьма бурно—вплоть до анафилактического шока. Мы лично воздерживаемся от применения сыворотки. Во всяком случае для предупреждения сывороточных явлений следует перед введением лечебной сыворотки десенсибилизировать больную, введя ей под кожу за 1 час до впрыскивания полной дозы 1 см³ сыворотки. Прекрасные результаты при маточных кровотечениях мы получили от применения аутогемотерапии. Благоприятное действие аутогемотерапии отмечает и целый ряд авторов (Кипарский, Малиновский, Брауде, Шмундак, Литвак, Либинзон, Гендон, Кантер, Вахтел и др.). Введенная больной ее же собственная кровь действует прежде всего как введенный парэнтерально белок: она стимулирует клеточный обмен, поднимает тонус вегетативной нервной системы и, возможно, повышает свертываемость крови. Аутогемотерапия, повидимому, усиливает функцию кроветворных органов. Кроме продуктов белковой природы, здесь, вероятно, оказывают действие и содержащиеся в крови липоиды и соли. В отличие от парэнтерального введения чужеродного белка аутогемотерапия не вызывает ни общей, ни очаговой реакции (при воспалительных заболеваниях). При внутривенном введении гемолизированной крови (см. ниже) иногда наблюдается кратковременная реакция, продолжающаяся 2—3 часа и выражающаяся в ознобе и повышении температуры до 38°.

Механизм кровоостанавливающего действия аутогемотерапии при маточных кровотечениях еще недостаточно изучен и не совсем понятен. Однако повседневные наблюдения с несомненностью доказывают благоприятное действие аутогемотерапии. Особенно благоприятный результат получается в случаях маточных кровотечений, возникших на почве воспалительных заболеваний половой сферы. Менее надежен результат аутогемотерапии при кровотечениях без ясно выраженного анатомического субстрата (при так называемых «функциональных кровотечениях»). Тем не менее мы неоднократно получали кровоостанавливающий эффект и в подобных случаях. Возможно, что аутогемотерапия при кровотечениях воспалительного происхождения играет роль иммунизирующего фактора, благоприятно действующего на основное заболевание (воспаление). По данным Шмундака, Литвака и др., аутогемотерапия повышает контрактильную способность маточной мышцы. В чем бы ни за-

¹ Кальций можно вводить и в виде Са-ионтофореза—см. ниже.

ключался механизм действия аутогемотерапии, лечебный эффект ее несомненен, и она заслуживает широкого применения в практике. Аутогемотерапия может применяться либо в виде аутосеротерапии, либо аутогемоцитотерапии (по Малинину), либо в виде введения цельной негемолизированной крови или гемолизированной, так называемой «лаковой» крови.

Аутосеротерапия и аутогемоцитотерапия в смысле методики применения довольно сложны и не имеют никакого преимущества перед введением цельной крови, почему и не получили широкого практического применения. Применяемый нами нередко метод лечения лаковой кровью неизменно давал нам вполне удовлетворительный результат. Следует, однако, иметь в виду, что, наряду с аутогемотерапией или после благоприятного эффекта, полученного при помощи аутогемотерапии в смысле остановки кровотечения, следует применять и другие методы лечения, направленные против основного заболевания. В случаях значительных кровопотерь (например, при персистирующем фолликуле или при геморрагических диатезах) переливание крови может оказать неоценимую услугу. Переливание 200—300 см³ крови обычно уже через 1—2 дня останавливает кровотечение. Повидимому, переливание крови увеличивает свертываемость крови больной и вообще стимулирует больной организм, повышает газообмен и раздражает гемопоэтическую систему. Само собой разумеется, что при переливании крови должны быть соблюдены все правила подбора донора (отсутствие сифилиса, малярии и других инфекционных болезней и групповое соответствие по отношению к реципиенту).

Гормонотерапия

Поскольку значительная часть маточных кровотечений непосредственно или косвенно зависит от дисфункции яичников или других звеньев эндокринной системы, вполне естественной является мысль о применении гормонопрепаратов для лечения этих кровотечений. Следует, однако, оговориться, что далеко не всегда удастся поставить точный диагноз эндокринного расстройства в каждом отдельном случае кровотечения, тем более что на практике этиология маточного кровотечения оказывается нередко достаточно сложной. Поэтому в большинстве случаев гормонотерапию маточных кровотечений приходится проводить как бы ощупью, переходя от одного средства к другому или применяя полигормональную терапию. Точный и обстоятельный анализ случая, базирующийся на данных анамнеза и объективного исследования, в большинстве случаев дает возможность хотя бы ориентировочно выделить наиболее пораженное звено в сложной цепи эндокринных взаимоотношений, для того чтобы с него начать лечение.

В тех случаях, когда маточное кровотечение может быть объяснено гипотонией недоразвитой матки на почве недостаточности «генеративно-циклической» функции яичников (по Шредеру) или в других случаях—недостаточной функцией яичников (например, при мелкокистозном их перерождении), введение фолликулина (лучше всего подкожно), несомненно, может принести пользу. Применение фолликулина в этих случаях в общем совпадает с лечением аменорреи (см. выше). Иногда введение фолликулина, регулируя функцию яичников в предклимактерическом и климактерическом периодах, может остановить кровотечение. По мнению Шредера и его школы, меноррагии часто зависят от чрезмерного содержания фолликулина в организме (в крови) больной (например, при персистирующем фолликуле). Однако ряду авторов (Манерт—Mahnert, Муркен—Murken, Цондек и Зейтц и др.) удавалось получить благоприятный эффект от фолликулина в ряде случаев гипер- и полименорреи даже при наличии избытка фолликулина в крови больных (Цондек и Зейтц). Гауптштейн (Hauptstein) совершенно резонно советует в случаях маточных кровотечений вводить фолликулин в небольших дозах для того, чтобы не получить вместо

лечебного эффекта усиления кровотечений. Мы вполне разделяем точку зрения этого автора.

В случаях маточных кровотечений, зависящих от персистенции фолликула и отсутствия желтого тела (при metrorrhagia haemorrhagica), вполне логично испытывать лечение препаратами желтого тела, подавляющего функцию фолликулов.

У нас вырабатывается препарат желтого тела (лютеогландоль). Клиника Вагнера (Кауфман и Бидль—Biedl) получила от применения препаратов желтого тела (Luteogan) удовлетворительные результаты в некоторых случаях маточных кровотечений, не поддававшихся другим методам лечения. Препарат желтого тела следует вводить в небольших дозах (всего 15—30 КЕ¹, по 4—2 КЕ ежедневно). Френкель на основании своих исследований приписывает инкрету желтого тела кровоостанавливающую функцию. Исходя из этого, можно применять препараты желтого тела при маточных кровотечениях не только овариенного происхождения.

По тем же соображениям, по которым в некоторых случаях маточных кровотечений (главным образом овариенного происхождения) можно применять фолликулинотерапию, бесполезным может оказаться и введение препаратов передней доли гипофиза (пролан) тем более, что, кроме стимулирования функции яичников (и следовательно, всего полового аппарата), пролану (именно пролану В) приписывается лютеинизирующее свойство. Основываясь на том, что в крови беременных (особенно в первые месяцы) циркулирует большое количество гормона, стимулирующего лютеинизацию, в клинике Кипарского при персистирующем фолликуле проводится лечение кровотечений инъекциями крови беременных женщин (10 см³ крови впрыскивается большой внутримышечно). Само собой разумеется, что у донора не должно быть сифилиса, малярии и других инфекционных болезней. Гуревич сообщает о благоприятных результатах, полученных от этого вида терапии. Большинство леченных этим способом больных страдало так называемыми ювенильными кровотечениями.

В борьбе с маточными кровотечениями можно испытать и препарат задней доли гипофиза (питуикрин). Ввиду сосудосуживающего действия и свойства повышать свертываемость крови питуикрин особенно показан при кровотечениях у молодых девушек (при так называемых «ювенильных» кровотечениях).

По мнению Бернара (Bernard), пользовавшегося питугландолем, кровоостанавливающее действие препарата задней доли гипофиза зависит от трех факторов: сокращения маточной мускулатуры, сужения просвета сосудов и подавляющего влияния на яичники. Питуикрин нельзя назначать женщинам с повышенным кровяным давлением и вообще больным, страдающим расстройством сердечно-сосудистой системы. Препараты задней доли гипофиза весьма активны, но в некоторых случаях они вызывают ряд неприятных явлений, как, например, чувство сердечной тоски, резкое побледнение, обморочное состояние, головную боль и т. д. Поэтому применять питуикрин следует осторожно, не прибегая к большим дозам. Мы обыкновенно начинаем с 0,3—0,5 питуикрина в виде подкожных инъекций и никогда не вводим сразу более 1 см³.

В некоторых случаях значительных маточных кровотечений, преимущественно при пониженном кровяном давлении, можно испытать препарат надпочечников (адреналин). Обычно применяют раствор адреналина 1 : 1 000 в виде подкожных инъекций (0,5 или 1,0) 1—2 раза в день или в виде капель (3—4 раза в день по 2—10 капель).

Препарат щитовидной железы (тиреоидин) обычно применяется один или одновременно с другими опопрепаратами в случаях недоста-

¹ КЕ—кроличьи единицы.

точности щитовидной железы (1 или 2 раза в день по 0,1). В некоторых случаях ювенильных кровотечений тиреоидин помогает там, где применение других средств остается безрезультатным. Лечение тиреоидином можно продолжать в течение не более 2—3 недель, причем следует внимательно наблюдать за общим состоянием больной. Явления чрезмерной нервной возбудимости, особенно дрожание рук, учащение пульса, сердцебиение, понос, быстрое падение веса, появление сахара в моче свидетельствуют о том, что доза примененного тиреоидина слишком высока. Быть может, влиянию на щитовидную железу следует приписать благоприятное действие вводимого в организм иода при кровотечениях эндокринного происхождения. Мы лично неоднократно получали благоприятный результат от внутримышечного введения люголевского раствора. Е. Шварцманом (совместно с проф. Брауде) установлено, что иод подавляет функцию яичников у экспериментальных животных, вызывая в них дегенерацию и гибель фолликулярного аппарата. Капралов получил в 10 случаях тяжелых маточных кровотечений эндокринного происхождения прекрасный результат от иодопротеинотерапии. Он вводил через день внутримышечно смесь из 1—3 см³ молока и 8—15 капель водного раствора иода.

Некоторые авторы рекомендуют при маточных кровотечениях применять вытяжку из паращитовидных желез, повышающую содержание кальция и тромбокиназы в крови. Аллен и Гольдторп (Allen a. Goldthorpe) вводили внутримышечно в 14 случаях тяжелых кровотечений у молодых женщин и девушек гормон паращитовидных желез, выделенный Коллипом (по 40 единиц ежедневно в течение 5 дней). Благоприятный результат получен ими лишь в 5 случаях. Одновременно с введением гормона паращитовидных желез эти авторы назначали внутренние приемы препаратов кальция. Бакач (Bakács) применил вытяжку из паращитовидных желез в 40 случаях гиперменорреи, причем в 70% случаев получил полную остановку кровотечения в течение 4 дней, в 20%—уменьшение кровотечения, а в 10% лечение оставалось безрезультатным. В некоторых случаях применение паратиреоидина оказывало благотворное действие и на течение следующей менструации. Мы лично не имеем опыта в применении экстракта паращитовидных желез. Нам кажется, что введением этого препарата можно значительно усилить (активировать) действие кальциотерапии.

Препараты, приготовленные из грудных желез животных, также находят применение в терапии маточных кровотечений, преимущественно овариального происхождения, а также при кровотечениях на почве фибромиом матки и гипертрофических процессов в последней. У нас изготавливается препарат из грудной железы, известный под названием маммина. В маммине предполагается наличие гормона грудной железы, действующего антагонистически по отношению к яичникам. По наблюдению ряда авторов, маммин вызывает значительное уменьшение матки (Федоров), обладает сосудосуживающим действием (Каваньис, Лоредан, Спирито), увеличивает сократительную способность маточной мышцы (Отт и Скотт), вызывает гипертрофию надпочечников и увеличение содержания адреналина в крови (Винье, Адлер), способствует накоплению в крови солей кальция (цитировано по Келлату). Мы довольно часто применяем маммин при маточных кровотечениях, связанных с дисфункцией эндокринного аппарата (и, в частности, яичников) и с наличием фибромиом, но не можем отметить постоянного или длительного эффекта от мамминотерапии. Наши наблюдения совпадают с наблюдениями и ряда других авторов (Шарльтон—Charlton, Винье—Vignes, Котт и др.). Во всяком случае применение мамминотерапии даже в течение многих месяцев, повидимому, совершенно безвредно. Маммин обычно назначается в виде таблеток 3—4 раза в день по 0,5 в течение долгого времени (месяцев) в жидком виде (по 40 капель 2 раза в день на подщелоченной воде) или в виде инъекций маммокрича.

Возможно, что аутомамминотерапия или аутомамминоногальванотерапия, получившие у нас в последнее время распро-

странение, усиливая функцию грудной железы больных, страдающих маточными кровотечениями, окажутся более действительными методами, чем применявшаяся до сих пор мамминотерапия (см. ниже).

И н с у л и н о т е р а п и я также находит место в ряду методов лечения маточных кровотечений. По исследованиям Фогта, инсулин может сокращать длительность нормальной менструации и уменьшать количество теряемой крови. В 50 случаях маточных кровотечений Фогт, применяя инсулин, получил положительный результат в большинстве случаев кровотечений овариального происхождения. По его мнению, отрицательный результат инсулинотерапии позволяет исключить связь кровотечения с нарушением функции яичников. Фогт назначает дозы по 20—25 единиц в виде инъекций, 2 раза в день. Лечение длится 3—4 дня. После каждого введения инсулина следует принять не менее 30,0 сахара в том или ином виде.

Бюльтеман (Bültemann), применявший инсулинотерапию в 50 случаях, также отмечает постоянный успех в случаях кровотечений у молодых девушек. При климактерических кровотечениях успех от инсулинотерапии непостоянен. При кровотечениях воспалительного происхождения инсулин не оказывает никакого действия. Котт, применив инсулин в 30 случаях, постоянно получал определенно положительный эффект в случаях маточных кровотечений, зависевших от нарушения функции яичников. В тех случаях, когда лечение началось по поводу уже имеющегося кровотечения, Котт придерживался методики Фогта. Если же имелось в виду предупредить предполагающуюся меноррагию, он назначал 2 инъекции по 20 единиц: одну инъекцию на 4—5-й день менструации, а другую—в межменструальном периоде. Таким образом, ему часто удавалось устранить полименоррею и установить более правильную цикличность менструаций. Успешность инсулинотерапии подтверждена и рядом других авторов (Кондамен и Брюна—Condamin, Brunat, Гофман—Банг—Hoffmann—Bang и др.).

По нашему мнению, инсулинотерапия, несомненно, заслуживает того, чтобы ее испробовать в случаях упорных маточных кровотечений овариального происхождения.

Физические методы лечения

К физическим методам лечения обычно относят: гидротерапевтические процедуры, бальнеотерапию, электротерапию, рентгено- и радиотерапию. Однако сюда же следовало бы отнести и меры, регулирующие бытовой и профессиональный режим женщин, страдающих маточными кровотечениями. Не подлежит сомнению, что физический покой (постельное содержание) является могущественным фактором, способствующим уменьшению или даже остановке маточного кровотечения. Так, в случаях гиперменорреи полный физический покой в течение первых 2 дней менструации значительно сокращает кровопотери. Еще эффективнее он в случаях кровотечений, имеющих воспалительную этиологию, когда физический покой является составной частью лечения воспалительных процессов вообще. Кровотокающий орган должен быть иммобилизован—это основное правило лечения любого кровотечения вообще. В тех случаях, когда маточное кровотечение (типа гипер- или полименорреи) может быть связано с застоем крови в органах малого таза или с чрезмерной активной гиперемией половых органов, вызываемых условиями работы, необходимо обратить внимание и на это обстоятельство. Вынужденное положение, например, работающих на пишущих машинках, длительная работа в стоячем положении могут нарушить правильность менструальной функции вследствие застойной гиперемии тазовых органов. Непременным условием успешного лечения маточных кровотечений в этих случаях является, само собой разумеется, устранение вредных моментов профессиональной работы или даже переход на другую работу.

Регулирование половой жизни в случаях маточных кровотечений также играет немаловажную роль. Слишком частые половые сношения, вызывая гиперемии органов малого таза, мастурбация, coitus interruptus и т. п., несомненно, в некоторых случаях поддерживают и усиливают гипер- и полименоррею.

К области физических методов лечения маточных кровотечений следует отнести и меры, направленные к регулированию функции пищеварительного тракта. Хронический аппендицит, колит, хронические запоры, несомненно, могут быть причиной или фактором, способствующим возникновению маточных кровотечений. В этих случаях регулирование функции кишечника является непременным условием для правильной терапии маточных кровотечений и предпосылкой для успешного применения кровоостанавливающих средств.

Наряду с перечисленными мероприятиями, имеющими целью изменение условий внешней среды и состояний организма, зависящих от неблагоприятных воздействий внешних факторов, сюда следовало бы отнести и меры, направленные к устранению причин психогенного характера, которые могут быть причиной маточных кровотечений. Если устранение этих причин в большинстве случаев находится вне компетенции врача, то все же на его обязанности лежит разъяснение роли этих моментов как факторов, обуславливающих маточное кровотечение. Иногда для устранения кровотечения достаточно психотерапевтического воздействия.

Гидротерапевтические процедуры. При маточных кровотечениях холодная или горячая вода может применяться в виде влагалищных спринцеваний, обливаний, душей, общих и сидячих ванн, ножных и ручных ванн и в виде воздействия на живот (на низ живота).

Мы никогда не назначаем холодных влагалищных спринцеваний. Больные обычно плохо их переносят, и действие их в общем не лучше горячих влагалищных спринцеваний. Мы не видели особенно хороших результатов в смысле остановки кровотечения и от горячих влагалищных спринцеваний (47—50°). Понятно, речь идет о кровотечениях меноррагического характера. Горячие влагалищные спринцевания, применяемые систематически и длительно, являясь прекрасным рассасывающим и нередко болеутоляющим средством, но кровоостанавливающее действие их ничтожно, а в случаях острого воспаления или при климактерических кровотечениях применение горячего спринцевания может даже усилить имеющееся кровотечение; поэтому, если горячие влагалищные спринцевания не дают быстро кровоостанавливающего эффекта, продолжать их не следует. Мы не видим никакого смысла в прибавлении к воде различных вязких или кровоостанавливающих средств, рекомендуемых некоторыми врачами, так как при влагалищных спринцеваниях вода не приходит и не должна приходиться в соприкосновение с кровоточащим местом (эндометрием).

Дальше рекомендует для остановки маточных кровотечений (гиперменорреи) следующую процедуру: повторное и частое погружение рук (до локтей) в горячую воду и быстрое извлечение их из нее; процедуру следует проделывать утром и вечером. Маточное кровотечение, по его мнению, останавливается рефлекторно. Из тех же соображений он рекомендует холодные ножные ванны. Мы не применяем процедур, рекомендуемых Дальше. Охотнее и чаще всего мы рекомендуем при меноррагиях холод (пузырь со льдом) на низ живота, что в большинстве случаев дает хороший эффект особенно при применении совместно с другими кровоостанавливающими средствами (styptica и др.).

Прохладные (20°) души, обливания, прохладные ванны или полуванны не оказывают специфического действия при маточных кровотечениях типа гипер- и полименорреи, но могут применяться как средства подсобные, например, как повышающие общий тонус при энтероптозе, расслаблении связочного аппарата матки, при чрезмерной полноте или при склонности к ожирению, причем эти процедуры следует применять в про-

межутки, свободные от кровотечения. Само собой понятно, что прохладные гидропроцедуры противопоказаны в тех случаях, когда женщины значительно ослаблены и анемизированы.

И о н о г а л ь в а н и з а ц и я с х л о р и с т ы м к а л ь ц и е м. Методика и техника ионогальванизации изложены в главе о лечении воспалительных заболеваний. Механизм кровоостанавливающего действия ионогальванизации хлористым кальцием в основном сводится к уплотнению стенок сосудов (к уменьшению их проходимости) и повышению их тонуса, повышению свертываемости крови, усилению тонуса гладкой мускулатуры матки, ослаблению воспалительных явлений (уменьшению отека), устранению имеющейся декальцинации, изменению соотношений ионов калия и кальция в очаге воспаления и по его окружности.

Кальций вводится с положительного полюса, а последний, как известно, обладает сосудосуживающим действием. Лучше всего пользоваться наливными или проточными электродами, вводимыми во влагалище (остерегаться ожогов!). Одновременная ионогальванизация иодом и кальцием позволяет усилить лечебный эффект за счет выраженного резорбирующего действия ионов иода на воспалительный очаг. За последнее время предложено вводить 50—100 см³ 1—2% раствора хлористого кальция в прямую кишку; при этом пластинчатые электроды площадью в 200—300 см² с подкладками, смоченными раствором поваренной соли, располагают один в области нижнего отдела поясницы или крестца, а второй над лобком. Задний электрод соединяется с положительным полюсом источника постоянного тока. Такая замена влагалищных электродов наполнением прямой кишки лекарственным электролитом, располагающимся в межполюсном пространстве, представляется нам особо целесообразной, так как устраняет возможность повреждения (ожогов) влагалищных стенок и шейки матки гальваническим током. При такой методике часть кальция вводится в организм больной в ионизированном состоянии, другая же часть всасывается слизистой в неионизированном виде, что позволяет ожидать усиления кровоостанавливающего действия кальция—ионогальванизации. Перед наполнением ампулы прямой кишки раствором кальция желательнее опорожнить кишечник при помощи клизмы.

А у т о м а м м и н и з а ц и я. Метод этот основан на возможности повышения функций грудных желез (секреции и инкреции) (Мыкертчьянц и Келлат, Журавлев, Ягунов, Желоховцев и др.), что ведет к подавлению внутрисекреторной деятельности яичников и отсюда к уменьшению или прекращению кровотечения. Такое объяснение механизма действия аутомамминизации не может быть признано вполне удовлетворительным, так как повышенная выработка грудными железами гормона маммина при аутомамминизации точно не доказана.

В основе остановки маточного кровотечения помощью аутомамминизации лежит, повидимому, рефлекторное воздействие с грудных желез на половые органы (яичники, матку), тем более, что существование такого рефлекса известно из повседневной акушерской практики (сокращение матки при кормлении грудью).

Аутомамминизация в настоящее время проводится самыми разнообразными методами: гальваническим, диатермическим электрическим токами, освещением грудных желез лампой соллюкс, инфракрасной лампой, реже ртутно-кварцевой лампой, наложением на грудные железы нагретой грязи и, наконец, применением обычной грелки.

Аутомамминизация помощью ионогальванизации проводится нами следующим образом: два пластинчатых круглых электрода с подкладками, смоченными раствором поваренной соли или обычной теплой водопроводной водой, располагаются на грудных железах таким образом, чтобы соски находились в отверстиях электродов. Электроды присоединяются при помощи раздвоенного провода к отрицательному полюсу постоянного электрического тока

и укрепляются либо при помощи бинта, либо марлевых полосок, протягиваемых через прорезы электродов. Второй электрод, смоченный или наполненный 2% раствором хлористого кальция, располагается во влагалище. Накладывая таким образом, электроды, можно сочетать гиперемизирующее действие катода на грудные железы с анемизирующим действием анода на половые органы и кровоостанавливающим действием ионизированного кальция. Кожа грудных желез сравнительно легко раздражается постоянным гальваническим током, вследствие чего на ней нередко образуются поверхностные мелкие ссадины (язвочки, фликтены), длительно не заживающие. Мы применяем поэтому небольшую силу тока в 10—15 мА при продолжительности сеанса в 20—30 минут; сеансы повторяем через 1—2 дня.

Ягунов пользуется при аутоамминизации 1% раствором хлористого кальция при силе тока в 25—30 мА и продолжительности сеанса в 20 минут, сеансы повторяются ежедневно и применяются на обе грудные железы. Мыкертчянц и Келлат пользуются 2% иодистым калием (на грудные железы) и 25% хлористым кальцием (во влагалище), при силе тока в 10—12 мА; сеансы через день. Результаты, полученные нами при аутоамминизации помощью ионогальванизации, не отличаются особой стойкостью и зачастую носят кратковременный характер.

Наряду с постоянным током для аутоамминизации применяется и диатермический ток. Для эндотермии применяют или специальные электроды, удерживаемые самой больной при помощи изолированных рукояток, или указанные выше электроды.

Электроды располагаются по одному на каждой грудной железе или же два грудных электрода на одном раздвоенном проводе присоединяют к одной из клемм диатермического аппарата (безразлично к какой), а второй электрод площадью в 200—300 см² укрепляют на спине в грудной области и соединяют проводом с другой клеммой аппарата. Сила тока доводится до 1 А; продолжительность сеанса равна 20—30 минутам; процедуры проводятся ежедневно или через день.

При геморрагической метроррагии маточные кровотечения сравнительно быстро купируются (не всегда стойко) при прогревании грудных желез и инфракрасной лампой, лампой со люксом. Метод этот чрезвычайно прост, не требует особых приспособлений для грудных желез и доступен в условиях как стационара, так и амбулатории. Освещение грудных желез проводится ежедневно, продолжительность сеанса равна 10—15 минутам; общее количество сеансов зависит от получаемых результатов. При освещении обнажаются только грудные железы, остальную же часть туловища прикрывают простыней. Следует избегать чрезмерного перегревания грудных желез.

За последние годы в курортной, а также и во внекурортной обстановке применяется для аутоамминизации нагретая до 46—50° грязь, накладываемая ежедневно или через день на обе грудные железы. Для того, чтобы грязь не расплзалась, она должна быть густой консистенции; толщина слоя грязи—от 6—8 до 10 см. Продолжительность сеанса—10 минут. Результаты этого метода, согласно некоторым авторам, хорошие, хотя иногда наблюдаются выраженные жалобы со стороны сердца.

Аутоамминизация может быть проведена и помощью обычной грелки, накладываемой ненадолго на обе грудные железы.

Эндотермия (диатермия). В отдельных случаях маточных кровотечений, вызванных эндокринно-вегетативными заболеваниями как генитального, так и экстрагенитального характера, нами применяется эндотермия области печени или селезенки. Раздражение теплом таких крупных отделов ретикуло-эндотелиальной системы, как селезенка и печень, дает иногда разительный кровоостанавливающий эффект. Механизм действия до некоторой степени аналогичен таковому при облучении этих органов неболь-

шими дозами рентгеновских лучей. Применяемая нами техника следующая: два подвижных (на лентах) пластинчатых электрода (150—200 см²) накладывают на область печени или селезенки таким образом, чтобы эти органы находились между электродами в межполюсном пространстве. Чтобы не повредить эти органы эндотермическим током, мы пользуемся сравнительно небольшой силой тока в 0,5—0,75 А при продолжительности сеанса в 15—20 минут. При подвижных электродах больная может получать процедуру и в сидячем положении. Число процедур зависит от особенностей случая.

Если маточное кровотечение обусловлено дисфункцией (resp. гипофункцией) щитовидной железы или гипофиза, эндотермии подвергается щитовидная железа или гипофизарная область, для чего используются пластинчатыми электродами значительно меньших размеров, причем электроды располагаются по сторонам щитовидной железы или один электрод кладут на область щитовидной железы, а второй на шею сзади. При эндотермии области гипофиза электроды накладывают на височные области; сила тока не превышает 0,2—0,5 А. Продолжительность сеанса обычная.

Рентгенотерапия. В возрасте, близком к климактерическому или уже в климактерическом, рентгенотерапия дает прекрасные результаты. Техника освещения в этих случаях обычно та же, что и при рентгенолечении миом (стр. 214).

Несколько иначе обстоит дело с рентгенолечением маточных кровотечений в молодом возрасте. Рентгенотерапия яичников в большинстве подобных случаев, понятно, может избавить женщину от кровотечений, но вместе с этим при очень малой дозе мы часто получаем рецидив, а при большей дозе рискуем надолго, а может быть, и навсегда, выключить овулогенную функцию яичников. Возможность повреждения рентгеновскими лучами яйцевой клетки представляет некоторый риск и в отношении вредного влияния на рост и развитие плода в тех случаях, когда зачатие наступает после применения рентгеновских лучей. Следовательно, в молодом возрасте освещение яичников рентгеновскими лучами применяется очень осторожно и лишь как *ultimum refugium*.

Существующая связь между яичниками и другими эндокринными железами явилась обоснованием косвенного воздействия на функцию яичников путем освещения рентгеновскими лучами других эндокринных желез, как гипофиз (Геллер—Geller, Гофбауер—Hofbauer, Вернер), щитовидная железа (Барак—Barak). Правда, следует отметить, что все эти попытки еще до сих пор находятся в стадии изучения и наблюдения, а потому и не могут быть рекомендованы для широкого применения.

Наиболее удовлетворительные результаты дает освещение селезенки рентгеновскими лучами. Механизм действия лучей Рентгена на прекращение кровотечений объясняется различно. В основном освещение селезенки рентгеновскими лучами способствует значительному повышению свертываемости крови. Поэтому в первую очередь облучение селезенки рентгеновскими лучами показывается во всех случаях кровотечений, когда налицо имеется значительное понижение свертываемости крови. Обычно после освещения рентгеновскими лучами в половине случаев и даже больше кровотечение прекращается в тот же или на следующий день. Если после первого облучения кровотечение не остановилось, то спустя 1—2 дня снова повторяют освещение. Освещение селезенки рентгеновскими лучами уместно и в случаях юношеских кровотечений (Вернер, Арнштам, Брюллова, Теодор, Каплан). При этом иногда достигается и регулирование менструального цикла.

Техника освещения. Больная лежит на правом боку; освещается жесткими лучами область селезенки; тубус 10×15 см, фокусное расстояние—25—30 см; доза $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ НED; промежутки между освещениями от нескольких дней до 2 недель.

Хирургические методы лечения

Под хирургическими мероприятиями при меноррагиях мы подразумеваем оперативные воздействия на слизистую оболочку матки (или матку в целом) или на яичники. Сюда же можно отнести и редкие случаи спленэктомии, которая может быть применена по тем же показаниям, что и рентгенизация селезенки.

Мы уже упоминали выше о т а м п о н а д е в л а г а л и щ а как методе остановки кровотечения. Само собой разумеется, что тампонада является лишь временным, паллиативным приемом для остановки сильного маточного кровотечения. Обычно она применяется, когда больную нужно перевезти в лечебное заведение или как временная мера перед применением других средств.

При тампонаде влагалища следует соблюдать строжайшую асептику. Кожа в области наружных половых органов, промежности и внутренней поверхности бедер должна быть тщательно очищена, волосы сбриты. Материал для тампонации и инструменты (и руки!) должны быть стерильны. Лучше всего тампонаду производить через зеркало. Влагалище следует освободить от кровяных сгустков и, если возможно, протереть спиртом или проспринцевать раствором сулемы (1,0:1 000,0) или марганцовокислого калия. Для тампонады лучше всего пользоваться стерильными бинтами. Если материал состоит из салфеток, то число введенных во влагалище салфеток следует сосчитать и записать. Оставлять тампон во влагалище дольше 12 часов нельзя, так как пропитанная кровью марля является прекрасной средой для размножения микробов. Тампонаду следует начинать со сводов, тщательно и туго выполняя во влагалище, — иначе она не достигает цели.

Поллоссон (Pollosson) рекомендует вместо тампонады закрывать наружный маточный зев при помощи сконструированных им щипцов. По его мнению, этот прием эффективнее и, кроме того, не отражается на функции мочевого пузыря в смысле задержки мочеиспускания, что нередко наблюдается при правильной тампонаде влагалища. Вместо инструмента Поллоссона можно воспользоваться щипцами Мюзо.

К средствам для воздействия на слизистую оболочку матки относятся: в н у т р и м а т о ч н ы е п р и ж и г а н и я и в п р ы с к и в а н и я, в а п о р и з а ц и я п о л о с т и м а т к и и в ы с к а б л и в а н и е.

Мы лично никогда не применяем прижигания слизистой оболочки матки раствором хлористого цинка, крепкими растворами азотнокислого серебра, формалина, полуторахлористого железа и т. п. Не говоря уже о том, что эти манипуляции не всегда дают ожидаемый эффект, действие их в лучшем случае временно, а в худшем — они могут давать тяжелые осложнения в виде пиометры или полной облитерации полости матки. По этим же соображениям мы в настоящее время совершенно отказались от вапоризации (ошпаривания эндометрия водяным паром не ниже 125°), предложенной Снегиревым.

Менее опасны и в некоторых случаях весьма полезны в н у т р и м а т о ч н ы е в п р ы с к и в а н и я по Г р а м м а т и к а т и, состоящие в систематическом введении в полость матки иода в виде иодной настойки (5%) или в виде смеси иодной настойки и алюмола:

Rp. T-rae Jodi
Spiritus vini aa 50,0
Alumoli 5,0
MDS. Для внутриматочных впрыскиваний

Груздев считает подходящими для лечения внутриматочными впрыскиваниями иода преимущественно случаи хронических воспалений матки, яичников, труб, а следовательно, и кровотечений, в этиологии которых воспаление играет доминирующую роль. Лечение можно проводить амбулаторно. Хотя мы не являемся сторонниками внутриматочных манипуляций в условиях амбулаторной практики вообще и, в частности, не видим больших преимуществ способа Грамматикати перед другими методами лечения маточных кровотечений типа мено-метроррагий, тем не менее в некоторых случаях, упорно не поддаю-

щихся лечению, мы все же, прежде чем прибегнуть к радикальному лечению (к рентгенотерапии, экстирпации матки, резекции яичников), прибегаем к способу Грамматикати. Само собой разумеется, что внутриматочные впрыскивания иода можно назначать лишь в тех случаях, когда безусловно исключена вне-маточная беременность, неполный выкидыш, подслизистая фибромиома, полип, рак, острое или подострое воспаление половых органов или тазовой брюшины.

Особенно распространено выскабливание матки острой кюреткой. Следует, однако, отметить, что в огромном числе случаев выскабливание производится без надлежащих показаний и, что еще хуже, даже при наличии противопоказаний к этой операции. Выскабливание матки при маточных кровотечениях может иметь двоякое значение: 1) диагностическое и 2) терапевтическое. Диагностическое значение операции выскабливания огромно и незаменимо. Нередко лишь результат микроскопического исследования соскоба дает возможность поставить точный диагноз. Достаточно указать на то, что в основе ряда гипер- и полименоррей лежит эндометрит или гипотония матки на почве задержавшихся остатков плодного яйца или отпадающей оболочки (плацентарный, децидуальный полипы). Только путем выскабливания (в обычных условиях больничной работы) можно исключить наличие полипа слизистой матки, небольших субмукозных фибромиом и, наконец, злокачественных опухолей (рака, саркомы). Таким образом, диагностическое значение выскабливания при маточных кровотечениях огромно. В ряде случаев пробное выскабливание превращается в терапевтическое. При меноррагиях, не стоящих в связи с беременностью или с опухолями, выскабливание в значительной степени теряет свое значение. Все же, по литературным данным (Бринкман, Шредер, Живатов и др.) и по нашим наблюдениям, выскабливание в случаях маточных кровотечений на почве расстройства функции яичников дает в 50% случаев благоприятный эффект. Трудно, однако, представить, каким образом выскабливание может излечить гипер- или полименоррею овариального происхождения. При этой форме маточных кровотечений мы реже всего видели положительные длительные результаты от выскабливания. Непосредственный кровоостанавливающий эффект, повидимому, зависит от энергичного сокращения матки, вызываемого выскабливанием слизистой оболочки (Вагнер, Шредер). Длительный эффект выскабливания при гипер- и полименоррее, как мы уже говорили, весьма непостоянен, а в тех случаях, когда он наблюдается, его можно, вероятно, объяснить рефлекторным действием выскабливания на яичники.

Иначе обстоит дело при маточных кровотечениях на почве *metrorrhagia haemorrhagica* и в случаях так называемых преклимактерических кровотечений. В таких случаях энергичное выскабливание обычно дает хороший непосредственный результат в смысле остановки кровотечения и в ряде случаев может дать и длительный терапевтический эффект. Не имеет смысла прибегать к повторным выскабливаниям, если эффект однократного энергичного выскабливания оказался неудовлетворительным. Во всяком случае выскабливание безусловно необходимо производить перед применением радикальных методов лечения (рентгено- или радиотерапия, удаление матки, резекция яичников). Выскабливание совершенно противопоказано в случаях явно воспалительного происхождения. Выскабливание с терапевтической целью следует делать энергично. Нужно, однако, иметь в виду, что энергичное выскабливание допустимо лишь в случаях, когда нет подозрения на злокачественное новообразование. Поэтому при малейшем подозрении на рак тела матки мы всегда сначала ограничиваемся осторожным пробным выскабливанием. Энергичное выскабливание опасно и в тех случаях, когда в процессе выскабливания обнаруживается наличие субмукозного узла фибромиомы.

В некоторых случаях гипер- и полименорреи при наличии утолщенной, плотной (метритичной) шейки или хронического эндоцервицита мы получали хороший терапевтический эффект от лечения патологически измененной шейки,

главным образом от повторной скарификации влагалищной части или от ампутации (по Шредеру или Штурмдорфу) патологически измененной шейки.

К числу более серьезных операций, производимых по поводу маточных кровотечений, относятся: 1) удаление матки, 2) операции на яичниках и 3) спленэктомия.

Мы выше указывали, что рентгенотерапия (рентгеновская кастрация) дает блестящие результаты при лечении некоторых видов маточных кровотечений, особенно кровотечений преклимактерических и типа *metropathia haemorrhagica*. Тем не менее мы охотно прибегаем и к влагалищной экстирпации матки у женщин старше 40 лет, страдающих упорными кровотечениями, не поддающимися консервативным методам лечения. Удаление матки через влагалище особенно показано в тех случаях, когда, наряду с кровотечением, имеются и другие изменения, требующие оперативного лечения, как, например, опущение или выпадение матки или стенок влагалища, *cystocele*, старый разрыв промежности, старые разрывы шейки, упорные эрозии. Иногда показанием к влагалищной экстирпации матки служит общее состояние больной (анемизация), требующее быстрой ликвидации источника кровотечения. Следует еще иметь в виду, что внезапное выключение яичников в результате рентгенотерапии переносится больными хуже, чем удаление матки с оставлением яичников.

Операции на яичниках в случаях маточных кровотечений овариогенного происхождения обычно заключаются в резекции одного или обоих яичников или в энуклеации патологических образований (обычно фолликулярных кист). Пфейльштикер (Pfeilsticker), Талер (Thaler), Энгль (Engl), Генкель (Henkel), Келер, Ханнас (Hannas), Исбрух (Isbruch), Гейст (Geist), Котт, клиника Кипарского и др. приводят ряд наблюдений, свидетельствующих о благоприятном влиянии частичной резекции яичников при маточных кровотечениях (главным образом на почве *metropathia haemorrhagica*). Некоторые авторы рекомендуют ограничиваться частичной резекцией только измененного яичника, другие советуют во всех случаях частично резецировать оба яичника. Мы видели неоднократно благоприятный результат от клиновидной резекции обоих яичников. Само собой понятно, что операция дает возможность контролировать состояние внутренних половых органов и в случае надобности (спайки, изменения в трубах и т. п.) произвести, кроме частичной резекции яичников, и другие необходимые операции. Однако эта операция не должна иметь широкого применения. Мы обычно весьма редко прибегаем к ней, притом лишь в случаях упорных, не поддающихся консервативному лечению меноррагий у молодых женщин (или девушек). В большинстве случаев показанием является персистенция фолликула или так называемое мелкокистозное перерождение яичников. В возрасте, близком к климактерическому, нет смысла прибегать к консервативным операциям на яичниках, а в случае необходимости в радикальном лечении в этом возрасте более показаны рентгенотерапия или экстирпация матки. Прежде чем предпринимать чревосечение, следует сделать выскабливание для уточнения диагностики и остановки кровотечения. Зиппель, исходя из того, что персистенция фолликула или наличие большого числа атрезированных фолликулов при отсутствии желтого тела является выражением недостаточной функции яичников, являющейся причиной меноррагий, предлагает в этих случаях *п е р е с а д к у я и ч н и к а*. На серии в 20 больных Зиппель получил от трансплантации весьма благоприятные результаты.

Удаление селезенки (спленэктомия) применяется весьма редко и в общем по тем же показаниям, что и рентгенизация селезенки (эссенциальная тромбопения, гемофилия и т. п.).

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЕРАПИИ И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ: ПРОГНОЗ

Этиология и клиническая картина маточных кровотечений, как мы видели, чрезвычайно разнообразны. Не менее разнообразны и способы лечения, которые в общих чертах сводятся либо к остановке кровотечения при

помощи средств механических, физиотерапевтических или химических, либо к воздействию на весь организм женщины или на отдельные органы, преимущественно на яичники. Если причиной маточных кровотечений являются опухоли матки или яичников (доброкачественные или злокачественные) или кровотечения принадлежат к типу так называемых «акушерских кровотечений» (аборт, внематочная беременность и т. п.), то выбор метода лечения нетруден и в общем совпадает с лечением основного заболевания. Лечение кровотечений, возникающих в результате расстройства овариально-менструального цикла [гиперменорреи, поли- (пройо-) менорреи, мено-метроррагии], значительно труднее, так как связано с правильной этиологической диагностикой, которую не всегда можно точно установить. Нельзя лечить меноррагии шаблонно, по трафарету. Если не всегда удается сразу выяснить этиологию кровотечения, то все же метод терапии всегда должен исходить из тех или иных соображений относительно предполагаемой этиологии. Выбор лечения зависит еще и от возраста больной. В общем следует проявлять тем больше консерватизма, чем моложе больная. Интенсивность и радикальность лечения должны быть пропорциональны длительности заболевания и безуспешности ранее применявшихся лечебных мероприятий.

Кровянистые выделения у новорожденных девочек, зависящие либо от вульвовагинита, либо от влияния гормонов матери (см. выше), не требуют особого лечения, кроме гигиенических мероприятий (подмывания, купания). Нужно иметь в виду, что в дальнейшем кровотечения у маленьких девочек могут возникать на почве злокачественных новообразований яичников или надпочечников (саркома, эмбриома, тератома и т. п.). Само собой понятно, что единственным методом лечения в этих случаях является хирургическое вмешательство.

При лечении кровотечений у молодых девушек надо иметь в виду трудность применения внутреннего исследования. Если исследование *per rectum* не дает достаточных опорных пунктов для правильного диагноза, то приходится в некоторых случаях прибегать к исследованию *per vaginam* и даже при помощи зеркал, хотя бы и ценой нарушения целости девственной плевы. Мы обычно производим внутреннее исследование лишь с согласия родителей или родственников больной, которым следует разъяснить мотивы и необходимость исследования¹. Только при помощи внутреннего исследования (а иногда и выскабливания) удается установить в некоторых случаях истинную причину кровотечения у девиц (полип матки, опухоли матки или яичников и т. п.). Наличие ненарушенной девственной плевы и возраст не должны служить основанием для безусловного исключения возможности кровотечения на почве беременности (выкидыша). Хотя эти причины кровотечений у молодых девушек встречаются редко, все же о них следует всегда думать. В тех случаях, когда причиной кровотечения являются общие заболевания организма (пороки сердца, заболевание почек, печени, крови и т. п.), лечение должно быть направлено прежде всего (как, впрочем, и в любом возрасте) против основного заболевания. Для уменьшения кровотечения следует назначать покой, холод на низ живота и кровоостанавливающие средства (лучше всего *Hydrastis canadensis* за несколько дней до менструации, а с 3—4-го дня менструации—препараты *Secalis cornuti*). Лишь профузные кровотечения требуют в этих случаях применения более интенсивного лечения, как, например, переливания крови, введения желатины, солей кальция, рентгенизации селезенки и т. п.

В большинстве случаев кровотечения у молодых девушек принадлежат к числу так называемых эссенциальных или функциональных ювенильных меноррагий. Если этиология меноррагий у молодых девушек не всегда ясна, то это тем более обязывает лечащего врача внимательно изучать каждый слу-

¹ Рекомендуется внутреннее исследование у девушек производить в присутствии третьего лица, что может предохранить врача от возможных нареканий или ложных обвинений со стороны больной или ее родственников.

чай, тщательно взвешивая данные анамнеза больной. Не следует упускать из виду возможность наследственного сифилиса. Цель лечения—остановить кровотечение, по поводу которого больная обратилась к врачу, и предупредить в будущем повторение кровотечения. Чтобы остановить кровотечение, больная прежде всего должна быть уложена в постель. Вместо горячих спринцеваний (особенно у девиц) мы предпочитаем холод на низ живота в виде пузыря со льдом. Если применение обычных кровоостанавливающих средств не дает эффекта, следует применить более энергичные средства, как аутогемотерапию, трансфузию крови, введение кальция и т. п. В огромном большинстве случаев этого бывает достаточно для прекращения кровотечения. Иногда в случаях, не поддающихся обычной терапии, большую услугу оказывает инсулинотерапия. Для предупреждения кровотечений в дальнейшем лечение должно быть основано на изучении этиологии. В случаях подозрительных на сифилис (даже при отрицательной реакции Вассермана) специфическое лечение является единственно показанным и эффективным. Ввиду того, что функциональные кровотечения у молодых девушек в большинстве случаев зависят от расстройства функции яичников, весьма полезно испробовать препараты фолликулина и (осторожно!) пролана. В некоторых случаях полезна плюригландулярная терапия (тиреоидин, паратиреоидин и др.). Инсулинотерапия вне кровотечений также может принести большую пользу, если кровотечения имеют оваригенное происхождение. Лечение гиперменорреи и гипер- и полименорреи у молодых девушек и женщин в общем совпадает с лечением так называемых «функциональных» юношеских кровотечений. Следует, однако, всегда иметь в виду, что в ряде случаев неправильность менструации в начале полового созревания постепенно выравнивается и без лечения. Задача врача—благоразумно выжидать, оказывая помощь больной во время кровотечения. Большое значение имеет правильный гигиенический режим для девушек, страдающих меноррагией. Рекомендуется легкая физкультура, достаточное пребывание на воздухе, легкая нераздражающая диета, лишенная пряностей, острых приправ, и т. п. Огромное значение имеет правильное опорожнение кишечника, чему способствует употребление простокваши, овощей и фруктов. Большую пользу в этом отношении приносит систематический прием натощак небольших доз английской горькой соли, искусственной карлсбадской соли или баталинской воды. Следует также избегать переутомления. Мы никогда не прибегаем к рентгенотерапии у молодых девушек и женщин (если кровотечения не связаны с туберкулезом). Французские авторы охотно прибегают к лечению радием, дающему хорошие результаты. После радиотерапии они неоднократно наблюдали даже нормальную беременность и роды. Если все доступные методы консервативного лечения не дают результата, то в редких, правда, случаях приходится прибегнуть к чревосечению для обследования и частичной резекции яичников. К выскабливанию мы прибегаем редко и то лишь с диагностической целью. Не рационально применять повторные выскабливания.

Диагностика кровотечений у женщин, живущих половой жизнью, значительно легче, чем у девушек. В этих случаях особенно часто приходится иметь в виду, что кровотечения могут быть связаны с беременностью (угрожающий выкидыш, неполный выкидыш, плацентарный или децидуальный полип, внематочная беременность). Воспалительные процессы и их последствия в детородном возрасте особенно часто являются причиной кровотечений. Фибромиомы, полипы, опухоли яичников в этом возрасте встречаются значительно чаще. Не следует забывать, что рак матки не так уже редко встречается и в этом возрасте, что должно быть учтено при анализе причины кровотечения. Кроме кровотечений, этиология которых вполне ясна, и в этом возрасте наблюдаются кровотечения, не имеющие четкой патологоанатомической основы. Однако при внимательном изучении больной всегда можно обнаружить причину кровотечений, зависящих от общих заболеваний организма или отдельных органов. Выбор лечения в общем зависит от основного заболевания. Кровоостанавливающие

средства (styptica) следует применять лишь симптоматически. Большое значение имеет изучение условий быта и работы женщины, страдающей кровотечениями. Рентгенотерапия и оперативные вмешательства и в этом возрасте должны применяться лишь после безрезультатности консервативных методов лечения. Следует, однако, сказать, что оперативные вмешательства в этом возрасте имеют больший круг показаний, чем у молодых девушек и женщин.

Маточные кровотечения в преклимактерическом и климактерическом возрасте могут зависеть от причин, вызывающих кровотечения в любом возрасте. Следовательно, и лечение может быть столь же разнообразно, как разнообразны и причины, вызывающие кровотечения. Однако близость климакса всегда должна заставлять врача предполагать возможность рака матки, вследствие чего в этом возрасте часто необходимо прибегать к выскабливанию. В случаях, не поддающихся консервативному лечению, мы сравнительно широко применяем рентгенотерапию (кастрация) или влагалищную экстирпацию матки (см. выше). Путем консервативной терапии удастся, однако, в большинстве случаев довести этих женщин до естественного прекращения овариально-менструальной деятельности. Регулярное опорожнение кишечника и молочно-растительная диета, лишенная раздражающих веществ, значительно ослабляют интенсивность менометроррагий. Маточные кровотечения в постклимактерическом возрасте в подавляющем большинстве случаев зависят от новообразований матки или яичников и не стоят ни в какой связи с расстройством овариально-менструальной функции. О лечении этих кровотечений см. соответствующие главы книги.

ДИСМЕНОРРЕЯ

Дисменоррея, т. е. менструация, сопровождающаяся сильными болями, является не самостоятельным заболеванием, а лишь симптомом какого-либо патологического процесса в области половых органов или отдаленных от последних органов или систем. Не следует всякое болезненное ощущение во время или в связи с менструацией считать дисменорреей, так как те или иные неприятные ощущения во время менструации наблюдаются у большинства женщин. По данным Марии Тоблер, лишь 16% женщин совершенно не жалуются ни на какие расстройства в связи с менструацией. Под дисменорреей следует подразумевать сильные боли, выводящие женщин из строя на время менструации и заставляющие их обращаться за помощью. Такого рода болезненные менструации встречаются значительно реже—приблизительно у 5—10% всех менструирующих женщин.

Дисменоррея характеризуется судорожными, коликообразными болями в области матки (внизу живота), отдающими то в крестец, то в бедра. Нередко больные жалуются на режущие боли во всем животе, на боли в пояснице. Во всяком случае как больной, так особенно врачу трудно точно локализовать первоисточник болей. Многие предполагают, что судорожные боли зависят от спазматических сокращений мускулатуры матки. Очень редко дисменоррея не сопровождается рядом общих расстройств со стороны нервно-психической системы (мигрень, головокружение, тошнота, рвота, раздражительность и т. п.). Можно предполагать, что дисменоррея зависит не только от местной реакции половых органов, но и от общего воздействия на организм женщины каких-то токсических продуктов эндогенного происхождения, циркулирующих в крови менструирующих женщин.

Боли могут предшествовать наступлению менструального кровотечения или возникать в любой день менструации, продолжаясь даже некоторое время по окончании регул.

Длительность болезненного периода также подвержена значительным колебаниям—от 2—3 часов до нескольких дней. Дисменоррея может быть перичной, если она возникает с первой же менструации, или вторичной,

если боли появляются у женщин, у которых до того регулы протекали без особых жалоб. Следовало бы, по нашему мнению, отличать с т о й к у ю дисменоррею от т р а н з и т о р н о й дисменорреи, зависящей от какой-либо случайной, преходящей причины.

Шредер делит дисменоррею на следующие группы (по этиологическим признакам):

- 1) психо-невротическая дисменоррея;
- 2) дисменоррея в связи с повышением возбудимости парасимпатической нервной системы (ваготоническая форма);
- 3) дисменоррея на почве инфантилизма (конституциональная форма);
- 4) механическая дисменоррея;
- 5) дисменоррея гипергормональная и на почве гиперемии (пассивной или активной) органов малого таза;
- 6) дисменоррея на почве воспалительных процессов;
- 7) *dysmenorrhoea membranacea* (перепончатая дисменоррея);
- 8) *dysmenorrhoea nasalis* (носовая дисменоррея).

Несомненно, во многих случаях этиология дисменорреи может быть множественной, комбинированной.

В последнее время ряд авторов (особенно французских—Котт и др.) обратили внимание на роль, которую играют органические или функциональные поражения нервных сплетений или узлов, иннервирующих половой аппарат, в возникновении дисменоррей.

П с и х о - н е в р о т и ч е с к а я д и с м е н о р р е я наблюдается у женщин мнительных, нервных, склонных к аггравации (переоценке) своих ощущений. Малейшая боль, обычно не замечаемая женщиной с здоровой психикой, воспринимается неврастеничками как нестерпимое страдание. Иногда причиной дисменорреи у таких неустойчивых особ являются подсознательные воспоминания о неприятных ощущениях, связанных с наступлением первой менструации. Внутреннее исследование обычно не обнаруживает у них каких-либо отклонений от нормы со стороны половых органов. Весьма нередко, впрочем, дисменоррея у психически неустойчивых и неврастеничек связана и с астенически-инфантильной конституцией, к которой эти особы сплошь и рядом принадлежат. В этих случаях, конечно, и половые органы могут иметь черты инфантилизма. Если дисменоррея зависит от нервозности больной, от неустойчивости ее психики, то, естественно, местная терапия не может ей помочь. Иногда, впрочем, самые обыкновенные и безразличные назначения (например, теплые спринцевания с поваренной солью вне менструации) могут дать благоприятный результат, зависящий в этих случаях от психотерапевтического воздействия. Во время болей можно назначать *nervina* (например, *t-ra Valerianae*, бром, антипирин, салипирин, аспирин и т. п.). Как симптоматическое средство хорошо помогает комбинация *Extr. Belladonnae* с антипирином или с аспирином (см. ниже). Безусловно следует избегать назначения таким больным наркотических средств внутрь или под кожу во избежание легко развивающейся у этих больных наркомании. В крайнем случае можно назначить им суппозитории, содержащие белладонну или какое-нибудь наркотическое вещество (кодеин, опий, морфин, пантолон).

Гораздо важнее, чем симптоматическое лечение, воздействие на сознание больных (психотерапия), общеукрепляющее лечение, иногда изменение бытовых условий и условий труда. Особенно большое значение имеет правильное воспитание девочек, своевременное ознакомление их с вопросами, связанными с менструацией и вообще половой гигиеной.

Иногда дисменоррея (вторичная) может развиваться на почве душевных конфликтов, связанных с неудовлетворенностью половой жизнью или в связи с бесплодием. В последнем случае каждая менструация воспринимается весьма болезненно как признак несостоявшейся беременности; естественно, что только устранение основной причины (если это возможно) или разъяснение причины

дисменорреи может перестроить психику женщины и, может быть, устранил болевые ощущения.

Дисменоррея ваготоническая наблюдается у лиц с повышенной возбудимостью парасимпатической нервной системы. По мнению некоторых авторов, эта группа дисменорреей весьма многочисленна (до 30%). Эти женщины обычно страдают рядом симптомов, свидетельствующих о повышенной возбудимости автономной нервной системы (потливость, спастические запоры и т. п.). На почве общего повышения возбудимости у ваготоничек может развиваться особого рода спазмофилия (маточная спазмофилия), выражающаяся в судорожных и весьма болезненных сокращениях маточной мышцы—в особенности в области внутреннего зева. Таким образом, обычно неощутимые женщины сокращения матки, необходимые для удаления менструальной крови и обрывков функционального слоя эндометрия, у ваготоничек могут вследствие спазма вызывать значительные боли. Спазматические боли могут наступать у этих женщин еще до того, как началось менструальное кровотечение.

Лечение этой формы дисменорреи, кроме симптоматического (тепло на низ живота, Extr. Belladonnae с аспирином, антипирином или салипирином, покой), сводится к воздействию на парасимпатическую систему с целью понижения ее возбудимости. Наиболее эффективно применение атропина и его производных (например, Extr. Belladonnae внутрь или в виде суппозитория):

Rp. Atropini sulfurici 0,01

Aq. destill.

Glycerini aa 2,0

Pulv. et Extr. Liquiritiae q. s. ut f.

pilulae N 20

DS. По 1 пилюле 3 раза в день

Rp. Atropini sulfurici 0,00025

Papaverini hydrochlorici 0,01

Sacchari albi 0,2

M. f. pulv. D. t. d. N 10

S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Хорошо действует в смысле понижения возбудимости маточной мышцы Viburnum prunifolium.

Rp. Extr. fluid. Viburni prunifolii

Syrup. simplic. aa 20,0

MDS. 3 раза в день по 1 чайной ложке на воде;

принимать, начиная за 5 дней до менструации и в течение менструации

Полезно применение препаратов кальция либо в виде внутривенных инъекций 10% Sol. Calcii chlorati по 3—5—8 см³ либо per os (5%, Sol. Calcii chlorati по 1 столовой ложке 2—3 раза в день).

Несомненно, благоприятное воздействие оказывает при ваготонической дисменоррее физиотерапия (в виде диатермии, соллюкса), бальнеотерапия (грязи, теплые ванны и т. п.).

Механические (хирургические) методы лечения при ваготонической форме дисменорреи (расширение цервикального канала, выскабливание) не следует применять, так как они не только не могут уменьшить спазматическое сокращение мускулатуры матки, но, наоборот, могут даже вызывать еще более сильное реактивное возбуждение.

Дисменоррея на почве инфантилизма (или инфантильно-астенической конституции) наблюдается нередко. В основе дисменорреи в этой группе лежит комплекс патологических моментов, вытекающих один из другого. Общий инфантилизм или гипоплазия всего организма обычно бывает сопряжена с инфантилизмом или гипоплазией полового аппарата, особенно матки. Матка уменьшена в размерах, плотна за счет относительного увеличения в ней соединительнотканых элементов, сократительная способность ее и особенно емкость уменьшены. В инфантильной матке шейка длиннее тела. Если нормально развивавшаяся матка на почве каких-либо вредностей (хроническая интоксикация, острые инфекции и т. п.) остановилась в своем развитии или даже подверглась некоторой атрофии, то мы наблюдаем обычно гипоплазию не только матки, но и всего полового аппарата.

рата. В общем в основе как инфантилизма, так и гипоплазии лежит в конечном счете недостаточная функция яичников. Поэтому при дисменоррее на почве инфантильно-астенической или гипопластической конституции нередко наблюдаются и аномалии овариально-менструального цикла. Механизм дисменорреи у инфантиличек и гипопластичек можно объяснить чисто механическими моментами. Маленькая, плотная, плохо растягивающаяся и плохо сокращающаяся матка не может в достаточной степени справиться ни с предменструальным набуханием ее стенок и слизистой, ни с количеством менструальной крови, накапливающейся в ее полости. Нередко при инфантилизме или гипоплазии матки имеет место относительная гиперантефлексия, а вследствие сморщивания крестцово-маточных связок, и ретропозиция матки. Чрезмерно острый угол между телом матки и шейкой может служить, помимо всего, еще одним механическим препятствием для оттока менструальной крови. Таким образом, при инфантильно-астенической конституции причины дисменорреи кроются в особенностях полового аппарата, доступных более или менее определению при помощи общепринятых методов исследования. Надо, однако, иметь в виду, что как раз среди лиц с инфантильно-гипопластической конституцией наблюдается большой процент психоневротичек, у которых, кроме гипоплазии, причиной возникновения дисменорреи могут быть и особенности их психики. Порог раздражимости у этих женщин понижен. На этой почве у них, кроме дисменорреи в узком смысле этого слова, наблюдаются нередко в связи с менструацией и другие расстройства рефлекторно-интоксикационного характера (головные боли, рвота и т. п.). Возможно, что в механизме дисменорреи, развившейся вторично в результате интоксикаций, общих или местных, вызвавших гипоплазию матки, играет большую роль повышенная возбудимость или даже неврит симпатических нервов (*plexus hypogastricus*, или *praesacralis*), возникшие под влиянием тех же интоксикаций (Котт). Дисменоррея на почве гипоплазии матки нередко бывает вторичной, т. е. возникает у женщин, до того менструировавших удовлетворительно. Если анамнез для правильной диагностики и, следовательно, терапии всегда является необходимой предпосылкой, то для объяснения возникновения и для терапии вторичной дисменорреи он имеет исключительное значение.

Лечение дисменорреи у инфантиличек или гипопластичек обнимает в общем весь комплекс терапевтических мероприятий, применяемых при дисменоррее вообще.

Если в основе инфантилизма или гипоплазии лежат недостаточная функция яичников, общая астения, малокровие, истощение и т. п., то само собой понятно, что лечение должно быть направлено прежде всего к устранению этих вредностей. Для того чтобы не повторяться, можно сослаться на методы лечения, применяемые при гипофункции яичников, выражающейся в виде недостаточных менструаций (общеукрепляющее лечение, отдых, спорт, физкультура, гимнастика, пребывание на свежем воздухе, физиотерапия, гормонотерапия). Все, что будет способствовать улучшению общего состояния больной и устранению недоразвития половых органов, будет способствовать и устранению дисменорреи. Если матка запрокинута назад или находится в ретропозиции, то иногда небесполезным бывает выскабливание с укорочением круглых связок (например, по Александер-Адамсу). Выскабливание нередко является хорошим рефлекторным раздражителем для матки и яичников, а правильное положение матки, улучшая условия питания ее и кровообращения, также дает хороший эффект. Фелинг, Менге и другие авторы рекомендуют расширять цервикальный канал (с выскабливанием полости матки или без него) с последующим введением в цервикальный канал на несколько дней специальной трубочки или с тампонадой матки в течение 10 дней. Эти методы, по литературным данным, дают хорошие результаты как в смысле стимулирования роста матки и функции яичников, так и в смысле прекращения болей. У нас в СССР способы Фелинга и Менге и аналогичные предложения других авторов не получили распространения.

Не имеет никакого смысла и применение дисцизии шейки для устранения дисменорреи. Незначительная дисцизия ничего не может дать, а основательная дисцизия—до сводов, кроме того, что не может логически дать лечебного эффекта (так как в основе механизма болей лежит в этих случаях не узость цервикального канала), может быть причиной выворота слизистой оболочки и зияния цервикального канала с вытекающими отсюда последствиями, как, например, упорные, разъедающие бели и т. п. Опыт показывает, что дисменоррея на почве инфантильно-гипопластической конституции сравнительно нередко значительно уменьшается или даже вовсе исчезает в результате нормальной половой жизни и особенно родов. К сожалению, в этих случаях дисменоррея идет рука об руку с бесплодием, лечение которого совпадает с лечением дисменорреи. Благоприятное воздействие нормальной половой жизни не должно служить врачу поводом для того, чтобы рекомендовать больной половую жизнь во что бы то ни стало. Врач обязан особенно подчеркнуть, что лишь нормальная половая жизнь в условиях устойчивого брака может принести пользу, в противном случае неосторожное указание на возможность благоприятного воздействия половой жизни на болезнь может иметь в результате последствия, во много раз превосходящие по своей вредности самую дисменоррею (например, заражение гонорреей и т. п.). При лечении дисменорреи на почве инфантилизма или гипоплазии—как, впрочем, при лечении любой формы дисменорреи—следует быть чрезвычайно осторожным с прогнозом. Известное практическое значение может иметь массаж матки, главным образом для растяжения крестцово-маточных связок.

Мы совершенно не применяем даже в самых упорных случаях дисменорреи калечащих женщину радикальных средств, как оперативное удаление матки или кастрация рентгеновскими лучами. В крайнем случае можно прибегнуть к операции резекции *plex. hypogastrici superioris (n. praesacralis)* (см. ниже).

Наряду с этиологическим лечением необходимо проводить и симптоматическое лечение. В общем все симптоматические средства, о которых мы уже неоднократно упоминали, сводятся к следующим меропритиям. В о-п е р в ы х, голный физический покой во время приступа болей—лучше всего в виде постельного содержания (работниц, страдающих дисменорреей, следует освобождать от работы); в о-в т о р ы х, весьма полезны все виды тепловых процедур (согревающий компресс на низ живота, грелки и т. п.); в-т р е т ь и х, весьма полезно опорожнение кишечника при помощи клизмы или слабительных солей (например, английской (горькой) соли); в-ч е т в е р т ы х, некоторые авторы (Ашнер и др.), видящие причину дисменорреи и особенно общих расстройств организма в связи с менструацией (мигрени, головокружения, тошноты и т. п.) в менструальном токсикозе, рекомендуют делать кровопускание наряду с очищением кишечника; в-п я т ы х, для уменьшения болей и воздействия на нервную систему больной можно применять противоневралгические средства (салипирин, аспирин, фенацетин, антипирин и т. п.) и наркотические (белладонну, папаверин, кодеин, морфин, омнопон). Мы предпочитаем совместное применение наркотических и антиневралгических средств.

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02
Extr. Belladonnae 0,015
Antipyrini (или Aspirini) 0,5
M. f. p. D. t. d. N 6
S. По 1 порошку 2 раза в день

Rp. Antipyrini (или Aspirini, или Sali-
pyrini) 0,5
Coffeini natrio-benzoici 0,1—0,15
M. f. p. D. t. d. N 6
S. По 1 порошку 2 раза в день (осо-
бенно при головных болях)

Rp. Antipyrini 0,5
Extr. Hyoscyami 0,04
Coffeini natrio-benzoici 0,1
But. Cacao q. s.
M. f. suppos. D. t. d. N 4
S. По 1 свече 2 раза в день (при
мигренях)

Rp. Extr. Belladonnae 0,015—0,02
Extr. Opii 0,02
(или: Morphini hydrochlorici 0,01
или: Omnoponi 0,02)
But. Cacao q. s. ut f. supposit. D. t. d. N 4
S. По 1 свече 2 раза в день

Назначения морфина, омнопона, опия внутрь или в виде подкожных инъекций следует избегать. Впрочем, 7—8 капель *t-rae Opii* во время сильных болей вряд ли могут вызвать опасное привыкание к этому наркотическому средству, которое многим приносит значительное облегчение.

Проф. М. С. Малиновский рекомендует при дисменорройных болях клизмы следующего состава:

Rp. Decocti seminis Lini 200,0
 Aq. Amygdal. amararum 3,0
 Antipyrini 2,0
 Extr. Cannabis Indicae 0,1
 MDS. Клизма (делается после предварительного опорожнения кишечника простой клизмой)

Мы неоднократно видели хорошее действие таких клизм, однако их недостатком является неудобство их применения самими больными по бытовым условиям (общезитие, одна общая комната, отсутствие кружки или баллона и т. п.).

Если дисменоррея сопровождается чрезмерной менструальной кровопотерей (*hypermenorrhoea*), полезно назначать совместно с упомянутыми противоневралгическими или наркотическими средствами и кровоостанавливающие (*Ergotin*, *Extr. fluid. Secalis cornuti*, *Extr. fluid. Hydrastidis canadensis* и т. п. — см. стр. 174).

Механическая дисменоррея, элементы которой имеются и при других формах дисменорреи, обычно зависит от неправильных положений матки (например, ретрофлексии, опущения, выпадения матки и т. п.) или дистопии яичников. Нередко дисменоррея зависит от наличия в матке фиброматозных узлов (особенно субмукозных, рождающихся). Дисменоррея является нередким симптомом *endometriosis interna*. Если во многих случаях этот симптом отсутствует при эндометриозе, то в тех случаях, когда он имеет место, он резко выражен и чрезвычайно характерен. Дисменоррея особенно выражена в случаях эндометриоидных гетеротопий в трубных углах. Боли обычно появляются за несколько дней до менструации, но могут продолжаться и в первые дни менструации. Особенно резко бывает выражена дисменоррея при интраперитонеальных эндометриозах. Тянущие боли внизу живота, чувство давления и различные расстройства со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и других органов (в зависимости от степени распространения и локализации эндометриоза) могут продолжаться еще в течение нескольких дней после менструации. Иногда дисменорройные боли зависят от наличия опухоли в яичниках, даже независимо от величины опухоли. Вполне понятен механизм дисменорреи при наличии закрытого добавочного рога матки или при частичной или полной атрезии полового канала какого бы то ни было происхождения (например, при гематокольпозе, гематометре), когда отток менструальной крови затруднен или вовсе невозможен. Само собой разумеется, что терапия механической дисменорреи совпадает с лечением основного заболевания.

Гипергормональная форма дисменорреи встречается сравнительно редко, причем самую картину и этиологию этой формы дисменорреи легче представить себе теоретически, чем диагностировать практически. Предполагается, что гипергормональная дисменоррея связана с чрезмерным развитием эндометрия и более сильной гиперемией вследствие усиленной функции созревающего фолликула. Вряд ли такое объяснение гипергормональной дисменорреи (если она в действительности существует) может нас удовлетворить. Повседневный практический опыт учит, что при кровотечениях на почве персистенции фолликула, когда эндометрий нередко подвергается чрезвычайной гиперплазии, дисменоррея встречается весьма редко и во всяком случае не чаще, чем при других заболеваниях. Более понятны случаи дисменорреи на почве пассивной или активной гиперемии органов малого таза (сердечные, печеночные, легочные застои, мастурбация, чрезмерные половые сношения и т. п.).

Само собой понятно, что лечение дисменорреи в этих случаях целиком совпадает с устранением основного заболевания.

Дисменоррея на почве воспалительных процессов является лишь одним из многих симптомов (в том числе и болевых), характерных для воспалительных процессов в нижней области живота и в половых органах. Диагноза несомненного воспалительного процесса в той или иной стадии обычно бывает вполне достаточно для понимания механизма дисменорреи и выбора рациональной терапии. Наряду с применением симптоматического лечения (см. выше) все мероприятия должны быть направлены к устранению основного заболевания.

Лечение перепончатой дисменорреи (*dysmenorrhea membranacea*) нелегко, ибо до сих пор вопрос об этиологии этого заболевания не решен. Ближайшая причина (патогенез) этой формы дисменорреи заключается, повидимому, в вызывающих жестокие боли спазматических, схваткообразных сокращениях матки во время выделения отторгающихся пленок. Не зная этиологии этого заболевания, приходится сплошь и рядом прибегать к симптоматическому лечению. Вормсер получал хорошие результаты при лечении перепончатой дисменорреи путем введения в нос ватного тампона, смоченного эфиром; после введения тампона эфир из него выжимается. Воздействие на слизистую носа может, повидимому, рефлекторным путем прекратить боли при дисменоррее.

Флисс, Шик и др. показали, что во время менструации можно обнаружить на слизистой оболочке нижней носовой раковины, а иногда и на носовой перегородке гиперемированные островки (так называемые «генитальные точки»). При смазывании этих точек 20% кокаином боли во время менструации могут исчезнуть. Прижигание этих точек трихлоруксусной кислотой или электролизом также может дать в некоторых случаях длительное улучшение.

За последние 10 лет начинает находить распространение хирургическое лечение упорных случаев дисменорреи, заключающееся в резекции *plexus hypogastrici superioris* (так называемых *p. praesacralis*). Эта операция и показания к ней разработаны главным образом французским гинекологом Коттом, и в настоящее время она получила сравнительно значительное распространение, особенно во Франции. Сам Котт применил ее с успехом более чем в 100 случаях (с 1924 г.).

Положительной стороной этой операции, по мнению Котта, является, кроме ее эффективности, возможность обривизовать состояние внутренних половых органов. Операция заключается в чревосечении и в резекции фиброзной пластинки, в которой заключены симпатические элементы, образующие *p. praesacralis* и два *p. hypogastrici*, направляющиеся к подвздошным симпатическим узлам (*gangl. hypogastricus*). *Plexus hypogastricus (p. praesacralis)* находится под брюшиной на передней поверхности V поясничного позвонка, ниже бифуркации аорты. Микроскопические исследования резецированного участка *plex. hypogastrici superioris*, произведенные Коттом и др., показали, что в основе дисменорреи может лежать не только функциональное повышение возбудимости симпатических нервов малого таза, но и органическое поражение нервного сплетения (воспалительные изменения, гиперемия, иногда склеротические явления) без видимых изменений со стороны половых органов.

Нам кажется, что в упорно не поддающихся никакому лечению случаях дисменорреи операция Котта может оказаться безусловно показанной, во всяком случае более показанной, чем кастрация или удаление матки.

КЛИМАКТЕРИЙ

(Переходные годы женщины)

Под климактерием, климактерическим периодом, или переходными годами женщины подразумевается более или менее длительный период, в течение которого прекращается функция яичников, причем угасает не только генеративно-циклическая, но и вегетативно-ациклическая, внутрисекреторная функция половых желез.

По Шефферу, прекращение менструаций в 44% наблюдается в возрасте от 45 до 49 лет; в возрасте от 45 до 54 лет менопауза наблюдается в 74% всех случаев. В среднем климактерий наступает в 47 лет. Прекращение менструаций до 40 лет следует считать явлением патологическим (*climax praesox*). Длительность переходного периода у женщины колеблется в значительных пределах—от одного до нескольких лет.

Выключение (угасание) деятельности яичников нарушает корреляцию эндокринных желез и вегетативной нервной системы, выводит из состояния равновесия весь эндокринный аппарат, причем явления выпадения функции яичников продолжают до тех пор, пока в организме не восстановится равновесие, нарушенное выпадением звена, представленного яичниками. Следует иметь в виду, что климактерий, совпадая с определенным возрастом, может сопровождаться рядом явлений, которые сопутствуют угасанию яичников, но не являются следствием последнего. Так, например, некоторая степень склероза сосудов, изменение обмена веществ (например, подагра, ожирение и т. п.), изменение остроты зрения, полового чувства и т. п. могут наблюдаться в этом возрасте, не находясь в причинной связи с климактерием.

Очень редко менструации прекращаются в климактерическом периоде сразу. Обычно наблюдаются колебания в цикличности менструаций: либо межменструальные периоды укорачиваются, либо, наоборот, они удлиняются. Интенсивность менструальных кровопотерь также подвержена колебаниям—от скудных менструаций до профузных меноррагий. Нередко профузная менструация наступает после длительной задержки менструаций. В этих случаях можно констатировать чрезмерное выделение фолликулина (первая стадия климактерия—гиперфолликулиновая). В этой стадии климактерия так называемых явлений выпадения почти нет; они наступают главным образом во второй стадии—олиго-фолликулиновой, когда выделяется малое количество или вовсе не выделяется фолликулярного гормона.

Лечение маточных кровотечений, нередко наблюдающихся в климактерическом возрасте, подробно изложено в главе о лечении маточных кровотечений. Мы здесь ограничимся лишь тем, что обратим внимание на один момент, который в климактерическом периоде приобретает чрезвычайно важное значение, а именно на вопрос о профилактике рака матки. Хотя рак может поразить женщину в любом возрасте, все же климактерический период в этом отношении наиболее опасен как по частоте появления рака, так особенно вследствие того, что это грозное заболевание может просмотреть и сама женщина и, к сожалению, даже врач. Лишь безусловное исключение рака матки при помощи всех доступных методов исследования может давать основание считать кровотечение в климактерическом периоде явлением, связанным с возрастом женщины.

Среди явлений выпадения на первом плане стоят расстройства вазомоторные и сердечные. Появляются приливы крови к голове, скоропреходящее покраснение лица, обычно сменяющееся ненормальной бледностью. Эти приливы почти неизбежно наступают у каждой климактерической женщины, появляются приступами несколько раз в день без всякого повода и держатся в течение нескольких минут или секунд; нередко они появляются ночью, прерывая сон. За чувством жара, вызываемым приливом, обычно следует выступление пота и иногда легкий озноб. В большинстве случаев пот появляется на одном и том же месте, но иногда пот выступает на всей поверхности тела или на верхней части туловища. Чаше пот выступает на лбу, щеках, спинке носа, на волосистой части головы или на спине. Пот обычно выступает так же неожиданно и без всякого повода, как и жар. После прилива жара и пота женщина испытывает чувство разбитости и усталости. Иногда наблюдается чувство онемения в руках и ногах (ползание мурашек), цианоз и похолодание пальцев рук и ног; в некоторых случаях приливы сопровождаются головокружением и шумом в ушах. Появляются приступами мелькание в глазах, субъективное и объективное нарушение сердечной деятельности в виде сердцебиения, ускорения или нарушения ритма пульса; к этому нередко присоединяется чувство тревоги, безотчетной тоски. Иногда появляется боль в области сердца и по ходу сосудов (вазалгии). На почве расстройства иннервации сосудов могут также появляться головные боли, мигрени и т. п., сопровождающиеся рвотой.

По наблюдениям Киша, в климактерическом периоде наблюдается неустойчивость кровяного давления и склонность к гипертензии. Со стороны дыхательного аппарата можно отметить изменение голоса, сухость в носу, иногда насморк и приступы dyspnoe (затрудненность дыхания), напоминающие бронхиальную астму.

Нередко в климактерическом периоде отмечаются явления и со стороны желудочно-кишечного канала. У некоторых женщин наблюдается сухость во рту—особенно у нервных женщин, которым в силу профессиональных обязанностей приходится много говорить (например, у педагогов). Особенно часто в эти годы развиваются упорные запоры, сопровождающиеся сильным метеоризмом, потерей аппетита, изжогой, отрыжкой, иногда рвотой. Упорные запоры у некоторых женщин сменяются поносами чисто секреторного характера. К разряду секреторного невроза в климактерии можно отнести иногда наблюдающееся усиленное слюноотделение, напоминающее птиализм в начале беременности. Нередко наблюдаются боли в крестце и внизу живота, которые в сущности не стоят в прямой связи с климактерием, а зависят в большинстве случаев от потери тонуса тканей в этом возрасте, от энтероптоза, подагры, ревматизма и т. п.

Со стороны мочевого пузыря также могут наблюдаться неприятные ощущения, как, например, учащенные позывы на мочеиспускание; иногда наблюдается относительное недержание мочи (вытекание мочи по каплям при смехе, напряжении, кашле и т. п.). Цистоскопически в этих случаях ничего не удастся обнаружить, кроме некоторой гиперемии шейки мочевого пузыря. В этих случаях расстройства стоят, повидимому, в связи с ослаблением мышечного тонуса и, может быть, со спазматическим сокращением гладких мышечных волокон.

В связи с климактерием наблюдаются подагрические явления в суставах, *arthritus deformans*, симметрические опухания и утолщения по обеим сторонам суставов пальцев.

Менге описал особую форму заболевания суставов (*arthropathia ovaripriva*) с локализацией заболевания преимущественно в области коленного сустава.

Мы уже упоминали об изменениях в обмене веществ, нередко наблюдающихся в этом возрасте,—об ожирении, подагре; сравнительно часто возникает диабет.

Для климактерического периода характерен и ряд нервно-психических расстройств. Женщины в климактерии часто страдают бес-

сонницей, которая в одних случаях зависит от приступов жара и пота, а в других возникает без всякой видимой причины. У некоторых женщин, особенно у нервных, впечатлительных особ, в климактерическом периоде развивается депрессивное состояние, чувство неполноценности, переменчивость настроения, склонность к слезам и т. п. Следует отметить, что интенсивность нервно-психических расстройств в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей характера женщины: чем уравновешеннее, спокойнее характер женщины, тем мягче и душевные переживания в связи с климактерием. У огромного большинства женщин эти расстройства вовсе не наблюдаются. У некоторых женщин во время климактерия повышается половое влечение и половая возбудимость. Причиной этого, может быть, является наблюдающаяся в начале менопаузы гиперемия матки и влагалища. В иных случаях повышенная возбудимость появляется на почве воспалительных процессов в наружных половых органах.

В огромном большинстве случаев так называемые явления выпадения функции яичников в климактерическом возрасте расстраивают общее самочувствие женщины в незначительной степени, не выбивая ее из строя. Проходит более или менее длительный период, и все явления исчезают. В более редких случаях явления выпадения бывают настолько интенсивны, что получают характер заболевания *sui generis*, требующего активного вмешательства врача.

При лечении явлений выпадения врач должен прежде всего исходить из мысли, что климактерические расстройства преходящи, что и без лечения эти расстройства раньше или позже исчезают. Следовательно, задачей терапии является лишь облегчение состояния женщины, страдающей явлениями выпадения. К сожалению, мы не обладаем средствами, могущими продлить внутрисекреторную функцию яичников и тем самым отодвинуть наступление климактерия. Таким образом, лечение, например, аменорреи в климактерическом возрасте не имеет под собой никакой почвы. Оно имеет так же мало шансов на успех, как, например, лечение атрофии (инволюции) половых органов в климактерическом возрасте или лечение поседения, если последнее является признаком наступления определенного возраста. Тем не менее применение гормональных препаратов (*ovariin*, *folliculin* и т. п.) в климактерическом возрасте широко распространено. Применение этих препаратов имеет в виду субституирующую (заместительную) терапию, ибо внезапное выключение функции яичников резко нарушает эндокринное равновесие. В этом отношении препараты яичниковых гормонов (см. главу о лечении аменорреи) могут способствовать улучшению общего состояния женщины. Следует, однако, иметь в виду, что не всегда применение фолликулина или идентичных препаратов безразлично. В первой стадии климактерия, когда имеется налицо усиленное выделение фолликулина (что может быть доказано при помощи известных биологических реакций), введение в организм фолликулина может лишь ухудшить положение. Большинство явлений выпадения наступает во второй стадии климактерия (олиго-фолликулиновой). В это время субституирующее введение гормональных препаратов может дать хороший эффект. Усиленное выделение пролана (третья—заключительная стадия климактерия) свидетельствует о том, что функция яичников окончательно погибла. В этой стадии введение гормонов яичника может иметь некоторое значение, которое, однако, не следует переоценивать. Во всяком случае оно не может причинить никакого вреда.

Ввиду того что явления выпадения функции яичников представляют собой плюригландулярный симптомокомплекс, некоторые авторы рекомендуют плюригормональную терапию, в частности, препараты щитовидной железы (если климактерий протекает при явлениях гипотиреозидизма). Сюда же можно отнести облучение рентгеновскими лучами гипофиза и щитовидной железы, что носит пока еще характер экспериментальный. По совету Сценеса (*Szenes*), можно прибегать к диатермии гипофизарной области. Сценес после нескольких сеансов

отмечал почти полное исчезновение тягостных явлений выпадения, головные боли исчезали совершенно, но успех имел временный характер и простирался всего лишь на несколько месяцев.

Основную роль в лечении или вернее в облегчении явлений выпадения играет правильная гигиена и диететика переходного возраста, вырабатываемая с учетом индивидуальных особенностей каждого случая. В климактерическом периоде, особенно при выраженных явлениях выпадения, следует избегать возбуждающих нервную систему пищевых и вкусовых веществ, как алкоголь, кофе, крепкий чай, курение. Пища должна быть бедна белковыми и экстрактивными блюдами (запрещается мясо, дичь, консервы и т. п.). Наиболее полезна легкая молочно-растительная диета. Ввиду склонности большинства женщин климактерического периода к ожирению количество принимаемой пищи должно быть вообще ограничено. Само собой понятно, что в тех случаях, когда климактерий протекает при явлениях упадка питания и даже истощения, ограничение (количественное) питания не имеет смысла. Особенно полезна молочная пища при резко выраженных сосудисто-двигательных расстройствах (Зельгейм—Sellheim). Огромное значение следует придавать правильному очищению кишечника, тем более что климактерические женщины склонны к запорам и метеоризму. В этом отношении уместно систематическое применение легких слабительных (карлсбадская соль натошак, баталинская вода, сложный лакричный порошок, протокваша, фрукты и т. п.). Особенное значение имеет опорожнение кишечника при помощи легких слабительных в случаях, протекающих с повышением кровяного давления. Хорошо действует слабительное, предложенное Мартином (Martin):

Rp. Corticis Frangulae conc.
Foliorum Sennae conc.
Herbae Millefolii conc.
Rhisomatis Graminis conc. aa 25,0
MDS. Заваривать чайную ложку чашкой воды

При резком метеоризме полезно назначение животного угля (*carbo animalis* 0,5 2—3 раза в день).

Хорошее действие оказывает пребывание на свежем воздухе, легкая физкультура или гимнастика, прогулки на свежем воздухе и т. п. При резко выраженных приливах, потах, головокружениях, бессоннице, повышенной возбудимости нервной системы, сердцебиениях прекрасное действие оказывают гидротерапевтические процедуры: ежедневные обтирания комнатной водой (можно с примесью водки, уксуса, одеколона), теплые ванны в 35—37° в течение 15—20 минут; ванны с сосновым экстрактом, с солью, углекислые ванны или ванны с кислородом. Можно разрешить купание в реке. Морские купания, по нашему мнению, противопоказаны. Хорошее влияние при выраженных явлениях выпадения оказывает пребывание в деревне, в домах отдыха или санаториях общего типа в средней полосе РСФСР. Несомненно, большую роль играет и образ жизни больной. Утомительная работа (особенно умственное переутомление) при резко выраженных явлениях выпадения у нервных особ должна быть временно запрещена. Мы неоднократно видели прекрасные результаты от временного (на несколько месяцев) освобождения от работы женщин в климактерическом периоде. Работоспособность, энергия, память, восприимчивость, пониженные обычно в этих случаях, удивительно восстанавливаются после длительного отдыха.

Воздействие на психику больной также играет немаловажную роль в лечении явлений выпадения, выражающихся в ряде расстройств душевного характера (депрессивное состояние, реактивный невроз и т. п.). В задачу врача входит правильное и чуткое разъяснение больной ее состояния. Вдумчивое отношение врача, без бюрократически-формального подхода, проникнутое теплотой и участием, может оказать на впечатлительную больную, не понимающую сущности своих переживаний, большое лечебное влияние.

Во многих случаях приходится, кроме упомянутых общих мер, прибегать и к специальным средствам симптоматического лечения. Вазомоторные расстройства в климактерическом периоде хорошо поддаются воздействию препаратов кальция, оказывающих на вегетативную нервную систему седативное, успокаивающее влияние. Можно комбинировать препараты кальция с бромом, теобромином, валерианой и тому подобными *pervina*, например:

- Rp. *Calcii bromati* 10,0
 Aq. destill. ad 300,0
 MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день
- Rp. *Ferri lactici*
 Pulv. radices *Valerianae* aa 20,0
 Extr. *Chinae aquos.* 12,0
 * *Calcii glycyero-phosphorici* 15,0
 Extr. *Belladonnae* 0,6—1,2
 Acidi *arsenicosi* 0,12
 M. f. pilul. N 300
 DS. Начать с приема по 1 пилюле 3 раза в день, каждые 4 дня увеличивать прием на 1 пилюлю, дойдя
- до 9 пилюль. Принимать 8 дней по 9 пилюль и затем постепенно дойти по первоначальному приему (Яшке)
- Rp. *Sol. Calcii chlorati* 5% 200,0
 DS. По 1 столовой ложке 3 раза в день
- Rp. *Theobromini calcilactici in tabletis*
 DS. По 1—2 таблетки 3 раза в день (климанан Гальбана)
- Rp. *T-rae Valerianae*
 T-rae *Convallariae majalis* aa 10,0
 MDS. По 20 капель 3 раза в день

Препараты кальция и валерианы следует принимать длительно, в течение нескольких месяцев и, если нужно, повторить после небольшого перерыва. Комбинация кальция с бромом хорошо действует при гипертиреоидной форме климактерия, когда приливы сопровождаются явлениями возбуждения.

При ангиноподобных состояниях и болях по ходу сосудов (вазалгия) приходится прибегать к препаратам нитроглицерина или к амилнитриту.

- Rp. *Nitroglycerini* 0,05
 T-rae *Valerianae* 10,0
 MDS. Принимать по 3 капли в день, повышая каждый день дозу на 1 каплю, дойти до 8 капель и затем по 1 капле ежедневно уменьшать
- Rp. *Extr. Belladon.* 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,02
Camphor. monobrom. 0,2
Diuretini 0,3
 Mf. p. D.t.d. № 20
 S. По 1 пор. 2 раза в день
- Rp. *Amylii nitrosi* 10,0
 DS. 3—5 капель налить на носовой платок и вдыхать

При повышении кровяного давления у полнокровных женщин можно прибегать к кровопусканиям (однократным или повторным).

В климактерическом возрасте могут возникать расстройства со стороны ряда органов. Эти заболевания требуют лечения по обычным правилам наряду с назначением гигиенических и диетических мероприятий и соответствующей гормонотерапии.

О лечении заболеваний половых органов в климактерическом возрасте и в связи с климактерием (кровотечения, рак матки, бели, зуд в области наружных половых органов, крауроз и т. п.) см. соответствующие главы.

В общем терапия явлений выпадения сводится к симптоматическому лечению и соблюдению гигиенических и диетических условий. Лучшим помощником врача при лечении климактерических расстройств является время, так как с течением времени симптомы выпадения сходят на-нет и без всякого лечения; об этом должен помнить лечащий врач и об этом должна быть осведомлена женщина.

В заключение следует указать на появление явлений выпадения в результате оперативного удаления яичников или воздействия на них рентгеновских лучей (искусственный климакс). В этих случаях применяются те же методы лечения, о которых говорилось выше.

III. ОПУХОЛИ

ФИБРОМИОМА МАТКИ

ПОКАЗАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ

Фибромиома матки встречается у женщин цветущего возраста сравнительно часто. Эту опухоль нередко обнаруживают случайно при гинекологическом исследовании у женщины, обратившейся по какому-либо поводу к врачу. В этих случаях перед врачом встает вопрос: подлежит ли данная опухоль лечению?

Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо иметь в виду, что фибромиома — опухоль доброкачественная, которая в течение долгого времени может не причинять никаких страданий, не нарушать физиологических функций. Носительница фибромиомы может вступить в климакс, не испытав ни разу какого-либо страдания от наличия этой опухоли, а в климактерическом периоде опухоль может подвергнуться обратному развитию настолько, что при гинекологическом исследовании она не обнаруживается. Нередко фибромиомы находят на секционном столе у женщин, никогда не имевших гинекологических жалоб, или случайно во время чревосечения, предпринимаемого по какому-либо другому поводу. Процент женщин, носительниц фибромиом, вовсе не нуждающихся в лечении, колеблется, по литературным данным, в значительных пределах, так и от материала, которым авторы располагают. Немалое влияние в эпоху развития оперативной гинекологии оказывал и темперамент оператора. Так, Ольсгаузен (Olshausen) 82% миом оставлял без лечения, а Франц отвергал лечение у 24% своих больных (цит. по докладу Кривского на VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов). Вильсон (Wilson) считает, что 70% больных, имеющих симптомы, нуждаются только в контроле и лишь 30% в радикальном лечении (цит. по Гамбарову).

Таким образом, одно наличие фибромиомы матки еще не является показанием к врачебному вмешательству. В каждом отдельном случае вопрос должен решаться сообразно обстоятельствам. Однако в очень многих случаях фибромиома рано или поздно начинает вызывать болезненные симптомы, которые могут настойчиво требовать врачебной помощи. Опухоль и вызываемые ею симптомы могут быть устранены либо хирургическим путем, либо при помощи методов, действующих разрушающе не столько на опухоль, сколько на матку и яичники, выключение функции которых приводит к сморщиванию матки и опухоли и к прекращению маточных кровотечений вследствие наступления искусственного климакса. Само собой разумеется, что к таким, можно сказать, героическим мерам нельзя прибегать без наличия весьма серьезных показаний.

В каких же случаях фибромиома не требует лечения?

Прежде всего, конечно, в тех случаях, когда она бессимптомная, т. е. когда женщина ни на что не жалуется и чувствует себя в гинекологическом отношении совершенно здоровой, и, конечно, если опухоль не вызывает подозрения на начинающееся злокачественное перерождение. Правда, совершенно исключить начинающееся злокачественное перерождение во многих случаях весьма трудно, ибо ясные признаки этого состояния обнаруживаются лишь в более поздние стадии.

К признакам злокачественного перерождения относятся быстрый рост опухоли, иногда связанный с размягчением ее, и, что особенно важно, общее плохое самочувствие, для которого при тщательном обследовании всего организма с учетом психогенных и бытовых факторов нельзя найти другого объяснения. В начальной стадии злокачественного перерождения симптомы эти могут быть еще слабо выражены. Особенной осторожности требует оценка быстроты роста опухоли. Здесь меньше всего можно полагаться на наблюдения самой больной: нередко больные за рост опухоли принимают отложение жира в брюшной стенке, метеоризм, наполненный мочевой пузырь, предменструальное набухание.

Если установлен быстрый рост опухоли, часто зависящий от злокачественного перерождения, то это уже не бессимптомная опухоль; в это время большей частью имеются уже те или иные жалобы. Особенно часто, повторяем, больные в это время начинают указывать на общее плохое самочувствие, которое нередко является первым заметным признаком злокачественного перерождения.

Надо помнить еще о быстром увеличении фибромиомы, зависящем от наступления беременности. Анамнестические данные, основанные на предшествовавших исследованиях со стороны других врачей, также требуют весьма осторожного к себе отношения, так как больные иногда не точно передают и даже искажают объяснения и замечания, которые они слышали от врача. Кроме того, оценка величины опухоли при помощи гинекологического исследования отличается вообще большим субъективизмом, не говоря уже о том, что на разницу в оценке величины опухоли могло повлиять различие сроков овариально-менструального цикла, во время которых производилось исследование различными врачами. Все это говорит за то, что установить действительно быстрый рост можно с достоверностью лишь тогда, когда врач сам имеет возможность наблюдать за больной и производить повторные исследования.

В некоторых случаях жалобы могут вовсе отсутствовать, и все же наличие обнаруженной фибромиомы может поставить перед врачом вопрос о вмешательстве с профилактической целью—предупредить возможность появления серьезных симптомов и осложнений. Вопрос об операции может возникнуть, например, в таком случае: у молодой женщины, собирающейся выйти замуж или начавшей недавно половую жизнь, обнаруживается фибромиома, которая по своей величине, месторасположению неминуемо должна послужить препятствием для наступления желаемой беременности или для течения беременности или родов, а в то же время она может быть удалена с сохранением самой матки. Большая фибромиома у молодой женщины может возбудить вопрос о вмешательстве, хотя бы носительница опухоли не имела никаких жалоб и вопрос о беременности не был бы актуален. Здесь побуждением к вмешательству могут быть профессиональные и даже бытовые факторы: вполне понятны опасения за судьбу фибромиомы у женщины, отправляющейся в длительную экспедицию в условиях отсутствия специальной гинекологической помощи; понятно желание избавиться от большой опухоли у артисток сцены и экрана.

Но все это весьма редкие случаи. В большинстве случаев так называемые бессимптомные фибромиомы не требуют никакого лечения и врачебного вмешательства. Решение о невмешательстве можно принять лишь на данный момент, ибо с течением времени фибромиома может вызывать те или иные симптомы, которые уже потребуют лечебных мероприятий. Самый термин «бессимптомные» можно применять не в порядке классификации фибромиом, как таковых, а только в отношении их клинических проявлений на данный отрезок времени. Поэтому бессимптомные фибромиомы требуют постоянного, но не непрерывного врачебного наблюдения. Последнее излишне, ибо необходимость лечебных мероприятий обуславливается появлением того или иного симптома, который и обратит на себя внимание больной. Непрерывное наблюдение приносит скорее вред, так как концентрирует внимание больной на фибромиоме и способствует развитию у нее мнительности и неврастении; для амбу-

латорных же учреждений частые посещения таких больных являются непроизводительной нагрузкой.

Вопрос о том, как часто носительница фибромиомы должна показываться гинекологу, зависит от многих обстоятельств. Если фибромиома обнаружена случайно и по своей величине и месторасположению (например, небольшой субсерозный узел) не дает основания ожидать появления каких-либо симптомов, то незачем сообщать женщине, особенно, если она внимательно относится к состоянию своего организма, о найденной у нее маленькой опухоли и тем нарушать ее душевный покой. Вопросы престижа (о враче больная может впоследствии подумать, что он в свое время не диагностировал эту опухоль) не должны в этих случаях играть роль. Сплошь и рядом приходится видеть случаи, когда носительница небольшой бессимптомной фибромиомы, узнав об имеющейся у нее «опухоли», с этого момента уже не успокаивается до тех пор, пока не найдет оператора, который произведет ей операцию.

Вообще же фибромиома подлежит лечению лишь тогда, когда она начинает вызывать такие симптомы, как кровотечения, быстрый рост, боли, повышения температуры на почве некроза и инфекции опухоли, жалобы со стороны сердца, зависящие от величины опухоли, наступившего малокровия, и т. п. Исключение, как мы уже указывали, представляют фибромиомы, могущие служить причиной бесплодия или помехой при родах, когда расположение опухоли допускает возможность вылучить ее, оставив матку.

Если подозрения на злокачественное перерождение нет, то при отсутствии симптомов достаточно исследовать больную раза два-три в год. Если врач счел излишним сообщить женщине об имеющейся у нее фибромиоме, то какой-либо предлог для того, чтобы заставить ее показаться ему для контроля, он всегда сумеет найти.

Бессимптомная фибромиома не делает женщину больной; следовательно, нет принципиальной необходимости накладывать на ее жизнь и поведение какие-либо запреты или ограничения. Но так как рост опухоли в значительной мере зависит от питания опухоли, от степени кровенаполнения в тазу, то правильному кровообращению и выключению всех тех моментов, которые вызывают или усиливают застойные явления в тазу, должно быть уделено особое внимание. С этой точки зрения те виды физкультуры и спорта, которые отвечают этим требованиям, будут целесообразны и полезны и для носительницы бессимптомной фибромиомы. Сюда же относится купание в реке или море и все общие гидротатические процедуры. В отдельных случаях, когда имеется хотя и бессимптомная в данный момент опухоль, но расположенная подбрюшинно с образованием ножки, во избежание перекрута последней должны быть выключены все те упражнения, которые связаны с резкими движениями, особенно вращательными, или с прыжками. Так как при фибромиомах с наклоном к обильным и продолжительным менструальным кровотечениям углекислые ванны часто усиливают их, то в бальнеологической практике укоренилось отрицательное отношение к применению углекислых ванн у носительниц фибромиом, и последних не посылают на углекислые воды (Кисловодск и др.). Распространять этот запрет на всех женщин, имеющих фибромиомы, с нашей точки зрения, нецелесообразно. Если кровотечений нет, а нарзанные ванны необходимы по показаниям со стороны сердца, то применять, или хотя бы испробовать их, можно. Риск тем более не велик, что если бы даже наступившая менструация и оказалась более обильной или продолжительной, чем до этого, то для женщины, не страдающей малокровием, большого ущерба от этого не будет. Зато улучшение состояния сердечно-сосудистой системы, наблюдающееся в результате применения углекислых ванн, может выгодно отразиться на кровообращении в тазу и тем способствовать замедлению роста опухоли. То же относится и к серным ваннам (Мацеста—Сочи и др.).

Применение грязевых ванн при фибромиомах противопоказано. Вызываемая ими гиперемия в брюшной полости часто ведет к усилению роста опухолей,

к учащению или усилению менструальных кровотечений. Поэтому на грязевые курорты больных с фибромиомами матки посылать не следует.

Самым частым симптомом, сопровождающим фибромиомы матки и требующим врачебной помощи, являются кровотечения. Кровотечения при фибромиомах носят преимущественно характер меноррагий, усиливающихся и удлиняющихся менструаций, хотя наблюдаются и атипические кровотечения, в особенности при миоматозных полипах. В борьбе с кровотечениями при фибромиомах имеются два надежных метода: операция и применение лучистой энергии.

Вопрос о том, нужно ли при фибромиомах, сопровождающихся кровотечениями, сразу прибегнуть к радикальным методам, зависит от многих обстоятельств: возьмем случай фибромиомы небольшой или средней величины у женщины в возрасте около 48—50 лет, у которой менструация, продолжая приходить регулярно, стала только более обильной и длительной, причем никаких симптомов злокачественного перерождения опухоли у нее не отмечается. Здесь, само собой разумеется, можно попробовать прибегнуть к паллиативным мероприятиям с тем, чтобы в случае их безуспешности перейти к радикальным методам. Впрочем, нужно иметь в виду, что на женщин так называемого апоплектического типа, с высоким кровяным давлением внезапное полное прекращение менструальных кровотечений может оказать и отрицательное влияние. У таких женщин даже и к паллиативным мерам не зачем прибегать с самого начала. Конечно, там, где, помимо обильных менструальных кровотечений, имеются выделения, характер которых не исключает возможности комбинации опухоли с злокачественным новообразованием, исходящим из слизистой матки, прежде всего показано пробное выскабливание. Выскабливание в этих случаях следует производить после предварительного зондирования весьма осторожно, чтобы в случае наличия подслизистого узла или фиброзного полипа не нарушить его целостности и не вызвать в нем некроза. Но вот пример, где может быть иной подход: среднего возраста больная имеет детей, в прошлом многочисленные аборт, боится забеременеть, страдает кровотечениями, характер которых, наряду с объективными данными исследования, дает основание предполагать подслизистое расположение опухоли. Здесь можно, не прибегая к паллиативным средствам для уменьшения кровопотери, сразу приступить к операции. Отсрочить операцию в подобном случае имеет смысл только для того, чтобы подготовить больную, улучшив у нее состав крови, состояние сердечной деятельности и пр. Отложив операцию, необходимо прибегнуть к паллиативным средствам для того, чтобы остановить или уменьшить кровопотери.

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Если у больной фибромиомой меноррагии не столь обильны, чтобы вызывать какие-либо опасения, а молодой возраст делает нежелательным полное прекращение менструальной функции, то следует сперва испробовать симптоматические средства в течение нескольких менструальных периодов. Если кровопотери не уменьшатся, то, учитывая, что до климактерического возраста ждать слишком долго, следует отказаться от дальнейшего выжидания и приступить к операции.

Из средств, уменьшающих кровопотери при фибромиомах, остановимся прежде всего на лекарственных, первое место среди которых занимают препараты спорыньи. Спорынья задерживает рост опухоли и уменьшает кровопотери. Последнее особенно важно и достигается как сосудосуживающим действием спорыньи, так особенно ее сокращающим действием на маточную мускулатуру, под влиянием которого уменьшается наблюдаемая при фибромиомах мышечная недостаточность (*insufficiencia muscularis*) матки. Препараты спорыньи обладают еще одним свойством: они парализуют окончания симпатических нервов в кровеносных сосудах. Это необходимо учитывать при следующих условиях: если больной со значительной кровопотерей ввели эргонин, то для поднятия кровообращения ей нельзя будет вводить физиологический

раствор с адреналином, так как там, где симпатические волокна парализованы, адреналин вызывает расслабление сосудов. В этих случаях вместо адреналина следует применять препараты задней доли гипофиза, которые и после паралича симпатических нервных волокон, благодаря своему прямому возбуждающему действию на мускулатуру, вызывают новое сокращение (сжатие) сосудов и повышение кровяного давления (Лам).

Необходимо еще указать на то, что спорынья действует сокращающе и на легочные сосуды. Вследствие этого происходит увеличение кровяного давления в малом кругу кровообращения. Поэтому при наличии сердечной недостаточности может появиться угрожающая одышка, цианоз и пр. При длительном применении спорыньи наблюдаются явления, известные под названием эрготизма.

Спорынья назначается по следующим прописям:

- | | |
|--|---|
| Rp. Infus. Secalis cornuti fl. 8,0 : 180,0
T-rae Cinnamoni 5,0
Sirup. cort. Aurant. 200,0
MDS. Через 3 часа по столовой ложке | S. Ежедневно вводить 1 свечу в прямую кишку
Rp. Extr. Secalis cornuti fl. 15,0
DS. 3 раза в день по 15 капель |
| Rp. Pulv. Secalis cornuti 1,0
D. t. d. № 6.5. 3 раза в день по 1 порошку | Rp. Extr. Secalis cornuti
Pulv. Secali cornutis aa 3,0
Mass. pilul. q. s. (или при наклонности к запорам rad. Rhei 1,5) ut f. pilul. N 60
DS. 3 раза в день по 1 пилюле. В течение года принять эту дозу 5 раз |
| Rp. Extr. Secalis cornuti 0,25
But. Cacao q. s.
M. f. suppus. D. t. d. N 6 | |

Являясь прекрасным кровоостанавливающим средством, спорынья может в некоторых случаях не оказать желаемого действия и даже усилить кровотечения. Особенно могут усилиться боли, которыми сопровождаются иногда мено- и метроррагии при фибромиомах. Это нередко наблюдается при рождающихся подслизистых фибромиомах (фиброзные полипы). Под влиянием усилившихся от действия спорыньи маточных сокращений, вызывающих резкие боли (схватки), опухоль начинает рождаться, кровообращение в ней нарушается вследствие растяжения или ущемления ножки в зеве; в результате этого в опухоли возникают застойные явления, ее поверхность изъязвляется, и к явлениям меноррагии присоединяются явления метроррагии на почве некроза опухоли. Поэтому у женщин с субмукозной фибромиомой мы к сокращающим матку средствам стараемся вовсе не прибегать; если почему-либо нельзя немедленно произвести операцию, мы стараемся уменьшить кровопотери тем, что укладываем больную в постель и заботимся об уменьшении застоя крови в тазу, регулируя действие кишечника и назначая соответствующую диету (ограничиваем употребление мяса, возбуждающих напитков, как кофе, крепкий чай, пиво, вино и пр.).

Из кровоостанавливающих средств мы при подслизистых фибромиомах назначаем Extr. Hydrastinis canadensis fl. (3 раза в день по 30—40 капель) или солянокислый гидрастинин. Гидрастинин вызывает сужение сосудов на почве раздражения вазомоторного центра. Большие дозы гидрастинина (0,05) повышают сократительную способность маточной мускулатуры и ее тонус; малые дозы (0,01—0,02) оказывают преимущественно сосудосуживающее действие. Поэтому при меноррагиях на почве подслизистых фибромиом мы назначаем малые дозы гидрастинина (0,01—0,02) три-четыре раза в день, начиная за 4—5 дней до ожидаемой менструации. Гидрастинин обладает кумулятивным действием, которое выражается явлениями интоксикации, поэтому препарат не следует применять в течение продолжительного времени.

- Rp. Tabl. Hydrastinini hydrochlorici 0,01 N 20
S. По одной таблетке 3—4 раза в день
Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0,02
Sacchari albi 0,3
M. f. p. D. t. d. N 12
S. 2—3 раза в день по 1 порошку

При маточных кровотечениях на почве подслизистых фибромиом мы охотно применяем стиптицин. Препарат обладает горьким вкусом и поэтому обычно выписывается в виде таблеток.

Rp. Stypticini 0,05

D. t. d. N. 20 min tabl.

S. 2 раза в день по 2 таблетки на прием

Действие стиптицина основано на его способности вызывать сужение сосудов. Поэтому при подслизистых фибромиомах полезнее применять стиптицин, чем спорынью, которая, как уже указывалось, вызывает маточные сокращения, усиливает боли, а иногда и кровотечения, которыми страдают эти больные.

Из других кровоостанавливающих средств укажем на Extr. fluid. Polygoni hydropiperis (3 раза в день по 40—50 капель). По Кравкову, водяной перец действует как кровоостанавливающее средство, влияя, повидимому, на вязкость и свертываемость крови.

Спорынью при фибромиомах (за исключением случаев подслизистого расположения опухоли или фиброзных полипов) мы применяем не во время менструальных кровотечений, а за некоторое время до наступления менструаций. Это тонизирует матку, устраняет ее мышечную недостаточность, являющуюся одной из причин меноррагий при фибромиомах, уменьшает предменструальное кровенаполнение матки, благодаря сокращению ее стенок; кроме того, спорынья оказывает непосредственное действие и на кровеносные сосуды. Спорынью больная начинает принимать за 4—6 дней до начала ожидаемой менструации. Вычислить этот срок обычно нетрудно, так как у миоматозных больных большей частью менструации приходят через более или менее правильные интервалы.

Салициловые препараты уменьшают кровотечения и боли; аналогично действует и морфин (при длительном применении его наступает аменоррея), но по само собой разумеющимся причинам к морфину в случаях одного только кровотечения при фибромиомах прибегать не следует.

Соли кальция, действие которых основано на повышении свертываемости крови, применяют внутрь в растворах (Sol. Calcii chlorati 3%, по столовой ложке 3 раза в день, запивать молоком), порошках (Calcii lactici 0,3 принимать 2—3 раза в день по 1 порошку). Кальций назначают также в клизмах (Sol. Calcii chlorati 5%, 1—2 столовые ложки для клизмы) и в форме внутривенных вливаний.

Подкожное введение стерилизованной (40%) желатины имеет целью повышение свертываемости крови, но вызывает на месте инъекции резкие боли.

Советские гинекологи часто применяют при лечении кровотечений при фибромиоме препараты грудной железы, основываясь на том, что в них содержатся гормоны грудных желез, введение которых в организм самки вызывает задержку развития и функций ее половых органов. Многие авторы (Букоемский, Мыкертчянц, Федоров и др.) отмечают уменьшение опухолей, кровопотерь и болевого симптома. Применение препаратов даже в течение длительного времени не оказывает никакого вредного влияния на организм; благодаря этому их можно назначать в качестве профилактического средства, если опухоль не вызывает никаких симптомов. В случаях, когда уже имеются жалобы на увеличение менструальных кровопотерь, характер и интенсивность которых не вызывают еще необходимости прибегать к радикальным методам, можно в течение некоторого времени попробовать проводить лечение препаратами грудной железы либо *per se*, либо в комбинации с другими лекарственными препаратами (спорынья).

Из препаратов грудной железы широко распространен маммин (таблетки по 0,3—0,5; 3—6 таблеток в день) и маммокрин (для подкожных инъекций, 1—2 ампулы в день). Мы охотно комбинируем применение маммокрин в течение всего межменструального периода с препаратами спорыньи в течение 4—6 дней до ожидаемой менструации и стиптицин в дни наиболее обильной менструации.

В последнее время предложено лечение аутоаммином (Мыкертчянц и Келлат), заключающееся в активной или пассивной гиперемии грудных желез больной при помощи горячих препаратов, грязей, бировской банки, ионизации.

Чернеховский на VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов сообщил о применении им в 160 случаях фибромиом внутриматочных вливаний 5% иодной настойки по методу Грамматикати, давших ему в 50% стойкие результаты. На основании экспериментальных работ о влиянии введенного в организм иода на яичники (Брауде и Шварцман) можно предположить, что благоприятное действие иода на кровотечения при фибромиомах вызывается в значительной мере угнетающим действием иода на фолликулярный аппарат яичника и может быть в этом смысле поставлено в известную параллель с действием рентгенотерапии. Особенно хорошие результаты Чернеховский имел в случаях осложнения фибромиом воспалением. Число вливаний было 30—120, производимых обязательно ежедневно.

Как известно, метод Грамматикати имеет много отрицательных сторон: большое количество сеансов, опасность проникновения иода в брюшную полость, вызывающего резкие припадки болей, возможность внесения и распространения инфекции. Подслизистое расположение опухоли может препятствовать введению иода в матку и правильному его распределению в полости матки, а также и вызвать осложнения со стороны опухолей. Успех лечения, достигаемый только в половине всех случаев, тоже не выдвигает этот метод в первый ряд лечебных мероприятий при фибромиомах. И все же мы согласны с Соловьевым (VIII съезд акушеров и гинекологов), что у каждого гинеколога найдутся случаи, когда он охотно применит вливание иода по способу Грамматикати.

В учреждениях, обладающих установками для рентгенотерапии, метод Грамматикати не имеет сейчас широкого распространения.

Если у миоматозной больной внезапно начинается сильное кровотечение или если оно длится очень долго, то применяют впрыскивания препаратов задней доли гипофиза (питуикрин Р) или эрготина.

Rp. Ergotini dialysati 2,0
Aq. destill. 8,0
M. Sterilisetur!
DS. Для инъекций

Кроме того, назначают холодные или, наоборот, горячие влагалищные спринцевания с раствором таннина или квасцов (1 столовую ложку на 1 л воды).

Техника горячих спринцеваний, применяемых для прекращения маточного кровотечения, иная, чем для рассасывания продуктов воспаления. При лечении хронического воспалительного процесса горячие спринцевания должны быть как можно продолжительнее для того, чтобы вызванная гиперемия в тазу длилась как можно дольше. С этой целью применяют большие кружки, вмещающие по несколько литров жидкости, или небольшую кружку доливают горячей водой несколько раз.

Горячее спринцевание для прекращения маточного кровотечения должно быть кратковременным, так как горячая струя воды должна служить внезапным термическим раздражителем для матки, заставляющим ее сократиться. Поэтому для такого спринцевания в кружку наливают всего лишь 2—2½ стакана воды, температура которой должна быть такой высокой, какую больная только в состоянии переносить (48—50°). Наконечник для этих спринцеваний должен иметь одно большое отверстие. Так как слизистая влагалища переносит более высокую температуру, чем кожа наружных половых органов, то для таких спринцеваний применяют специальные приборы с обратным током для жидкости.

Влагалищные спринцевания не следует делать при открытом цервикальном канале, как, например, при рождающихся фиброзных полипах.

Пузырь со льдом на живот, применяемый для уменьшения кровенаполнения в тазу и лучшего сокращения матки, во избежание обморожения кожи брюшной стенки, не следует оставлять долго на животе и класть его непосредственно на кожу живота, а необходимо подкладывать под него полотенце или салфетку.

Но все эти мероприятия далеко не обеспечивают даже кратковременного успеха, а нередко они и вовсе не способствуют сколько-нибудь заметному уменьшению кровопотери. В таких случаях применять их долго нецелесообразно.

РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Если симптоматическое лечение не дает быстрого эффекта, необходимо перейти либо на рентгенотерапию (радиотерапию), либо прибегнуть к операции. Возраст больной, близкий к климактерическому, отнюдь не должен служить причиной промедления, ибо, как известно, климакс у женщин, страдающих фибромиомами, наступает позднее обычного.

При решении вопроса о выборе между оперативным методом лечения и лечением лучистой энергией необходимо учитывать следующее: лечение лучистой энергией, в частности, рентгенотерапия фибромиом, не дает смертности, но в тех случаях, когда продолжающиеся кровотечения заставляют все же произвести операцию, прогноз ухудшается. Причиной являются затруднения, возникающие при операции главным образом в отношении гемостаза (результат склерозирования тканей под влиянием предшествовавшего действия лучистой энергии). Неблагоприятный исход операции в этих случаях должен быть отнесен, хотя бы в некоторой части, за счет рентгенотерапии, а не исключительно за счет операции. Правда, неуспешность рентгенотерапии является часто результатом неправильного отбора случаев и применения ее у больных, для которых она противопоказана.

В нашей клинике на 188 случаев операции фибромиом за последние 5 лет (с 17/XI 1930 г. по 1/IV 1935 г.) мы имели 8 случаев, где после проведенной в московских лечебных учреждениях рентгенотерапии пришлось по витальным показаниям произвести экстирпацию матки. Операции во всех случаях прошли благополучно, и больные выздоровели.

Облучение действует не только на самую фибромиому, но и на здоровые ткани. Здесь нужно иметь в виду угнетающее и разрушающее действие лучей на фолликулярный аппарат яичников, овуляторная и инкреторная функции которых нарушаются, в то время как сама опухоль остается и только постепенно начинает уменьшаться, как и при естественном климаксе. Таким образом, радикально прекращая менструальные кровотечения, которыми страдают больные, рентгенотерапия по существу является лишь паллиативным методом лечения фибромиом матки. Клиническое излечение, поскольку у больных прекращаются кровопотери, при правильном отборе случаев и надлежащей технике в значительном большинстве случаев при этом достигается. Но все же имеются отдельные случаи, при которых впоследствии в опухоли начинаются дегенеративные изменения, из которых наибольшее значение имеет злокачественное перерождение.

Абсолютно нет доказательств того, что опухоли, подвергавшиеся облучению, чаще превращаются в саркому или что после облучения в матке, содержащей фибромиому, чаще появляется раковая опухоль, чем в матке, не подвергавшейся облучению. При решении вопроса о применении рентгенотерапии надо помнить, что в матке, содержащей фибромиому, рак возникает чаще, чем в нормальной.

Так как лечение фибромиом матки при помощи лучистой энергии ведет к уничтожению функции яичников (рентгеновская кастрация), применение ее противопоказано у молодых женщин (до 40 лет), у которых она вызывает резкие явления выпадения, кроме того, у нерожавших женщин сморщивание влагалища, возникающее на почве климактерических изменений половых органов, может повести к затруднению полового акта.

Одной из отрицательных сторон рентгенотерапии является невозможность точной дозировки лучей, действующих в глубине таза, и зависимость результатов при одной и той же дозировке от возраста больной.

Ввиду того что уменьшение опухоли начинается не тотчас после наступившего искусственного климакса, а происходит постепенно, то при наличии огромных опухолей, а также при опухолях, вызывающих боли и смещения соседних органов вследствие своего расположения (шеечные интралигаментарные опухоли), жалобы больных могут остаться и после рентгенизации.

При ясно выраженных подслизистых опухолях, особенно имеющих ножку, рентгенотерапия не дает хороших результатов, поэтому применение ее нецелесообразно.

Для рентгенотерапии имеются и прямые противопоказания: фибромиома, осложненная беременностью, подозрение на злокачественное перерождение опухоли или слизистой матки, некроз опухоли и, наконец, молодой возраст больной, о чем уже говорилось выше. Все эти случаи подлежат операции. Повышение температуры, которое может зависеть не только от некроза опухоли или от того, что опухоль инфицирована, но также и от сопутствующих воспалительных процессов в соседних органах (аппендицит, аднексит, пиелит, туберкулез почек и т. п.), может служить противопоказанием в одних случаях к рентгенотерапии, в других — к операции.

Вполне понятно, что в случаях, когда опухоль комбинируется с обширным воспалительным процессом в придатках и брюшине, особенно при гонорройной инфекции, отдается предпочтение оперативному методу. В этих случаях следует предварительно проводить консервативное лечение воспалительного процесса при помощи покоя, гидропатических процедур и продолжать это лечение до того момента, пока лейкоцитарная формула, реакция оседания эритроцитов и другие данные клинико-лабораторных исследований не покажут, что острая стадия воспаления миновала.

Удаление матки оперативным путем предохраняет больную от возникновения злокачественного новообразования, к которому имеет склонность миоматозная матка. При операции яичники обычно сохраняются целиком или частично, и явление выпадения у больной либо вовсе не наступает, либо они бывают выражены значительно слабее, чем при рентгеновской кастрации.

Ввиду того что операция даже в самых опытных руках дает все же хотя бы и небольшой процент смертности, мы стремимся по возможности ее избежать.

В нашей клинике мы имеем, правда, незначительный процент смертности после операций по поводу фибромиом матки. Так, на 572 случая операций фибромиом мы имели всего 4 случая смерти, что составляет 0,7% смертности. Эти смерти падают на 498 случаев операций, произведенных брюшностеночным путем (274 полные экстирпации матки, 199 надвлагалищных ампутаций матки и 25 консервативных миомэктомий). По данным Штеккеля, приводимым в его руководстве (1933 г.), смертность при операции миом при хорошей технике колеблется между 1,7 и 3%. Приблизительно такие же цифры приводятся авторами. Таким образом, операция в среднем дает около 2% смертности — факт, которым ни в коем случае нельзя пренебречь.

Для некоторых больных операция является абсолютно или относительно противопоказанной. Сюда относятся больные, страдающие болезнью сердца и легких, болезнью почек, обмена веществ и все случаи острой инфекции в тазу. Расширения вен в значительной степени также делают операцию опасной вследствие возможной закупорки их и эмболии.

Не входя в сравнительную оценку оперативных методов лечения фибромиом матки, укажем только на большую безопасность операций, производимых по влагалищному способу. Большие статистики, опубликованные в нашей и иностранной литературе, не оставляют в этом никакого сомнения. Так, например, Отт на 1291 случай влагалищных операций фибромиом имел 1,1% смертности, в то время как 709 случаев операции брюшностеночным путем дали ему 7,1% смертности. У Штеккеля на 214 полных влагалищных экстирпаций, произведенных за период работы его в Лейпцигской клинике, не было ни одного смертного случая. В нашей клинике с 1922 по 1933 г. 497 случаев операций фибромиом, произведенных брюшностеночным способом, дали 0,8%, а 74 операции фибромиом, произведенные влагалищным способом,

дали 0% смертности. Придавая значение при сравнительной оценке оперативных методов личному опыту, я, однако, к сожалению, не имею возможности представить в цифрах статистику за 30 лет своей личной оперативной деятельности, но смертные случаи свои я хорошо помню. При операциях фибромиом брюшностеночным путем я за все время имел 2 смертных случая, а влагалищным путем—0 смертности. Причины большой разницы в исходе операции при обоих методах вполне понятны: вскрытие брюшной полости происходит при влагалищном методе в самой глубине таза, органы брюшной полости почти не приходят в соприкосновение с операционным полем, перитонеальный шок—минимальный, общий наркоз не должен быть глубоким и даже при продолжительной операции хлороформа или эфира уходит незначительное количество—во всяком случае, значительно меньше, чем при самой быстрой лапаротомии. Главное преимущество вагинального метода перед лапаротомией—незначительность оперативного шока, почему этот метод имеет особую ценность при операциях ожирелых, пожилых и ослабленных больных. На все это приходится здесь указывать потому, что, взвешивая все pro et contra оперативного вмешательства и сопоставляя с ними консервативные методы лечения, врач должен учитывать эти обстоятельства.

Показания и противопоказания к оперативному методу лечения и лечению лучистой энергией

Дать твердую схему, точно разграничивающую круг применения консервативного и оперативного методов лечения фибромиом, в настоящее время невозможно. Взгляды авторов на ряд вопросов еще во многих пунктах расходятся. В общих чертах показания к обоим методам, которые вытекают из изложенного, можно кратко сформулировать следующим образом: операции подлежат случаи опухолей матки с подозрением на злокачественное перерождение, фибромиомы, достигшие значительной величины (достигающие пупка), подслизистые фибромиомы, особенно имеющие склонность «родиться», некротизирующиеся опухоли, фибромиомы, комбинирующиеся с другими опухолями или дефектами, требующими со своей стороны оперативного вмешательства (кисты яичника, выпадения матки и влагалища и т. п.), опухоли в молодом возрасте больной, а также опухоли, точная диагностика которых не ясна.

Бесплодие, причиной которого являются фибромиомы, также может быть показанием к консервативной миомэктомии.

Рентгенотерапия показана во всех случаях фибромиом, вызывающих кровотечения, где операция противопоказана по состоянию здоровья больной, например, при тяжелых органических заболеваниях сердца, легких, почек, болезнях обмена и острых инфекциях (например, фурункулез вульвы) и пр., далее, в случаях, требующих вмешательства, когда имеются сравнительно небольшие, субсерозные или интрамуральные опухоли у больных в возрасте, близком к климаксу, а также в тех редких случаях, когда предшествовавшая операция требует сохранения достигнутых ею анатомических соотношений, как это, например, может быть после успешной операции пролапса. Рентгенотерапия противопоказана во всех случаях, которые, как указано выше, подлежат операции; она допустима при сочетании фибромиомы с воспалением, в случаях резкого малокровия, при больших опухолях.

Чаще всего безуспешность рентгенотерапии зависит от того, что она применяется при нераспознанном субмукозном расположении опухоли или при комбинации фибромиомы с нераспознанным раком тела матки. Поэтому необходимо поставить себе за правило не назначать больных на рентгенотерапию, прежде чем возможность такого осложнения не будет исключена. Некоторые указания в этом отношении могут дать анамnestические данные. Так, например, совершенное отсутствие кровянистых выделений вне менструального периода будет говорить за отсутствие рака тела матки, при наличии же таких выделений точная диагностика может быть поставлена только при помощи микроскопического исследования соскоба, взятого из полости матки. В отношении подслизистого расположения опухоли анамнез может не дать опорных данных. Так, например, затяжная форма менструальных кровотечений, сменяющаяся длительной мазней, может зависеть как от подслизистой опухоли, так и от наличия в матке, помимо

фибромиомы, также и слизистого полипа. Схваткообразные боли, которыми сопровождаются менструации, могут говорить за подслизистую опухоль, но могут происходить и от других причин, например, в результате воспалительного процесса. Поэтому, кроме учета анамнестических данных и данных двуручного исследования (укорочение шейки, раскрытие зева при рождающихся опухолях), необходимо для решения всех этих вопросов произвести еще зондирование матки или даже пробное выскабливание ее полости. Полезным может еще в некоторых случаях оказаться производство рентгенограммы после наполнения матки контрастным веществом (метросальпингография).

Необходимость производить во многих случаях фибромиом диагностическое выскабливание как предварительный акт перед назначением рентгенотерапии, несомненно, осложняет применение последней и может в отдельных случаях при выборе метода лечения повлиять на его решение в пользу оперативного метода.

Применение рентгенотерапии без предварительного обследования полости матки может нередко дать прекрасные результаты, если это лечение проводить в тех случаях, когда менструации становятся только более обильными и длительными, но правильный цикл их сохраняется. Но все же это рискованно. Еще больше риск, когда рентгенотерапию применяют без предварительного обследования полости матки в тех случаях фибромиом, при которых кровянистые выделения наблюдаются вне менструального цикла.

К диагностическому зондированию и выскабливанию приходится прибегать также и в тех случаях, когда рентгенотерапия осталась безуспешной и кровотечения у больной продолжают или вновь появляются. Причиной этого может быть недостаточность дозы лучей, получаемой в глубине (обычно при успешной рентгенотерапии менструация может появиться еще 1—2 раза, редко больше). Чаще же безуспешность зависит от того, что рентгенотерапия была в этом случае противопоказана, что было бы обнаружено, если бы были своевременно предприняты необходимые исследования, т. е. перед началом рентгенотерапии.

В некоторых случаях кровотечение после более или менее продолжительной паузы вновь появляется. Причина может заключаться в том, что отдельные фолликулы яичника, не разрушенные рентгеновскими лучами, вновь стали созревать и вызывать менструальные кровотечения, или причиной кровотечения могут быть склероз сосудов, эндометрит, слизистые полипы; но не менее вероятно, что причиной вновь появившегося кровотечения могут быть и злокачественные новообразования в матке или в яичниках. Подозрение на саркоматозное перерождение усиливается, если опухоль после наступления климактерического периода начинает увеличиваться в объеме и при отсутствии других причин вызывает общее плохое самочувствие больной. И в этих случаях подробное клиническое исследование, сопровождаемое в случае необходимости пробным выскабливанием, поможет поставить диагноз. Если для такого исследования встречаются препятствия, то, принимая во внимание сравнительную частоту злокачественных новообразований при фибромиомах, следует и в этих случаях тотчас переходить к удалению матки оперативным путем.

Из симптомов, вызываемых фибромиомой матки и являющихся предметом жалоб больных, необходимо указать на боли различной интенсивности, начиная от неопределенных жалоб на ощущение тяжести в животе и кончая тяжелыми приступами болей при ущемлении опухоли в тазу, при перекруте ножки субсерозной опухоли или всей матки вместе с опухолями. Болезненные ощущения могут исходить также из соседних органов (мочевые пути, кишечник), если последние смещены или ущемлены опухолью. Наличие сильных болей является показанием к оперативному вмешательству. При небольших болевых ощущениях и отсутствии подозрения на злокачественное перерождение правильный общий режим с устранением венозного застоя в тазу приносит облегчение.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ

Научное обоснование применения лучей Рентгена при лечении кровотокащих фибромиом базируется на общепринятом мнении, что указанные заболевания связаны с изменениями и нарушениями функциональной деятельности яичников. Зейтц считает, что рост фибромиомы зависит от дисфункции яичников вследствие их мелкокистозного перерождения. Высокая восприимчивость элементов яичника к лучам Рентгена дает возможность воздействовать на их функцию и тем самым влиять на указанные выше заболевания. Под влиянием рентгеновских лучей в яичнике происходят значительные макроскопические и микроскопические изменения; яичники значительно уменьшаются в объеме. По исследованиям Рейффершейда, вскоре после освещения яичников поражаются элементы графовых фолликулов—эпителиальные и яйцевые клетки, а спустя две недели они совсем исчезают (Альберс—Шенберг—Albers—Schönberg, Шпехт—Sprecht); при более интенсивном освещении страдают и примордиальные фолликулы—последние количественно уменьшаются и претерпевают ряд глубоких дегенеративных изменений, подвергаясь сморщиванию и гиалиновому перерождению. Наконец, при еще более интенсивном освещении изменения касаются и так называемых интерстициальных элементов яичника, что выражается в уменьшении величины клеток, малой зернистости их протоплазмы. Изменения элементов яичника, наступающие под влиянием облучения рентгеновскими лучами, носят характер перерождения без признаков воспаления. Интерстициальные клетки подвергаются изменению, но в значительно меньшей степени.

Клинические наблюдения дают нам основание думать, что внутрисекреторная функция яичников под влиянием умеренной рентгенизации страдает лишь незначительно. Французские авторы (Буэн—Bouin, Аналь—Anal и др.), которые считают именно интерстициальную ткань яичника железой с внутренней секрецией, объясняют слабое проявление явлений выпадения после освещения рентгеновскими лучами малой чувствительностью интерстициальных клеток к этим лучам.

При этом все графовы и примордиальные фолликулы исчезают или же только временно прекращается производительная функция—все зависит от того, насколько интенсивны были освещения и как часто они повторялись. При слабом освещении погибают лишь весьма чувствительные эпителиальные элементы яичника, а менее чувствительные интерстициальные клетки сохраняются. При очень интенсивном освещении и эти элементы подвергаются более или менее резким дегенеративным изменениям. Это подтверждают и наши наблюдения: при мало интенсивном освещении обычно наступает аменоррея без каких-либо значительных явлений выпадения; наоборот, при очень интенсивном освещении мы наблюдаем значительно выраженные явления выпадения.

На результат освещения рентгеновскими лучами влияет также и возраст больной: чем ближе к климактерическому периоду, тем быстрее и тем меньшим количеством рентгеновских лучей достигается атрофия яичников. У молодых женщин после более или менее длительной аменорреи могут возобновиться менструации, что объясняется большей резистентностью яичника.

Резистентность яичника имеет громадное значение и при прочих одинаковых условиях является, повидимому, одним из основных факторов в достижении того или иного эффекта.

Объясняется ли влияние рентгеновских лучей на миому только косвенным воздействием через яичники или же они непосредственно воздействуют на самую миому, по этому вопросу существуют разные мнения.

Большинство немецких рентгенологов объясняет эффект воздействия рентгеновских лучей на миому исключительно атрофией яичников; некоторые немецкие (Рунге, Юнг) и французские рентгенологи (Беклэр) считают, что рентгеновские лучи действуют не только на яичники, но и на миоматозную ткань.

Исследования Р. Мейера показали, что в клетках облученных миом наступает сильная атрофия со склерозом и умеренной гиалиновой дегенерацией отдельных волокон и склероз сосудов. Хюсси и Вальтгард считают наиболее вероятным воздействие лучей на капилляры слизистой матки; по их мнению, атрофию следует объяснять не только прекращением овуляции, но и наступающими изменениями в слизистой матки характера *endarteriitis obliterans* мелких сосудов.

Трудно, понятно, утверждать, что указанные изменения в миомах являются результатом только непосредственного воздействия рентгеновских лучей; однако тот факт, что миоматозная матка при обычной рентгенотерапии нередко начинает уменьшаться в размерах значительно раньше, чем наступает аменоррея, говорит до некоторой степени и за непосредственное воздействие рентгеновских лучей на ткань миомы.

Из различных методов рентгенотерапии фибромиом до последнего времени преимущественно применяются два — метод «интенсивный» и метод «дробной дозировки».

Интенсивный метод, разработанный главным образом фрейбургской и эрлангенской клиниками, базируется на так называемой биологической шкале Зейтца и Винтца.

Для подведения в глубину больших доз без повреждения указанных тканей требуется рентгеновская радиация чрезвычайно большой жесткости (рис. 53). Наряду с большой жесткостью, которая достигается тяжелыми фильтрами и мощными трансформаторными установками (напряжение до 200 000 и более вольт), интенсивный метод лечения фибромиом ставит непременным условием подведение в глубину на каждый яичник не менее 34—35% НЕД. После такого интенсивного освещения менструации или совсем не наступают или они повторяются еще один, реже—два раза. Существенное значение при этом имеет фаза интерменструума, когда производится освещение: если рентгенотерапия проводится в первом интерменструуме, то менструации при одинаковых условиях освещения, как правило, повторяются на один раз меньше по сравнению с облучением во втором интерменструуме.

Техника освещения: анатомический тубус Зейтца-Винтца, фильтр 0,5 мм цинка и 1,0 мм алюминия;

FD—30 см; два поля спереди на параметрии и два поля сзади на боковые поверхности крестца; доза на каждое поле 1 НЕД (рис. 54, 55).

Метод дробной дозировки применяется главным образом французскими рентгенологами (Беклэр) и некоторыми советскими (Неменов, Зандберг, Порховник). Техника освещения, проводимая Беклэром, такова: напряжение всего лишь 100 000 вольт, фильтр 6 мм алюминия, следовательно, лучи сравнительно мягкие. Освещаются два поля спереди, одно сзади; освещение проводится мелкими дозами по 3Н с промежутками между каждым сеансом в одну неделю до появления первых признаков явлений выпадения.

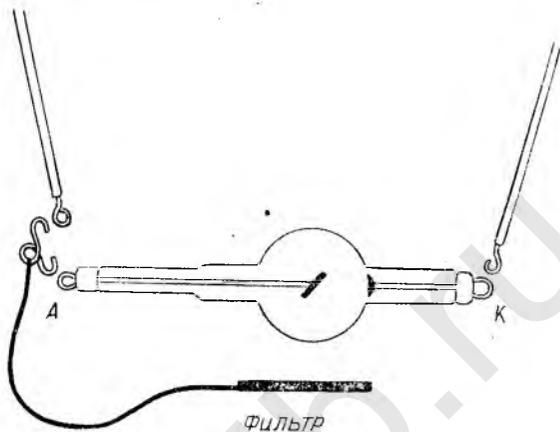


Рис. 53. Схематический рисунок рентгеновской трубки и фильтр под нею.

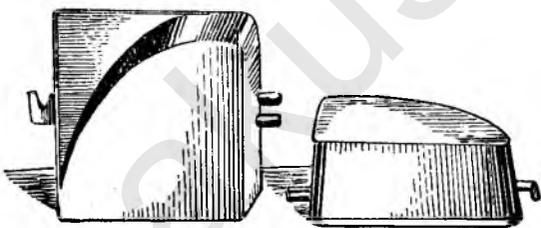


Рис. 54. Анатомический тубус Винтца.

Помимо описанных двух методов, существует еще так называемый метод *exovulatio*, предложенный Зейтцем и Винтцем для тех случаев, когда приходится прибегать к освещению яичников у молодых женщин. При этом методе освещения выключается лишь фолликулярный аппарат и, как принято считать, преимущественно зрелые и созревающие фолликулы. С прекращением кровотечения опухоль приостанавливает свой рост. При вторичном появлении кровотечений указанные авторы снова освещают тем же методом. Таким путем как бы оттягивается постепенно время, а с наступлением момента естественного климакса применяют интенсивное освещение.

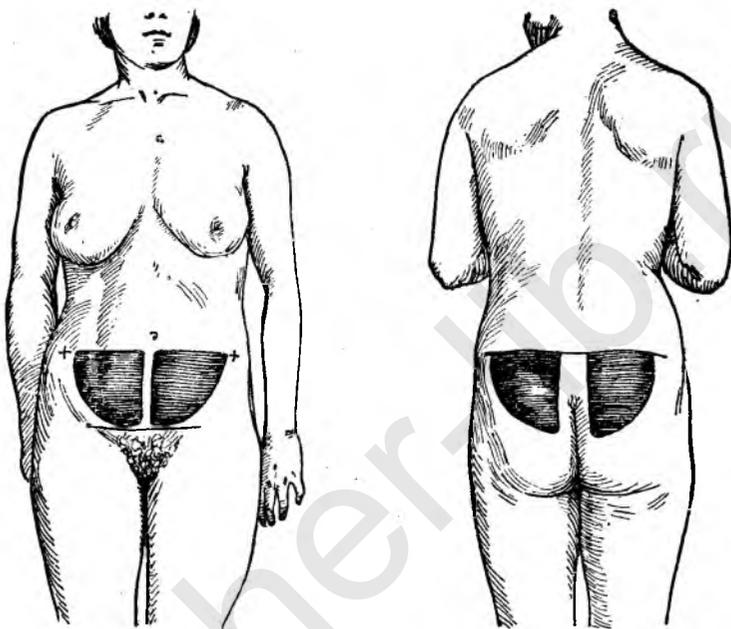


Рис. 55. Поля освещения при фибромиоме по Зейтцу-Винтцу: анатомический тубус, 2 поля спереди и 2 поля сзади.

Метод этот, на первый взгляд, как будто заманчив, однако мы не считаем его заслуживающим широкого применения, так как теоретические рассуждения авторов далеко не всегда оправдывают себя на практике. Освещая яичники молодой женщины рентгеновскими лучами и получая после этого аменоррею, мы не знаем точно, как длительна будет эта аменоррея, и не можем быть уверены в том, что она в ряде случаев не окажется постоянной, и мы таким образом получим ранний климакс.

На протяжении свыше 10 лет мы (А. Л. Каплан), начав в свое время с общепринятого метода Зейтца и Винтца, постепенно от него отступали и, наконец, отказались вообще от его применения. Изменить метод нас побудило то обстоятельство, что многие наши больные, вынужденные по тем или иным причинам прервать лечение, возвратились к нам позднее со стойкой аменорреей.

Мы выработали свою методику рентгенотерапии фибромиом, проследили на большом материале результаты этой методики и считаем, что она полностью себя оправдала. Если учесть, что обычно кровотечения при фибромиомах появляются большей частью в возрасте, близком к климактерическому, или даже с наступлением климакса, то нашей сравнительно небольшой дозы в большинстве случаев оказывается достаточно, чтобы вызвать постоянную аменоррею.

Доза, применяемая нами, в сумме значительно меньше, чем при «интенсивном» методе; однократная же доза больше, чем при «дробной» дозировке. При нашем методе мы избегаем сильных побочных токсических проявлений рентгенотерапии, имеющих место при интенсивном освещении (резкие и болезненные

явления выпадения, значительный Röntgenkater и некоторые другие), и в то же время мы не растягиваем освещение на очень длительный срок, как это имеет место при дробной дозировке.

Наша техника освещения: напряжение 170 kV, сила тока 4 mA, расстояние антикатада от освещаемого участка 30 см, величина входного поля соответственно анатомическому тубусу, фильтр 0,5 мм цинка и 1 мм алюминия; освещение 1—2 сеанса на каждый параметрий спереди, общая доза на параметрий составляет от 8 до 12Н¹ и лишь в очень редких случаях 18 Н (при одном дополнительном поле сзади на коже). Означенная при нашей технике доза в глубине 10 см, соответственно месту расположения яичника, составляет, в среднем около 20% поверхностной дозы.

В последние годы мы ограничиваемся только двумя передними полями, давая на каждое поле 9 Н. В случаях очень больших фибромиом мы освещаем 4 поля (2 спереди и 2 сзади) и на каждое поле даем от 6 Н до 9 Н. Освещение обычно производим в первый интерменструум при соответствующей предварительной подготовке больной—опорожненный мочевой пузырь, опорожненный кишечник накануне и перед освещением; здоровая кожа в участках, подлежащих освещению.

Основное и самое существенное—это подвергать освещению только те фибромиомы, где нет противопоказаний к этому виду терапии. Тщательное предварительное обследование случая с исключением наличия субмукозных новообразований, злокачественного перерождения (по возможности путем выскабливания) и других осложнений, противопоказующих применение рентгеновских лучей (см. стр. 211). В последние годы мы большинство больных кладем на 3 дня в стационар для предварительного обследования, после чего показанные для рентгенотерапии случаи лечим амбулаторно. Только при такой постановке рентгеновские лучи в терапии фибромиом дадут положительный результат, почему как самый отбор и ведение случая, так и последующее за ним наблюдение должны проводиться специалистом гинекологом-рентгенологом или во всяком случае опытным гинекологом совместно с рентгенологом.

Результаты рентгенотерапии фибромиом сводятся к следующему. По литературным данным, кровотечения после интенсивного освещения совершенно прекращаются в среднем в 90—95% случаев, если лечение проводилось в первом интерменструуме; если лечение проводилось во втором интерменструуме, кровотечения повторяются еще один-два раза, но обычно в скудном количестве. Беклэр при дробной дозировке получил в 81% случаев полное прекращение менструации через 2 месяца после начала лечения.

При нашей методике освещения мы получили при фибромиомах полное прекращение кровотечений после лечения в 50% случаев, менструации повторились 1 раз в 23% случаев, 2 раза—в 20% и 3—4 раза—в 7%.

Никогда не следует забывать возможности наступления менструаций после освещения рентгеновскими лучами. Необходимо в этом отношении учитывать возраст больной, величину опухоли к моменту лечения, методику и время освещения, применяемую дозу, характер наступившей после освещения менструации. Ни в коем случае не следует повторно освещать больную только потому, что у нее повторились менструации. Как видно из приведенных данных, такое явление вполне возможно. При наличии противопоказаний к рентгенолечению бесполезны и большая доза, и повторное освещение, а там, где случай показывает рентгенотерапию, нет оснований торопиться с повторным освещением. Обычно менструации повторяются больше двух раз при применении малой дозы, и в этих случаях только после двух-трех менструаций, прошедших после освещения, мы рекомендуем повторять освещение, причем применять либо ту же дозу,

¹ 100% HED, исчисляемое по SN при тяжелом фильтре, равно 2,4; в единицах «г» HED соответствует примерно 600 г.

либо несколько меньшую. К однократному повторному освещению нам пришлось прибегнуть в 8,6% всех наших случаев.

Рецидивы кровотечений после проведенной рентгенотерапии могут зависеть либо от того, что уцелевшие в яичнике фолликулы созревают и яичник начинает овулировать, либо от наличия злокачественной опухоли. Эти поздние кровотечения требуют особенного внимания и особо тщательного обследования. Там же, где применяются средние дозы, там при прочих равных условиях скорее возможно наступление менструаций после более или менее длительного их отсутствия. Дедерлейн и Крениг указывают, что при малых дозах рецидив кровотечений имел место в 1,2% случаев, при средних дозах—в 0,4% случаев. В наших случаях мы имели рецидив кровотечений в 3,5% случаев. Исключив наличие злокачественного новообразования, эти случаи подвергают повторному рентгеновскому освещению и обычно получают стойкую аменоррею.

Уменьшение опухоли. С наступлением аменорреи, а часто еще и до этого, начинается заметное уменьшение опухоли. Наиболее резко уменьшается опухоль спустя 3—4 месяца после начала аменорреи; уменьшение опухоли идет с различной быстротой в зависимости от характера опухоли. Неплотные фибромиомы сморщиваются скорее и больше, чем плотные; интерстициальные миомы уменьшаются быстрее, чем субсерозные. Так или иначе, но уменьшение опухоли после рентгенолечения является правилом; отсутствие уменьшения опухоли после рентгенолечения должно заставить думать, что в этом случае имеется не чисто миоматозная опухоль (Беклэр).

Уменьшение опухоли имело место (цит. по Архангельскому) у Дедерлейна в 94%, у Зандберга в 87%, у Архангельского в 86%, у Каплана в 96%.

Полное исчезновение опухоли наблюдается в среднем в одной трети всех случаев (по Дедерлейну в 30%, по Зандбергу в 16%, по Архангельскому в 40%).

При нашем методе мы имеем полное исчезновение опухоли больше, чем в трети всех случаев. Несомненно, чем дольше ведется наблюдение за больными, тем больше будет процент уменьшения и исчезновения опухоли, ибо уменьшение, а тем более и полное исчезновение представляет собой длительный процесс.

Одновременно с уменьшением размеров опухоли уменьшаются и совершенно исчезают боли, на которые до этого нередко жаловались больные.

Одним из неприятных моментов, который следует за прекращением менструаций, является наступление так называемых явлений выпадения. Эти явления тем резче и тем тяжелее, чем быстрее выключается функция яичников. Помимо наступления тяжелых явлений выпадения, мы имеем общее таксическое воздействие рентгеновских лучей на весь организм. Кроме этого, применение больших доз ведет и к более быстрой атрофии влагалища. На нашем материале в тех случаях, где еще применялась интенсивная терапия, мы имели возможность наблюдать настолько тяжелые явления *Röntgenkater*, что больные теряли работоспособность, а некоторых с большим трудом удавалось уговорить закончить лечение.

Ко всему уже сказанному необходимо еще добавить некоторые особенности ухода за больными после рентгенотерапии. Прежде всего необходимо предупредить больную, чтобы по крайней мере в течение месяца после рентгенотерапии она не мыла очень горячей водой освещавшиеся участки кожи, не подвергала их действию прижигающих и раздражающих веществ (йод, горчичники, компрессы, грелки и некоторые другие); в противном случае больная рискует получить ожог (кумулятивное действие).

РАДИТЕРАПИЯ

Впервые радий применен для лечения фибромиом в 1906 г. Уденом (Oudin) и Вершером (Verchère). В 1909 г. Шерон (Chéron) опубликовал результаты лечения фибромиом радием (Париж, Медицинская академия).

По Неменову, лечение радием фибромиом матки может применяться наряду с лечением лучами Рентгена; радий следует предпочесть рентгену при фибромиомах, сопровождающихся обильными кровопотерями, требующими быстрой остановки¹. Вообще же кюритерапии подлежат фибромиомы матки, расположенные интрамурально. Величина опухоли при этом колеблется в пределах от 3—4-го месяца беременности до детской головки.

Кларк (Klarck), Шерон, Гелланд (Gelland), Скотт (Scott), Ландквист (Landquist), Гаусс и Кринский (Kriniski) применяли внутриматочно радий при фибромиомах матки, верхняя граница которых располагалась на два поперечных пальца выше пупка. В настоящее время общепризнано, что кюритерапию при фибромиомах матки можно применять лишь у тех больных, у которых узлы в матке не достигают значительных размеров, не деформируют ее полости, сопровождаются обильными кровопотерями, которые необходимо быстро приостановить, но при которых в то же время операция противопоказана (Мартиус—Martius). При отборе для кюритерапии больных, страдающих фибромиомой матки, в особенности же при выборе необходимой дозы, существенное значение имеет возраст больной.

В предклимактерическом возрасте кюритерапия фибромиом небольших размеров (величиной с мужской кулак) не встречает возражений, если к этому не имеется специальных местных противопоказаний: наличие воспалительных изменений в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке, злокачественное перерождение опухоли и др. Спорным остается вопрос о применении кюритерапии в более молодом возрасте в связи с тем, что явления выпадения при кюритерапии, по большинству авторов, наблюдаются реже, чем при лечении рентгеном, и протекают они значительно легче.

Все же мы считаем, что лечение радием, как и лучами Рентгена, лучше проводить в возрасте не ниже 40 лет, если, конечно, к этому не вынуждают особенности случая.

Кюритерапия противопоказана при бессимптомных, субмукозных, интралигаментарных фибромиомах, а также при наличии в опухоли дегенеративных изменений или остатков воспаления в самой матке или по ее окружности.

Распознанные субмукозные фибромиомы лечатся только оперативным путем, но отнюдь не радием. При интралигаментарных фибромиомах, сопровождающихся наличием жалоб со стороны мочевых путей, кишечника, трудно рассчитывать на получение быстрого терапевтического эффекта, так как известно, что район действия γ -лучей радия невелик (около 7 см). В случаях, осложненных воспалительными изменениями по окружности матки, внутриматочное применение радия может повести к возникновению местного, длительного тяжелого септического заболевания.

Механизм действия радиоактивных веществ при фибромиомах матки складывается из воздействия γ -лучей на эндометрий и миометрий матки, ткань опухоли и яичники. По Р. Мейеру, мышечные клетки матки и опухоли атрофируются, заменяются соединительной тканью, волокна соединительной ткани склерозируются, гиалиново перерождаются; кровеносные сосуды склерозируются, в них наступают явления эндоартериита; лимфатические сосуды расширяются. Обратное развитие опухоли является как бы результатом ее голодания вследствие наступившей анемии матки. Уменьшение размеров матки обязано также, повидимому, повышению аутолитических процессов в мышечных клетках матки при воздействии на нее радия. Действие γ -лучей радия на яичники выражается как в повреждении созревающих и примордиальных фолликулов, так и в задержке нормального их развития. При дозах радия свыше 4 000 мг/час. фолликулы и зародышевый эпителий в яичниках совсем исчезают. Повреждения фолликулярного аппарата яичников в свою очередь способствуют дальнейшему уменьшению размеров опухоли.

¹ Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов.

Методика и техника лечения радием фибромиом матки следующие: больная стационарируется, по возможности, за 2—3 дня до начала лечения для предварительного общего и местного клинического обследования и производства некоторых лабораторных исследований (моча, кровь, выделения). На все время лечения радием больные стационарируются; там же, где это невозможно, больных помещают на койку только в те дни, когда им вводится радий.

При назначении и проведении кюритепии особое значение следует придавать отдельным показателям крови (гемоглобин, содержание эритроцитов, лейкоцитов, наличие сдвигов формулы крови, реакция оседания эритроцитов), позволяющим судить о наличии анемии и ее характере, наличии скрытой, мало вирулентной или авирулентной инфекции.

При высоких степенях анемии пользуются массивной дозировкой радия, позволяющей быстро купировать основной симптом заболевания—кровотечение; в остальных же случаях с успехом применяется дробная (фракционированная) дозировка.

У больных с повышенным лейкоцитозом, выраженным нейтрофильным сдвигом влево, ускоренной реакцией оседания эритроцитов, чтобы избежать нежелательных осложнений, следует быть крайне осторожным в применении радия.

Введению радиоактивных веществ в полость матки предшествует очистка кишечника, опорожнение мочевого пузыря, дезинфицирующее спринцевание влагалища, тщательная подготовка наружных половых органов и шейки матки (протирание спиртом). Далее обнажают зеркалами влагалищную часть матки и подтягивают ее ко входу во влагалище. Канал шейки матки расширяют до № 8—10 расширителя Гегара. При свободно проходимом канале шейки матки (у повторнорожавших) расширения не производится. Полость матки зондируют для определения ее длины, емкости, характера внутренней поверхности. При отсутствии подозрения на злокачественное перерождение мы не делаем пробного выскабливания слизистой полости матки, хотя Яшке и рекомендует производить с диагностической целью выскабливание во всех случаях кюритепии фибромиом матки, имея в виду возможность выявления злокачественных изменений в слизистой матки. После этого в матку вводится резиновый аппликатор (см. кюритепию рака матки), содержащий несколько металлических трубочек с радием (радиоактивным веществом), заключенных в платиновые фильтры толщиной 0,6 мм. Общее количество радия, вводимого нами в полость матки в один прием, 20—40 мг, в зависимости от длины полости матки. Аппликатор доводится до дна матки. При отсутствии аппликатора трубочки с радием, уложенные продольно, одна над другой, заворачиваются в один слой асептической марли, перевязываются шелковой ниткой и вводятся в полость матки. Влагалище после внутриматочного введения радия рыхло тампонируется асептической марлей. Радий удаляют обычно через 20—24 часа. По удалении радия влагалище протирается досуха; затем производится дезинфицирующее спринцевание. Во время внутриматочной кюритепии больным предписывается постельный режим, катетеризация мочевого пузыря в случае задержки мочи, при болях в животе—наркотики. Явления так называемого Radiumkater обычно выражены нерезко и особой терапии не требуют. Сеансы внутриматочной кюритепии повторяются в зависимости от дозы через 3—4 дня. При повышении температуры у больных эту терапию временно прекращают.

Как уже указано, внутриматочная кюритепия при фибромиомах матки проводится или фракционированно (дробными дозами), или к опухоли подводится необходимая доза в один сеанс (массивная дозировка).

Худым женщинам при небольшой матке Яшке вводит в матку от 50 до 100 мг радия на 24—28 часов, у полных радий оставляется в матке даже до 50 часов. Вообще же дозировка при внутриматочной кюритепии фибромиом матки зависит от возраста больной, клинических и анатомических особенностей случая. По схеме Гаусса для достижения временной аменорреи (от 3. до 12 лет) следует пользоваться дозой в 500—600 мг/час. радий-элемента: аменоррея

от 12 до 30 месяцев имеет место при дозе 1 000—1 200 мг/час. Чем моложе возраст больных, тем доза выше (Гаусс). В зависимости от возраста больной и величины опухоли Купфербергер для получения длительной аменореи применяет внутриматочно 1 800—2 400—3 600 мг/час., Шедель—936—1 248, Флагау—1 200, Вейс—600—200, Спинели—1 200, Поляк—1 800—2 000, Эйлер—3 600, Болаффио—1 000, Зейтц—900—1 200, Полубинский—1 800—2 000, Чернеховский и Гиллерсон—750—2 500 мг/час.

Лечение радием фибромиом матки, как и рентгеновскими лучами, желательно начинать через несколько дней по окончании менструального кровотечения. При метроррагиях время начала кюритепии не может быть точно установлено. В этих случаях лечение радием проводится при наличии маточного кровотечения.

Из осложнений при внутриматочной кюритепии фибромиом матки укажем на возможность внесения инфекции извне или на обострение воспаления по окружности матки у тех больных, у которых до кюритепии наличие остатков бывшего воспаления не было распознано. Поэтому, прежде чем приступить к кюритепии у больных, страдающих фибромиомой матки, необходимо путем тщательного анамнеза и объективного исследования исключить наличие во внутренних половых органах остатков воспаления, а при внутриматочной кюритепии необходимо соблюдать строжайшую асептику.

Обычно уже через несколько дней после первого, чаще после второго облучения радием удается пальпаторно отметить начинающееся уменьшение размеров опухоли, а через 4—8 недель оно может быть уже ясно констатировано.

Говард и Кели (Hovard и Kelly) на 182 случая фибромиом матки, леченных радием, в 51% имели полное исчезновение опухоли и в 36% уменьшение опухоли, что вместе составляет 87%. Ландкист отмечает уменьшение опухоли в 65%, Дризен (Driesen)—в 89%.

Результаты лечения фибромиом радием, таким образом, аналогичны результатам рентгенотерапии.

«МИОМНОЕ СЕРДЦЕ»

При фибромиомах матки нередко наблюдаются сердечные явления, выражающиеся в цианозе, одышке, иногда даже в астматических припадках. Эти явления наблюдаются особенно при опухолях, достигших огромных размеров и чисто механическим путем вызывающих смещение диафрагмы и сердца и затрудняющих работу легких. Еще чаще эти явления наблюдаются у обескровленных миомаатозных больных.

Клинические наблюдения и патологоанатомические исследования отмечают при миомах матки в 40% различные формы заболевания сердца преимущественно характера поражений миокарда.

Ряд исследователей (Штрассман—Strassmann, Леман—Lehmann, Флек—Fleck и др.) расценивает эти изменения сердца как специфические для миомы и высказывает предположение, что одна общая причина вызывает возникновение как самой фибромиомы, так и сердечных явлений, что дало повод ввести термин «миомное сердце» (Myomherz), довольно распространенный в медицинской литературе. Однако большинство клиницистов как интернистов, так и гинекологов (Энгельман—Engelmann, Крель—Krehl, Штрюмпель—Strümpel, Сали, Шредер—Schröder, Вальтгард, Цондек, Винтер—Winter, Альбрехт, Опиц—Opitz, Штеккель, Черноуцкий и др.), занимавшихся изучением этого вопроса, единодушно отрицают специфичность миомного сердца и наличие особого миомного токсина, а все наблюдаемые при миомах матки заболевания сердца они считают вторичного, преимущественно анемичного происхождения (сердце при миоме) и отвергают поэтому термин «миомное сердце». Этой точки зрения придерживаются также рентгенологи Аркусский и Новотельнова (1933), которые на основании изучения литературы вопроса и по данным собственных наблюдений и исследований 83 стационарных и 20 амбулаторных миомных больных приходят к заключению, что нет достаточных клинических и патологоанатомических данных для обоснования понятия «миомное сердце», и точно так же предлагают этот термин отвергнуть и говорить о сердце при миоме как о вторичном заболевании.

Так как причиной сердечных явлений являются значительные кровопотери, наблюдаемые при фибромиомах матки, то прежде всего надо прекратить эти кровопотери. Поэтому наличие сердечных явлений при фибромиоме усиливает показания к радикальному лечению последней, т. е. к операции или рентгенотерапии. Предварительно и одновременно с радикальным лечением в этих случаях должно быть применено симптоматическое лечение, направленное к тонизированию сердечной мышцы (стрихнин, препараты Digitalis и пр.).

РАК

Статистика большинства стран показывает постоянное увеличение числа диагностируемых и регистрируемых случаев этой болезни.

Цифры эти настолько велики, что среди представителей медицины все настойчивее и громче раздаются голоса, указывающие на необходимость принять в отношении раковой болезни такие же мероприятия, какие введены в программы борьбы с туберкулезом, сифилисом и другими социальными болезнями.

Если принять во внимание, что у женщин, по данным некоторых авторов, рак встречается почти вдвое чаще, чем у мужчин, и что около 40% всех раковых заболеваний у женщин падает на половую сферу (Яшке), причем матка поражается чаще всего, то становится вполне очевидной роль, которую в раковой проблеме должна играть постановка дела борьбы с раком матки.

По статистике Малевой, обработавшей секционный материал пяти московских городских больниц за 10 лет (1917—1926 гг.), на 1 478 аутопсий было 633 женщины, умерших от рака, т. е. 42,8%.

Необходимость вести планомерную борьбу с раком матки на общественных началах была осознана уже в 1902 г. Винтером, который с цифрами в руках доказал, что улучшение оперативных результатов при раке матки может быть достигнуто главным образом при условии ранней диагностики. Винтер первый приступил к систематической борьбе с теми факторами, которые препятствуют своевременной диагностике рака.

Этими факторами он на основании обследования, произведенного Моммзенем (Mommsepp), признал: 1) недостаточное знакомство и беспечность врачей в отношении этого вопроса; 2) недобросовестность акушеров, берущих на себя решение вопросов, которые им не по плечу, и, наконец, 3) невежество, халатность и ложный стыд самих женщин.

Результаты поднятой кампании сказались очень скоро: произведенное через год обследование показало, что 1) ни один врач обследованного района не совершил какого-либо грубого промаха в этом направлении, 2) промахи наблюдались только у небольшого процента акушеров, 3) сами больные стали раньше прибегать к медицинской помощи 4), операбельность рака матки возросла с 62 до 74%.

Примеру Винтера последовали очень скоро и другие видные гинекологи и гинекологические общества.

Возникшее в 1907 г. Всероссийское общество борьбы с раком обладало слишком незначительными средствами, чтобы поставить дело достаточно широко, а с началом войны 1914 г. деятельность его совершенно прекратилась. Лишь после Октябрьской социалистической революции был по-настоящему выдвинут вопрос о создании постоянной и широкой организации для борьбы с раковой болезнью, а вся раковая проблема объединена в особую дисциплину — онкологию.

Широкие профилактические мероприятия во всей системе советского здравоохранения имеют громадное значение для предупреждения и распространения раковых заболеваний.

Наряду с этим на сегодняшний день в борьбе с раком все же весьма существенным является оказание своевременной квалифицированной лечебной помощи, что целиком зависит от раннего распознавания всех случаев начинающегося рака.

Для реального проведения в жизнь противораковой борьбы недостаточно существующей общей сети амбулаторной и стационарной помощи, а необхо-

димы специальные онкологические учреждения, уже имеющиеся в целом ряде крупных центров, в национальных районах и на новостройках (Ленинград, Москва, Воронеж, Горький, Ростов-на-Дону, Новосибирск, Томск, Смоленск, Казань и др.). Благодаря исключительному вниманию партии и правительства территория Союза покрывается громадной сетью специальных стационарных и амбулаторных противораковых организаций, подобно тому как это имеет место с туберкулезными и венерологическими учреждениями. В Москве организован Центральный онкологический институт, который имеет ряд отделений и филиалов в различных центрах и городах СССР. Организация Центрального института укрепляет, обеспечивает и объединяет разрозненные усилия существующих отдельных специальных учреждений и расширяет возможности для изучения и проверки методов борьбы с злокачественными новообразованиями.

Для непосредственной практической борьбы против рака, для оказания специальной квалифицированной помощи населению и учета раковых больных созданы районные и межрайонные онкологические пункты, во главе которых стоят врачи-онкологи. Так как женские половые органы являются одной из самых распространенных локализаций рака, то необходимо, чтобы на онкологическом пункте, наряду с онкологом-хирургом, вел прием и гинеколог.

При выработке показаний к лечению рака шейки матки лучистой энергией принято руководствоваться стадией заболевания, соответствующей классификации, разработанной Винтером и Дедерлейном. В развитии рака шейки матки различают четыре стадии:

1. Начальная стадия рака—операбельные случаи: рак строго ограничен, располагается на передней или задней губе шейки матки; матка сохранила полную подвижность, влагалищные своды свободны, боли отсутствуют. Встречаемая на практике относительно редко начальная стадия рака большинством современных гинекологов оперируется с последующим облучением рентгеном.

2. Пограничные случаи: влагалищная часть матки вся поражена, отчасти разрушена; рак начинает переходить на своды влагалища; начавшаяся инфильтрация клетчатки широких связок делает параметрий менее податливым; подвижность матки еще сохранена. Во второй стадии заболевания больных после предварительной местной подготовки лучше подвергнуть комбинированной радий-рентгенотерапии, а возможно, и последующей операции, которая при этих условиях становится менее-опасной.

3. Неоперабельные, но курабельные случаи рака: пузырно-маточная клетчатка инфильтрирована; крестцово-маточные связки утолщены, инфильтрированы, подвижность матки значительно ограничена; при ректо- и цистоскопии на слизистых оболочках прямой кишки или мочевого пузыря отмечаются явления местного отека, взбухания. Больные жалуются на боли внизу живота, в пояснице, крестце с иррадиацией в нижние конечности, на учащенные, болезненные позывы на мочеиспускание. У таких больных, как справедливо указывает Герцен, операция Вертгейма не может угнаться за раковопораженными лимфатическими железами вдоль аорты, крестца, подвздошных впадин, а потому как безнадежная совершенно нецелесообразна. Эти случаи лечатся исключительно комбинированной радий-рентгенотерапией.

4. Иноперабельные и инкурабельные случаи рака: влагалищная часть матки разрушена, своды поражены, матка неподвижна, имеется сплошная раковая инфильтрация клетчатки малого таза. Больные малокровны, кахектичны, жалуются на жестокие боли. Отмечаются явления сдавления мочеточников, кровеносных сосудов, нервных сплетений.

В этой стадии, конечно, ни о какой операции думать не приходится. Большею частью у таких больных приходится ограничиваться симптоматическим лечением (наркотики, аутогемотерапия, кальций, прижигание распадающейся поверхности новообразования, диатермокоагуляция, фульгурация, перевязка подвздошных артерий, хордотомия и др.).

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Методы диагностики

В начале своего развития рак шейки матки мало еще отличается от доброкачественной эрозии и поэтому при помощи клинических способов исследования, осмотра и пальпации точно установлен быть не может. Новый метод исследования—кольпоскопия, разработанный Гинзельманом (Hinselmann), хотя и позволяет заподозрить рак в очень ранней стадии его развития, но полной ясности в диагноз он внести не может. Да и самый метод кольпоскопии у нас пока мало распространен; кроме того, правильное толкование видимых при его помощи изменений слизистой требует большого опыта. Если клинические методы исследования такого ответа дать не могут, то необходимо прибегнуть к другим методам исследования, среди которых на первом месте стоит гистологическое исследование кусочков ткани, полученных путем биопсии, т. е. при помощи вырезания клиновидного кусочка ткани из подозрительного участка на шейке или посредством выскабливания полости матки.

Микроскопическая картина гистологического среза может обнаружить раковое перерождение в самой начальной стадии его развития. Если принять во внимание, что именно начальные стадии рака матки имеют наибольшие шансы на благоприятный результат при всех видах лечения, то метод микроскопической диагностики приобретает особенно важное значение. Поэтому если врач сам не знаком с микроскопической диагностикой рака или не имеет в этом методе достаточного личного опыта, то это не лишает его возможности и отнюдь не освобождает от обязанности обратиться за помощью к специалисту. Взять же от больной материал для гистологического исследования, произвести самую биопсию должен уметь каждый практический врач, особенно же врач, работающий на участке.

Но целесообразно ли, чтобы врач, не имеющий возможности заниматься гистологическими исследованиями, сам производил биопсии? Рационален ли такой порядок? Ведь, если микроскопическое исследование обнаружит у больной рак, этот врач сам все-таки не сможет оказать ей надлежащую помощь, а передаст ее в руки высококвалифицированного специалиста-оператора или актинотерапевта. Целесообразно ли, чтобы при этих условиях врач производил только биопсии, а кусочки ткани отсылал для исследования в соответствующее учреждение? Надо иметь еще в виду, что, для того чтобы на эрозированной шейке выбрать для биопсии то место, где скорее всего может быть обнаружен начинающийся рак, нередко необходим большой клинический опыт. Поэтому не поступит ли правильное участковый врач, если откажется от производства биопсии и будет отсылать больных туда, где можно произвести гистологическое исследование, а равно и необходимую операцию? Такой модус имеет в принципиальном отношении несомненные преимущества.

Но если врач работает на участке, находящемся вдали от лечебного учреждения, в котором может быть произведено и гистологическое исследование, и операция, то станет очевидным, что огульно отрицать за практическим врачом право, а очень часто и обязанность, самому производить биопсию, а полученную ткань отсылать для исследования в другое место—уже нельзя. Конечно, в больших центрах, там, где имеются соответствующие учреждения, в которых одновременно может быть произведено как гистологическое исследование, так и предпринята необходимая операция, практический врач поступит правильнее, если, вместо того, чтобы самому произвести пробную вырезку, сразу же направит больную в это учреждение.

Биопсия должна, как и всякое оперативное мероприятие, производиться только при наличии к ней показания, т. е. тогда, когда клинически случай представляется неясным и рак только подозревается. Там же, где рак шейки матки может быть диагностирован при помощи обычных клинических методов исследования, как осмотр и пальпация, биопсия является уже излишней и даже

вредной, ибо каждая операция, даже самая ничтожная, производимая в области инфицированного очага, каковым является изъязвленная шейка матки, чревата опасными последствиями. Описаны случаи, когда после биопсии происходило быстрое проникновение инфекции в глубину по лимфатическим и кровеносным путям с образованием острого параметрита (Хене, Гейнеман), перитонита или даже сепсиса (Шаллен—Schallen, Штейнбюхель—Steinbüchel, Кермаунер).

Интересно указание Винтца на то, что биопсия, вызывая последующее воспаление, ухудшает результаты лечения карцином лучистой энергией.

На нашем материале из 103 случаев биопсий, произведенных в гинекологической клинике II МГУ за время с 1923 по 1926 г., мы не наблюдали ни одного случая осложнения после биопсии.

Кроме этого уже опубликованного материала (Брауде и Беляева), мы и в последующие годы не наблюдали осложнений после произведенных биопсий. Правда, в последние годы мы, чтобы совершенно обезопасить эту диагностическую операцию, ввели следующий порядок производства биопсии: больная с подозрительной на рак эрозией, подлежащая радикальной операции в случае, если микроскопическое исследование подтвердит диагноз, подготавливается к этой операции. Биопсия назначается минут за 30—40 до предполагаемой радикальной операции; этого времени достаточно для того, чтобы взятый кусочек ткани был в лаборатории нарезан на замораживающем микротоме, окрашен и исследован под микроскопом. Если при этом обнаружится рак, то операция, к которой уже все готово, тотчас же начинается, в противном же случае ее отменяют.

Нужно думать, что описанные осложнения являются сравнительно редкими исключениями и наблюдаются главным образом тогда, когда биопсия производится в далеко зашедших случаях рака, при наличии обширного распада и глубокой инфекции. В начальных же стадиях заболевания при наличии только эрозии опасность инфекции, повидимому, невелика.

Конечно, если при подозрительной эрозии имеются обильные гнойные выделения, то нужно согласиться с Кермаунером, что с биопсией в этих случаях лучше несколько дней подождать, пока под влиянием лечения эрозия не очистится от гноя.

Что более широкое применение биопсии имеет свое основание, показали нам случаи, правда, единичные, где клиническая картина не оставляла сомнения в том, что у больной имеется рак шейки матки, меж тем как гистологическое исследование, произведенное многократно, показывало каждый раз отсутствие рака, что подтвердилось также и последующим клиническим наблюдением. Само собой разумеется, что возможность таких ошибок при пользовании только клиническими методами исследования делает метод гистологического исследования чрезвычайно ценным, особенно, если принять во внимание полную ненадежность других методов диагностики рака, как, например, биологических реакций или пробы Шиллера (Schiller).

Для постановки прогноза надо учесть, что своевременно начатое и систематически проведенное лечение, будь оно хирургическое, консервативное, при помощи лучистой энергии или комбинированное, дает в начальных стадиях болезни от 75 до 85% длительного излечения, что в случаях большого распространения, но все же являющегося вполне операбельными, процент выздоровления равняется 42—50 и, что, если взять все случаи рака шейки как операбельные так и неоперабельные, то длительное излечение наблюдается в 25% (Кар).

Таким образом, результаты лечения рака матки значительно превосходят результаты лечения рака других органов, в том числе и молочной железы.

Биопсия, или пробная эксцизия, является одной из мелких гинекологических операций, которая с технической стороны доступна каждому врачу. Но именно благодаря своей простоте операция эта сплошь и рядом выполняется без достаточной тщательности и часто даже неправильно, что влечет за собой нежелательные последствия. Сплошь и рядом в лечебных учреждениях производство биопсий поручается начинающим, еще совершенно не имеющим опыта врачам, причем точных указаний относительно того участка, из которого нужно вырезать пробный кусочек, им не дается. В результате получают диагностические ошибки. Так, например, может случиться, что обширная кровотокающая папиллярная эрозия на шейке матки начинает переходить в рак. Начинающему врачу трудно выбрать тот участок на эрози-

рованной шейке, где скорее всего может быть обнаружена опухоль. В результате пробный кусочек может быть вырезан из такого участка на шейке, где рака еще нет, хотя начало его имеется в другом месте на шейке. Такие случаи встречались не раз. Если подозрение на рак вызывает не один участок эрозии, то биопсию лучше сразу сделать в двух местах. В тех случаях, когда эрозия захватила обе губы маточного зева, пробные кусочки необходимо вырезать как из передней, так и из задней губы.

Особенно важно сделать биопсию из разных мест подозрительной эрозии в тех случаях, когда кусочек для гистологического исследования отсылается в отдаленный центр. Тогда в случае ненахождения или в случае неясной гистологической картины в одном из препаратов исследование другого кусочка может представить новые данные, способствующие выяснению диагноза (в случае, когда эрозия клинически все-таки подозрительна).

К повторной биопсии, несмотря на все отрицательные стороны ее, приходится прибегать в тех случаях, в которых гистологическая картина не дает ясного определенного ответа, или если в препарате рак не обнаруживается, в то время как клиническая картина дает все основания его подозревать. Биопсия в этих случаях должна быть повторена немедленно или через некоторый промежуток времени, в течение которого больная должна находиться под непрерывным наблюдением.

Биопсия может быть произведена неправильно еще и с чисто технической стороны: вырезанный кусочек может быть слишком мал. Помимо того, что в таких случаях имеющийся начальный рак может не попасть в исследуемый препарат, ошибка может произойти и в другую сторону, т. е. можно найти рак там, где его в действительности нет: например, исследуемый кусочек содержит тяжи и гнезда плоского эпителия, но ввиду того, что он мал и в препарате отсутствует подлежащая строма, невозможно установить, происходит ли врастание плоского эпителия в глубину и в соседние ткани, что так характерно для рака. Слишком маленький кусочек, срезанный с поверхности в виде пластинки, представляет также большую трудность для правильного его расположения при наклеивании на блок. В снятой пластинке невозможно разобраться, где находится подлежащая ткань и где покровный эпителий. При неправильном расположении препарата на блоке при первых же срезах можно снять покровный эпителий и в дальнейших срезах иметь только строму. Дать определенный ответ в таких случаях, конечно, невозможно, и приходится брать повторно кусочек, т. е. затягивать время ответа. Совершенно непригодны для микроскопического исследования кусочки и обрывки тканей, самопроизвольно отделившиеся от опухоли, так как они часто содержат одну некротическую ткань (Леру—Leroux).

Вырезанный для микроскопического исследования из шейки матки клиновидный кусочек должен обязательно включать в себе не только подозрительную, но также и соседнюю и подлежащую ткань. Поэтому овал, который очерчивает вырезаемый кусочек, должен заходить на 1 см за границу язвы на здоровую на-глаз поверхность слизистой.

Точно так же и в глубину вырезанный клин должен заходить настолько, чтобы его ребро содержало в себе пласт ткани, лежащий под подозрительным участком слизистой.

Особенно глубоко необходимо вырезать из шейки клиновидный кусочек ткани в тех случаях, когда у больной подозревается одна из наиболее редких, но в то же время и самых коварных форм рака матки—так называемый центральный внутривенечный рак шейки. Происходя, вероятно, из остатков вольфова протока, этот рак бывает вначале расположен в толще шейной стенки. До того момента, когда опухоль достигнет поверхности слизистой шейки, она не видна, и только вздутие шейки и плотность ее консистенции могут вызывать подозрение и потребовать пробную вырезку. Биопсия обнаружит рак только в том случае, когда вырезанный клин будет проникать достаточно глубоко в толщу шейной мышцы. Получившийся при глубокой вырезке дефект в шейке матки во избежание значительного кровотечения приходится зашивать одной-двумя кетгутowymi лигатурами. При менее глубокой вырезке и там, где сколько-нибудь значительного кровотечения нет, можно ограничиться введением во влагалище марлевого тампона. Само собой разумеется, что вся операция, равно как и подготовка к ней должны быть проведены по всем правилам антисептики и асептики, применяемым при всяком хирургическом вмешательстве.

По окончании операции вырезанный кусочек ткани помещают в баночку с 5—10% раствором формалина. Во избежание ошибок баночка с препаратом немедленно должна быть снабжена этикеткой, на которой обозначены имя и фамилия больной, возраст, дата биопсии, а также орган и то место в нем, из которого кусочек вырезан. Лаборатория, кроме того, проставляет свой текущий номер.

Лечение

Вопрос о наилучшем методе лечения рака шейки матки не может в настоящее время считаться разрешенным. Методы консервативной терапии при помощи лучистой энергии конкурируют с оперативными даже в операбельных случаях. В неоперабельных, но в еще не безнадежных случаях лечение лучистой энергией является в настоящее время единственным способом, дающим в немалом числе случаев хорошие и длительные результаты. Можно быть,

как автор настоящего руководства, приверженцем оперативного (или вернее комбинированного) метода лечения операбельных случаев рака шейки матки и тем не менее применять в ряде случаев операбельного рака лечение лучистой энергией. Сюда относятся прежде всего случаи тяжелых общих заболеваний, особенно сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез легких, болезни обмена веществ, как диабет, и др., при которых риск операции весьма велик. И если прежде за отсутствием других надежных методов лечения приходилось, невзирая на большой риск, все же оперировать, то теперь, когда у нас с каждым годом увеличиваются возможности для применения лучистой энергии, такая необходимость встречается все реже и реже.

Некоторые авторы, как Микулич-Радецкий (Mikulicz-Radezki), Кар и др., считают показанным применение лучистой энергии в тех операбельных случаях рака шейки матки, когда женщина еще не достигла 30-летнего возраста. Такое показание к консервативному лечению вытекает из наблюдаемых иногда у женщин, живущих половой жизнью, затруднений при половом акте, возникающих после радикальной операции, при которой удаляется значительная часть (мы удаляем около половины) влагалищной трубки. При лечении одной лучистой энергией, вызывающем состояние искусственного климакса, также происходят изменения влагалища, отражающиеся и на его калибре, но такого укорочения, как при радикальной операции, здесь все же не бывает. Наблюдаются случаи, когда женщины, выздоровевшие после операции, жалуются на невозможность половой жизни, но мы считаем, что руководствоваться при выборе метода лечения только одним этим моментом нельзя. Ведь надо иметь в виду, что именно у молодых женщин рак шейки матки, согласно общепринятому мнению, отличается особенной злокачественностью и трудно поддается актинотерапии. Если же мы вообще наиболее надежным способом лечения рака шейки матки считаем комбинированный метод, состоящий из операции с последующей актинотерапией, то тем более он должен применяться в случаях, отличающихся особенно злокачественным течением. Учитывая возможность возникновения препятствий к половому сношению после радикальной операции, можно в этих случаях отказаться от удаления чрезмерно большого отрезка влагалищной трубки, если на нее рак не распространился, и достаточно, радикально удалив клетчатку, применить в последующем рентгенотерапию.

При взвешивании всех данных за и против применения оперативного или консервативного методов лечения рака шейки матки необходимо учитывать еще состояние мочевых органов. Мы имеем здесь в виду не те изменения, которые обуславливаются близостью к мочевым путям ракового новообразования, врожденные аномалии мочевых органов, как дистопия почек, наличие подковообразной почки и др., а те которые могут встретиться при вполне операбельных случаях, ввиду опасности возникновения в послеоперационном периоде пиеэлита. С этой же точки зрения противопоказанными для операции и подлежащими лечению лучистой энергией являются случаи отсутствия одной почки после нефрэктомии и воспалительные процессы (пиелит, цистит), если они не поддаются быстрому излечению. В случаях, когда рак шейки переходит за ее пределы и метастазирует в окружающую клетчатку, современный гинеколог, будучи даже абсолютным приверженцем оперативного метода, учитывая опасность операции и успехи радий- и рентгенотерапии, должен отдать предпочтение последнему методу. Операцию же он будет производить в подобных случаях лишь тогда, когда применение лучистой энергии окажется в силу тех или иных обстоятельств невозможным.

Кроме этих, так называемых пограничных случаев, лечение лучистой энергией показано в неоперабельных случаях, поскольку у больных еще не наступила кахексия и не появились метастазы в соседние (мочевой пузырь, прямая кишка) или в отдаленные органы.

При выборе между оперативным и консервативным (применение лучистой энергии) методами лечения рака шейки матки Бумм придавал большое значение «пробе на вирулентность», предложенной Руге и Филиппом для определения вирулентности бактерий, гнездящихся в раковом очаге.

Реакция основана на определении бактерицидных свойств крови больной, главным образом по отношению к стрептококкам. Проба производится следующим образом: 1) 3—5 платиновых петлей с выделенными из пораженной раком шейки размешивают в 5 см³ бульона, 2) 2—3 петли этого бульона переносят в 5—7 см³ дефибрированной крови этой же больной, 3) 1½ см³ этой крови смешивают с 5 см³ расплавленного и остуженного до 40° щелочного

агара; 4) смесь с агаром выливают на чашку Петри и ставят в термостат при 37° на 24 часа; 5) оставшуюся засеянную дефибринированную кровь тоже ставят в термостат; 6) через 3 часа из этой крови берут 1½ см³, снова смешивают с агаром и ставят во второй чашке Петри в термостат. Если бактерии обладают большой вирулентностью, то во второй чашке вырастает большее количество колоний, чем в первой. Если же кровь обладает высокобактерицидными свойствами, то во второй чашке будет значительно меньшее количество колоний, или она останется совершенно стерильной.

Наряду с сообщениями, подтверждающими значение пробы Руге-Филлипа для прогноза оперативного лечения рака матки, в литературе имеются и противоположные мнения.

При выборе между операцией и лечением лучистой энергией эта проба вряд ли может иметь решающее значение.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Методы диагностики

Резкое различие между раком шейки матки и раком тела матки сказывается во всех отношениях, в том числе и на выборе метода лечения. Прежде всего рак тела встречается приблизительно в 10 раз реже, чем рак шейки матки; симптоматология рака тела матки еще беднее, чем рака шейки, вследствие отсутствия симптома так называемого «контактного кровотечения» (появление крови при соприкосновении с шейкой матки, например, при половых сношениях). При раке тела матки, обычно появляющемся у женщин в более пожилом возрасте (50—60 лет), точная диагностика может быть поставлена только при помощи микроскопического исследования соскоба, взятого из полости матки. Правда, маточные кровотечения, появляющиеся после длительного периода климактерия, почти всегда обязаны своим происхождением злокачественному новообразованию. В редких случаях причиной кровотечения в климаксе служат доброкачественные процессы, например, слизистые полипы. Обычно же такие кровотечения являются подозрительным, хотя и не доказательным симптомом начавшегося злокачественного перерождения.

Форма, объем и консистенция матки остаются при раке тела матки долгое время без заметного изменения, и при гинекологическом исследовании очень часто находят обычную картину сенильной атрофии всего органа. Только в редких случаях одновременно с ростом рака наблюдается и концентрическая гипертрофия мышцы матки, что ведет к увеличению всего органа. Прорастание рака через толщу маточной стенки и образование под ее серозным покровом раковых узлов дает при двуручном исследовании, впечатление бугристости, как при миоматозной матке. Еще меньшее значение для диагностики рака полости имеют клинические методы исследования в тех случаях, когда эта форма рака комбинируется с доброкачественными опухолями матки.

По данным Цвейфеля, в 75% всех случаев причиной кровотечения у женщин в климактерическом возрасте является злокачественное новообразование матки, поэтому необходимо твердо держаться правила: до тех пор считать такое кровотечение признаком рака, пока совершенно ясно и точно не будет установлено противное. А это в настоящее время возможно только при помощи гистологического исследования соскоба, взятого из полости матки.

Некоторое представление о характере соскоба составляется уже во время операции выскабливания. Если кюретка соскабливает целые полосы слизистой, имеющей более или менее ровную поверхность, если соскоб, как бы обилен он ни был, не крошится, то это говорит за его доброкачественный характер. Если же, наоборот, кюретка легко, без всякого усилия извлекает обильные массы бесформенного, легко крошащегося соскоба, то это всегда весьма подозрительно на рак. Малое количество соскоба отнюдь не исключает ракового перерождения.

Пробное выскабливание, будучи операцией простой и технически несложной, требует тем не менее внимательного и весьма осторожного к себе отношения и тщательного выполнения.

Особенная осторожность диктуется тем обстоятельством, что изъеденную раком стенку матки можно при выскабливании легко перфорировать. Перфо-

рация произойдет тем легче, чем глубже раковая инфильтрация проникла в толщу маточной стенки.

Производя выскабливание при помощи кюретки или острой ложечки, не следует долго скоблить по одному и тому же месту, хотя бы инструмент и не переставал доставлять новые массы соскоба.

Боязнь перфорации не должна вести и к другой крайности: нельзя ограничиться тем, чтобы, проведя раз-другой кюреткой или острой ложечкой по поверхности слизистой матки, получить соскоб с одного только небольшого участка ее. Необходимо обойти кюреткой всю полость матки, иначе начинающийся рак может не попасть в соскоб, и результат предпринятого исследования будет ошибочным.

При пробном выскабливании необходимо избегать нечаянного выскабливания кюреткой слизистой с влагалищной части шейки матки. Иначе пласты плоского эпителия, которые покрывают ее в нормальном состоянии, попав в соскоб, могут симулировать гнезда карциноматозных клеток.

Если врач, производящий пробное выскабливание, сам не занимается микроскопическими исследованиями, а направляет соскоб для исследования специалисту, то он обязан каждый раз указывать возраст больной: если в препарате окажется значительное разрастание и увеличение желез, напоминающее состояние слизистой в предменструальном периоде, а соскоб принадлежит женщине климактерического возраста, у которой слизистая с ее железистым аппаратом должна находиться уже в состоянии атрофии, то разрастание железистых элементов слизистой оценивается совершенно иначе, чем в том случае, если соскоб принадлежит женщине еще менструирующей. Бурное разрастание желез в климактерической матке мы должны рассматривать как грозный симптом, и при наличии упорного кровотечения, не останавливающегося после тщательно произведенного выскабливания (конечно, при этом должно быть исключено наличие доброкачественного полипа), мы считаем наиболее рациональным удаление матки оперативным путем.

Лечение

Рак тела матки большинство современных клиницистов-гинекологов и радиотерапевтов относят к радиорезистентным формам рака. Поэтому при отсутствии поражений за пределами матки показано оперативное удаление матки, которое дает от 46 (Пегам) до 88% (Цвейфель), в среднем по Мартису 60% излечения. Ввиду того, что метастазы при раке тела матки появляются поздно, а рецидивы редко, мы в этих случаях ограничиваемся простой экстирпацией матки с придатками, производимой обычно через влагалище, что значительно уменьшает первичную послеоперационную смертность.

Хорошие, не только первичные, но и отдаленные результаты, получаемые при операции по поводу рака тела матки, превосходящие результаты актино-терапии, являются причиной того, что лечение лучистой энергией применяется большинством врачей только при неоперабельных раках тела матки. Результаты этого лечения до сих пор нельзя считать удовлетворительными. Оперированные больные всегда подлежат последующей рентгенотерапии, хотя бы уже потому, что при влагалищном методе операции частицы раковой опухоли из матки легко попадают во влагалищную рану и становятся источником возникновения прививочной опухоли.

Из консервативных методов лечения неоперабельных случаев рака тела матки следует упомянуть о старом способе, на который вновь указал Дриссен (Drissen), заключающемся во введении в полость матки медикаментозной палочки, содержащей хлористый цинк (способ Дюмонпелье—Dumontpellié). Палочка, имеющая 7 см в длину и 8 мм в толщину, изготавливается по следующей прописи:

Rp. Zinci chlorati 40,0
Zinci oxydati 10,0
Farinae tritici 30,0
Aq. q. s. ut f. bac.

В 5 случаях Дриссена наступил некроз ткани вокруг палочки, что сопровождалось появлением высокой температуры и схваткообразных болей. Через неделю эти бурные явления стихли, а на второй неделе можно было всю некротическую пробку удалить при помощи корнцанга. В одном из случаев этого автора рецидива не было в течение 5 лет, в другом в течение 4 лет (цит. по Кермаунеру, в Halban—Seitz, Handbuch f. Physiologie u. Pathologie des Weibes).

В остальном лечение неоперабельных случаев рака тела матки производится согласно тем же принципам, как и лечение неоперабельных случаев рака шейки матки.

РАК ЯИЧНИКА

Рак яичника, как и всякое злокачественное новообразование, подлежит операции. Если удаленная при операции опухоль оказывается раковой, необходима последующая рентгенотерапия. Одно облучение без операции не дает удовлетворительных результатов. В противоположность случаям рака шейки матки предварительное (перед операцией) облучение может даже ухудшить прогноз операции.

В запущенных случаях с асцитом приходится прибегать к паллиативным мероприятиям, как пункция асцита, которая на некоторое время облегчает тяжелое состояние больной. Прокол применяют также перед тем, как приступить к рентгенотерапии в тех неоперабельных случаях, где еще нет кахексии.

В большинстве случаев рак яичника оказывается чрезвычайно стойким к действию рентгеновских лучей.

Гейман (Heumann) сообщает о 29 случаях рака яичника, леченных лучистой энергией. Из них 7 больных оказались неоперабельными; все они погибли в течение 5 лет. У 10 больных имелся рецидив после операции рака яичника, через 5 лет из них осталась в живых только одна больная; в 7 случаях при операции не все новообразование было удалено и больше подвергались последующему освещению—3 больных остались в живых спустя 5 лет; в 5 случаях после полного удаления опухоли было проведено профилактическое облучение: через 5 лет 4 больные были живы. Из 29 облученных случаев рака яичника, из которых часть предварительно подверглась операции, оказались в живых по истечении срока от 5 до 12 лет—8 женщин (27,6%). Такие же (28,6%) результаты отмечают Зейссер (Seisser) и Ман (Man).

Лучистая терапия при раке яичника показана как в случаях полного удаления опухоли (профилактическое, послеоперационное облучение), так и в случаях неполного ее удаления или иоперабельных случаях.

К. Шредер из клиники Гаусса приводит свои результаты (с 1923 по 1933 г.) рентгенотерапии рака яичника. 56 случаев первичного рака яичника дали абсолютный процент излечений, равный 32,1. Разбивая эти случаи по методам лечения, выявили следующее: пробная лапаротомия с последующим освещением дала 9% излечения; частично удаленная опухоль и последующее облучение—25% излечения и, наконец, полное удаление опухоли и последующее (профилактическое) облучение—60% излечения.

РАК ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ

При этой более редкой локализации злокачественного процесса производится также радикальная операция с последующей рентгенотерапией. Результаты одного лишь оперативного лечения в этих случаях мало утешительны; только в начальных случаях рака удается иногда хирургическим путем добиться излечения. Несколько лучшие результаты дает комбинированный метод рентгено-радиотерапии; правда, и при этом методе результаты не блестящи.

По сводной статистике Биненфельда (Bienenfeld), в 29 случаях рака влагалища, леченных рентгеном—радием и находившихся под наблюдением в течение 5 лет, процент излечения у разных авторов оказался различным: Амрейх—Крауль (Amreich—Kraul)—5,8%, Шольтен—Фольтц (Scholten—Voltz)—6,6%, Шульце—7,7%, Леохетцки—Земмельвейс (Leohetzki-Semmelweis)—10,4—14,2%, Варнекрос (Warnekros)—12%, Галь (Gal)—20%, Полубинский—25%.

По сводной статистике Архангельского, средний процент излечения рака влагалища лучистой энергией составляет 4,5.

При лечении рака вульвы результаты также малоутешительны. По сводной статистике Гольдшмитта и Маасса (Goldschmit и Maass) только 10—11%

больных оказались через 5 лет в живых. Следует отметить, что при этом виде рака очень часто, спустя большой промежуток времени (6—8 лет), появляются рецидивы или метастазы в отдаленных органах. Подобные рецидивы с метастазами наблюдаются даже после расширенных операций с удалением паховых желез.

При лечении рака вульвы рентгеновскими лучами Зейтц и Винтц рекомендуют пользоваться большим расстоянием от антикатада трубки—80—100 см.

Паховые железы освещаются отдельно при помощи тубуса. При этом методе рентгенотерапии указанные авторы отмечают хорошие результаты.

Результаты комбинированной рентгено-радиотерапии несколько лучше. Однако применение радия в эти случаях представляет большой риск, так как малейшее передозирование может вызвать глубокий некроз с образованием болезненной опухоли, трудно поддающейся лечению. Следует отметить, что и при хороших результатах после освещения, к сожалению, спустя более или менее длительный промежуток появляется рецидив.

РЕЦИДИВЫ РАКА

Немалый контингент среди раковых больных составляют случаи послеоперационных рецидивов рака. Состояние рецидивирующих больных печальнее, чем больных с неоперабельным раком, ибо поддерживать надежду у них в большинстве случаев уже невозможно. Так как эти больные чрезвычайно страдают от болей в области крестца и вдоль седалищного нерва, вследствие того, что раковый инфильтрат замуровывает нервные стволы, то нужно согласиться с требованием Штеккеля подвергать операции больных с рецидивами во всех тех случаях, где есть хотя бы малейшая надежда на успех.

Применение лучистой энергии при рецидивах дает малоутешительные результаты. Введение препаратов радия во влагалище при рецидивах, исходящих большей частью из лимфатических желез и расположенных в параректальной клетчатке, мало целесообразно, так как при этом возникает угроза для целостности соседних полых органов—мочевого пузыря и прямой кишки.

При близком расположении опухоли, исходящей из лимфатических желез, можно применить метод «шпигования» опухоли иглами с радием. Рентгенотерапия либо совершенно не действует на рецидивы, либо устраняет их лишь на короткое время (Штеккель).

Лейссер и Мау (Leisser и Mau) сообщают, что из 20 облученных ими рецидивов рака матки через 5 лет оставалось в живых 3, т. е. 15%. Галь на материале в 48 случаев рецидивов получили излучение в 4 случаях (8,9%). Следует отметить, что язвенные рецидивы благоприятнее для рентгенотерапии, чем случаи рецидивных инфильтратов.

Лечение рака лучистой энергией

Применяющаяся при лечении рака женской половой сферы лучистая терапия в огромном большинстве представляет комбинацию рентгено- и радиолечения. Эти два вида лучистой терапии хорошо дополняют друг друга, усиливая действие каждого из них и поэтому дают лучшие результаты.

При правильной дозировке и хорошо реагирующих раках опухоль обычно непосредственно после облучения, вследствие наступающей гиперемии, делается более сочной, мягкой и разбухшей. Затем начинается постепенное уменьшение опухоли; после освещения радием это уменьшение заметно уже через 3—4 дня, после же освещения рентгеновскими лучами—лишь через 14 дней. Гиперемия уменьшается, ткань опухоли становится плотнее; обильные до того гнойные выделения уменьшаются и постепенно становятся более жидкими, водянистыми; зловонный запах исчезает. Одновременно с изменениями в шейке уменьшаются и инфильтраты в параметральной клетчатке. Спустя 6—10 недель после рентгеновского освещения опухоль еще больше сморщивается, эпителизируется, причем вначале еще видны отдельные красные места величиной

с горошину; позднее шейка приобретает здоровый вид. В случаях кратерообразных разрушений остаются углубления на соответственных местах шейки. Спустя несколько месяцев, а иногда даже лет наступают изменения во влагилице и в параметрии. Влагилице сморщивается, верхняя его часть суживается, как это бывает в старческом возрасте. Нередко стенки влагилица слипаются между собой. При плохо поддающихся действию лучей формах рака, при чрезмерно интенсивной дозировке указанных улучшений не наступает, и с каждым месяцем заболевание все ухудшается. Такой результат наблюдается чаще всего в безнадежных случаях, когда рак зашел уже очень далеко и организм настолько ослаблен, что не в состоянии сопротивляться росту опухоли.

Бывают случаи, когда нет никаких видимых причин для безуспешности лучистой терапии: дозировка правильная, состояние организма удовлетворительное, — и все же результат освещения плохой. Причина этого кроется либо в самих клетках рака, либо в значительном понижении или полном отсутствии защитных сил организма больной.

Особое значение при рентгено-радиотерапии приобретает наличие септической инфекции в опухоли и окружающих тканях.

При применении только рентгенотерапии в отличие от радиотерапии распространения инфекции почти никогда не наблюдается, изредка отмечаются непродолжительные повышения температуры. На этом основании рекомендуется во всех инфицированных или температурающихся уже к моменту лечения случаях сначала применять рентгенотерапию, и лишь после того как температура спадет и раковая язва несколько очистится, приступать к радиотерапии.

Большое влияние на результат лучистой терапии оказывает наличие воспалительных изменений в окружающих тканях половой сферы. Воспалительно измененная соединительная ткань параметрия значительно восприимчивее к рентгеновским лучам, чем нормальная. Если в этих случаях дается так называемая карциноматозная доза — 100—110% HED, то нередко инфильтрация, вместо того чтобы исчезнуть, увеличивается и остается надолго, не обнаруживая тенденции к рассасыванию. Часто образуются рубцы. Вместе с этим и клинически не отмечается заметного улучшения: больные чувствуют себя все хуже, развиваются явления кахексии, и в сравнительно непродолжительный срок больные погибают.

С самого начала как только обнаруживаются воспалительные изменения в параметриальной клетчатке, не следует применять больших доз. При лечении рака необходимо помнить, что облучение должно убить раковую клетку, но ни в коем случае не повредить окружающую соединительную ткань.

По наблюдениям различных авторов, степень злокачественности рака зависит от степени дифференциации клеток опухоли: чем менее дифференцированы клетки опухоли, тем они, следовательно, больше походят на эмбриональные клетки, тем злокачественнее и образующиеся из них опухоли. В зависимости от этого различают три формы зрелости раковых клеток: 1) незрелые, 2) средней зрелости, 3) вполне созревшие клетки опухоли.

В зависимости от степени зрелости раковых клеток, чувствительность к рентгеновским лучам тем больше, чем менее зрела форма рака; наибольшей чувствительностью обладают незрелые формы. По мнению Рега (Regaud), различная чувствительность раковой клетки к лучистой терапии определяется главным образом большей или меньшей способностью клетки к делению; там, где наблюдается большое количество митозов, чувствительность к лучам выше.

В последние годы, когда уже скопился значительный материал, когда и методика рентгенотерапии претерпела значительные изменения, изменились несколько и прежние представления. В частности, гистологический характер опухоли уже не рассматривается с такой категоричностью, а относится лишь к вероятным или возможным факторам, обуславливающим чувствительность раковой клетки к рентгеновским лучам.

Имеет значение возраст новообразования: при одинаковой клинической оценке случая результаты лечения там лучше, где меньше прошло времени с момента обнаружения первых признаков заболевания до начала лечения. Имеет значение также локализация опухоли. Опухоли, расположенные в различных местах половой трубки, различны по своему клиническому течению. Наиболее злокачественной формой является рак вульвы и влагалища, менее злокачественной—рак шейки матки и рак яичника и еще менее злокачественным—рак тела матки. Эти особенности течения злокачественного новообразования имеют, понятно, значение и в прогнозе лучистой терапии.

Нельзя, конечно, усматривать причину того или иного эффекта лучистой терапии только в непосредственном воздействии лучей на раковые клетки. Освещая раковую опухоль, мы одновременно освещаем ряд окружающих тканей; местное освещение воздействует на весь организм. И то, и другое, несомненно, влияет на исход лечения. Поэтому необходимо рассматривать влияние лучистой энергии на раковую клетку не изолированно, а в условиях ее сосуществования с соседними клетками и тканями, а также и в связи с состоянием всего организма.

Очень важная роль как в процессе роста опухоли, так и в обратном развитии ее после облучения принадлежит элементам соединительной ткани, окружающим раковые клетки. Соединительная ткань, «регулируя» рост эпителиальных клеток, вводит их в определенное русло. Без направляющего влияния соединительной ткани рост эпителия становится беспорядочным и безграничным. По наблюдениям Рода Эрдман, эпителий, обнаруживающий безудержный рост в культуре, задерживается при прибавлении соединительной ткани, а с усилением роста последней рост эпителиальной ткани парализуется. Ряды соединительнотканых клеток образуют как бы барьер, препятствующий стремлению эпителия внедриться в подлежащие ткани. То же наблюдается и при раках; мелкоклеточная инфильтрация и соединительная ткань, кольцом окружающая опухоль и дающая прослойки внутрь ее, как бы свидетельствуют о проявляемом соединительной тканью противодействию внедрению рака в глубину.

При обычной рентгенотерапии рака изменения соединительной ткани обнаруживаются лишь на второй или третий день. К этому времени облученная раковая ткань оказывается более или менее сильно пронизанной лейкоцитами; позднее лимфоциты превращаются в фибробласты. Элементы соединительной ткани, вышедшие из сосудов лимфоциты и неподвижные клетки в течение ближайших за облучением дней и недель все увеличиваются и становятся все заметнее в гистологической картине; в то же время количество раковых клеток все уменьшается и, наконец, исчезает. Постепенно в течение нескольких недель образуется соединительнотканый рубец, состоящий из клеток соединительной ткани и отдельных мелких сосудов.

Лечение рентгеновскими лучами. В главе о рентгенотерапии миом мы отмечали, что так называемой биологической шкалой Зейтца-Винтца установлена для раковых клеток доза в 100—110% НЕД (в большом очаге). Подвести в глубину такую дозу с какого-либо одного кожного входного поля невозможно, так как при этом неминуемо получится ожог кожи. Чтобы избежать этого и все же подвести в глубину необходимую дозу, освещение производится с нескольких кожных полей с центрацией пучка рентгеновских лучей в одном месте в глубине. Это так называемый метод перекрестного освещения—*Kreuzfeuerbestrahlung*.

К настоящему моменту в рентгенотерапии рака матки применяют методы Зейтца-Винтца, Дессауера, а в последние годы метод Кутара (Coutard), Борака (Borak).

По методу Зейтца-Винтца освещение входного кожного поля производится тубусом размером 6 × 8 см с фокусным расстоянием 23—25 см; освещается 6 полей: 3 поля спереди над лобком (рис. 56) и 3—сзади (рис. 57) над крестцом. Если таз узкий и три тубуса с трудом помещаются рядом друг с другом, то реко-

менуется треть переднее поле давать на вульву, а третье заднее — на крестец. Необходимо следить за тем, чтобы центральные лучи всех 6 полей освещения непременно проходили через центр освещаемой опухоли. Для того чтобы центральный луч не прошел мимо опухоли, существует специальный установочный прибор.

Зейтц рекомендует пользоваться особым циркулем, с помощью которого определяется положение опухоли и расстояние между ней наружной стенкой живота и входом во влагалище.

При помощи двух пересекающихся плоскостей, а при опухоли, расположенной в стороне от средней линии, трех плоскостей, проецируется опухоль снаружи со стороны боковой стенки таза и вниз к вульве.

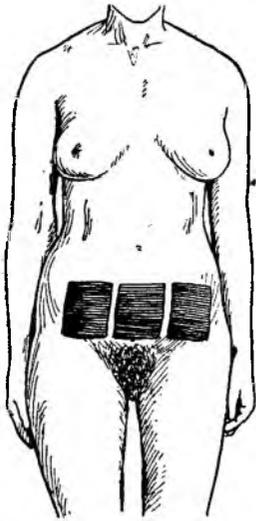


Рис. 56. Поля освещения при раке матки по Зейтцу - Винтцу: 3 передних поля.

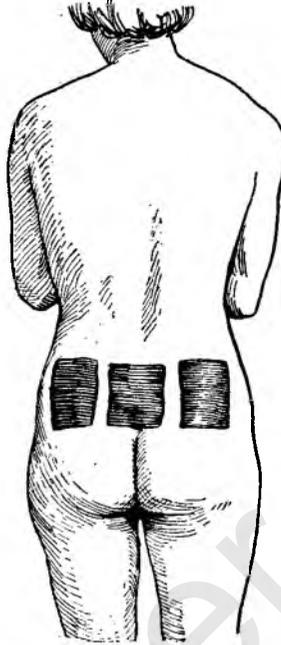


Рис. 57. Поля освещения при раке матки по Зейтцу-Винтцу: 3 задних поля.

Каждое поле освещается полной эритемной дозой. При этом со всех шести полей при правильном направлении центрального луча в опухоли на последнюю попадает от 100 до 120% НЕД, в зависимости от мощности аппарата.

Получаемая в глубине доза захватывает пространство приблизительно в 8—10 см вокруг опухоли; дальше этого расстояния попадает значительно меньшее количество рентгеновской энергии. Поэтому через 6 недель после первой серии освещения необходимо провести вторую — на область правого параметрия, а через 6 недель после второй серии — третью на область левого параметрия (спереди и сзади), как указано на рис. 58, 59.

Указанные шесть полей при всех сериях освещаются не сразу, а по одному, максимум по два поля в день; разница в глубинной дозе при таком методе не особенно велика по сравнению с дозой, когда все шесть сеансов даются подряд в один день; зато освещение, разделенное на несколько дней, больные переносят значительно легче.

Необходимо считаться с индивидуальными особенностями каждого случая; если после освещения наступают сильные явления *Röntgenkater*, резкое утомление, повышение температуры, то рекомендуется переждать один или несколько дней, пока больная не почувствует себя оправившейся.

Метод Дессауера отличается от метода Зейтца-Винтца тем, что при нем применяются не 6, а 4 поля; они значительно больше по размеру, приблизительно 20×20 см. Обычно указанное поле ограничивается на коже больной при помощи свинцовой резины, а все тело тщательно защищается той же резиной. Защита кожи вне поля освещения необходима и при первом методе, при методе же Дессауера это особенно важно, так как при освещении с бокового поля возможно перекрещивание лучей с лучами переднего и заднего поля и, таким образом, при максимальной нагрузке на каждое поле может получиться ожог кожи.

Четыре поля распределяют следующим образом по одному спереди и сзади и по одному полю — справа и слева (рис. 60, 61 и 62). Доза на каждое поле — 100% НЕД, расстояние антикатада трубки от освещаемой поверхности кожи — 40—50 см.

Метод Кутара состоит в применении большого количества (25—30 сеансов) облучений, растянутых на 3—4 недели. При этом каждый сеанс дается

сравнительно небольшая доза 150—180 г, т. е. приблизительно $\frac{1}{4}$ дозы соответствующей прежней НЕД. Таким образом, количество рентгеновской энергии за серию составляет 6 000—8 000 г, т. е. примерно 10—12 НЕД, и соответственно к опухоли, расположенной в глубине, подводится доза, в несколько раз превышающая дозу, применяемую при обычной интенсивной терапии.

Дальнейшей характерной особенностью этого метода является то, что облучение производится еще более жесткими лучами, что достигается усилением фильтрации (1—1 $\frac{1}{2}$ мм меди или 2 мм цинка; обычно же употребляется $\frac{1}{2}$ мм).

При методе Кутара доза должна подводиться небольшими порциями в единицу времени, не более 2—3 г в минуту (при методе интенсивной терапии по Зейтцу и Винтцу в минуту подводится примерно 20—30 г, что достигается увеличением фокусного расстояния и удлинением времени облучения до 1 часа.

Благодаря указанным особенностям метод Кутара получил название «дробное растянутое облучение».

После операционное облучение применяется с целью уничтожить оставшиеся неудаленными раковые очаги. При этом некоторые считают, что, наряду с непосредственным воздействием рентгеновских лучей на злокачественные очаги, положительный эффект достигается и воздействием облучения на весь организм, так как при этом увеличивается сопротивляемость росту раковых клеток и в то же время понижается предрасположение к раку.

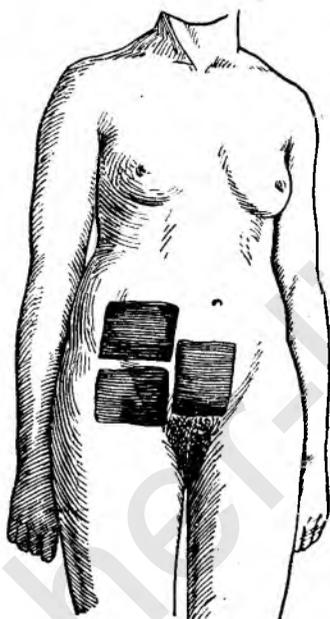


Рис. 58. Освещение правого параметрия спереди.

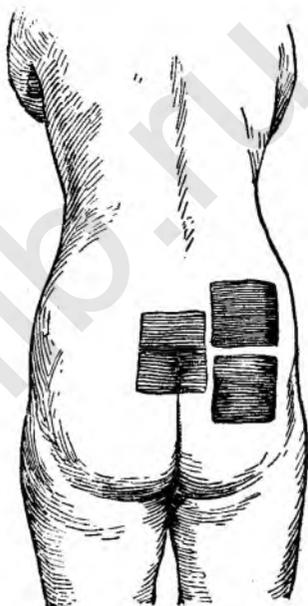


Рис. 59. Освещение правого параметрия сзади.

Уничтожая путем рентгеноосвещения эти клетки, предупреждают скорое появление рецидива. В настоящее время этот метод получил повсеместное применение, и считается, что он должен применяться после оперативного удаления раковой матки или яичников. При этом преимущественно пользуются рентгеном; некоторые пользуются радием или комбинацией рентгена и радия. Следует, однако, отметить, что применение радия в этих случаях опасно ввиду возможности образования некрозов в здоровых тканях.

Обычно освещение производится спустя 4—6 недель после операции, когда больная успеет достаточно поправиться и швы заживут. Но этот срок не является обязательным для всех случаев; он может быть сокращен до 3—4 недель, Галь, например, приступает к освещению через 14—16 дней после операции.

Лечение радием. Для лечения радием применяются почти исключительно коротковолновые жесткие γ -лучи, представляющие собой, повидимому, вторичного рода излучения, обязанные своим происхождением β -лучам и сопровождающие эти последние точно так же, как X-лучи, вызываемые катодными лучами, сопровождают последние (Содди—Soddy). В то время как проникающая способность α -лучей ограничивается 2 мм живой ткани, а β -лучей—1 см, жесткая фаза γ -лучей обладает значительно большей проникающей способностью (до 7 см) и меньшей обжигающей силой.

Потоки γ -лучей и отчасти β -лучи радия, проникая в клетки ракового новообразования, вызывают в них ряд физико-химических и биоэлектрических сдвигов, нарушающих строение (дисперсность) сложных клеточных коллоидов, и этим путем ведут к глубоким морфологическим изменениям в опухолевой ткани. Микроскопически морфологические изменения в клетках новообразования наступают довольно быстро: уже через 24 часа после удаления радия из матки удается обнаружить в клетках опухоли, преимущественно в ядрах, дегенеративные сдвиги, распад хроматина, диффузное распыление зернистости эозинфилов.

Сущность действия излучения радиоактивных веществ на раковую опухоль сводится к взаимодействию дегенеративно-регрессивных процессов опухоле-

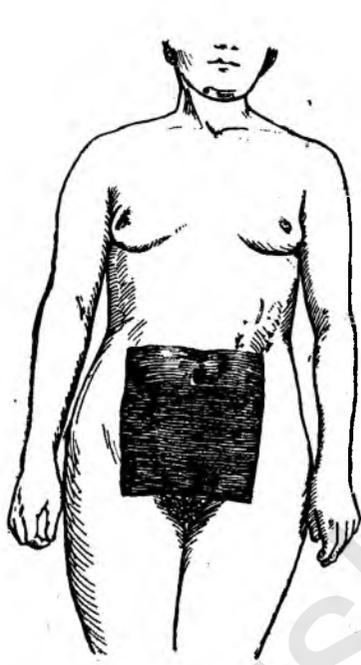


Рис. 60. Освещение большими полями по Дессауэру; большое переднее поле.

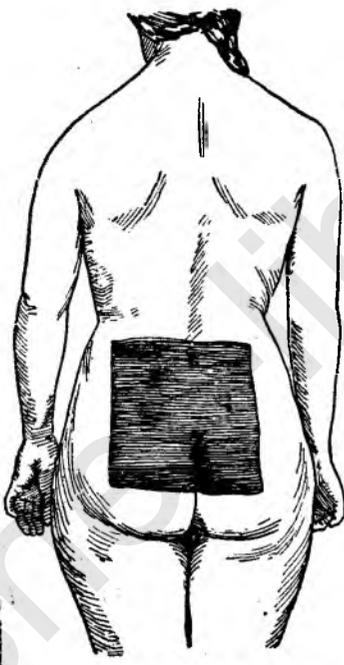


Рис. 61. Освещение большими полями по Дессауэру; большое заднее поле.

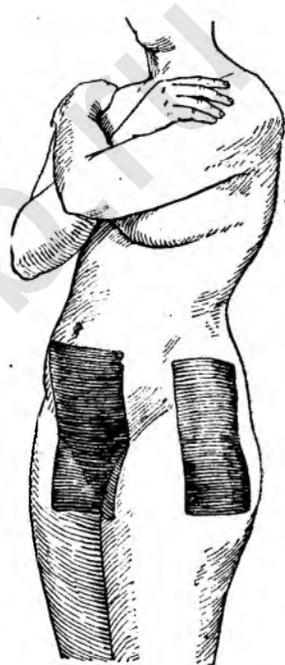


Рис. 62. Освещение большими полями по Дессауэру; переднее и боковое поле.

вой паренхимы и прогрессивных процессов со стороны соединительной ткани, а также к рассасывающей фагоцитарной функции мелкоклеточной инфильтрации. На месте распадающихся клеток новообразования начинает разрастаться молодая соединительная ткань, подвергающаяся в дальнейшем гиалинизации и склерозу. Наряду с усиленным развитием соединительной ткани отмечается усиление фагоцитарной функции лейкоцитов.

Не во всех, однако, случаях при воздействии γ -лучей радия раковые гнезда исчезают полностью. Отдельные скопления раковых клеток, наиболее устойчивых по отношению к γ -лучам радия, могут оставаться нетронутыми. Они окружаются соединительной тканью и, повидимому, в дальнейшем служат источником рецидивов и метастазов рака после лучистой терапии. Около 20% всех раков шейки матки, как указано выше, вообще нечувствительны или мало чувствительны к лучам Рентгена и радия (Винти). В радиорезистентных случаях реакция мезенхимы на облучение выражена слабо и, наряду с дегенеративными изменениями в опухолевых клетках, по периферии раковых очагов наблюдается продолжающийся рост их.

Макроскопически изменения со стороны опухоли при облучении радием наступают довольно быстро. Иногда уже через несколько дней после первого применения радия отмечается быстрое уменьшение раковых разрастаний. Особенно заметно это при экзофитных формах рака, выполняющих в виде цветной капусты все влагалище. В течение короткого времени раковое разрастание как бы совершенно сметается с шейки, и обнажается яркокрасная эрозированная, шероховатая поверхность влагалищной части матки. Последняя становится после этого более доступной для непосредственного воздействия радия со стороны влагалища, канала шейки и полости матки. Отторжение распадающихся под действием радия раковых масс сопровождается вначале усилением, а иногда появлением гнойно-ихорозных, пахучих выделений из влагалища.

В ряде случаев через несколько недель при осмотре зеркалами поверхность влагалищной части матки имеет гладкую поверхность и яркую окраску, не кровоточит при дотрагивании. В дальнейшем при благоприятном течении отмечается быстрое уменьшение размеров шейки матки, почти до полного исчезновения и склерозирование ее. Одновременно уменьшается и размер матки, а через год-два у некоторых больных на месте тела матки определяется лишь небольшой участок плотной склерозированной ткани. Выделения из влагалища приобретают слизистый или водянистый характер, утрачивают запах и раздражающие свойства. Вместе с прекращением менструации (атрофия матки и яичников) наступают атрофические изменения и со стороны влагалища, которые при кюритепии менее выражены, чем при глубокой рентгенотерапии. Складчатость слизистой влагалища постепенно уменьшается и, наконец, исчезает; поверхность ее становится гладкой, сами стенки влагалища теряют свою эластичность, делаются сухими, плотными, белесоватыми, блестящими. Влагалище суживается и укорачивается, своды уплощаются. У некоторых больных отмечается образование спаек—сращения между шейкой и сводами (*colpitis adhaesiva*), легко разъединяющихся при исследовании. Важно иметь в виду, что при комбинированной влагалищно-внутриполостной кюритепии за этими сращениями могут иногда скрываться пораженные раком участки шейки матки. Полное исчезновение опухоли клинически обычно наблюдается через 6—9 недель. Если имеет место неполное излечение, в толще шейки наблюдается характерное для остатков рака разлитое или гнездообразное уплотнение при утолщенной лишь и как будто здоровой на вид влагалищной части матки. Клинически такое состояние неполного излечения сопровождается непрекращающимися выделениями, поддерживаемыми инфекцией и распадом рака в толще шейки и приобретающими через больший или меньший промежуток времени снова сукровичный характер. В подобных случаях осмотр зеркалами обнаруживает изъеденность цервикального канала при стянутой рубцово измененной его конфигурации, а у некоторых больных отмечается поверхностный некроз участка оставшейся опухоли (Никольский). Эти поверхностные некрозы следует отличать от некрозов, наблюдающихся в течение известного времени вследствие передозировки, при которой шейка матки остается мягкой.

Общепризнанной в настоящее время считается методика комбинированной кюритепии и рентгенотерапии. При этом лечение лучами Рентгена или предшествует кюритепии или проводится как по окончании лечения радием, так и между отдельными сеансами кюритепии.

По Дителю (Dietel), у III и IV групп больных раком шейки матки процент стойкого выздоровления при одной только кюритепии равен 9,9%, при рентгенотерапии—10,5% и при кюри-рентгенотерапии—13,4%.

Ряд авторов, как Менге, Мюльман (Mühlmann), Бауерштейн (Bauerstein), Штеккель-Филипп и др., проводит только кюритепию и не видит особой необходимости в дополнительной рентгенотерапии. Наоборот, Винцц почти до последнего времени применял при лечении рака матки только лучи Рентгена; Микулич-Радецкий. Болафио и др. применяют так называемые

ваемый элективный метод лечения больших раком шейки матки, при котором случаи, вполне доступные для хирургического лечения, оперируются с последующей фракционированной рентгенотерапией через 3—4 недели. Пограничные случаи рака шейки матки, а также та часть иноперабельных случаев, которые при применении кюритепии можно рассчитывать перевести в операбельные, лечат сперва средними дозами радия (3 000—4 000 мг/час. ра. эл¹.), а затем оперируют и уже потом, через несколько недель облучают лучами Рентгена (дробная дозировка). Случаи, заведомо неоперабельные, подвергаются кюритепии с подведением в относительно короткий срок (неделя) до 7 000 мг/час. ра. эл. Те случаи, которые и после такого лечения (через 4 недели) остаются неоперабельными, получают дополнительно 1 000 мг/час. ра. эл.; помимо этого, такие больные облучаются и лучами Рентгена (фракционированная дозировка).

В начальных формах рака шейки матки Рего (Regaud) применяет только радий. В случаях, относительно мало инфицированных, лучистую терапию начинают с радия; по окончании кюритепии проводится глубокая рентгенотерапия.

Приступая к кюритепии, особенно неоперабельных случаев (II и IV стадии), следует постоянно помнить, что в преобладающем большинстве своем они инфицированы, притом нередко высоковирулентным гемолитическим стрептококком, способным вызывать тяжелые осложнения и даже смерть как при операции, так и при лучистой терапии. Отсюда максимальное внимание должно быть уделено предварительной подготовке больных. Винтц настаивает прежде всего на необходимости стационаризовать таких больных дня за 3—4 до начала лечения. В стационаре, наряду с общим и гинекологическим обследованием больной, проводится, кроме обычных лабораторных исследований (кровь, моча, выделения из влагалища), еще и реакция Руге-Филиппа—определение вирулентности стрептококков по отношению к организму данной больной. Этой реакции Рего придает большое клиническое значение для прогноза возможных осложнений при лечении рака шейки матки радием. При положительной пробе Руге-Филиппа больных следует в течение нескольких дней подвергать тщательной предварительной обработке (спринцевание влагалища сулемой, смазывание опухоли йодом, растворами серебра и т. д.). Наряду с этим Рего советует делать каждой больной биопсию, которая не только дает важные диагностические указания, но и позволяет установить индекс радиовосприимчивости раковых клеток данной формы новообразования; биопсия вряд ли облегчает возможность метастазирования. До 20% раковых опухолей шейки матки нечувствительны к лучам радия, в остальных же случаях радиорезистентность может также вариировать в известных пределах. Для того чтобы повысить восприимчивость (чувствительность) клеток раковой опухоли к лучам радия, Винтц широко пользуется влагалищным ионтофорезом солями меди. Активный медный электрод с гидрофильной обмоткой, смоченной 1/2% раствором соли меди, вводится во влагалище до соприкосновения с опухолью и соединяется с положительным полюсом источника постоянного тока. Индифферентный пластинчатый электрод с подкладкой, смоченной теплой водой или раствором поваренной соли, накладывается на низ живота, над лобком. Сила тока 40—50 мА, общее количество миллиампер-часов 600—700. Фиксируясь в клетках новообразования, ионы меди повышают, с одной стороны, чувствительность раковых клеток по отношению к γ -лучам радия, с другой—сами служат источником образования вторичных лучей, а также испускают присущие им характерные лучи. По Винтцу, этот метод значительно повышает эффективность лучистой терапии.

Приводим краткое изложение нескольких методик, применяемых в крупных гинекологических и рентгено-радиологических учреждениях Западной Европы и нашего Союза.

¹ Мг. час. ра. эл.—количество миллиграммов элемента радия, помноженное на то число часов, в течение которого больная подвергается воздействию радия.

1. Методика Дедерлейн-Фольтца. Лечение комбинированное: рентген+радий, предварительно облучение лучами Рентгена гипофизарной области. На 3-й день стационарирования—абдоминальное и дорзальное поля уч. 10×15 , F. H. D. 50—60 см, фильтр 1 мм цинка и 3 мм алюминия, напряжение 200 kV, сила тока 2,5 mA. На каждое поле дается 1 HED. Оба поля отпускаются в случае возможности в один день. На 5-й день диагностические и оперативные мероприятия (экзцизия, выскабливание, фульгурация, каутеризация, ионтофорез). На 7-й день последующая перекрестная кюритепия (внутриматочно, внутривлагалищно, внутривлагалищно). Больная выписывается на 9-й день. Через 8 недель—повторная серия рентгено-кюри-терапии. Радий, а также мезоторий имеют первичный фильтр 0,4 мм серебра и вторичный—1 мм меди. Поверх вторичного фильтра надевается резиновый аппликатор. Максимальная доза в один прием 55 мг/час. ра. эл. на 24 часа или 1 320 мг/час. ра. эл. Удерживание радия во влагалище в надлежащем месте производится при помощи пробок, покрытых для чистоты кондомной резиной.

2. Методика Штеккель-Микulich-Радецкого. Радий—внутриматочно и внутривлагалищно. Общая доза 6 000—7 000 мг/час. ра. эл. в два сеанса, в течение 3 недель. Предварительно—биопсия. Через 6 недель—влагалищная экстирпация матки с последующим интенсивным облучением рентгеном.

В неоперабельных случаях два сеанса кюритепии 6 000—7 000 мг/час. ра. эл. на протяжении 3 недель; одновременно введение в параметрий игол, содержащих радий. Одновременно с первым сеансом кюритепии начинают интенсивное облучение рентгеном. Второе облучение рентгеном спустя 8 недель—фракционированно (на каждое поле ежедневно $\frac{1}{3}$ HED, 6 полей, до полного HED на все поля). При излечении радикальная операция с последующим облучением параметриев радием и интенсивной рентгенотерапией. В случаях, в которых рак не поддался лечению,—через 6 недель повторная фракционированная рентгенотерапия.

При появлении рецидивов—удаление всех операбельных метастазов и интенсивная рентгенотерапия; при неоперабельных рецидивах—радий (в трубочках и иглах) с последующей дробной рентгенотерапией.

3. Методика Форсель-Геймана (Стокгольм). Три облучения радием: второе через неделю после первого, третье через 3 недели после второго. Фильтр эквивалентен 3 мм свинца (общая толщина первичного и вторичного фильтров). При внутриматочной кюритепии радий, кроме металлических фильтров, вводится в резиновом аппликаторе; при введении же радия во влагалище для отфильтровывания вторичных лучей металлические трубочки, содержащие радий, покрывают двумя листочками тонкой бумаги, поверх которой накладывается тонкий слой ваты. Последний обертывается чехлом из кондомной резины.

Для внутриматочной кюритепии применяется или одна трубочка, содержащая 38—43 мг. ра. эл., или две трубочки с 25 мг. ра. эл., или 4 трубочки с 10 мг. ра. эл. Во влагалище вводится 12 трубочек, содержащих всего 78 мг. ра. эл., или 10 трубочек с 70—80 мг. ра. эл. Фильтры 1,7 мм свинца—0,45 см серебра. Общая доза: внутриматочно 2 200—2 600 мг/час. ра. эл. и со стороны влагалища 4500 мг/час. ра. эл. Каждое облучение при этом равно 730—865 мг/час. ра. эл. внутриматочно и 1 500 мг/час. ра. эл. внутривлагалищно. Продолжительность сеанса—20 часов.

Перед введением радия вводят 0,01 морфина под кожу; у девиц, а также при трудно расширяемой шейке применяют хлорэтиловый наркоз. Интересно отметить, что при этой методике биопсия производится только после внутриматочного введения радия с тем, чтобы устранить излишние трудности, возникающие в связи с возможным кровотечением.

При появлении пиометры в матку вводят на несколько дней стеклянный дренаж.

4. Методика М. И. Немцова (Ленинград). Лечение комбинированное: кюри-рентгенотерапия. Применяют соли радия, иногда и радон. Фильтр—эквивалентный 2 мм платины. Каждая трубочка обычно содержит 10 мг элемента радия, реже—до 25 мг. При экзофитных опухолях (характера цветной капусты) влагалищной части матки применяют иглы с радоном, вводимыми в опухоль. Трубочки, содержащие указанное количество радия, в фильтрах помещаются вокруг шейки матки во влагалище и в канале шейки или кратере опухоли (5—6 фокусов). Длительность облучения 5—8 дней. Доза—от 40 до 50 m.c. detruites. После кюритепии большие подвергаются лечению рентгеном: 5 полей; доза на каждое поле в среднем—728 г (HED), напряжение 180—200 kV, фильтр 0,5 мм цинка +3 мм алюминия. Обычно эта доза дается в 3—4 приема. Повторное лечение через 2—3 месяца и далее через 6 месяцев. На третий раз иногда ограничиваются только рентгенотерапией.

5. Методика фракционированного лечения малыми дозами радия по В. А. Полубинскому (Ленинград). Обычно за один сеанс вводится 20—25 мг радия, редко удвоенное количество. Продолжительность сеанса 24 часа (480—600 мг/час. чистого радия). Сеансы повторяются через каждые 3—4 дня. Общее число сеансов 12—13. Продолжительность курса лечения—2 месяца. Оптимальная доза до 6 000—9 000 мг/час. Снижение дозы до 3 000 мг/час. у больных III группы не дает стойкого излечения; доза от 3 000 до 6 000 мг/час. дает излечение (при трехлетнем сроке наблюдения) в 17%; доза же в 6 000—9 000 мг/час.—в 22%. Фильтрация: 1 мм латуни или золота с мягким резиновым фильтром; при влагалищной аппликации—обертывание препарата в вату и марлю. Систематическое использование принципа перекреста лучей; последовательное продвижение радия из влагалища в канал шейки и полость матки. При введении препарата радия—устранение механической травматизации опухоли. Все хирургические

вмешательства, предпринимаемые перед началом кюрите-
рапии, как ухудшающие прогноз, не должны быть про-
изводимы.

Фракционный метод по Полубинскому устраняет в значительной мере явления аутоин-
токсикации (Radiumkater), оберегает от разрушения здоровые соседние ткани, дает возмож-
ность воздействовать на раковую клетку в момент ее наименьшей резистентности.

При кюритерапии рака шейки матки, особенно в запущенных случаях, несмотря на все предпринимаемые при этом меры предосторожности, не всегда удается избежать осложнений, в отдельных случаях стоящих перед больным. Одни из этих осложнений обязаны своим возникновением непосредственно кюритерапии, другие же хотя и развиваются вследствие прогресси-
рования ракового новообразования, однако под действием лучистой энергии— кюритерапии проявляются в более тяжелой форме. Одним из основных осложне-
ний при внутриматочной кюритерапии следует признать септическую инфек-
цию. Если внутриматочная кюритерапия проводится без достаточного, остор-
ожного расширения цервикального канала, обеспечивающего свободный отток
отделяемого из полости матки, особенно при длительном пребывании радия
в матке и тугой тампонаде влагалища, возможно образование ретенционной
пиометры, протекающей с сильными, иногда схваткообразными или режущими
болями в полости живота, лихорадкой, ознобами, общим плохим состоянием.
По удалении радия из матки обычно изливается большее или меньшее коли-
чество задержавшегося, инфицированного (с запахом) содержимого, температура
падает, боли прекращаются, состояние больных быстро улучшается. В отдель-
ных случаях пиометра появляется в результате рубцовых сужений и синехий,
образующихся по ходу цервикального канала.

Далее, при внутриматочной кюритерапии наблюдается восходящая инфек-
ция в форме тяжелого эндометрита, обширных, длительных воспали-
тельных заболеваний придатков матки (пиосальпинксы), тазовой брюшины
и клетчатки, при этом образуются большие выпоты и инфильтраты, выполняю-
щие иногда весь малый таз и замуровывающие матку вместе с придатками;
возможно и образование флегмоны параметрия. Все это, понятно, сильно услож-
няет дальнейшую кюритерапию, не говоря уже о том, что далеко не все больные
справляются с местными и общими проявлениями септического заболевания.
У таких больных мы прекращаем введение радия внутриматочно и переходим
на лечение рентгеном, имея в виду его действие, с одной стороны, на само ново-
образование, с другой—на воспаление. После того как воспалительные явления
стихнут, можно снова возобновить лечение радием.

Из осложнений при кюритерапии рака шейки матки надо указать на воз-
можность образования ректо-вагинальных, везико-вагинальных свищей: по Стра-
хану (Strachan)—8,7%, по Гальтеру (Halter)—2,0%. Трудно, однако, устано-
вить, зависит ли происхождение этих свищей от распространения рака или
от кюритерапии. Интересно, что в дорадиевый период фистулы наблюдались
в 11—37% случаев (Страхан). В редких случаях образуются стриктуры, сте-
нозы кишечных петель. Часто встречаются воспалительные явления со стороны
мочевого пузыря, которые уже сами по себе, даже без сдавления мочеточников,
могут повести к восходящей инфекции почек. Таким образом, наряду с осложне-
ниями, непосредственно связанными с кюритерапией, встречаются и такие,
в которых трудно установить, чему их приписать, действию ли радия или росту
самого новообразования.

Наличие или отсутствие осложнений зависит (по Шредеру) лишь в незначи-
тельной степени от стадии заболевания, а также от методики лечения.

Далее оперируются, как известно, главным образом случаи I и II стадии
по Дедерлейну и Винтеру, т. е. такие, которые при облучении радием дают
минимальную смертность и малый процент осложнений. Среди обращающихся
же за радиотерапией основной контингент больных падает на II и III стадии
и даже на IV. Особенно интересны в этом отношении цифры, приведенные Воро-
нежским рентгено-радиологическим институтом (Слободской): за 1929—1933 гг.

на 824 больных с раком шейки матки, обратившихся за помощью: больных в I стадии было 9,3%, во II—14,6%, в III—31,8%, в IV—40,9% и совершенно инкурабельных—3,4%. По Шредеру, из 924 больных было иноперабельных 50%, инкурабельных—7%.

Результаты лечения. Опубликованный в 1934 г. Микулич-Радецким сборный материал ряда крупнейших германских клиницистов, обнимающий 5 455 случаев рака матки, из которых аденокарцином было 147 (2,6%), указывает на абсолютное излечение в 24,5%. Оперировано из этого числа 1 899 больных (34,8%), облучено 3 270 (60%), не подвергалось лечению (инкурабельные больные)—286 (5,2%). Смертность у оперированных 10,2%, у облученных—1,07%. Мы приводим также материал Фр. Фольца, опубликованный в 1934 г., о 2 202 случаях рака шейки матки. Из обратившихся в клинику 2 202 больных оказалось инкурабельных 163 (7,3%); подвергнуто лечению 2 039 больных (91,4%). Различные стадии заболевания (классификация Дедерлейна), по Фольцу, дают следующие результаты:

Стадия заболе- вания	Число случаев		Здоров- ых че- рез 5 лет и позже	Процент относи- тельного выздоров- ления
	абс.	в %		
I	370	18,1	167	45,1
II	489	24	118	24,1
III	799	39	103	12,8
IV	381	18,9	7	1,8

Таким образом, операбельные и пограничные случаи (I и II стадии вместе) дали 285 случаев выздоровления на 859 больных, т. е. 33,1%, а I, II и III стадии—23,3%.

По сборной статистике Дителя, обнимающей 7 814 случаев рака шейки матки (III и IV группы), леченных рентгеном и радием, процент относительного выздоровления равен 11,3.

По данным проф. Неменова, на 753 случая рака шейки матки (1920—1929 гг.) абсолютное излечение наблюдалось в 15,1% всех случаев, при этом по стадиям заболевания материал располагается следующим образом:

Стадия	Число больных	Первич- ное кли- ническое излечение	Изле- чены	Абсолют- ный про- цент из- лечения
I	70	68	35	50
II	83	66	27	32,5
III	366	179	52	14,2
IV	234	—	—	—
Всего	753	313	114	В сред- нем 15,1

В 1938 году Полубинским опубликованы отдаленные результаты лечения радием рака шейки матки за период с 1925 по 1929 г. по разработанной им методике. Всего за указанный период в клинические стационары института были приняты 240 больных, страдавших раком шейки (по Винтер-Дедерлейну I ст.—39 больных, II ст.—15, III ст.—158 и IV ст.—28 больных), из которых 174 больных подверглись лечению радием. Отдаленные результаты лечения при сроке наблюдения не меньше 5 лет (в среднем 8 лет) следующие:

Результаты	Число случаев	%
Первичная смертность	2	1,12
Без первичного благоприятного эффекта	3	1,68
Рецидивы получены	59	33,90
Уклонились от наблюдения до 5-летнего срока	73	42,00
Излечены не менее 5 лет	37	21,40

Необходимо при этом учесть, что в пассив метода включены 42% больных, уклонившихся от наблюдения. Следовательно, процент длительного излечения, на самом деле, значительно выше.

Материал Полубинского подтверждает высокую эффективность лучистой терапии, примененной по методу «фракционированного лечения малыми дозами радия» (40% длительного излечения для II стадии и 19% для III стадии), и что этот метод может быть распространен на 85% всего контингента больных, обращающихся за лечебной помощью по поводу рака шейки матки (все случаи I, II и III стадии запущенности).

Полубинский подчеркивает далее, что предположение о большей резистентности к лучистой энергии дифференцированного рака (аденокарцинома) не подтверждается клиническим опытом, что молодой возраст раковых больных не является противопоказанием для лечения радием, что возникающие при радиотерапии рецидивы не являются безнадежными и что их следует снова подвергать лучистой терапии.

Одной из основных причин непосредственной раковой смертности при кюритерапии рака шейки матки является септическая инфекция. Смертность эта варьирует по разным авторам в довольно широких пределах: от 8,9 (Полубинский) — 6% (Рего) до 1,0 (Гамбаров) — 0,2 (Бубен—Viben) — 0 (Вагнер).

На аутопсии больных, погибших во время или вскоре после кюритерапии, помимо указанных выше явлений, в отдельных случаях находят тромбозы лимфатических узлов и лимфангит в параметриях, тромбоз сосудов (бедренной вены, *v. spermatica et hypogastrica*, *plex. vagin.*), с последующим нагноением тромбов, септические метастазы в легких, эндокарде и другие изменения.

Среди причин непосредственной раковой смертности, помимо сепсиса и перитонита, следует отметить: сильные кровотечения, уремию, недостаточность сердца, эмболию легких, прогрессирующую кахексию. Кровотечения, наблюдающиеся при кюритерапии, связаны, с одной стороны, с механической травмой, наносимой при этом ломкой ткани опухоли, с другой — с прогрессирующим ростом опухоли, приводящим к узуре кровеносных сосудов. Попадаются случаи, когда при введении радия в полость матки, несмотря на всю осторожность, не удается избежать обильной кровопотери, требующей тугой тампонады влагалища. При кровотечениях, угрожающих жизни, может явиться необходимость в перевязке *art. hypogastricae*. Среди причин смертности от рака указана также уремия. Последняя большей частью является следствием тех глубоких изменений, которые имеют место в почечной паренхиме в результате прогрессирующего роста опухоли.

При обширных поражениях тазовой клетчатки раком мочеточники подвергаются сдавлению, просвет их суживается, а над местом препятствия они расширяются. Тонус мочеточников, их перистальтика нарушаются; развивается гидроуретер, пиэлоэктазия, пиэлонефроз, гидронефроз; к застойным явлениям присоединяется инфекция. Вызывая внезапный отек тканей, кюритерапия может повести у таких больных к уремии.

Уменьшение процента непосредственной смертности, отмечаемое за последнее время рядом авторов при кюритерапии рака шейки матки, следует, пови-

димому, объяснить переходом от интенсивной кюритепии массивными дозами к фракционной, дробной дозировке. Надо полагать, что число осложнений и связанная с ними раковая смертность при телекюритепии, исключающей необходимость введения радия в полость матки, будут сведены к минимуму.

Для устранения повреждений, возникающих в связи со склерозом и воспалением лимфатических сосудов и клетчатки (соединительной ткани), Жентиль (Gentil), Бернар Гведес (Bernard Guedes), спустя 8 дней после лечения радием, начинают лечение диатермией. Два индифферентных пластинчатых электрода располагаются внизу живота и в области крестца, во влагалище вводится активный тройной электрод. Электрический ток включается лишь после того, как температура между телом и электродами выравнивается. Температура в первые дни доводится до 38°, а затем максимально до 40—42°. Продолжительность сеанса 15—20 минут; общее количество сеансов (через день) около 12.

Последующее лечение раковых больных, подвергшихся операции или актинотерапии. Произведенная операция или радий-и рентгенотерапия не представляют собой завершенного и законченного круга мероприятий в отношении раковой больной. Каждая больная, имевшая рак матки и закончившая назначенный ей курс радий-и рентгенотерапии, причем безразлично, была ли предварительно произведена операция или нет, должна находиться под врачебным наблюдением в течение того промежутка времени, пока еще возможен рецидив. Хотя рецидивы возможны и через много лет после успешно произведенной операции или актинотерапии, однако все же отсутствие рецидива в течение 5 лет принято считать доказательством окончательного выздоровления. Согласно исследованиям Вейбеля, наибольшее количество рецидивов (50%) появляется в течение первого года, с каждым последующим годом опасность появления рецидива все уменьшается, а на 5-й год процент рецидивов снижается до 3—4 их общего числа. Согласно указанным срокам появления рецидивов, особенного внимания требуют больные в первый год после окончания лечения. В этот период даже при отсутствии каких-либо жалоб больная должна подвергаться обследованию по крайней мере каждые 3—4 месяца. В течение первого года, особенно в первые месяцы после операции или актинотерапии, в круг врачебных мероприятий входит забота о поднятии сил организма, лечение различного рода осложнений, связанных с оперативным вмешательством, особенно со столь часто наблюдающимися осложнениями со стороны мочевых путей, лечение явлений выпадения, которые возникают как после радикальной операции, так и после бескровной кастрации, которая наступает у молодых женщин после актинотерапии. Для поднятия сил организма большое значение имеет правильный режим в отношении питания, сна, пользования свежим воздухом. Из лекарственных веществ назначают препараты мышьяка и железа, для поднятия аппетита—*stomachica*. В тех случаях, когда применялась рентгенотерапия, необходимо позаботиться, чтобы облученная кожа живота и крестца не подвергалась давлению или стягиванию платьем или бандажом, не мацерировалась от компрессов и не подвергалась чрезмерному нагреву от грелок или каких-либо физиотерапевтических процедур, так как кожные покровы, подвергавшиеся облучению, легко травмируются. Первые 3—4 недели после облучения рекомендуется не мыть облученную кожу мылом и водой, особенно не обтирать ее бензином и другими так называемыми обезжиривающими веществами, а, наоборот, надо смазывать кожу жиром, например, ланолином, вазелином и пр.

Паллиативная терапия. Радиотерапия и рентгенотерапия особенно полезны при лечении неоперабельных случаев рака шейки матки, в которых, как говорят данные клиники Дедерлейна, можно добиться полного излечения почти в 10%. В значительном числе случаев жизнь больных удлиняется и, хотя бы на время, становится сносной. Но, к сожалению, их не всегда можно применять. Поэтому и в настоящее время те методы, которые мы раньше, до появления радиотерапии и рентгенотерапии, широко применяли в неоперабельных слу-

чаях рака матки, нельзя еще изъять из нашего арсенала. Правда, ни один из них не спасает жизни больной, не излечивает ее. Единичные случаи излечения, описанные особенно в старой литературе, не могут опровергнуть этого мнения, основанного на большом опыте многочисленных старых и современных авторов. Тем не менее обязанность врача облегчать больным их страдания в полной мере относится и к этому в настоящее время еще многочисленному разряду больных.

Основные три симптома, которые необходимо устранить для того, чтобы облегчить страдания этих несчастных больных и сделать возможным их пребывание в семье или среди других больных,—это кровотечение, ихорозные зловонные выделения и боли. Борьба с этими кардинальными симптомами неоперабельного рака шейки матки и является основной задачей врача. Кроме того, возникает следующий вопрос: нельзя ли при помощи паллиативных мер несколько задержать рост и распространение раковой опухоли в глубину?

Лучшим из паллиативных методов лечения рака шейки матки в неоперабельных случаях, до известной степени удовлетворяющим этим требованиям, является старый метод удаления канкрозных масс ложкой с последующей каутеризацией каленым железом (*ferrum candens*), аппаратом Пакелена или гальванокаутером. Больше всего подходят для этого метода раковые опухоли влагалищной части матки, растущие в форме цветной капусты, и раковый кратер, в который превратилась шейка матки, но лишь в том случае, если новообразование не подошло близко к слизистой мочевого пузыря и прямой кишки, в чем необходимо убедиться при помощи цистоскопии или ректоскопии и пальпации со стороны не только влагалища, но и прямой кишки. Не подходят для этого метода те случаи, когда рак имеет преимущественно эндофитный рост и на поверхности его нет распада, а также те случаи, когда при наличии распада имеется обширная раковая инфильтрация, идущая непосредственно от шейки матки к стенкам таза.

Чтобы сделать правильный отбор случаев для лечения этим способом, необходимо тщательное исследование и точная диагностика. Прежде всего надо установить самый факт неоперабельности, для чего в иных случаях может понадобиться пробная лапаротомия.

При экскохлеации и каутеризации вульва и влагалище дезинфицируются. В зеркалах обнажается раковая опухоль, и мягкие части ее удаляют при помощи острой ложки или большой кюретки. Нельзя ограничиваться поверхностным выскабливанием, которое не дает желательного эффекта. Нужно выскабливать до тех пор, пока ложка не достигнет плотной мышечной ткани. Нередко возникает при этом профузное кровотечение из поврежденных веточек маточных сосудов. Смущаться этим не следует: последующая каутеризация остановит кровотечение. Для каутеризации в старину применяли каленое железо, которое, по мнению многих, оказывает более глубокое действие, чем применяемые в настоящее время аппараты Пакелена или электрические термокаутеры. Каленое железо можно легче и быстрее сменить, чем вновь накалить пакелен, прижигающая поверхность которого меньше, чем у каленого железа. Каутеризация должна производиться до тех пор, пока не образуется плотный черный струп, через который или мимо которого не должно просачиваться ни капли крови. Если отдельные места еще кровоточат, то к ним вновь прикладывают раскаленный термокаутер. Кровотечение сильнее всего на границе между струпом и здоровым участком слизистой влагалища. Для того чтобы влагалищные зеркала при каутеризации не накалялись и не обжигали слизистой влагалища и вульвы, пользуются деревянными зеркалами или деревянными зеркалами, покрытыми металлом, или металлическими зеркалами с асбестовыми вкладками. До появления актинотерапии мы всегда пользовались простыми деревянными цилиндрическими и ложкообразными зеркалами, которые перед операцией кладут для дезинфицирования на 2—3 часа в раствор сулемы. Но и деревянные зеркала во время каутеризации накаляются, поэтому во время этой про-

цедуры их необходимо от времени до времени вынимать и охлаждать в холодном дезинфицирующем растворе. Такой метод смены зеркал во время каутеризации представляет известные неудобства, но все же лучше применять этот метод, чем направлять во время каутеризации струю холодной воды во влагалище, от которой образующийся струп несколько размягчается. Особенно болезненны ожоги вульвы, возникающие при неосторожной каутеризации. В остальном эту операцию хорошо переносят даже ослабленные больные. Последующее лечение следует вести по сухому методу: в образовавшийся кратер вводят марлевые мешочки с порошкообразными веществами, как борная кислота, таннин, ксероформ, иодоформ, древесный уголь и пр. или смеси из них (например, рекомендуемый Штеккелем бор-таннин).

При непрекращающемся кровотечении в кратер вводят тампоны, пропитанные полуторахлористым железом. Их надо предварительно выжать досуха для того, чтобы не произошло ожога слизистой влагалища избытком прижигающего вещества. Чтобы тампоны не выпали из кратера, влагалище тампонируют марлей. Тампоны удаляются через 2—3 дня. Для остановки непрекращающегося кровотечения применяют еще желатину, которую вводят с пищей, в клизмах или подкожно; внутрь дают 6—8 капель раствора адреналина 1 : 1 000. В крайнем случае перевязывают подчревные артерии. Для уменьшения и рубцевания кратера Ольсгаузен рекомендовал вводить в него иодную настойку.

Хорошим кровоостанавливающим средством, применяемым после экскохлеации вместо каутеризации термокаутером или в тех случаях, где каутеризация не остановила кровотечения, является прижигание ракового новообразования хлористым цинком, что было впервые предложено Симсом (Sims). Плотно скатанный небольшой тампон смачивают 50% раствором хлористого цинка и, хорошо отжав его между ватными шариками, вводят в язвенную полость. Во избежание ожогов слизистой влагалища, последнее, особенно задний свод, предварительно обкладывают ватными тампонами, пропитанными содовым раствором, который нейтрализует вытекающий избыток хлористого цинка. Хлористый цинк можно применять и в форме палочек. Прижигающее действие хлористого цинка распространяется не только на раковую, но и на здоровые ткани, притом на значительную глубину, что в известной степени зависит от концентрации медикамента. Иногда секвестрируется внутренняя поверхность почти всей матки, представляя собой почти полный слепок ее. Больные нередко жалуются при этом на сильные боли. При прижигании хлористым цинком язвенная полость начинает уменьшаться в объеме; образуются плотные рубцы, которые до известной степени препятствуют дальнейшему прорастанию рака. Описаны и неблагоприятные результаты от применения хлористого цинка, как-то: образование гематометры (Рикар—Ricard), мочевых и каловых свищей и даже смертельные исходы от возникшего при этом перитонита (Мартен, Фритч).

В тех случаях, когда нет кровотечения, а имеются только зловонные выделения, Хробак (Chrobak) советует прижигать раковую язву дымящейся азотной кислотой, которую наносят обернутыми ватой палочками на поверхность язвы до тех пор, пока она не покроется серовато-желтоватым струпом. Предварительно здоровая слизистая влагалища и вульвы смазывается вазелином. Струп отходит через 2—3 недели; остающаяся полость постепенно уменьшается.

Гельгорн (Gellhorn) предложил вливать в кратер ацетон. Много других методов, имеющих целью прижигание распадающейся раковой опухоли, не оправдало себя на практике и потому здесь нами вовсе не приводится. Но даже и наиболее эффективный метод паллиативного лечения неоперабельного рака шейки матки—экскохлеация с каутеризацией—не надолго удлинит жизнь больных. Но этот метод имеет то огромное, главным образом психотерапевтическое, значение, что на время избавляет больных от кровотечений и зловонных выделений, от которых особенно страдают и больные, и окружающие. Если же каутеризация или прижигание (хлористым цинком и другими средствами)

становится невозможным или остается безрезультатным, приходится ограничиваться прохладными или чуть тепловатыми спринцеваниями растворами марганцовокислого калия, боровской жидкости, перекиси водорода (3%), тимола (1%) и другими неядовитыми дезинфицирующими и вяжущими средствами.

Б о р ь б а с б о л я м и. Мы начинаем с назначения лекарств внутрь и *per rectum*. Вначале даем *antineuralgica*, как антипирин, пирамидон, аспирин, фенацетин, постепенно увеличивая дозу до 1,0 на прием. Эти средства даем *per se* или вместе с белладонной, доза которой постепенно увеличивается до 0,02 и даже до 0,03, затем переходим к омнопону и морфину. Последние препараты назначают внутрь или в ректальных свечах сначала по 0,01, доходя до 0,02, и, наконец, в таких же возрастающих количествах в форме подкожных впрыскиваний 1 и 2% растворов. Фромме рекомендует предварительно применить свечи по следующей прописи: *Rp. Morphini hydrochlorici 0,01; Extr. Belladonnae 0,03; Opii puri 0,02; But. Cacao 2,0; Mf. Sup. Dtd № 6.* S. По 1 свече при болях.

Соблюдая такую последовательность, не следует, однако, применять болеутоляющие так скупно, чтобы больные не получали облегчения и продолжали страдать. Если мучительные боли не дают покоя больной ни днем, ни ночью, то совершенно бессмысленно опасаться сделать морфинисткой женщину, обреченную на скорую гибель. Поэтому к морфину необходимо, в конце концов, прибегать по 2 и 3 раза в день, доводя дневную дозу до 0,05, или пользоваться, кроме морфина, еще другими препаратами, как дионин (2—3% раствор) или скополамин (0,03% раствор). Если больная не переносит морфина, то его можно заменять кодеином в двойной против морфина дозе или же добавлять к морфину атропин $\frac{1}{10}$ дозы (Штеккель).

В тех случаях, когда никакие болеутоляющие средства не помогают, делались попытки устранить боли оперативным способом, перерезая сакральные или нижние поясничные нервы. Недавно Котт сообщил о благоприятных результатах, полученных от резекции *praesacralis*.

Для устранения невыносимых болей при поражении раком клетчатки таза Альбони в последние годы предложил инъцировать в спинномозговой канал 1 см³ спирта; американцы положительно отзываются об этом способе.

Больших забот и тщательного ухода требуют те больные, у которых рак пророс в соседние полые органы, что повлекло за собой образование мочевого или калового свища. При самом тщательном уходе за больными их не удается содержать сухими. Чтобы избежать мацерации кожи наружных половых органов, необходимо ее смазывать жирами или пастами. Можно попытаться улучшить состояние больных, вводя во влагалище тампоны, густо смазанные вазелином или какой-нибудь мазью, например, висмутовой. Иногда дает облегчение введение в воспаленное влагалище и раковую язву карболового масла или сильно вяжущих мазей при помощи соответствующего («мазевое») шприца. Фритч и Штеккель советуют в крайнем случае бороться с распадом и зловонием путем помещения впереди вульвы больших компрессов, смоченных хлорной водой. С этой же целью применяют спринцевания растворами *Solveol* или *Creolin* (1 чайную ложку на 1 л воды). С затруднениями при дефекации борются при помощи масляных и иных клизм и слабительных средств.

При возникновении уремии можно применять только симптоматическое лечение: против головной боли—холодные компрессы на голову, *antineuralgica* внутрь или в свечах, при значительных мозговых явлениях—впрыскивания морфина, а при уремических судорогах можно применять кровопускание. Прибегать к паллиативным операциям, как нефростомия, уретеростомия или резекция мочеточников и вшивание их в лежащую выше часть мочевого пузыря или прямую кишку,—бессмысленно.

ЭНДОМЕТРИОЗЫ

Под эндометриозом, или эндометриоидной гетеротопией, подразумевается наличие эндометриоподобных образований за пределами нормально развитого эндометрия, причем эндометриоидные гетеротопии могут находиться: 1) в самой матке [adenomyosis (endometriosis) interna] по Франклю, Ламу Р. Мейеру и 2) вне матки (adenomyosis uteri externa, s. extrauterina).

Для того чтобы правильно оценить клиническую картину эндометриозов, необходимо знать симптомы, характерные для этой болезни, и дифференциально-диагностические признаки, отличающие ее от других заболеваний половых органов женщины.

Эндометриозы характеризуются следующими тремя моментами: 1) анатомически они представляют гетеротопически разросшуюся эндометриоидную ткань, причем гетеротопия сама по себе может давать характерные симптомы; 2) нередко они обнаруживают свойство прорастать инфильтративно в окружающие ткани и органы; 3) они дают реакцию на овариально-менструальный процесс, что является наиболее характерным свойством эндометриоидных образований.

Частота эндометриоидных образований в различные периоды жизни женщины чрезвычайно напоминает распределение по возрастным группам случаев фибромиом матки. По прекращении функции яичников, т. е. в постклимактерическом возрасте, эндометриоидные гетеротопии редко встречаются или в них можно видеть картину обратного развития (что также сходно с фибромиомами). У девочек, еще не менструировавших, они пока ни разу не были обнаружены.

Общим для всех эндометриоидных гетеротопий является функциональный параллелизм со слизистой оболочкой матки. Эндометриозы возникают лишь после полного полового созревания, а после угасания функции яичников, когда слизистая оболочка матки атрофируется, имеют место кистозные изменения в гетеротопических железистых разрастаниях и обратное их развитие. В периоде половой зрелости можно наблюдать в эндометриоидных образованиях картины, идентичные секреторной (пременструальной) фазе, а во время менструации—кровоизлияния в цитогенную строму и в просвет желез. Образование кистозных полостей с кровянистым содержимым можно рассматривать как результат повторных менструальных кровотечений в полость желез, а отложения в строме кровяного пигмента—как след бывших кровоизлияний. Менструальная гиперемия может клинически проявляться в виде набухания, покраснения узлов (например, в рубцах промежности или в послеоперационных рубцах, в septum recto-vaginale, в пупке и т. п.), в виде наружного кровотечения, усиления болей и т. д. В случае наступления беременности эндометриоидные образования могут принимать участие в децидуальных изменениях.

Если среди клинических симптомов имеется симптом, свидетельствующий о циклических изменениях разросшейся эндометриоидной ткани, то уже одно это обстоятельство может иметь диагностическое значение. Однако, если принять во внимание, что не во всех случаях эндометриозов мы имеем инфильтрирующий рост и не во всех случаях ясно выражена реакция на овариально-менструальный процесс, то станет понятным, что и клиническая картина эндомет-

риозов может быть довольно разнообразной. Большое значение в клиническом и диагностическом отношении имеет локализация процесса (тело матки, шейка, углы труб, связки, яичники, тазовая брюшина, мочевого пузыря, прямая кишка, пупок, послеоперационный рубец и т. д.). Хотя эндометриозные образования могут находиться изолированно во всех только что перечисленных органах и там изолированно оставаться, не давая типичных симптомов, можно все же отметить три главные группы эндометриозов, которые нередко дают характерные симптомы и требуют определенного лечения: 1) когда эндометриозы развиваются гетеротопически в теле матки (*endometriosis interna*); 2) когда они развиваются ретроцервикально и 3) когда они развиваются вне матки (эндометриоз яичников с образованием так называемых «шоколадных кист», труб, тазовой брюшины с образованием конгломератных опухолей).

Зейтц на материале в 65 случаев эндометриоза в 12 случаях (18%) не видел никаких клинических симптомов, в 27 случаях (40%) симптомы эндометриоза покрывались симптомами сопутствующих заболеваний (миомы, воспаление придатков), в остальных случаях они были характерны для гетеротопических эндометриозных разрастаний. Некоторые симптомы настолько характерны, что сразу заставляют думать об эндометриозе (например, периодические кровотечения из пупка, брюшной послеоперационной фистулы, из мочевого пузыря или прямой кишки, совпадающие с менструацией).

ВНУТРЕННИЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

Являются ли эндометриозные включения в теле матки непосредственной причиной тех или иных симптомов или они влияют на нормальную функцию слизистой оболочки матки и лишь таким образом вызывают те или иные симптомы? Большинство исследователей (Франкль, Зейтц, Адлер) указывает, что железы эндометриозных образований в случаях внутреннего эндометриоза далеко не часто претерпевают типические циклические изменения. Р. Шредер вовсе отрицает эти изменения. Зейтц, однако, в 2 случаях наблюдал типичные предменструальные изменения в гетеротопических железах. Повидимому, симптомы при внутреннем эндометриозе следует объяснить самой гетеротопией, т. е. локализацией этих образований в стенке матки. Основным симптомом при внутреннем эндометриозе являются усиленные и удлиненные менструации.

Часто при внутреннем эндометриозе бывают укорочены и межменструальные промежутки. Меноррагия зависит главным образом от гетеротопии, а не от сопутствующих заболеваний, так как процент последних при эндометриозах значительно меньше частоты кровотечений. Франкль находил миомы в 30,7% случаев эндометриозов, Адлер—в 40,0%, Китаи—в 25,6%, Левинский—в 5,2%. Данные Франкля указывают на то, что, несмотря на частоту сопутствующего заболевания, внутренний эндометриоз сам по себе может быть причиной меноррагий: из 110 случаев эндометриоза он видел 49 случаев, в которых имелся чистый аденомиоз без каких-либо других сопутствующих заболеваний. Усиленные и удлиненные менструальные кровотечения у этих больных имели место в течение многих лет. Франкль считает это доказательством того, что эндометриоз у них был давнего происхождения. Причину меноррагии при внутреннем эндометриозе Франкль и Зейтц видят в механических моментах, а именно в сдавлении и расширении сосудов железистыми включениями и в уменьшении сократительной способности маточной мышцы. Независимость кровотечений от гормональных влияний Франкль видит в том, что в некоторых случаях эндометриозов имеют место кровотечения и в постклимактерическом периоде (на 110 случаев Франкль наблюдал это 9 раз).

Вторым симптомом является дисменоррея. Если во многих случаях этот симптом отсутствует, то в тех случаях, когда он имеет место, он резко выражен и чрезвычайно характерен. Дисменоррея особенно резко выражена в случаях эндометриозных гетеротопий в трубных углах. Боли обычно появляются

за несколько дней до менструации, но могут быть и в первые дни менструации. Из анамнеза обычно удается выяснить, что женщина не всегда страдала дисменорреей, а боли появились лишь в последние месяцы или годы.

Точный диагноз внутреннего эндометриоза труден. В дифференциальном отношении имеют значение небольшие фибромиомы, полипы и особенно геморрагическая метропатия. При внутреннем эндометриозе матка, почти как правило, увеличена и удлинена и имеет плотную консистенцию. Франкль на 110 случаев лишь 2 раза мог отметить, что матка имеет нормальную величину. В отличие от фибромиом матка равномерно увеличена, выпячиваний (узлов) обычно нет. Равномерное увеличение матки (до гусиного яйца или кулака), плотность ее, полименоррея и характерная дисменоррея делают весьма вероятной диагностику внутреннего эндометриоза. В то время как диагноз полипа или субмукозной фибромы можно исключить при помощи выскабливания или зондирования, диагноз эндометриоза не может быть поставлен на основании исследования соскоба, так как соскобленная слизистая может гистологически ничем не отличаться от эндометрия при геморрагической метропатии. Гальбан и Яшке обращают внимание на весьма важный симптом: резкое увеличение матки при внутреннем эндометриозе перед менструацией и значительное уменьшение ее после менструации. Они рекомендуют поэтому в подозрительных случаях исследовать женщину до и после менструации. Значительные циклические колебания размера матки говорят (при наличии других симптомов) за внутренний эндометриоз.

В терапевтическом отношении выскабливание может дать при этом заболевании лишь скоропроходящий эффект. По мнению Зейтца и Франкля, в большинстве случаев не помогает и рентгеновская кастрация (в отличие от действия рентгеновских лучей при геморрагических метропатиях). Впрочем, многие авторы (например, Латцко) отмечают и благоприятное действие лучистой энергии. Само собой разумеется, что нельзя возражать против рентгенотерапии в преклимактерическом возрасте, и если рентген не помогает, то следует прибегнуть к операции удаления матки. Франкль считает операцию влагалищного удаления матки методом выбора на основании результатов, полученных в 100 случаях влагалищной экстирпации. При наличии обширных спаек предпочтительнее абдоминальный путь.

РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

При ректовагинальном исследовании обычно определяется неясно контурирующаяся и широко сидящая на задней поверхности шейки неправильной формы опухоль; перед менструацией опухоль делается больше и болезненной. Ретроцервикальные эндометриозы могут переходить на задний свод и даже проникать в просвет влагалища, как это, например, имело место в одном из наших наблюдений; кзади эндометриоидные разрастания могут перейти на прямую кишку, причем разрастания могут проникнуть через толщу стенки до просвета кишки. Гораздо чаще эндометриоидные гетеротопии распространяются на крестцово-маточные связки, утолщая и укорачивая их; просвет прямой кишки в этих случаях может сильно сузиться и даже закрыться вплоть до полной непроходимости. Но подлежит сомнению, что в некоторых случаях эндометриоидные разрастания могут находиться ретроцервикально, не распространяясь на окружающие ткани или органы, и претерпевать обратное развитие в постклимактерическом возрасте. Но следует отметить, что рыхлая ретроцервикальная клетчатка весьма благоприятна для экспансии эндометриоидных разрастаний. В склонности к обширному инфильтрирующему разрастанию и заключается опасность этих форм эндометриозов. Хотя эндометриоидные образования гистологически не являются истинными опухолями, тем более злокачественными, они все же, вследствие своих гистолитических свойств, могут клинически стать злокачественными, ибо, в конце концов, они могут вызвать

полное закрытие прямой кишки (или мочеточников). Наблюдаются и рецидивы после оперативного удаления (повидимому, неполного) гетеротопических разрастаний.

Следует принять во внимание, что первично доброкачественные клетки эндометриоидных разрастаний могут подвергнуться злокачественному перерождению, как это, впрочем, наблюдается и при доброкачественных новообразованиях. С другой стороны, первичный рак прямой кишки может найти в эндометриозе благоприятную почву для распространения. Все это заставляет рассматривать ретроцервикальный эндометриоз как весьма серьезное заболевание и относиться к нему как к злокачественному новообразованию.

Небольшие хорошо ограниченные ретроцервикальные эндометриоидные разрастания лучше всего удалять оперативным путем через задний свод. Рентгенотерапия в таких недалеко зашедших случаях показана лишь в возрасте, близком к климактерическому, тем более что выключение функции яичников освобождает женщину лишь от болей, связанных с предменструальным набуханием эндометриоидных образований, а сами разрастания не всегда претерпевают обратное развитие. При значительном развитии эндометриоидных разрастаний с инфильтрацией окружающих тканей и органов (например, прямой кишки) следует, по совету Зейтца, прибегать к радикальной операции удаления матки, оставляя (у молодых женщин) хотя бы один яичник. Следует отметить, что в техническом отношении во время операции могут встретиться значительные трудности, и нередко приходится резецировать прямую кишку, так как эндометриоидные образования, как мы видели, могут прорасти ее стенку. В соответствии с этим сравнительно велика смертность и осложнения в послеоперационном периоде. Само собой понятно, что чем раньше приступают к операции, тем благоприятнее ее исход. Результаты операции тем лучше, чем бережнее относятся к стенке кишки; большое значение имеет правильное дренирование раневой поверхности (через влагалище). Вместо операции можно применить рентгено- и радиотерапию. Не следует, по совету Зейтца, ограничиваться кастрационными дозами (35% HED), так как одно лишь выключение яичников (менолипсия), как мы уже говорили, не прекращает роста эндометриоза. Зейтц рекомендует сильные раковые дозы в комбинации с радиотерапией. Он рассматривает в терапевтическом отношении каждую больную с распространенным ретроцервикальным эндометриозом как раковую. Больная и после лечения должна находиться под наблюдением. Только большое число планомерно проведенных наблюдений дает возможность сделать окончательные выводы относительно опасности ретроцервикальных эндометриозов и дальнейшей судьбы больных. В одном случае ретроцервикального эндометриоза, прослеженного нами в течение ряда лет, мы видели прекрасный эффект от глубокой рентгенотерапии.

ВНУТРИБРЮШИННЫЙ ЭНДОМЕТРИОЗ

Внутрибрюшинные эндометриозы как клиническая форма чаще всего встречаются в виде эндометриоза яичников и реже—труб. Вследствие рассеяния эндометриоидных элементов эта форма эндометриоза встречается в виде обширных конгломератных опухолей, в состав которых входят придатки и матка с инфильтрацией дугласова пространства и нередко крестцово-маточных связок. Яичники, а иногда и трубы, представляют собой кистозные полости, выполненные «шоколадным» содержимым. Сращения бываю сплошь и рядом настолько обширны и плотны, что попытка получить во время операции более или менее цельный препарат обычно не удается—удаленный препарат состоит из разорванных мембран, тяжей и т. п.

Внутрибрюшинные эндометриоидные разрастания более постоянно и интенсивно реагируют на овариально-менструальные циклические процессы. В железах и строме картины циклических изменений встречаются чаще, чем при внутреннем эндометриозе. Быть может, это зависит от чисто механических моментов—

железистые включения при внебрюшинном эндометриозе имеют больше пространства для разбухания, чем эндометриоидные включения в толще мышечной стенки матки. Как бы то ни было, но внутрибрюшинные эндометриоидные гетеротопии более интенсивно реагируют на циклические гормональные раздражения. В них более выражены параменструальные кровоизлияния, которые служат материалом для «шоколадного» содержимого кист яичника. С другой стороны, кровоизлияния в брюшную полость с отрывом железистых элементов являются причиной дальнейшего распространения эндометриоидных гетеротопий. Резкие дисменорройные явления, наступающие за несколько дней до менструации и во время менструации, чрезвычайно характерны для внутрибрюшинных эндометриозов. Тянувшие боли внизу живота, чувство давления и различные расстройства со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и других органов (в зависимости от степени распространения и локализации эндометриоза) могут продолжаться еще в течение нескольких дней после менструации. Далее характерно для эндометриозов, что сила и продолжительность болей и прочих расстройств, связанных с менструацией, увеличиваются с каждым месяцем. Усиленные и длительные менструации не характерны для этого вида эндометриозов. Следует отметить, что при распространенном внутрибрюшинном эндометриозе могут появляться незначительные кровотечения в промежутке между двумя менструациями, особенно после физического напряжения или после полового сношения. Усиленные бели, по мнению Франкля, не характерны для внутрибрюшинного эндометриоза. Внутрибрюшинные эндометриозы, как мы уже упоминали, сплошь и рядом принимаются за хронические или подострые воспаления придатков или хронические пельвеоперитониты и нередко в течение многих лет безрезультатно подвергаются различным видам рассасывающего лечения. Если в анамнезе больной нет данных за гоноррею, послеродовое или послеабортное заболевание и в то же время имеются определенные жалобы (резкие дисменорройные явления, нарастающие по интенсивности с каждым месяцем), если, несмотря на лечение, болезнь не идет на убыль,—следует с большой долей вероятности предполагать эндометриоз придатков. Нужно, впрочем, иметь в виду, что вполне возможна комбинация воспаления придатков или хронического аппендицита с эндометриозом.

Рентгенотерапия в виде кастрационных доз дает при внутрибрюшинном эндометриозе несравненно лучшие результаты, чем при внутреннем эндометриозе. Это понятно, так как именно при внебрюшинном эндометриозе менструальная реакция и дисменорройные явления достигают наибольшей интенсивности. Выключение овариально-менструальной функции уничтожает, таким образом, причину болевых симптомов (Альбрехт, Зейтц). Однако нередко после рентгеновской кастрации наступают рецидивы заболевания. Дозировка рентгеновских лучей зависит от возраста больной: у женщин, близких к климактерию, уместно интенсивное облучение; наоборот, у молодых женщин следует применять меньшие дозы, вызывая по возможности временную кастрацию. Под влиянием лучистой энергии может наступить и обратное развитие эндометриоидных внутрибрюшинных разрастаний. Нередко, впрочем, наблюдается и дальнейший рост гетеротопий, несмотря на применение X-лучей. Зейтц отмечает это в 10% случаев. Вследствие трудности диагностики и возможной безрезультатности рентгенотерапии Зейтц советует при лечении молодых больных прибегать к операции (чревосечению). Операция дает возможность, с одной стороны, поставить точный диагноз, хорошо ориентироваться в обстановке и, с другой—удалить действительно пораженные части, сохраняя здоровые. Зейтц в 21 случае внебрюшинного эндометриоза сохранил матку и один яичник и лишь в 6 случаях удалил матку вместе с придатками. Все 15 женщин, оперированные консервативно выздоровели, лишь у 2 из них (через 1½ года и 6 лет) наступил рецидив, потребовавший вторичной операции (тотальной экстирпации). Операции, вследствие обширных сращений и вовлечения в процесс окружающих органов, могут оказаться технически весьма трудными.

IV. СМЕЩЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Из всех аномалий положения внутренних половых органов самостоятельное и практически важное значение имеют: 1) отклонение и перегиб матки кзади и 2) опущение и выпадение матки и влагалища, при которых возможно эффективное применение консервативной терапии.

РЕТРОВЕРЗИЯ-ФЛЕКСИЯ МАТКИ

Если тело матки отклонено кзади, а влагалищная часть ее — кпереди (по направлению к симфизу) и угол между шейкой и телом почти сглажен, то говорят о ретроверзии матки. Если тело матки отклонилось кзади, а в области внутреннего зева произошел перегиб, в результате чего дно матки очутилось в заднем дугообразном пространстве, а влагалищная часть только слегка отклонилась кпереди (тело матки согнуто по отношению к шейке), то говорят о ретрофлексии матки.

Этиология, симптомы и лечение ретроверзии и ретрофлексии матки одинаковы; обе эти формы очень часто комбинируются друг с другом. Мы их будем рассматривать совместно, для краткости обозначая их одним термином — «ретрофлексия».

Различают подвижную (*retroflexio uteri mobilis*) и фиксированную ретрофлексию матки (*retroflexio uteri fixata*).

ПОДВИЖНАЯ РЕТРОФЛЕКСИЯ

Клинические симптомы и показания к лечению

Учение о подвижной ретрофлексии матки является одним из ярких примеров того, как перемена взглядов на сущность той или иной аномалии коренным образом влияет на ее лечение.

Еще не очень давно подвижная ретрофлексия матки считалась самостоятельной нозологической единицей. Все жалобы общего и местного характера, все субъективные ощущения, с которыми женщины, имеющие подвижную ретрофлексию, приходили к гинекологу, относили за счет ретрофлексии. Из местных симптомов, наблюдаемых при этой аномалии, особенно выделялись крестцовые боли, дисменоррея, обильные менструации, ощущение тяжести в животе, дизурические явления, хронические запоры и т. п. Из общих симптомов отмечались головные боли, сердечные явления, усталость и бессонница, гастрические явления (ощущение давления в области желудка, тошноты, рвоты и пр.). Но уже и в те времена находились, как отмечает Яшке, авторы, которые отмечали, что у очень многих женщин с этой аномалией описанных симптомов вовсе нет.

Неволью возникала мысль о значении психической компоненты в клинической картине тех случаев ретрофлексии, в которых на первом плане стояли общие симптомы.

Вскоре обратили внимание и на другие факты из гинекологической практики, которые ясно указывали, что одно наличие ретрофлексии не может объяснить сложного симптомокомплекса, наблюдаемого при ней. Так, мы видели

случаи, когда после операции ретрофлексии все тягостные для больной симптомы исчезали, а при контроле обнаруживался рецидив.

То же можно было наблюдать и при консервативном лечении ретрофлексии: после приведения матки в нормальное положение и применения пессария болезненные явления исчезали, а при гинекологическом исследовании матка оказывалась вновь лежащей в ретрофлексии. Такие наблюдения, естественно, вызвали у многих мысль о проведении простого клинического эксперимента, который не раз в свое время производился и нами в случаях, где, как нам казалось, психическая компонента должна была играть большую роль; мы производили фиктивное выведение матки, т. е. производили манипуляции, которые создавали у женщины впечатление, что матка приведена в нормальное положение, в действительности же матка продолжала оставаться в ретрофлексии, после чего ей вводили пессарий. Иногда для усиления эффекта мы проводили эту манипуляцию под легким наркозом. В результате этого фиктивного лечения больной сплошь и рядом становилось гораздо лучше, и все симптомы на более или менее продолжительный срок совершенно исчезали.

По мере углубления наших знаний в области функциональных неврозов и их взаимоотношений с половой сферой женщины гинекологи перестали рассматривать подвижную ретрофлексию как самостоятельное заболевание. Женщины с подвижной ретрофлексией, у которых среди жалоб видную роль играют общие симптомы, принадлежат большей частью к астеническо-психической конституции. Они часто страдают общим энтероптозом отчасти на почве недостаточного развития подвешивающего аппарата или под влиянием внешних причин. Штиллер и Матес указывают, что эти женщины отличаются нежным и тонким строением, длинной грудной клеткой. У них нередко находят опущение желудка, иногда опущение почки, а с нервно-психической стороны—возбудимость и раздражительность. У этих женщин в общей картине соматических и психических признаков, характерных для их конституции, неправильное положение матки является лишь частичным проявлением чисто анатомического порядка. Гораздо важнее для оценки значения подвижной ретрофлексии матки тот факт, что ее находят приблизительно у четверти всех женщин, значительная часть которых ни на что не жалуется. У очень многих ретрофлексия в течение всей жизни не вызывает никаких патологических явлений. Само собой разумеется, что в этих случаях отпадает всякая необходимость лечения. Если мы при гинекологическом исследовании по какому-нибудь случайному поводу обнаруживаем у женщины подвижную ретрофлексию, то мы ей обычно об этом и не говорим, так как опыт показал, что стоит только сказать женщине о наличии ретрофлексии, как немедленно появляются всякого рода жалобы и пресловутый «загиб матки» становится для них источником постоянных тревог.

Этим мы отнюдь не хотим сказать, что подвижная ретрофлексия матки и к о г д а не вызывает клинических симптомов и не нуждается в лечении. Такое утверждение было бы совершенно неправильным.

В настоящее время преобладает взгляд, что подвижная ретрофлексия матки может не давать никаких симптомов, но может вызывать известные болезненные явления, нуждающиеся во врачебном вмешательстве. К ним относятся нарушения менструальной функции, выражающиеся главным образом в меноррагиях и дисменоррее. Удлиненная и более обильная менструация зависит от застойных явлений в ретрофлексированной матке (рис. 63). На той же почве возникают и обильные выделения (fluor). Наблюдающиеся самопроизвольные и привычные выкидыши некоторые авторы относят за счет имеющейся ретрофлексии (Кюстнер); другие же полагают, что главной их причиной является имеющийся в этих случаях инфантилизм (Рейфершейд—Reiferscheid). О ретрофлексии как причине бесплодия см. главу о бесплодии. В некоторых случаях женщины с ретрофлексией жалуются на боли во время полового акта, что наблюдается в тех случаях, когда вместе с маткой глубоко в дуглас опускаются чувствительные к боли яичники. Давление шейки на мочевой пузырь и давление тела матки

на прямую кишку также могут вызывать у чувствительных и нервных женщин неприятные ощущения. Таким образом, при целом ряде местных симптомов может при ретрофлексии возникнуть вопрос об исправлении этого ненормального положения матки.

Что касается общих явлений, наблюдаемых при подвижной ретрофлексии, то, как указывалось выше, они обычно не являются прямым ее последствием и исчезают или ослабевают под влиянием общеукрепляющего лечения. Но если последнее не помогает, то в отдельных случаях и здесь можно сделать попытку



Рис. 63. Резко выраженная ретрофлексия: увеличенное на почве застоя тело матки, удлиненная задняя и короткая передняя губа маточного зева, вытянутая передняя стенка влагалища, перпендикулярное положение влагалищной трубки, прижатие прямой кишки телом матки.

к исправлению неправильного положения матки, что может быть произведено некровавыми (консервативными) способами и кровавыми—оперативными.

Методы лечения

Консервативное лечение подвижной ретрофлексии матки заключается прежде всего в том, чтобы вывести матку из ретроверзии и поставить ее в правильное положение. Для того же чтобы ее удержать в антеверзии, необходимо ввести во влагалище пессарий. Таким образом, пессарий служит лишь ортопедическим аппаратом для удержания матки в нормальном положении, но отнюдь не инструментом для выведения матки из ретрофлексии.

Для выведения матки ручным способом Брандт выработал сложный комплекс приемов. Впоследствии этот комплекс был значительно упрощен, но основной прием—захватывание наружной рукой дна матки—был сохранен; для этого необходимо запрокинутое в крестцовую впадину дно матки предварительно поднять при помощи одного-двух пальцев, введенных во влагалище. При плотной матке точкой приложения для внутренних пальцев служит передняя поверхность шейки: ими шейка отодвигается кзади и вверх; при мягкой матке,

повлиять на общие симптомы приведением матки в нормальное положение. Богатая казуистика по этому вопросу приводит ряд больных, у которых выведение матки в нормальное положение повлекло исчезновение жалоб, которые немедленно появлялись, как только матка вновь запрокидывалась, хотя сами больные об этом ничего не знали.

На основании этого мы приходим к следующим выводам: не вызывающая никаких симптомов подвижная ретрофлексия матки не нуждается в лечении, о ней незачем больной и говорить. Если при ретрофлексии имеются жалобы общего характера, то прежде всего необходимо испытать общеукрепляющее лечение и психотерапию, и только при полной их неудаче надо применить местное лечение. При наличии ясно выраженных местных симптомов, не исчезающих под влиянием общеукрепляющего лечения, следует приступить

когда область перехода шейки в тело настолько размягчена, что отодвигание шейки кзади и вверх этим приемом не удается, прибегают к другому приему: внутренние пальцы вводят глубоко в задний свод, продвигают их вдоль задней поверхности матки и поднимают дно матки вперед и вверх. Чтобы внутренние пальцы легче могли достигнуть дна матки, иногда полезно давлением наружной руки придвинуть дно матки навстречу внутреннему пальцу, после чего наружная рука уже захватывает дно матки.

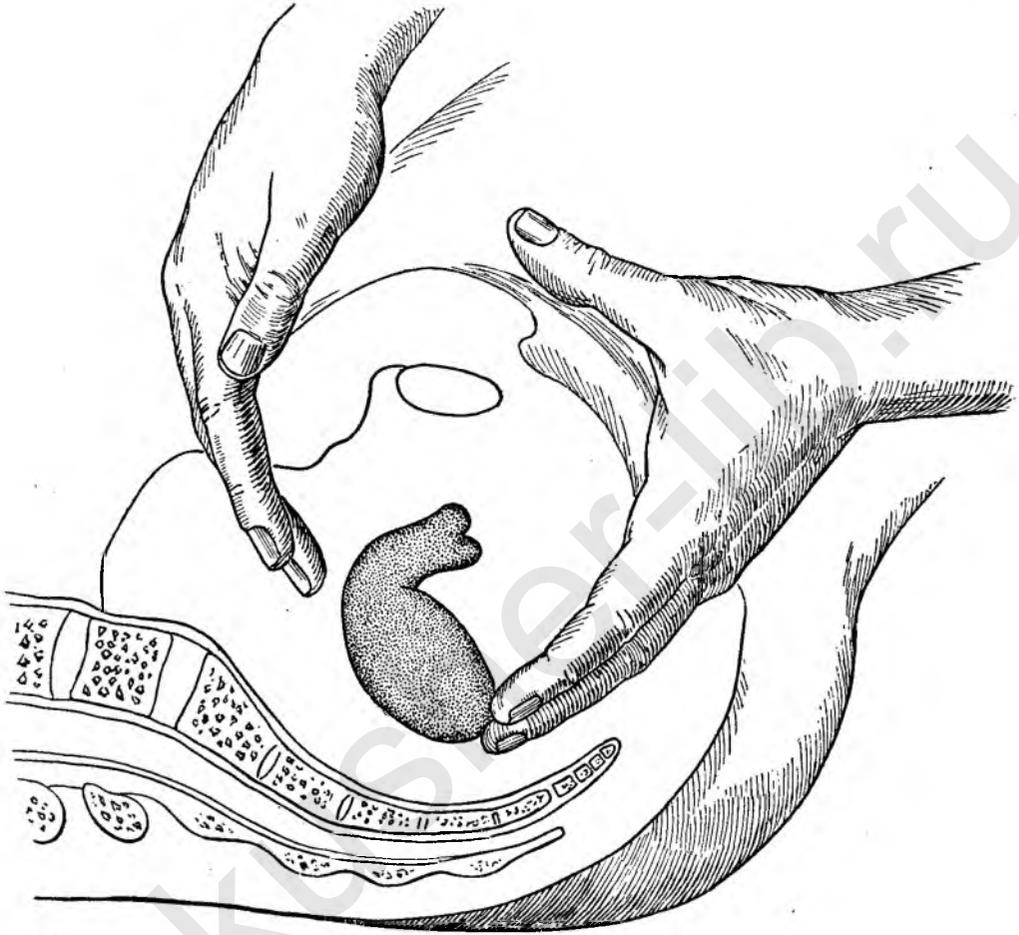


Рис. 64. Выведение ретрофлектированной матки комбинированным ручным способом. Первый прием.

Шульце разделил весь процесс выведения матки из ретрофлексии в нормальное положение на четыре фазы, требующие четырех технических приемов. Первый прием (рис. 64): 1—2 пальца вводят в задний свод влагалища и осторожно поднимают запрокинутое тело из дугласова пространства; наружная рука продвигается навстречу выводимой матке. Второй прием (рис. 65): внутренняя рука приподнимает тело матки над входом в таз; продвигающаяся в это время навстречу наружная рука захватывает тело матки. Третий прием (рис. 66): пальцы во влагалище отодвигают шейку матки кзади, наружная рука продвигается вокруг тела матки на ее заднюю стенку. Четвертый прием (рис. 67): шейка сильнее отодвигается назад, тело матки наклоняется к лону. В сущности четвертый прием является лишь продолжением третьего, почему некоторые и говорят о трех приемах. Можно попробовать приподнимание дна матки из дуг-

ласа и отодвигание шейки кзади производить одновременно, причем указательный или средний палец, введенный в прямую кишку, действует на дно матки, а большой палец, введенный во влагалище, — на шейку. Можно также указательный палец ввести во влагалище, а средний — в прямую кишку (Отт).

Для того чтобы успешно произвести выведение матки, необходимо соблюдать следующие условия: мочевой пузырь должен быть непосредственно перед началом сеанса опорожнен, прямая кишка должна быть свободна от каловых масс; для того чтобы брюшная стенка не была напряжена, больная должна

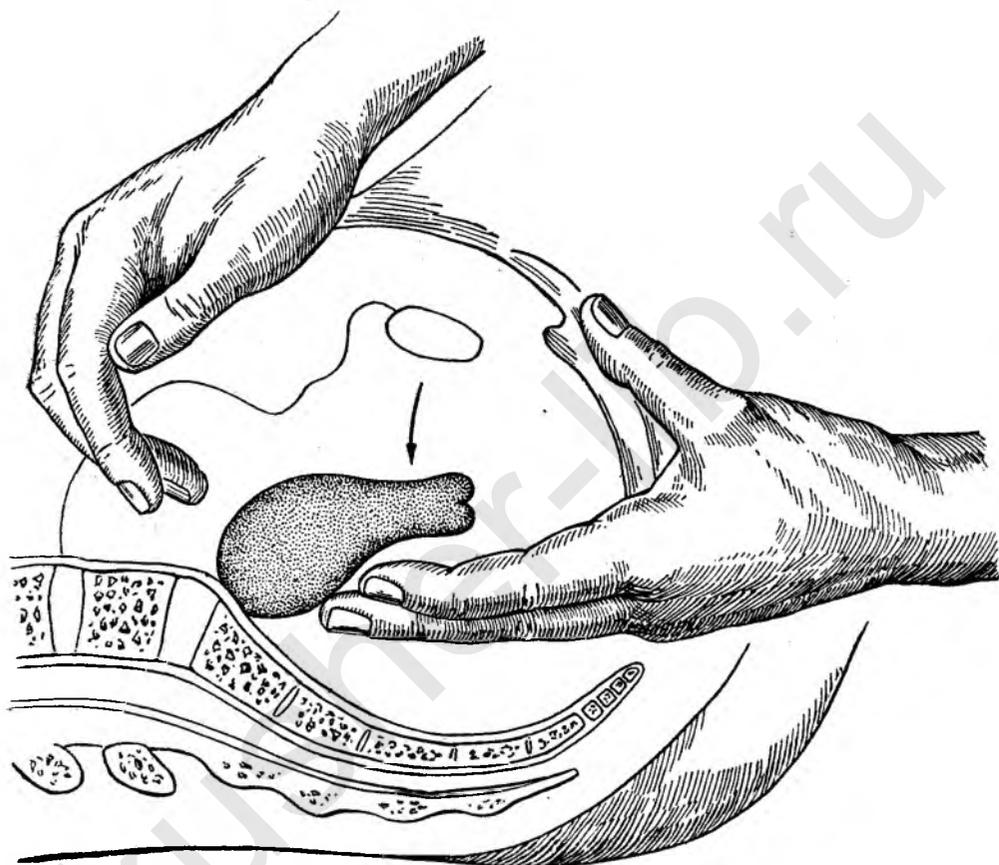


Рис. 65. Выведение ретрофлексированной матки. Второй прием.

лежать с слегка приподнятой головой и верхней частью туловища и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. При ожирелой брюшной стенке, при чрезмерной чувствительности больных и неумении расслаблять брюшной пресс может потребоваться наркоз. Для успешного применения этой манипуляции врач должен в совершенстве владеть техникой: стоит только хотя бы при первом приеме слишком энергично и неумело приподнять тело матки из дугласа, как у больной брюшная стенка от боли напрягается и становится твердой, как доска; захватить теперь наружной рукой дно матки совершенно невозможно. При неумелом и грубом выведении могут быть причинены и повреждения слизистой влагалища и возникнуть гематомы.

Если одними ручными приемами вывести матку не удастся, то можно это сделать инструментальным путем при помощи пулевых щипцов или зонда. Особенно можно рекомендовать выведение матки при помощи пулевых щипцов по методу Кюстнера: передняя губа шейки захватывается пулевыми щипцами

и матка медленно потягивается вниз; и вперед, что, однако, не должно вызывать боли; одновременно с этим два пальца другой руки, введенные во влагалище, благодаря низведению матки, легко достигают ее дна и приподнимают тело матки; таким образом, матка выпрямляется. Теперь захваченную щипцами и оттянутую вниз и вперед шейку одним быстрым дугообразным движением отодвигают к заднему своду, в то время как пальцы руки, введенные во влагалище, остаются в нем на месте и служат упором (*hypomochlion*) для перевода

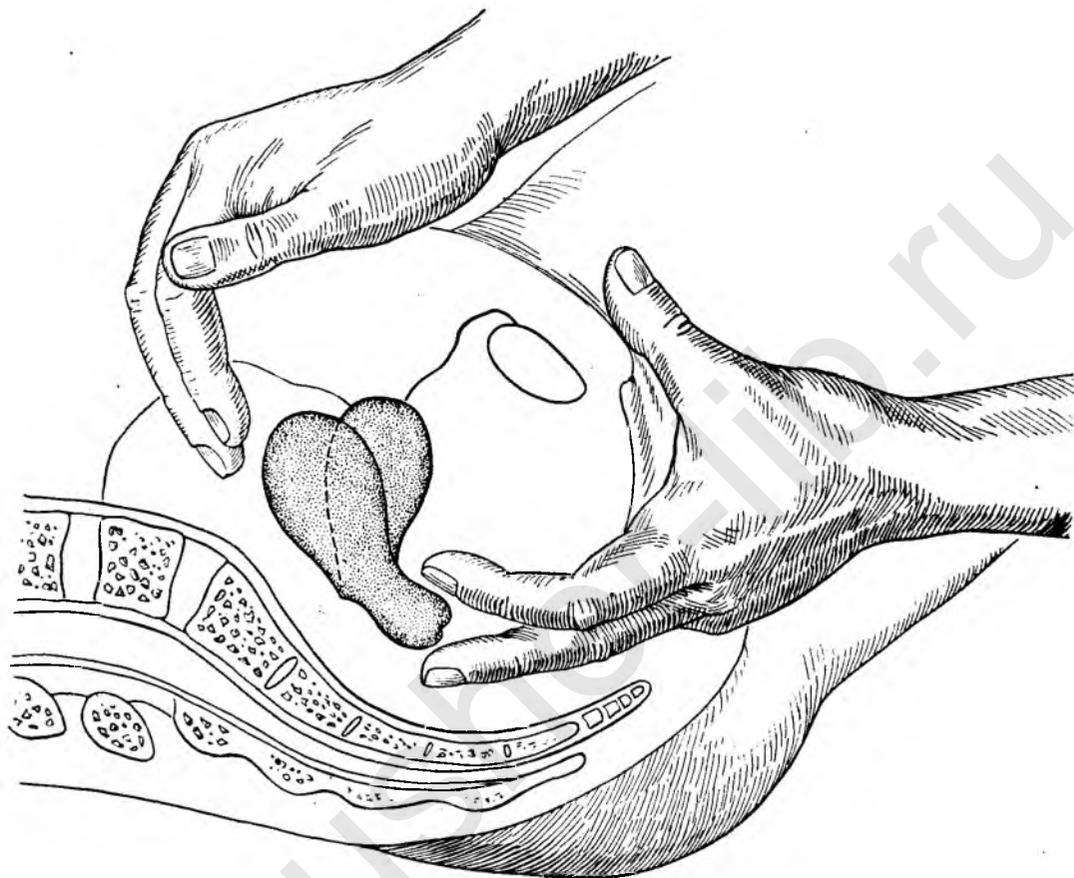


Рис. 66. Выведение ретрофлектированной матки. 3-й прием.

тела матки вперед. Этот метод не дает результата лишь в тех случаях, когда влагалищная часть шейки значительно удлинена, а особенно, когда матка размягчена, вследствие чего соединение шейки с телом матки недостаточно упруго: длинную влагалищную часть трудно в достаточной мере отодвинуть кзади, а тело матки не следует за движением шейки.

Чтобы привести матку в правильное положение, применяется еще и зонд: в полость матки вводится маточный зонд соответственно направлению канала ретрофлектированной матки, т. е. обращенный пуговкой кзади. Проникнув до дна матки, рукояткой зонда делают широкий полукруг по направлению сзади наперед. При этом часть зонда, лежащая в полости матки, вращаясь вокруг своей продольной оси вместе с маткой, не должна менять своего положения в матке. Когда рукоятка зонда будет обращена вперед, ее медленно и осторожно опускают, надавливая кзади и вниз, и таким образом выводят дно матки вверх и вперед. Наружная рука контролирует выведение матки со стороны брюшных покровов.

Само собой разумеется, что оба метода выведения матки с помощью инструментов, особенно с помощью зонда, требуют строгого соблюдения правил асептики и антисептики. Некоторые из боязни перфорации матки отказываются от зонда. В прежнее время, когда чуть ли не всякая ретрофлексия была предметом лечения, мы довольно часто применяли зонд, особенно с дидактической

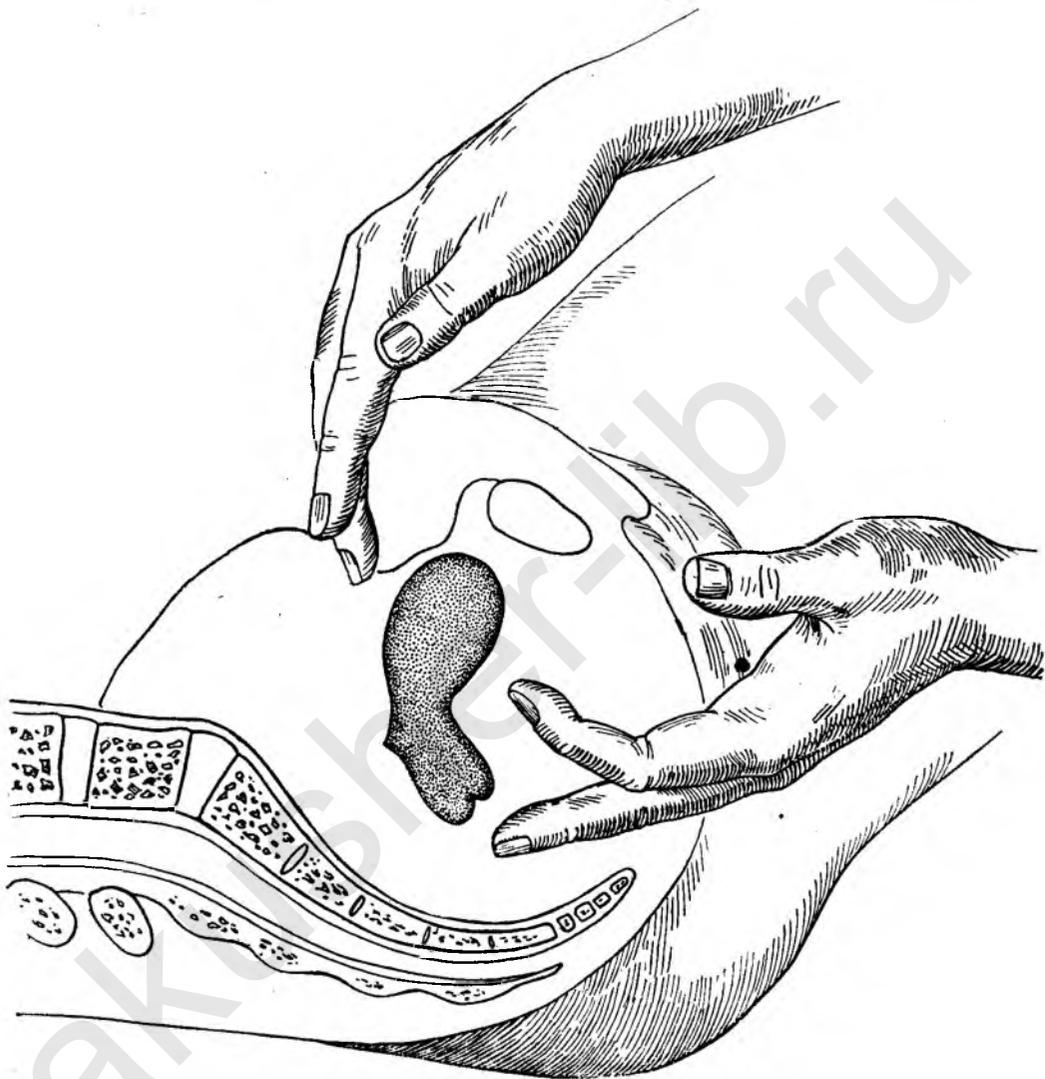


Рис. 67. Матка выводится в нормальное положение. 4-й прием.

целью, причем не наблюдали перфораций; иногда чрезвычайно легко удалось зондом вывести матку там, где достигнуть этого ручным способом было трудно.

Противопоказанием к применению зонда для выведения ретрофлексированной матки служит, как и всегда, подозрение на беременность или на гонорею. При наличии беременности, когда применение инструментального метода недопустимо, можно произвести выведение беременной матки в коленно-локтевом или коленно-грудном положении, что для больной является процедурой весьма неприятной.

Техника последнего метода следующая: больная на кровати или кушетке становится на колени и низко опускает верхнюю половину туловища, бедра остаются в перпендикулярном положении, голова поворачивается в сторону, руки кладутся рядом с головой. Иногда этого достаточно, чтобы тело матки вышло из дугласова пространства; иногда выведение происходит после того, как в раскрываемую рукой вульву входит воздух и заполняет влагалище, раздувая его, как баллон. В некоторых случаях приходится все же произвести пальцами легкое надавливание со стороны заднего свода для того, чтобы вывести матку из заднего дугласова пространства.

Вместо выведения матки в коленно-грудном положении, можно применить кольпейринтер, который вводится порожним во влагалище и затем наполняется ртутью или мелкой дробью. Еще лучше ввести кольпейринтер при положении больной на спине с приподнятым тазом.

Из всех методов, облегчающих выведение матки ручным способом, мы отдаем предпочтение выведению матки под наркозом и особенно его рекомендуем врачам, не имеющим большого опыта (если только нет противопоказаний к применению наркоза). Прав Штеккель, говоря, что под наркозом часто можно быстро и легко, чуть ли не одним движением, достичь того, что не удавалось сделать бесконечными манипуляциями, разминанием, давлением, отодвиганием, потягиванием, производимыми неопытной рукой у измученной вконец больной.

Неоценимую услугу наркоз может оказать при выведении ретрофлексированной матки, фиксированной в дугласе, вследствие наличия спаек или ущемления опухоли матки, находящейся в ее задней стенке.

При выведении матки надо применять глубокий наркоз: при полунаркозе напряжение брюшной стенки не исчезает, и условия для выведения матки попрежнему остаются неблагоприятными. Необходимость применять в этих случаях глубокий наркоз ограничивает круг его применения. Мы нередко для указанной цели пользовались так называемым суггестивным наркозом—методом, представляющим один из видов гипноза.

Метод этот весьма прост и заключается в следующем: больную готовят так же, как для настоящего ингаляционного наркоза. На маску наливают немного хлороформа (около 15 капель), больной велят закрыть глаза и спокойно дышать. При беспокойных движениях больной маску на мгновение удаляют, затем снова осторожно накладывают. Время от времени добавляют 1—2 капли хлороформа с таким расчетом, чтобы он был только ощутим для обоняния; наркотизатор, проводя рукой по волосам или лбу больной, тихим, но уверенным, слегка монотонным голосом говорит ей, что веки у нее становятся тяжелыми, смыкаются, что она испытывает усталость, сонливость и прочие ощущения, характерные для засыпающего человека. Этим путем удается во многих случаях при помощи 30—40 капель хлороформа в короткое время добиться сна, или по крайней мере такого сонливого состояния, во время которого больная не мешает мероприятиям врача и позволяет производить болезненные процедуры. По окончании манипуляции больной объявляют, что она проснулась, и она встает довольно бодрая, только смутно или вовсе не вспоминая о том, что с нею происходило. Иногда приходится метод несколько видоизменить и применять наркоз в комбинации с внушением: на маску наливают немного больше хлороформа (3,0—5,0) до наступления первой стадии наркоза, рвоты или возбуждения, после чего дачу хлороформа прекращают и переходят к внушению.

Дать точные указания к применению суггестивного наркоза невозможно. Здесь многое зависит от умения наркотизатора, его наблюдательности и спокойного уверенного поведения. Необходимым условием является и опыт в даче хлороформного наркоза. Во время суггестивного наркоза в помещении, где он производится, должна господствовать полная тишина.

Случаи, когда при выведении матки не были распознаны нематочная беременность или гнойное воспаление труб и т. п., в результате чего наступала

катастрофа, относится к грубым диагностическим ошибкам и не могут дискредитировать самого метода. Изредка могут наблюдаться случаи, когда вывести матку не удается или же после выведения она тотчас снова возвращается в исходное положение, что как будто говорит за наличие значительных спаек; меж тем при лапаротомии оказывается, что никаких внутрибрюшинных спаек нет; главную роль здесь могут играть рубцовые изменения в области параметриев, лишаящие шейку необходимой подвижности, или укорочение передней влагалищной стен-



Рис. 68. Пессарий Годжа.



Рис. 69. Пессарий Томаса. Рис. 70. Правильно лежащий во влагалище пессарий Годжа.

ки, препятствующее смещению шейки кзади. После того как выведение матки тем или другим способом успешно закончено, необходимо ее удерживать в нормальном положении, для чего, как уже указывалось выше, применяют влагалищные кольца, или пессарии. Без поддержки пессария матка очень скоро возвращается в прежнее положение.

Влагалищные пессарии имеют разнообразные формы и изготавливаются из различного материала. Наиболее употребительны для лечения ретрофлексии пессарии овальной формы с перегибами различной степени, напоминающие несколько салазки, преимущественно из твердого каучука, целлулоида, полуго стекла, фарфора. Целлулоидовые и отчасти каучуковые пессарии можно размягчить в кипятке, что дает возможность, в зависимости от индивидуальных особенностей случая, несколько видоизменять их форму, например, усилить изгиб, расширить или сузить просвет всего кольца или одной из его частей и т. п.

Из многочисленных моделей мы для удержания матки в антефлексии рекомендуем пессарий Годжа и пессарий Томаса. Оба они действуют наподобие рычага. Пессарий Годжа (рис. 68) представляет собой слегка изогнутое овальное кольцо, в форме латинской буквы S. Передний изгиб обращен книзу, задний — кверху. На всем протяжении он имеет одинаковую толщину. Пессарий Томаса

сильнее искривлен, задняя его часть (дуга) значительно толще, чем передняя (рис. 69). Размер применяемого пессария зависит от величины влагалища. У нерожавших приходится большей частью применять кольца от № 7 до 8^{1/2}, у рожавших—начиная с № 8. Пессарии вводятся так, чтобы более широкая задняя дуга находилась в заднем своде и вытягивала его вверх, а передняя дуга, загнутая книзу, упиралась в лоно. Вся влагалищная трубка вытягивается, особенно пессарием Годжа (рис. 70), в то время как пессарий Томаса дает телу матки большую опору со стороны заднего свода (рис. 71). При введении пессария



Рис. 71. Правильно лежащий во влагалище пессарий Томаса.

врач одной рукой раскрывает вульву, другой берет пессарий за узкий конец, и, держа его наискось и стараясь отдавить им заднюю спайку, чтобы не задеть отверстия мочеиспускательного канала, вводит его во влагалище. Когда пессарий наполовину войдет во влагалище, врач поворачивает его пальцами так, чтобы он лежал плашмя, и в таком положении продвигает его дальше так, чтобы шейка очутилась в просвете кольца, а широкая задняя дуга в заднем своде.

Для того чтобы подвести задний конец пессария под шейку матки, надо надавить на него пальцами, и тогда он легко проскальзывает в задний свод. Этот прием особенно необходим при введении пессария Томаса. Если пессарий лежит правильно, то больная его не ощущает. При натуживании в преддверии влагалища должен показываться лишь небольшой сегмент передней дуги пессария. Для того, чтобы убедиться, что пессарий не слишком велик и не давит, производят следующую пробу: больной предлагают быстро сесть и с перекрещенными бедрами и наклоненным вперед туловищем сильно натужиться; если

пессарий не слишком велик, то никакой боли при натуживании в этом положении не появляется.

Так как ношение чересчур большого pessaria является вредным вследствие образования на месте давления декубитальных язв, то, как правило, надо испробовать сначала меньшее кольцо и заменить его большим только тогда, когда первое не будет держаться. О лечении декубитальных язв см. в главе о лечении пролапсов. Самый маленький pessarium, который не выпадает при обычных занятиях больной, при дефекации и умеренном напряжении брюшного



Рис. 72. Рецидив ретрофлексии при правильно лежащем во влагалище pessaria Годжа.

пресса, нужно признать наиболее подходящим. Если и в последующие дни pessarium не выпал и нисколько не мешает, то его можно оставить для постоянного ношения. Если при контрольном исследовании оказывается, что pessarium лежит неправильно или что матка вместе с pessarium вновь запрокинулась (рис. 72), или если pessarium вызывает боль, мешает мочеиспусканию, дефекации или половому акту, необходимо подобрать другой pessarium.

Женщина, носящая подходящий pessarium, может не только заниматься своей обычной работой, но ей не возбраняется приступать к занятиям физкультурой, даже если она прежде ею и не занималась. Так как женщины, нужда-

ющиеся в ношении pessaria, обычно астенической конституции, то занятия соответствующими видами физкультуры для них особенно полезны.

Из гигиенических мероприятий на первом месте стоит забота о содержании в чистоте половых органов. Женщины, носящие pessaria, должны ежедневно спринцеваться слабыми дезинфицирующими растворами; при густых выделениях применяют для спринцевания тепловатый раствор соды (2 чайные ложки на 4 стакана воды; если выделения имеют гнойный характер, то после спринцевания с содой, которое способствует очищению слизистой оболочки от покрывающих ее густых и слизистых выделений, делают еще одно дополнительное спринцевание с дезинфицирующим раствором (борная кислота—2 чайные ложки на 4 стакана воды; квасцы—1 чайная ложка на 4 стакана воды; боровская жидкость—1—2 столовые ложки на 4 стакана воды; неочищенный древесный уксус—1—2 столовые ложки на 4 стакана воды; марганцовокислый калий—2—3 кристаллика на 4 стакана воды; сернокислый цинк—1 чайная ложка на 4 стакана воды и др.). Так как эти спринцевания приходится делать в течение

длительного времени, то полезно менять средства или чередовать их. При запорах назначают соответствующую диету или дают легкие слабительные. Больную нужно приучить к регулярному мочеиспусканию. Каждые 4 недели пессарий вынимают и дезинфицируют. Влагалище осматривают в зеркале, и если нигде признаков давления нет, то пессарий вводят вновь. Если кольцо становится шероховатым или покрывается солями, то его необходимо сменить.

Срок, в течение которого больная должна из-за ретрофлексии носить пессарий, определяется в 1—2 года (Груздев, Кюстнер и др.). Если пессарий вставлен вскоре после родов, то иногда его достаточно оставить лишь на несколько месяцев, после чего матка нередко остается в правильном положении или же, хотя и запрокидывается вновь, однако больше уже не вызывает жалоб. Если больная забеременеет, то пессарий оставляют до V месяца беременности. К этому времени объем матки уже настолько велик, что вновь запрокинуться она не может, и беременной матке не угрожает ущемление.

Таким образом, при ретрофлексии срок ношения пессария является более или менее ограниченным, и матка нередко остается в правильном положении и после удаления пессария. В этом отношении между применением пессария при ретрофлексии и при пролапсе имеется существенное различие. В то время как при опущениях и выпадениях оперативный метод является наиболее рациональным, при ретрофлексии ортопедический метод имеет, несомненно, все данные для применения его в тех случаях, когда подвижная ретрофлексия нуждается в исправлении из-за вызываемых ею симптомов. Но если больная не выносит пессария, если он вызывает у нее бели и мешает половому акту (последнее вряд ли может происходить по чисто механическим причинам, а вызывается чаще всего психическими моментами), а жалобы таковы, что ретрофлексия должна быть исправлена, то тогда вступает в свои права о п е р а т и в н ы й м е т о д лечения. Но и при консервативном методе лечения иногда бывает нужно произвести выскабливание, например, если при долго длившейся застойной гиперемии слизистая матки гиперплазировалась и стала источником меноррагий, не прекращающихся и после выведения матки в антеверсию.

ФИКСИРОВАННАЯ РЕТРОФЛЕКСИЯ

Клинические симптомы и показания к лечению

Фиксированная ретрофлексия имеет, несомненно, большее клиническое значение, чем подвижная. Но это значение обуславливается не неправильным положением органа, а тем воспалительным процессом, который привел к фиксации органа. Воспалительный процесс, играющий здесь роль, может иметь как септическую, так и гонорройную этиологию или возникнуть в результате травмы или оперативного вмешательства. Процесс может находиться в острой, подострой и хронической стадиях. Само собой разумеется, что в острой и подострой стадиях воспаления всякое вмешательство, направленное против неправильного положения матки, категорически противопоказано. Но и при хроническом воспалении тазовой брюшины не всегда уместно направлять лечение непосредственно против фиксирующих матку тяжей и перемычек. Если, наряду со спайками, имеются и другие очаги хронического воспалительного процесса (воспаление фаллопиевых труб, яичников и пр.), то одно уничтожение спаек не принесет больной существенного облегчения. Точно так же далеко не во всех случаях фиксированной ретрофлексии матки устранение спаек, фиксирующих матку, будет иметь существенное клиническое значение, так как остаются еще другие спайки, фиксирующие соседние органы и распространяющиеся на органы брюшной полости, как, например, аппендикс. Поэтому консервативные методы, имеющие целью устранение спаек, окутывающих матку, не могут претендовать на широкое применение. Чаще здесь будет показана лапаротомия, которая, наряду с разъединением спаек, приведением матки в антеверсию и фиксацией

ее в этом положении, дает, кроме того, возможность обследовать всю брюшную полость и исправить все другие имеющиеся недочеты, поддающиеся оперативному воздействию.

Если, как мы выше указывали, даже при подвижной ретрофлексии матки не следует применять пессарии до выведения матки в нормальное положение, тем более это требование должно соблюдаться по отношению к фиксированной ретрофлексии.

Таким образом, фиксированную ретрофлексию необходимо рассматривать как конечную стадию хронического воспалительного процесса и, следовательно, лечить. Если после упорного, длительного и систематического лечения, во время которого были применены все доступные методы лечения—разнообразные виды физиотерапии, вакцино-и протеинотерапии, грязевое лечение на курорте и пр.,—больная все же чувствует недомогание, зависящее от последствий местного воспалительного процесса, как боли, меноррагии, бели и пр., то тогда остается выбор между операцией и попыткой при помощи консервативных методов лечения добиться разъединения фиксирующих тяжей и спаек, сделать матку подвижной и привести ее в нормальное положение. Более надежным методом, повторяем, для большинства случаев здесь является лапаротомия.

Методы лечения

Из консервативных методов применяется массаж или насильственный разрыв спаек под наркозом. Необходимым условием для применения этих методов является уверенность в отсутствии среди спаек вирулентной инфекции. Указания в этом отношении дают температура тела, пульс, картина крови и реакция оседания эритроцитов. Раньше чаще применялся насильственный способ разрыва спаек, предложенный Шульце. И действительно, под наркозом это удается сделать сравнительно легко. Хотя опасение, что это грубое вмешательство может повести к повреждениям прямой кишки, к внутреннему кровотечению из разорванных спаек и не подтвердилось (Штеккель), тем не менее этот метод в настоящее время редко применяется. Кроме указанного опасения, здесь играет роль еще и возможность, особенно для начинающего врача, ошибиться в оценке стадии процесса и применить этот по существу грубый, прием там, где воспалительный процесс, может быть, еще не абсолютно заглох. Начинающим врачам мы ни в коем случае не советуем пользоваться методом Шульце. Особенно его следует избегать в амбулаторной практике.

Массаж, который начинают всегда с большой осторожностью именно для того, чтобы во-время могла выявиться нежелательная реакция, имеет в этом отношении значительное преимущество.

Если больная предварительно (непосредственно перед назначением массажа) подвергалась систематическому лечению физическими методами, как, например, ионтофорезом, диатермией, грязелечением и пр., не вызвавшими никакой реакции, то к массажу можно тотчас же приступать. Если же такого предварительного лечения не было или после него прошло уже продолжительное время (несколько месяцев), то, несмотря на отсутствие клинических симптомов воспаления, целесообразно перед тем, как начать массаж, применить хотя бы непродолжительный курс физических методов лечения. Это будет пробой, позволяющей с большей уверенностью исключить возможность возникновения при массаже вспышки воспалительного процесса. Кроме того, предварительное, а также и одновременное с массажем лечение физическими методами может улучшить непосредственные результаты массажа.

Принцип массажа заключается здесь в том, чтобы при помощи тех же приемов, какие применяются при выведении из ретрофлексии подвижной матки, проникнуть между маткой и крестцом, подвергнув непосредственному вытяжению имеющиеся там сращения. Главную роль здесь сначала играет внутренняя рука: два пальца (указательный и средний) руки, введенной во

влагалище, медленно поднимают со стороны заднего свода запрокинутое в дуэлас и припаянное там тело матки по направлению к брюшной стенке. Внимательно следя за выражением лица больной и руководясь ее ощущениями, мы получаем довольно правильные указания, с какой силой мы можем поднимать матку и когда повышение силы может дать нам нежелательную реакцию. Этот прием (растяжение спаек) производится ежедневно, по 5—10 растяжений за сеанс.

При отсутствии реакции растяжение постепенно усиливают. Через 15—20 сеансов (иногда раньше) спайки настолько растягиваются и истончаются или вовсе исчезают, что матку удается перевести в нормальное положение при помощи обеих рук. Но еще раньше можно попытаться в помощь внутренней руке направить наружную руку со стороны брюшной стенки и, захватив ею дно матки, производить медленное растяжение спаек при помощи обеих рук. При помощи наружной руки удастся лучше выполнить массирующие движения, способствующие улучшению кровообращения и рассасыванию молодой соединительной ткани, развивающейся как последствие воспаления, хотя нужно сказать, что влияние массажа на малососудистые тяжи и спайки значительно слабее, чем на ткани, более богатые сосудами.

Франкль, применяя систематическое растяжение спаек, прибегает в трудных случаях, когда имеются широкие плоскостные сращения, к следующему приему: во время внутривлагалищной манипуляции больная должна быстро податься тазом немного вперед, приподнимая при этом немного туловище и тотчас вновь опуская его. В тот момент, когда больная приподнимается, врач быстро, но отнюдь не толчком, продвигает пальцы внутренней руки со стороны заднего свода в дуэлас. При этом легко удастся сразу проникнуть пальцами вдоль задней стенки матки высоко до ее дна. Теперь можно пустить в ход наружную руку, чтобы совместными усилиями обеих рук ускорить растяжение спаек и постепенно добиться возможности перевести матку в нормальное положение. К сожалению, массаж далеко не во всех случаях фиксированной ретрофлексии приводит к устранению фиксирующих матку спаек. И если симптомы, вызванные этим патологическим состоянием, остаются, то от консервативных методов лечения приходится переходить к оперативным.

ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Большую роль в возникновении опущений и выпадений женских половых органов играет родовая травма, особенно разрывы промежности, разрывы и перерастяжения тазового дна. Тяжелые физические напряжения в раннем послеродовом периоде, когда hiatus genitalis значительно расширен и растянутые мышцы тазового дна не оказывают достаточного сопротивления повышенному внутривнутрибрюшному давлению, могут также способствовать опущению матки и влагалища.

Предрасполагающим моментом являются конституциональные аномалии, главным образом инфантилизм, астеническая конституция. Астения может не только быть врожденной, но и возникнуть под влиянием факторов, действующих неблагоприятно на женский организм как во время созревания его, так и в периоде зрелости. Среди них главную роль играют плохие условия жизни; это рельефно вывилось в учащении пролапсов после мировой войны в тех странах, население которых испытывало голод.

Непосредственной причиной, вызывающей опущение и выпадение, является внезапное или медленно нарастающее повышение внутривнутрибрюшного давления.

Тот факт, что причиной опущений и выпадений является преимущественно родовая травма, делает возможной их профилактику. Бережное ведение родов, особенно у первородящих и у конституционально неполноценных женщин, применение щипцов в том периоде родов, когда головка плода еще не достигла тазового дна, лишь по самым строгим показаниям, наложение швов на разор-

ванную промежность, тщательное соединение при этом разорванных мышц, рациональное ведение послеродового периода, в котором умеренные упражнения мышечной системы и воздержание от значительных физических напряжений должны гармонично между собой сочетаться (послеродовая гимнастика, раннее вставание, воздержание от физического труда), — вот в общих чертах то направление в акушерской практике, которое является основой профилактики опущений и выпадений половых органов.

При астенической конституции общий правильный режим, начатый еще в период развития организма (хорошее питание, пребывание на свежем воздухе и пр.), может способствовать укреплению и подготовке его к будущей материнской функции.

Особенный интерес вызывает в последнее время среди акушеров-гинекологов вопрос о влиянии занятий физкультурой на течение родов и послеродового периода. Априорно считали, что физические упражнения, особенно длительно и систематически применявшиеся, должны сыграть большую роль в подготовке женского организма к родам. В то же время высказывали опасения, что чрезмерно развитая у физкультурниц мускулатура тазового дна может препятствовать поступательному движению плода и тем обесценит хорошее развитие брюшного пресса, а также может способствовать разрывам чрезмерно развитых мышц промежности.

Материал, разработанный сотрудниками нашей клиники Капланом и Жаворонковым, охватывающий 157 физкультурниц-спортсменок, показал следующее: средняя продолжительность родов как общая, так и по периодам у первородящих физкультурниц ниже или во всяком случае соответствует наименьшему сроку обычной продолжительности родов (15 часов); у первородящих рекордсменок, в противоположность «средним» физкультурницам, средняя продолжительность родов оказалась значительно выше (24 часа); количество разрывов промежности значительно меньше (6—7%), чем это встречается обычно; в послеродовом периоде эти женщины не дали ни одного случая заболевания. Эти данные позволяют признать рациональную физкультуру одним из мощных оздоровительных факторов в материнской функции женщины. Многочисленные работы последнего времени говорят о том, что занятия физкультурой во время беременности и в послеродовом периоде благоприятно влияют на роды и послеродовую инволюцию.

Методы лечения

При начинающемся опущении влагалища и матки необходимо прежде всего устранить моменты, способствующие опущению в данном случае: тяжелый труд, сопряженный с поднятием тяжестей, запоры; при похудании и истощении необходимо заботиться об укреплении организма соответствующей диетой, лекарственными препаратами (мышьяк, железо) и пр. Затем переходят к местной терапии. Если *hiatus genitalis* не слишком широк, мышцы тазового дна (леваторы) не чересчур атрофированы и больная в состоянии их еще до некоторой степени напрячь, то систематически и настойчиво проводимые массаж и лечебная гимнастика могут дать хорошие результаты. Но для этого нужны выдержка и большая настойчивость как со стороны врача, так и со стороны больной.

Блестяще разработанная для лечения опущений и выпадений методика Тур Брандта почти забыта, а между тем она давала прекрасные результаты даже в случаях полного выпадения органов.

Самое существенное в этой методике 1) упражнения, ведущие к укреплению связочного аппарата матки, и 2) упражнения, направленные к укреплению мышц тазового дна.

Техника поднимания матки по Тур Брандту (в описании ее мы следуем изложению Рачинского) такова: больной предварительно опорожняют кишечник и мочевой пузырь. Она лежит на кушетке с приподнятой головой и верхней

частью туловища. Один врач (помощник) садится сбоку больной и введенными во влагалище пальцами продвигает матку к брюшной стенке навстречу рукам массирующего врача. Другую руку помощник кладет ладонью на живот, направив концы пальцев вниз, к симфизу, и проникает ими по передней поверхности матки к месту перехода тела в шейку, чтобы облегчить массирующему врачу захватывание матки. Массирующий врач становится одним коленом на кушетку между ногами больной; другую ногу ставит сбоку кушетки; сложив вместе руки ладонями вперед (рис. 73), погружает концы пальцев между симфизом и передней поверхностью матки в глубину таза и захватывает концами пальцев матку в области внутреннего зева, под руководством наружной руки помощника, который вслед затем снимает ее. Таким образом, матка как бы ложится передней поверхностью на ладонные поверхности поднимающих пальцев; захватив матку, врач поднимает ее вверх настолько это возможно (рис. 74). При удачном поднимании палец помощника во влагалище чувствует, как шейка матки уходит вверх. Максимально приподняв матку, врач удерживает ее в этом положении несколько мгновений и затем медленно опускает. При этом у женщины не должно быть болевых ощущений. Этот прием повторяется до 3 раз.

При отсутствии помощника врач предварительно подводит матку к брюшной стенке, а затем захватывает ее обеими руками через наружные покровы. Без помощника сделать это по способу Брандта довольно трудно.

Кистер предложил, чтобы при поднимании матки без помощника женщина принимала коленно-локтевое положение.

Дюрсен (Dürssen), Готтшалк (Gottschalk) применяли следующий способ: пальцы внутренней руки отодвигают шейку кзади; наружная рука направляется между лонной дугой и маткой так, чтобы передняя поверхность матки соприкасалась с тыльной стороной руки; придав такое положение рукам, врач приподнимает матку вверх и некоторое время удерживает ее в этом положении, затем, продолжая фиксировать приподнятый орган внутренними пальцами, наружной рукой обхватывает заднюю стенку матки и направляет ее кпереди и кверху, после чего постепенно опускает ее обратно в малый таз.

Физиологическое действие поднимания матки было долго предметом споров: в то время как Брандт и другие считали, что поднимание матки, производимое повторно, является гимнастикой для мышечно-связочного аппарата матки, другие (Прейшен—Preuschen, Френкель, Франкль) видят главный момент в укреплении мышц тазового дна—леваторов. Последнее мнение, несомненно, более правильно.

Современный взгляд на значение тазового дна в происхождении опущений и выпадений и на тесную анатомо-функциональную связь, которая существует между связочным аппаратом и тазовым дном, ставит на первое место такой метод лечения, который включает элементы гимнастики для мышц тазового дна. Гимнастику высоко ценил и Брандт, включивший в свою систему комплекс таких гимнастических упражнений, как работа приводящих бедренных мышц и приподнимание крестца в горизонтальном положении больной. Упражнение аддукторов бедра производится следующим образом: больная лежит, голова ее и верхняя половина туловища приподняты, ноги согнуты в коленях; крестец

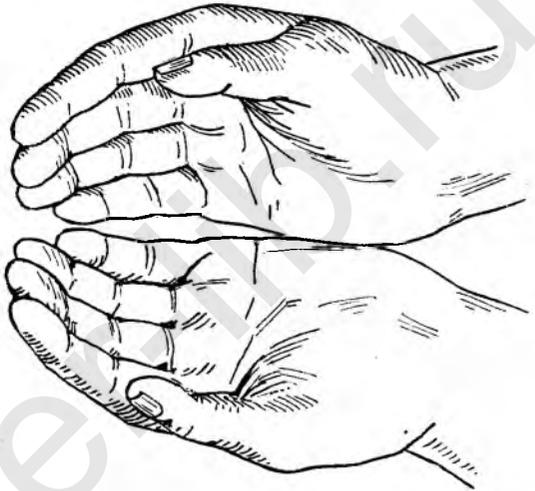


Рис. 73. Положение рук при поднимании матки.

во время упражнения мышц приподнят, так что она опирается на кушетку локтями и ступнями, колени и ступни прижаты друг к другу. Врач обхватывает колени больной с внутренней стороны и разводит их при противодействии этому со стороны больной. Когда колени раздвинуты, больная старается их сблизить, врач же противодействует этому (рис. 75). Такое упражнение повторяется с паузами несколько раз. Упражнением, направленным на работу леваторов, является втягивание заднепроходного отверстия при положении больной на кушетке

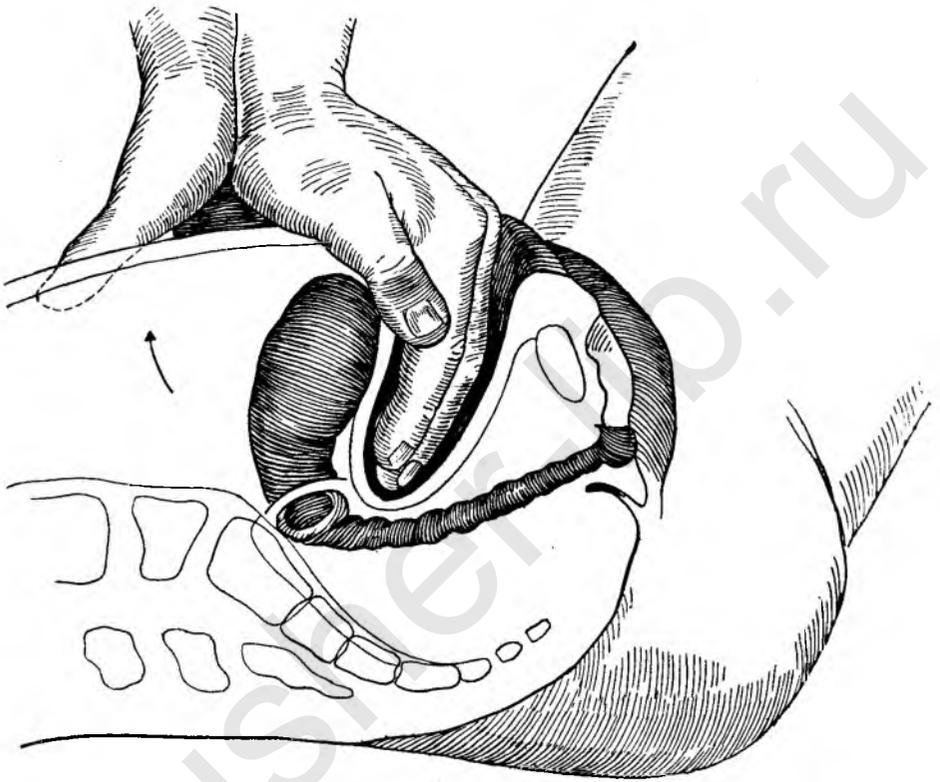


Рис. 74. Поднимание матки (стрелка указывает направление, в котором матка поднимается).

со скрещенными ногами. Если лечь на спину, положить одну ногу на другую и приподнять крестец, то при этом также получается ощущение втягивания заднепроходного отверстия. Это упражнение больная делает 2—3 раза в течение дня по 10—15 раз.

Для синергетического сокращения мышц тазового дна применяют еще упражнение, заключающееся в приподнимании туловища из горизонтального положения (голова без подушки) без помощи конечностей, поднимание в тазобедренных суставах нижних конечностей, вытянутых в коленях.

Для укрепления тазового дна применяют также непосредственный массаж его при помощи введенных во влагалище пальцев при одновременном надавливании наружной рукой со стороны промежности или осторожный массаж со стороны прямой кишки.

С этой же целью применяют души на промежность с переменной температурой и такие же сидячие ванны и влагалищные души. Спринцевания вяжущими растворами вызывают у больных субъективное ощущение большего тонуса во влагалище.

Самая важная роль среди указанных методов лечения опущений влагалища и матки принадлежит гимнастическим упражнениям, имеющим целью укрепить мышцы тазового дна. Но все эти мероприятия могут, повторяем, помочь только в начальных случаях опущения органов. При значительных степенях опущения и полном пролапсе необходимы другие мероприятия, которые имеют целью удержать вправленные органы в их нормальном положении или при помощи ортопедических средств, или посредством оперативного вмешательства.

При образовании ограниченного выпячивания влагалищной стенки вследствие разрывов в *septum vesico-vaginale* консервативные мероприятия также не дадут эффекта и требуют оперативного вмешательства. То же нужно сказать и об изолированно встречающейся *rectocele*, возникшей вследствие разрыва фасциальной пластинки *septi recto-vaginalis*. И здесь необходима операция, так

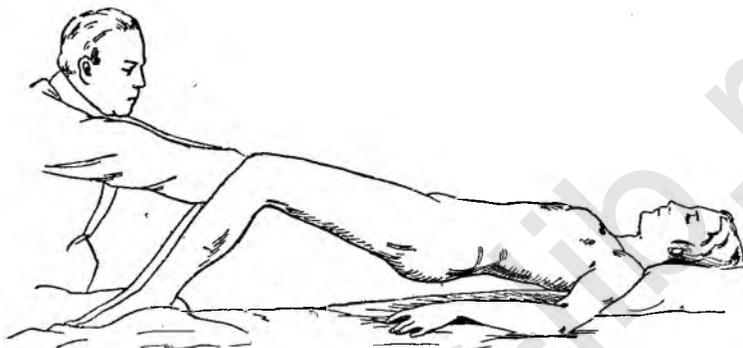


Рис. 75. Упражнение по методу Тур Брандта для укрепления мышц тазового дна и аддукторов бедра.

как ношение пессария в этих случаях не только не помогает, но даже вредит, вызывая еще большую атрофию и без того истонченной перегородки между влагалищем и прямой кишкой.

Нужно заметить, что и ортопедический, и хирургический метод имеют свои положительные и свои отрицательные стороны. Однако в громадном большинстве случаев преимущество на стороне хирургического метода; и больные, и врачи отзываются о нем положительно. Ортопедический метод—ношение пессариев—ставит больную в постоянную зависимость от врача, заставляет ее постоянно заботиться о том, чтобы предотвратить загрязнение пессария, избежать чрезмерного давления его на стенки влагалища; такое давление приводит к пролежням со зловонными, иногда даже кровавыми выделениями, вызывающими подозрение на рак. Слишком маленький пессарий выпадает; большой же пессарий, употребляемый при огромных пролапсах, иногда механически мешает нормальному половому акту. В психическом отношении всякий пессарий может действовать отрицательно на течение полового акта как у мужа, так и у жены.

Длительно употребляемый пессарий растягивает влагалище и усиливает расхождение леваторов; поэтому годный вначале пессарий приходится заменять пессарием большего размера. От большего пессария растяжение опять увеличивается, и так дальше. Бывают и исключения: у женщин пожилого возраста старческая инволюция тканей приводит к сужению влагалища, тогда приходится менять пессарий на меньший номер, а иногда пессарий становится со временем и вовсе излишним.

Женщина, страдающая пролапсом, понимает, что без операции она обречена носить пессарий до конца своей жизни; это сознание для многих женщин является источником тяжелых душевных переживаний. Кроме того, пессарии

не во всех случаях могут быть применены: при разрывах промежности, оставшихся незащитыми, пессарий не держится и постоянно выпадает.

Оперативное лечение пролапсов имеет также свои слабые стороны. Сюда относится прежде всего известный процент смертности непосредственно от операции. Наблюдающиеся нередко послеоперационные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, тромбозы и эмболии зависят во многих случаях от изношенности организма. Во избежание осложнений необходима соответствующая подготовка больных к операции и правильный выбор оперативного метода.

Если страдающая опущением беременная женщина желает иметь ребенка, то операцию лучше отложить на послеродовой период, так как родовой акт, по всей вероятности, приведет к рецидиву опущения.

У молодых женщин с небольшим опущением можно предварительно применить физические методы лечения, о которых говорилось выше, а именно массаж и лечебную физкультуру.

Не останавливаясь на многочисленных методах операции по поводу опущений и выпадений влагалища и матки, укажем только, что, применяя для этих случаев почти исключительно влагалищные методы операции, мы имеем прекрасные результаты не только в отношении послеоперационной смертности, но также и в отношении длительности достигнутого эффекта в анатомическом и функциональном отношении. Только у молодых женщин, у которых желательно сохранить детородную функцию, мы, наряду с влагалищной операцией восстановления тазового дна и промежности, производим и лапаротомию для исправления положения матки (например, укорочение круглых связок или подвешивание матки при помощи этих связок).

Операция может быть противопоказана при наличии тяжелых общих заболеваний, как диабет, расширение вен с склонностью к тромбозам, болезни легких, сердца, почек и пр. Пожилой возраст не служит противопоказанием к оперативному вмешательству вообще, но требует тщательной подготовки к операции и применения такого оперативного метода, который представляет для оперируемой минимальный шок. Старых, истощенных женщин мы оперируем через влагалище, но не производим фиксации матки, а делаем одну из палиативных операций на влагалище (операция Нейгебауэра-ле Форэ—Neugebauer-le Fort, кольпоррафия, частичный кольпоклеизис). Все эти операции можно производить почти без всякой анестезии; операционный шок при них минимален, и поэтому даже весьма пожилые больные переносят их хорошо.

При полном пролапсе матки и влагалища необходимо прежде всего вправить выпавшие органы. Большей частью это удается очень легко. Больную укладывают в гинекологическое кресло или на кушетку, как для гинекологического исследования; надавливая двумя пальцами на выходящую наружу влагалищную часть матки, легко возвращают матку в нормальное положение. Трудности возникают только при очень больших пролапсах. Как при вправлении большой грыжи или выворота, вправление очень большого пролапса начинают не с центра выпячивания, т. е. не с шейки, а с периферии вывороченного наружу влагалища, которое сначала репонируют, а затем, надавливая пальцами на влагалищную часть, возвращают матку на место.

В редких случаях, когда пролапс в течение долгого времени не вправлялся и органы стали отечными, вследствие чего объем их резко увеличился и появились воспалительные явления и пролежни, вправление иногда сразу не удается. Тогда прибегают либо к наркозу, который облегчает вправление и делает его безболезненным, либо переводят больную в положение с приподнятым тазом для того, чтобы облегчить отток крови от тазовой области; выпавшие органы покрывают компрессом, смоченным в глицерине, и через некоторое время снова пытаются вправить их, что большей частью и удается.

Дальнейшее лечение заключается в удерживании вправленных органов на месте. Для этой цели предложено много способов.

Гистерофоры¹ неудобны и часто не достигают цели. В последнее время их почти не применяют. Охотнее применяют для лечения пролапсов влагалищные пессарии, действие которых двояко: с одной стороны, они поднимают и поддерживают опускающиеся органы, а с другой—образуют как бы мост, перекинутый через зияющий *hiatus genitalis* и своим основанием опирающийся на разошедшиеся ножки леваторов. Чем больше атрофированы или разрушены леваторы, тем меньше они помогают.

Наиболее употребительны при пролапсах кольцевидные пессарии Майера с толстым поперечным сечением (рис. 76). Если пессарии изготовлены из резины, то ввести их легко, так как они сжимаются, но вскоре они начинают плохо пахнуть и вызывают кольпит вследствие раздражения имеющейся в резине серой. Поэтому мы их избегаем.

Кольца с гладкой полированной поверхностью, изготовленные из твердого каучука, целлулоида, фарфора и т. п., имеют в этом отношении несомненное преимущество; круглые кольца ложатся во влагалище косо, почти горизонтально, и упираются передним сегментом в лонную дугу. Эти пессарии хороши главным образом при пролапсах средних степеней.

Пессарий должен быть таких размеров, чтобы он не выпадал при ходьбе и при умеренном натуживании, не производил чересчур сильного давления, не вызывал болей или неприятного ощущения и не мешал мочеиспусканию и дефекации. Влагалищная часть матки должна находиться в просвете кольца.

Имеются кольцевидные пессарии с толстым краем (поперечным сечением) и с тонким. Последние чаще ведут к пролежням. Кроме кольцевидных пессариев, при небольших и умеренных пролапсах употребляют еще и пессарии Годжа и Шульце. Эти пессарии (также из твердого каучука) вводят во влагалище ребром, а потом поворачивают так, чтобы влагалищная часть находилась в просвете кольца. При этом широкая задняя часть кольца должна упираться в задний влагалищный свод, а узкая часть—в переднюю стенку влагалища. Эти пессарии мы применяем лишь тогда, когда опущение комбинируется с ретрофлексией матки.



Рис. 76. Пессарий Майера.

При большом расхождении ножек леваторов, как это бывает при больших пролапсах, этот пессарий непригоден, так как задняя его часть недостаточно велика, чтобы перекрыть широко зияющий *hiatus genitalis*; кроме того, он не вызывает должного напряжения и передней влагалищной стенки. Можно также применять блюдцеобразный пессарий Шатца (рис. 77), который вставляют так, чтобы его вогнутая поверхность была направлена в сторону передней стенки влагалища. Этот пессарий хорош при цистоцеле.

Укажем еще на пессарий с дугообразной ручкой Лилейна (рис. 78). Дужка этого пессария упирается в тазовое дно и придает кольцу почти перпендикулярное положение, благодаря чему стенки влагалища сильнее раздвигаются и напрягаются. При весьма значительных пролапсах, когда даже большие пессарии при натуживании не удерживаются в приданном им положении, а становятся на ребро и постепенно выкатываются из влагалища, можно еще испробовать булавообразный пессарий Менге (рис. 79). Съёмная булава этого пессария мешает пессарию поворачиваться на ребро, почему он не может выскользнуть даже при

¹ Пояса, укрепляющиеся на талии больной и снабженные пелотом в форме чашечки или подушечки, которая прикладывается к половой щели и препятствует выходу матки и влагалища наружу.

очень больших пролапсах. Для молодых женщин он непригоден, так как мешает нормальному половому акту. Пессарии, изготовленные из твердой массы и не снимающиеся, надо вводить особенно осторожно (в косом диаметре), чтобы не травмировать чувствительное отверстие мочеиспускательного канала. Нажимать следует лишь в направлении промежности, которая гораздо менее чувствительна. После того как кольцо прошло в косом направлении внутрь



Рис. 77. Блюдцеобразный пессарий.

влагалища, его поворачивают пальцами, надавливая опять-таки только в направлении промежности.

Женщина, носящая кольцо, должна находиться под наблюдением. Перед менструацией кольцо вынимают, а после менструации, предварительно вымыв и продезинфицировав, снова вводят. У женщин в климактерическом возрасте кольцо вынимают не реже раза в месяц. При этом необходимо каждый раз осматривать стенки влагалища, чтобы убедиться в отсутствии начинающегося пролежня. Профилактически женщина, носящая пессарий, должна 1—2 раза в день делать спринцевания каким-нибудь слабым дезинфицирующим или вяжущим раствором, например, спринцевания слабым настоем ромашки.

При появлении пролежня кольцо удаляют на все время, пока не заживет пролежень. Чтобы органы в это время не выпадали, больная должна абсолютно воздерживаться от напряжения брюшного пресса и соблюдать максимальный покой.

Для лечения пролежня применяют спринцевания вяжущими растворами, тампоны с 5% ихтиол-глицерином, тампоны с 5% эмульсией иодоформа (неприятный запах!) или ксероформа с сезамовым маслом.

Для лечения декубитальных язв мы с успехом применяли тиофеновую мазь, изготовленную по способу проф. Беркенгейма и названную им альбихтолом. Этот препарат в значительной мере лишен неприятного запаха, присущего ихтиолу; он не пачкает белья, а главное, не вызывает раздражения слизистых оболочек. Большой ватный тампон покрывают с одной стороны альбихтолом и этой стороной прикладывают к язвенной поверхности, после чего его вместе с репонированной маткой вводят во влагалище. Тампон удерживает матку в нормальном положении до следующего дня. Ни одно из многочисленных средств, применявшихся нами раньше, не вызывало такой быстрой эпителизации, как альбихтол. Повидимому, препарат при своих дезинфицирующих свой-



Рис. 78. Пессарий Лилейна.

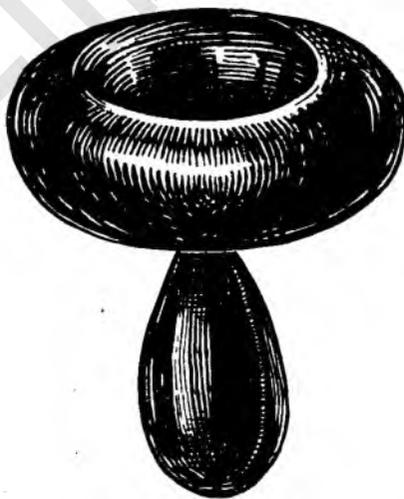


Рис. 79. Булавовидный пессарий Менге.

ствах не обладает токсическим влиянием на клеточные элементы и действует нежно на регенерирующий эпителий.

Чтобы предохранить органы от выпадения, надо вводить тампон большого размера.

У некоторых больных чувствительность к давлению пессария настолько велика, что пессарий приходится часто вынимать с тем, чтобы дать отдых слизистой влагалища и подлечить появившиеся бели спринцеваниями и тампонами.

На начавшееся образование пролежня указывает появление обильных гнойных, зловонных, иногда кровавистых выделений. Если таких явлений нет, то кольцо можно на некоторое время еще оставить, но при обязательном условии, чтобы женщина систематически приходила для контроля. Штеккель в таких случаях советует делать ежедневные спринцевания слабым спиртовым раствором, а каждые 6 недель промывать влагалище перекисью водорода, причем в это время пессарий сдвигается с места, чтобы наконечником можно было пройти во все закоулки влагалища.

В тех случаях, когда пессарий не удерживается во влагалище, Сольмс предложил после введения его под местной анестезией поднять несколькими швами промежность и этим помешать выпадению кольца.

Врач, надев женщине пессарий, должен одновременно дать ей устное или письменное указание, что она должна подвергаться систематическому осмотру не реже раза в месяц. Кроме того, она должна немедленно явиться к врачу, если пессарий выпадет или станет вызывать ощущение давления, а также если он будет затруднять мочеиспускание или дефекацию, или если выделения станут обильнее или примут патологический характер.

Женщина, носящая пессарий, должна избегать тяжелых и длительных физических напряжений, требующих участия брюшного пресса. Она должна каждые 2—3 часа опорожнять мочевой пузырь и не реже раза в день иметь, по возможности, мягкий стул.

Долго несменяемый пессарий, вызвав пролежень, начинает в этом месте обрастать грануляциями и «врастает» в слизистую влагалища. Влагалищная часть матки может также «врасти» в кольцо. Это редкое осложнение происходит тогда, когда глядящая в просвет кольца влагалищная часть набухает от застоя крови, причем находящаяся впереди кольца часть увеличивается в объеме. Если такое состояние длится долго, то кольцо невозможно снять с шейки. Наблюдались случаи, когда кольцо «прорастало» до мочевого пузыря и прямой кишки и вызывало образование мочевого или калового свища. Вросшее во влагалище кольцо приходится выделять оперативным путем. Если вход во влагалище на почве старческой инволюции тканей настолько сузился, что долго не вынимавшееся кольцо нельзя из него извлечь, то кольцо надо распилить в двух местах проволочной пилочкой, как при пубитомии.

V. БЕСПЛОДИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ И ЧАСТОТА

Под женским бесплодием понимают отсутствие у женщины в детородном возрасте способности к зачатию¹.

Бесплодие является не только источником личной трагедии многих браков, но имеет большое общественное значение с точки зрения проблемы народонаселения, так как бесплодные браки ведут к уменьшению рождаемости в стране.

По литературным данным, около 10—15% всех браков бесплодны либо с самого начала брачной жизни (первичное бесплодие), либо становятся бесплодными после бывших одной или нескольких беременностей (вторичное бесплодие)².

Точно определить частоту бесплодия довольно трудно уже потому, что в определении срока, с которого следует считать женщину бесплодной, у различных авторов имеются значительные колебания. Хробак, Ростгорн (Rosthorn), Бентин (Benthin), Газельгорст (Haselhorst) говорят о бесплодии, если беременность не наступила в течение 2 лет половой жизни, Керер, Какушкин, Киш (Kisch), Сеги—в течение 3 лет, Яшке и Панков—в течение 4 лет, Френкель—в течение 5 лет, а Зигель даже 6 лет.

Интересные данные относительно срока, в течение которого обыкновенно наступает беременность после вступления в брак, дал Дункан для жителей Эдинбурга и Глазго. Средний срок наступления беременности он определил в 17 месяцев; в $\frac{2}{3}$ случаев беременность наступала в течение второго года и лишь $\frac{1}{24}$ женщин рожала в первый раз ребенка по истечении 4 лет супружеской жизни. По Кару, вероятность наступления беременности через 2 года бесплодного брака равняется 12%, а через 3 года—лишь 6%. По А. Майеру, беременность через 5 лет наступает у $\frac{1}{40}$ всех женщин.

По статистике Шинода, беременность наступает на первом году замужества у 67,9%, на втором—у 40,5%, на третьем—у 18,7%, на четвертом—у 12,9%, на пятом—у 8,8%, на шестом—у 4,1%, на десятом—у 0,7%, на двенадцатом—у 0,1%.

В виде редких исключений нам приходилось наблюдать случаи, когда беременность наступала впервые через 10, 15 и больше лет брачной жизни. Фритч сообщает о случае наступления первой беременности через 25 лет после начала брачной жизни. Конечно, такие редкие случаи не дают основания удлинять условно принимаемый авторами срок, после которого женщина считается бесплодной, но они дают основание врачу поддерживать у женщины надежду на возможность наступления у нее беременности и удерживать ее от отчаяния по поводу долго длящегося бесплодия.

Мы считаем женщину бесплодной после 2—3 лет брачной жизни. Конечно, этот срок произволен, но из практических соображений правильнее будет

¹ Бесплодие может зависеть не только от неспособности женщины к зачатию (sterilitas), но и от неспособности доносить наступившую беременность до срока, когда плод считается жизнеспособным (infertilitas). Вопрос об infertilitas разбирается обычно в курсе акушерства.

² Бесплодие, кроме того, бывает относительным и абсолютным. В первом случае возможность зачатия логически допустима. При абсолютном бесплодии возможность зачатия логически совершенно исключена: например, при отсутствии матки, яичников или влагалища или всех внутренних половых органов.

не отодвигать этот срок далеко и заблаговременно начинать борьбу с бесплодием при помощи всех доступных нам средств.

Само собой разумеется, что при определении бесплодия не следует учитывать время, в течение которого супруги применяли противозачаточные меры.

ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ

Женщины, обращаясь к врачу за помощью по поводу бесплодия, почти всегда считают «виновными» в бесплодии самих себя, между тем бесплодие на самом деле очень часто зависит не от женщины, а от мужчины. Винтер считал, что в трети всех случаев бесплодия мужчина является прямым виновником его, а в трети муж, заражая жену гонорреей и делая ее бесплодной, является косвенным виновником бесплодного брака. Только в трети случаев бесплодие зависит от заболеваний или от конституциональных аномалий и аномалий развития половых органов женщины. Пинар (Pinard) считал, что в 40% случаев мужчины являются виновниками бесплодия. По материалам Киевской акушерской клиники (Писемский), мужчина является виновником бесплодия в 29,7% (азооспермия 23,7%, некроспермия—6%). Быков, исследуя сперму мужчин при бесплодных браках, нашел ее неполноценной в 31,4%.

На материале в 900 бесплодных браках, представленном на съезде германских гинекологов в 1935 г., Шульце нашел в 10% у мужа длительную азоосперию как абсолютную причину бесплодия; но в половине этих случаев, т. е. в 5%, имелись одновременно препятствия к зачатию и со стороны женщин, большей частью в виде непроходимости фаллопиевых труб.

Бесплодие не представляет собой определенную нозологическую единицу, а является симптомом различных заболеваний и аномалий всего женского организма или женских половых органов.

ОБЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Все тяжелые общие заболевания могут повести к понижению функций половых органов женщины. В то время как обычно после выздоровления от острого заболевания эти функции восстанавливаются, длительные хронические процессы, как туберкулез, сифилис, остеомиелит и пр., часто ведут к длительным нарушениям функций половой сферы. Сюда же можно отнести и хронические отравления ядами (алкоголем, никотином, морфином, фосфором, мышьяком, свинцом и др.). Впрочем, значительные нарушения овариальной функции наступают в этих случаях только при длительном введении очень больших доз этих ядов (Газельгорст).

БОЛЕЗНИ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ

Из болезней обмена веществ, влияющих на понижение детородной функции женщины, необходимо прежде всего указать на ожирение, ведущее к ослаблению овариальной функции.

В случаях ожирения, являющихся результатом тяжелых эндокринных расстройств, главным образом тиреогенной и гипофизарной форм ожирения, почти всегда наблюдается бесплодие. В последние годы опубликованы (цит. по Газельгорсту) 2 случая беременности при гипофизарном ожирении: 1 случай Кулька (Kulka) и 1 случай Гейровского (Heugowsky). При гипофизарной форме ожирения у женщин наблюдается тонкая костная система, отложение жира преимущественно вокруг бедер и недостаточное развитие вторичных половых признаков. При тяжелых формах тиреогенного ожирения наблюдается картина микседемы. Чаще же встречаются более легкие формы гипофункции щитовидной железы. В этих случаях жир отлагается не на определенных участках тела, а более или менее равномерно. Дикинсон (Dikinson) и Кэри (Caru) установили среди 230 бесплодных женщин в 27% наличие ожирения.

РОЛЬ ПИТАНИЯ

Известный—правда, пока еще преимущественно теоретический, интерес представляет вопрос о роли питания в этиологии бесплодия.

Гланцман (Glanzmann), Цунц (Zuntz) и др. обратили внимание на то, что одностороннее питание молодых животных ведет к ослаблению у них детородной функции. Бесплодие может в этих случаях возникнуть по той причине, что неправильный состав или количественный недостаток пищи оказывает влияние на развитие и функцию половых желез. Согласно исследованиям Цунца, Ридера (Reader) и Дреммонда, преобладание в пище белков вредно влияет на функцию половой железы. Нейвейлер (Neuweiler) из клиники Гуггисберга доказал, что преобладание в пище как белков, так и жиров ведет у экспериментальных животных к нарушению цикла овуляции: овуляция происходит редко или совсем не наступает. Сходное влияние, хотя и в значительно меньшей степени, оказывает одностороннее питание углеводами.

Нарушения нормальной функции яичника, вызванные неправильным питанием, особенно в период полового развития, могут явиться источником инфантилизма женских половых органов. Увеличение в Германии количества женщин гипопластического типа со времени мировой войны (Кюстнер—Küstner) и частота нарушения овариальной функции у женщин в возрасте 25—35 лет, т. е. тех, которые страдали от недостатка питания именно в годы развития организма, говорят о важности питания в развитии половой сферы. На этой точке зрения в противоположность Матесу, который причину недоразвития видит исключительно в эндогенном факторе, стоят Гуггисберг и Бауэр.

К нарушению правильной овариальной функции может повести не только недостаток питания, но и чрезмерно обильное питание, особенно в отношении жиров и углеводов. Что при ожирении у женщин наблюдаются явления олиго- и аменорреи—известно давно. Трудность толкования этих случаев заключается в том, что причина и следствие часто смешиваются, так как ослабление или выпадение функции яичника в молодости или в климактерическом возрасте также нередко ведет к ожирению. Совершенно очевидно, что ослабление функции яичников и аменоррея, возникшие у женщины на почве нерационального питания, могут повести к временному или длительному бесплодию. Но возможно, что и независимо от аменорреи у женщины может наблюдаться бесплодие на почве неправильного питания.

Так, Макомбер при анализе пищевого режима 206 бесплодных женщин нашел те или другие отклонения от нормы. Эти отклонения заключались отчасти в недостаточной калорийности, отчасти в недостатке витаминов, особенно витаминов А и D, а также в недостатке минеральных солей, особенно кальция. После назначения правильного пищевого режима 40 женщин из 206 забеременели. Берг считает, что нередко причиной бесплодия у женщин является недостаток в пище кальция, а по мнению Грассе (Grasse) иода.

В последнее время работами американских авторов установлена возможность получения другого рода бесплодия у экспериментальных животных: при неправильном питании у самцов возникает истинное бесплодие вследствие прекращения в половых железах спермогенеза, у самок же функция яичников остается нормальной, но наступившая беременность не развивается и наступает внутриматочная резорбция эмбрионов. Изменения, происшедшие в половых железах самцов, имеют длительный характер, у самок же при нормальном питании детородная функция восстанавливается. Таким образом, питание вполне достаточное для того, чтобы сохранить животному здоровье, может оказаться недостаточным для сохранения детородной функции.

Согласно многочисленным новейшим исследованиям (Ивенс и Бишоп—Evans a. Bishop, Гуггисберг, Сакай—Sakai, Мейерштейн—Meyerstein и др.), большое значение для правильной функции половых желез имеет наличие в пище витаминов.

Нейвейлер доказал, что у крыс при недостатке в пище витаминов нарушение полового цикла наступало раньше, чем проявлялось вредное влияние этой пищи на общее состояние организма. Из витаминов наибольшее влияние на половой цикл оказывает витамин В, наименьшее—витамин А, хотя в общем для правильной овариальной функции необходимо наличие всех витаминов.

Недостаток содержания в пище комплекса витаминов В в экспериментальных условиях ведет к прекращению полового цикла (Ивенс и Бишоп и Паркес—Parkes), что обусловлено выпадением гормональной функции передней доли гипофиза (Марриан и Паркес, Ивенс и Симпсон—Mur—Moore).

Введение в диету достаточного количества витаминов комплекса В восстанавливает функцию гипофиза и в связи с этим функцию половой системы.

Наша пища, как правило, содержит комплекс витаминов В. Но так как этот комплекс состоит из 5—6 компонентов, то трудно учесть, в достаточном ли количестве содержится тот или иной компонент в диете (приготовление пищи при высокой температуре может повести к инактивации термолabileных компонентов комплекса В).

Комплекс витаминов В содержится главным образом в грубой пище, например, в черном хлебе, овощах и т. д. Гиповитаминоз В обычно угрожает лицам, находящимся на диете, лишенной этой категории пищи.

Дреммонд показал экспериментально, что плодовитость животных повышается от обильного добавления к пище витамина А. Это наблюдение было подтверждено разными авторами (Мак Коллем—McCollum, Стинбок—Steenbock). Было так же найдено, что понижение содержания витамина А в пище не только понижает плодовитость (Рейнольдс и Мекомбер—Reynolds a. Macomber), но и ведет к полному бесплодию (Шерман и Маклеод—Scherman a. McLeod, Бетчельдер—Batchelder, Ивенс и Бишоп и др.). Было установлено, что бесплодие самок при недостатке витамина А обуславливается гибелью яйцеклеток в фаллопиевых трубах (Ивенс). Продукция фолликулярного гормона яичниками А-авитаминозных самок сохраняется. В матке наблюдается роговое перерождение клеток слизистого эпителия (Кудряшов).

При изучении печени эмбрионов человека, полученных при самопроизвольном аборте, было установлено отсутствие витамина А (в 20% случаев) в отличие от контроля (наличие витамина А в 100%; Кудряшов, Морунова и Краевская, 1936). Возможно, что некоторый процент самопроизвольного аборта у человека обуславливается недостатком витамина А.

В случае недостатка витамина С в скрытый период авитаминоза у самок наблюдается выпадение полового цикла (Гетш—Goettsch) и в связи с этим полное бесплодие.

При возникновении авитаминоза С во время ранних стадий беременности наблюдается самопроизвольный аборт (Моурикованд—Mouriquand, Жилет—Gillet и Коуер—Cower).

Авитаминоз С является наиболее распространенным авитаминозом человека. Он проявляется зимой и ранней весной, когда в пищу могут отсутствовать свежие овощи и фрукты.

Недостаток витамина Е (витамин плодовитости) не вызывает каких-либо патологических явлений в организме, но при сохранении хорошего общего состояния, при сохранении в норме функции половых желез самки наблюдается смерть эмбрионов во время беременности (Ивенс, Олькотт и Маттиль—Olcott a. Mattill, Кудряшов).

Несмотря на то, что витамин Е широко распространен в естественных пищевых продуктах, возможно проявление авитаминоза Е в связи с неправильным количественным соотношением витамина Е и других витаминов в пищевых продуктах. Было найдено, что недостаток витамина А ведет не только к авитаминозу А, но и к быстрому проявлению авитаминоза Е, несмотря на присутствие в пище небольшого количества этого витамина (Масон, Кудряшов).

По Кудряшову, авитаминоз Е на базе обмена жиров приводит, повидимому, к образованию в организме токсических продуктов, которые вызывают гибель эмбрионов (Кудряшов, 1936). Витамин Е находится в значительном количестве в свежей зелени, зернах злаков, в мясе (во внутренних органах, как печень, селезенка, сердце и другие, витамина Е меньше, чем в мускулатуре), в желтках; в молоке его мало; в рыбьем жире он отсутствует.

Отсутствие витамина Е как причина бесплодия у женщины до сих пор никем не установлено.

Все же на основании экспериментальных данных Геллер, Гиргаке (Geller, Gierhake) и др. считают, что и у человека недостаток витамина Е в пище может играть роль в этиологии бесплодия. Явления, подобные авитаминозу Е, могут возникать на почве введения токсических продуктов (продуктов распада жиров) с пищей.

Экспериментальная работа, проводимая бригадой научных работников (Кудряшов, Беляева, Поликарпова, Агатов, Миесерова) нашего института и Института зоологии МГУ, по вопросу о временной стерилизации самок путем питания их продуктами распада жиров дала интересные результаты, освещающие роль и значение состава пищи для плодовитости самок. Исследование, проведенное на большом числе беременных крыс (около 800), показало, что у животных, получающих в пищу прогорклое сало, беременность не развивается, так как яйцо погибает в первые моменты имплантации и резорбируется в полости матки. Материнские половые органы не страдают от действия продуктов распада жиров. В более поздние стадии развития эмбриона, когда хорошо развиты материнская и детская плаценты, продукты распада жиров не влияют отрицательно на развитие беременности.

Опыты по стерилизации кроличьих дали аналогичные результаты. Начатые опыты на кошках дают основание ожидать таких же результатов и у этих животных. Эндокринная система (щитовидная железа, гипофиз, яичник) опытных самок не утрачивает своей нормальной функции.

Из приведенных данных видно, что для животных с несомненностью установлен факт влияния неправильного питания на их производительную функ-

цию. Для женского организма можно считать установленным факт влияния пищевого режима на овариальную функцию и через нее—на плодовитость.

На функцию яичника может оказывать влияние и климат. Известно, что у жительниц Европы наблюдается бесплодие, когда они переселяются в тропические страны (Хазельгорст). При перемене климата у женщины может появиться или исчезнуть бывшая у нее до того аменоррея.

АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ

Одной из частых причин женского бесплодия являются аномалии конституции в форме общей астении, гипоплазии и инфантилизма, сочетающихся обычно с недоразвитием половых органов и нередко сопровождающихся аномалиями менструации и явлениями дисменорреи.

Несколько реже причиной бесплодия является чисто генитальный инфантилизм. Иногда уже осмотр наружных половых органов, носящих следы гипоплазии, может дать указание на причину бесплодия. Часто аномалии развития в области наружных половых органов сочетаются с недоразвитием влагалища и матки. Обычно в этих случаях обнаруживают короткое, узкое влагалище со слабо выраженными складками слизистой, с уплощенными сводами, недостаточно поднятое слабой мускулатурой тазового дна, с недостаточно пружинящим входом. В результате этого излитая во влагалище сперма легко выливается наружу.

Надо, впрочем, заметить, что и при совершенно нормальном развитии половых органов такое вытекание семени из влагалища может быть следствием оставшегося после родов незажившего разрыва промежности и стать причиной вторичного бесплодия. Насколько часто вторичное бесплодие является результатом лишь механического момента—вытекания спермы из влагалища, и как часто причина бесплодия кроется в гнойных влагалищных выделениях, обусловливаемых разрывом и нарушающих нормальный химизм среды для сперматозоидов,—решить трудно.

В последнее время некоторые авторы высказывают мысль, что вытекание спермы из влагалища, наблюдающееся иногда у женщин при наличии плоского заднего влагалищного свода, может являться результатом не только механического момента, но и дефектом функционального порядка. Хазельгорст предполагает, что в одних случаях здесь имеет место нарушение сократительной способности мускулатуры вульвы, влагалища и тазового дна, в других же случаях сокращения этой группы мышц могут происходить в обратном направлении. А. Мейер считает, что вытекание спермы из влагалища может наблюдаться и при нормальном строении влагалища на почве «ретроградных сокращений влагалищной трубки». Дироф мог доказать при помощи кольпографического метода исследования, какое важное значение для физиологии зачатия имеет сокращение мышц влагалища и тазового дна.

Чем значительнее степень недоразвития, тем скорее оно может стать причиной бесплодия. При полной аплазии отрезков полового канала зачатие, конечно, совершенно невозможно, но при менее значительных степенях с прогнозом нужно быть весьма осторожным. Как часто приходилось нам видеть жаловавшихся на бесплодие женщин, которым врачи, обнаружив у них гипоплазию половых органов, предсказывали, что они не будут беременеть, но у которых беременность впоследствии все же наступала. И нужно согласиться с Матесом, что «нет такой маленькой матки, которая не могла бы забеременеть».

При инфантилизме шейка матки в сравнении с телом матки чрезмерно длинна, при этом она конически заострена, плотна и тонка, имеет точечное наружное отверстие либо представляет собой образование, по величине и форме напоминающее небольшую пуговку.

В прежнее время ненормальную узость канала шейки и наружного зева врачи считали выдающимся фактором в первичном бесплодии женщины. Отсюда вытекало и то значение, которое придавалось тогда методам устранения этого сужения—расширениям, дисцизиям шейки матки.

В свете современных знаний такая шейка, при которой одновременно мы находим маленькое тело матки, лежащее в гиперантефлексии или в положении антефлексии с ретроверзией, рассматривается как выражение недоразвития органа. Бесплодие, а равно и дисменорройные боли, которыми страдают эти женщины, вызываются не механическими препятствиями (сужение цервикального канала и чрезмерный перегиб тела по отношению к шейке—гиперантефлексия), а гипоплазией ткани и инфантильным строением, при которых наблюдается неполноценная децидуальная реакция слизистой матки, препятствующая

прививке оплодотворенного яйца; в результате этого наступает бесплодие или происходят выкидыши («неабсолютное бесплодие»).

Кроме того, современные авторы придают в вопросах зачатия большое значение функциональному состоянию матки и фаллопиевых труб, их тонусу, их способности реагировать на физиологические раздражения.

В этом отношении интересные данные получают, по Газельгорсту, при рентгенографическом исследовании перистальтики матки путем введения в нее контрастного вещества. В нормальных случаях можно наблюдать, как матка реагирует сокращениями на введение 1—2 см³ контрастного вещества, продвигая его от перешейка к фаллопиевым трубам; у некоторых бесплодных женщин можно наблюдать большую чувствительность матки, сокращения которой имеют более резкий и бурный характер, причем волна сокращения иногда идет в обратном направлении—от дна матки к шейке, в результате чего содержимое выталкивается через цервикальный канал во влагалище. Это иногда наблюдается у женщин с инфантильной маткой, а иногда и при совершенно нормально развитых половых органах, большей частью у женщин с «нервно-спастической» конституцией. Повидимому, замечает Газельгорст, это та группа женщин, у которых Рубен и Кеннеди первыми, а затем и другие исследователи наблюдали спазм фаллопиевых труб. Нужно думать, что главная причина этих явлений заключается в лабильности вегетативной нервной системы. Возможно, что иногда как количественные, так и качественные изменения влагалищного и цервикального секретов тоже зависят от реактивных особенностей вегетативной нервной системы. А ведь несомненно, что в процессе зачатия характер секреции на всем протяжении полового канала, начиная от влагалища и вплоть до брюшной полости, играет выдающуюся роль (Зельгейм).

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

На роль гиперантефлексии было указано выше при оценке значения гипоплазии или инфантилизма матки в этиологии бесплодия.

Могут ли ретродевиации матки служить причиной женского бесплодия? Опыт показывает, что у некоторых женщин при подвижной ретрофлексии наблюдается бесплодие. Ретроверзия является еще большим препятствием к зачатию, так как при ней влагалищная часть матки наиболее удалена от заднего свода, куда при половом акте депонируется сперма. Застойная гиперемия, сопровождающая ретродевиацию матки и влияющая на ее слизистую оболочку, может так же явиться моментом, затрудняющим наступление беременности. Ретродевиации матки сопровождаются смещением яичников. Возможно, что наблюдающееся при ней бесплодие зависит от неправильного положения яичников, ведущего к нарушению в них кровообращения, что подтверждается наблюдающимся при этом варикоцеле (Сеги).

Иногда женщина беременеет после того, как матка путем консервативного или оперативного лечения переведена в нормальное положение. Все это говорит в пользу того взгляда, что ретродевиация матки может служить причиной бесплодия. Но, с другой стороны, часто приходится видеть женщин, беременных при любом неправильном положении матки, при любом положении шейки по отношению к заднему влагалищному своду. Таким образом, ретродевиация может стать источником бесплодия, но это далеко не обязательно. Другое дело, когда имеется фиксированная ретрофлексия, которая является результатом воспалительного процесса, служащего значительным препятствием для возникновения беременности.

ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Трудно оценить, какое значение имеют в этиологии бесплодия фибромиомы матки. С одной стороны, можно наблюдать, что нередко беременность возникает в миоматозной матке даже тогда, когда опухоли достигают значительных и даже

огромных размеров, причем они расположены не только в теле матки, но даже в шейке. Так, в музее гинекологической клиники 2-го МГУ имелся препарат оперированного мной случая фибромиомы с начальной беременностью, когда дно матки достигло уровня мечевидного отростка, огромная опухоль расположена была в шейке, а сравнительно небольшое тело беременной матки находилось на самом вершуре опухоли. В этом случае сперматозоиды, прежде чем достичь полости матки, должны были проделать очень длинный и изобилующий препятствиями путь через цервикальный канал, охваченный со всех сторон огромной опухолью. Беременность бывает, правда, редко, даже при наличии подслизистых фибромиом. Очень редко беременность наступает при комбинации фибромиомы с воспалительными процессами, которые сами по себе уже могут повести к бесплодию. С другой стороны, встречаются случаи фибромиом, не сопровождающиеся воспалительным процессом и не являющиеся механическим препятствием к зачатию, а между тем беременность при них не наступает. Нам нередко приходилось наблюдать случаи ничем, казалось, необъяснимого бесплодия, а через несколько лет мы обнаруживали в матке этих женщин миому. Такая последовательность наблюдаемых явлений заставляет искать между ними причинную связь или предположить одновременную зависимость их от какого-то общего фактора. Так как при фибромиомах матки в яичниках наблюдаются патологоанатомические изменения, которые сами по себе могут быть источниками бесплодия, то понятны трудности, встающие перед врачом, когда он пытается проанализировать причину бесплодия у женщины с фибромиомой матки. Но ввиду того, что после удаления фибромиомы в некоторых случаях наблюдается быстрое наступление зачатия, можно предположить, что опухоль сама по себе может служить причиной бесплодия, смещая матку и придатки, нарушая нормальную функцию маточной мышцы и циклические процессы в слизистой матки.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Опухоли яичников препятствуют зачатию гораздо реже, чем опухоли матки. Беременность может наступить при весьма значительном перерождении ткани яичников и даже при больших двусторонних кистах яичника. Остающиеся небольшие участки здоровой яичниковой ткани продолжают продуцировать способные к оплодотворению яйцевые клетки. Только злокачественные новообразования и папиллярные кисты сравнительно быстро разрушают всю эту ткань. Все же у женщин с опухолями яичников беременность наступает реже, чем у здоровых женщин. От чего это происходит и почему после удаления, например, односторонней дермоидной опухоли яичника иногда легко наступает беременность—сказать трудно. Возможно, что здесь играют роль изменения топографии органов под влиянием опухоли, а может быть, и какие-нибудь гормональные влияния.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ

Наибольшее значение в этиологии женского бесплодия имеют, несомненно, воспалительные процессы женских половых органов. По материалу, разработанному Чертоком, первичное бесплодие почти в одинаковой степени зависит как от врожденного недоразвития, так и от приобретенных воспалительных заболеваний. Особенно большую роль воспалительные процессы играют в возникновении вторичного бесплодия. Воспалительные заболевания нижнего отдела полового канала могут быть причиной бесплодия уже вследствие губительного действия патологического секрета на семенные нити. Прежде всего здесь играет роль эндоцервицит, сопровождающийся обильными патологическими выделениями не только из цервикального канала, но и из влагалища, слизистая оболочка которого поражается при этом вторично. Однако самой частой причиной бесплодия являются заболевания фаллопиевых труб. В одних

случаях воспаления труб причиной бесплодия является заболевание слизистой оболочки, сопровождающееся склеиванием ее складок и ведущее к их непроходимости; в других случаях—поражение преимущественно мышечных элементов стенки трубы, ведущее к глубоким нарушениям нормального механизма передвижения яйца.

Воспаления яичников относительно редко вызывают расстройства в образовании способных к оплодотворению яиц. Только при инфекционных болезнях (при скарлатине, холере и др.) происходит иногда разрушение фолликулярного аппарата яичников (Славянский, Скробанский, Беляева). При хроническом оофорите, и особенно при переоофорите, могут возникнуть препятствия к выделению из фолликулов годных к оплодотворению яиц.

Гонорройная инфекция

Часто воспаление фаллопиевых труб ведет к повреждению как слизистой оболочки, так и мышечной стенки трубы, а также и ее серозы. Само собой разумеется, что двустороннее воспаление, характерное для гонорройной этиологии, чаще ведет к нарушению функции фаллопиевых труб и к трубному бесплодию, чем воспаление на почве септической инфекции. Последняя нередко дает лишь одностороннее поражение придатков и, если не кончается смертельным перитонитом, оставляет после себя в трубах меньше анатомических изменений, чем гонорройная инфекция, отличающаяся хроническим течением.

Роль гонорреи среди этиологических факторов женского бесплодия находит у авторов различную оценку. По Неггерату, гоноррея является причиной бесплодия в 74%, по Нейссеру—в 30—50%, по Бумму—в 26—30%, по Фрейнду—в 20—25%, по Байшу—в 70%, по Бакшту (стационарный, более тяжелый материал)—в 93,4%. Сеги, выступавший с докладом о бесплодии на съезде французских гинекологов в 1936 году, считает, что, несмотря на огромную роль гонорреи в этиологии бесплодия, приводимые в литературе цифры в 75% сильно преувеличены. По его мнению, очень трудно при наличии хронической инфекции настаивать на гонорройной этиологии, так как гонококк очень быстро исчезает из гнойных выделений. Автор обращает также внимание на легкость, с которой в некоторых лабораториях ставят диагноз гонорреи, в то время как при хронической инфекции половых органов очень трудно это утверждать. Таково по крайней мере мнение очень видных бактериологов.

Все же он признает, что гоноррея является главным этиологическим фактором бесплодия со стороны как мужчины, так и женщины. Эта инфекция может иногда проявляться очень бурно, иногда же проходит совершенно незаметно. Последние случаи являются наиболее тяжелыми в отношении возникновения бесплодия, так как, благодаря их «скромности», они остаются нераспознанными.

Влияние гонорреи на детородную функцию женщины зависит в значительной мере от стадии и локализации гонорройного воспаления. Наличие острой гонорреи нижнего отрезка полового канала не исключает наступления беременности, хотя некоторые авторы приписывают гонорройному отделяемому разрушающее действие на сперматозоиды благодаря его протеолитическим свойствам. На материале Астринского и Гринера (1934) отмечена группа в 41 женщину, у которых зачатие произошло при наличии гонорройного воспаления нижнего отдела полового канала; среди них 18 женщин страдали острой и подострой формой гонорреи, а 23—хронической.

Гораздо большее значение в этиологии бесплодия имеет гонорройное поражение придатков, так как даже незначительный двусторонний сальпингит может повести к стойкому нарушению функции фаллопиевых труб, чаще всего вследствие их облитерации; в редких случаях восходящая гоноррея может вызвать нарушение функции фолликулярного аппарата яичников. Тем не менее даже гонорройное воспаление придатков не исключает возможности возникновения беременности. Так, на материале Астринского и Гринера встретились 4 жен-

щины, у которых зачатие наступило при наличии восходящей хронической гонорреи, причем в 2 случаях имелся односторонний, а в 2 случаях—двусторонний процесс.

Хене приводит случаи, когда женщины с гонорройными опухолями придатков больше кулака после основательного лечения выздоравливали, беременели и рожали. Такие случаи нередко наблюдались и нами. Таким образом, можно прийти к заключению, что хотя гоноррея в этиологии женского бесплодия играет огромную роль, тем не менее наличие ее в настоящем или прошлом далеко не исключает возможности зачатия.

Туберкулез

Туберкулез половых органов почти всегда ведет к бесплодию. При этом непосредственной причиной бесплодия чаще всего является туберкулезное поражение слизистой оболочки труб и матки, а также тазовый перитонит, ведущий к закрытию абдоминального отверстия фаллопиевых труб.

А. Майер нашел, что у женщин с туберкулезным поражением придатков в 92% наблюдается бесплодие и что при наличии генитального туберкулеза фаллопиевы трубы бывают поражены в 90%.

Летюль (Letulle), Беклэр, Франсуа (François), Сеги указывают на значение туберкулеза в этиологии гидросальпинксов, являющихся причиной бесплодия; Сеги считает, что некоторые случаи бесплодия являются результатом туберкулезного поражения фаллопиевых труб в детском возрасте и что поражение туберкулезом полости матки встречается чрезвычайно редко.

Гаифами (Gaifami) также указывает, что туберкулез в детском возрасте заслуживает серьезного внимания как этиологический фактор бесплодия.

В тех случаях, когда генитальный туберкулез комбинируется с гипоплазией половых органов, вопрос о том, что играет большую роль в этиологии бесплодия, должен остаться открытым. Вейбель, Гейнеман обращают внимание на опасность тяжелых осложнений, когда при нераспознанном туберкулезе половых органов прибегают к таким вмешательствам, как дисцизия, выскабливание, продувание фаллопиевых труб, метросальпингография и пр.

Шалье [Chalier (Лион)] считает, что туберкулез брюшины и придатков не всегда является препятствием к зачатию, но признает ошибочным принятие в этих случаях мер к устранению бесплодия.

Сифилис

Вопрос о роли сифилиса в этиологии бесплодия широко освещен в работе Марселя (Marcel), которой мы и пользуемся при изложении нижеследующих литературных данных. В 1909 г. Бартелеми (Barthelemy) обратил внимание на бесплодие, возникающее на почве наследственного сифилиса матки и придатков. Позже Сиредей пишет: «Сифилис заслуживает быть отмеченным в данном вопросе. При вторичном периоде сифилиса возможность зачатия не нарушается, но иногда беременность в подобных случаях прерывается естественным выкидышем. В третичном периоде сифилис влияет на яйцо, часто делая его бесплодным».

Пинар (Pinard) описывает следующий случай бесплодия: женщина давно страдает аортитом, никогда не лечилась, никогда не беременела; после проведенного специфического лечения препаратом «914» наступает беременность, закончившаяся срочными нормальными родами. Муж никогда сифилисом не болел.

Тевенар (Thevenard) описывает случай, иллюстрирующий локализацию сифилитического заболевания во внутренних половых органах: у женщины с двусторонним сальпингитом произведена гистерэктомия; микроскопическое исследование препарата показало хроническое поражение, напоминающее сифилис. После операции осталась незаживающая фистула. Реакция Вас-

сермана дала резко положительный результат. После проведенного курса специфического лечения рана зажила.

Андри (Andry) описал случай сифилитического метрита (единственная локализация заболевания), который, как и всякий метрит, благоприятствовал бесплодию.

Такое поражение внутренних половых органов встречается как при наследственном, так и при приобретенном сифилисе. Описаны случаи рубцового поражения труб, «склерокистозные» поражения яичников, исчезающие при специфическом лечении. Конечно, заключает Марсель, не надо везде искать сифилис; но если бесплодная женщина никогда не болела ни гонорреей, ни туберкулезом половых органов, надо постараться собрать подробный анамнез не только родителей, но и предков, и иногда в таких случаях провести специфическое лечение.

Нет сомнения, что бесплодие на почве сифилиса встречается не часто. Иногда сифилитички бывают очень плодовиты, но беременность у них часто не доходит до конца.

Таким образом, воспалительные процессы гонорройной, септической и иной этиологии, возникающие нередко в связи с абортom, являются самой частой причиной женского бесплодия.

Что «трубное бесплодие» как результат воспалительных процессов является наиболее часто встречающейся формой женского бесплодия, подтверждает обширный литературный материал, накопившийся за последнее время. Так Побединский на своем материале в 5 000 случаев женского бесплодия нашел непроходимость труб в 3 877 случаях, т. е. в 77,5%. По данным Мандельштама, на материале около 4 000 случаев бесплодия обнаружена непроходимость труб при наличии воспалительных изменений в тазовых органах в 92%; во всех других случаях бесплодия трубы были непроходимы в 39,56%. Аналогичные данные получены и другими авторами: Прибрам (Pribram) из клиники Яшке—50—60%, Крупский—57%, Кеннеди—70%, Жаке (Jaquet)—90%, Топузе—40,5%, Быков—47%, Берензон—61%. Таким образом, более чем в половине всех случаев женского бесплодия, причиной являются заболевания труб, вызывающие закрытие просвета труб.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ВПРЫСКИВАНИЯ ИОДА

Особое место в этиологии женского бесплодия занимают внутриматочные впрыскивания иода, применяемые как противозачаточное средство. Иногда бывает достаточно однократного впрыскивания, чтобы вызвать стойкое бесплодие вследствие зарращения фаллопиевых труб, куда иодная настойка может попасть не только вследствие плохой техники, но и по закону капиллярности для каналов, содержащих секрет.

Необходимо упомянуть еще о возможности разрушений фолликулярного аппарата (Брауде и Шварцман) в результате внутриматочных впрыскиваний иода, применяемых как противозачаточное средство. Кроме разрушающего действия на яичники, внутриматочные впрыскивания иода могут быть причиной неправильной регенерации слизистой матки, ведущей к аменоррее, иногда с зарращением цервикального канала. Бесплодие на этой почве может в некоторых случаях быть длительным, а в других случаях способность к зачатию через некоторое время восстанавливается.

ИСКУССТВЕННЫЙ АБОРТ

Большую роль в возникновении вторичного бесплодия играют искусственные аборты. По данным Граффа, больше чем в половине всех случаев вторичного бесплодия и в четверти общего числа случаев бесплодия причиной его

послужил единственный аборт, произведенный при первой беременности. Бубличенко, обследовавший 200 женщин с бесплодием, наступившим после операции искусственного аборта, нашел в 57% этих случаев явления хронического воспаления. Шварцкопф при анализе своих случаев бесплодия нашла, что на искусственный аборт при первой беременности падает 22%, а на аборт после уже бывших родов—11,8%.

МЕХАНИЧЕСКИЕ ПРЕПЯТСТВИЯ

В редких случаях встречаются изменения девственной плевы, препятствующие зачатию, в форме *atresia hymenalis* или ригидности девственной плевы, препятствующей введению мужского полового органа даже при полной потентности мужа. Ригидность плевы нередко сочетается с вагинизмом. В редких случаях механические препятствия для зачатия возникает вследствие склеивания и сращения половых губ на почве неправильного развития или бывших язвенных процессов, вследствие наличия во влагалище опухолей и т. д. Впрочем, здесь необходимо упомянуть о не столь уже редких случаях, когда при наличии даже значительных механических препятствий беременность все же наступала. Так, например, наблюдаются случаи беременности при сохраненной девственной плеве, когда половой акт совершается *ante portas*. Наблюдались даже случаи, когда после операции полного искусственного закрытия влагалища (*kolpocleisis*) по поводу пузырно-влагалищного свища семя, излитое и попавшее на уретральное отверстие, проходило через уретру, мочевого пузырь, свищевое отверстие, влагалище и находило путь в матку (Штеккель). Но все это—исключения, в общем же необходимо предпосылкой для зачатия служит возможность нормального полового акта.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ

Остается еще коротко упомянуть об одной группе бесплодных браков, в которых при самом тщательном исследовании обоих супругов нельзя обнаружить никаких отклонений от нормы ни у одного, ни у другого. Естественно предположить при этом какую-то биологическую несовместимость яйцеклетки и сперматозоида. К такому заключению приводят те случаи, в которых после вступления в новый брак быстро наступает беременность. Однако далеко не всегда можно при этом рассчитывать на успех. Бывают случаи, когда и в новом браке со способным к оплодотворению мужчиной беременности у женщины все же не наступает.

РОЛЬ ПОЛОВОГО ЧУВСТВА

Вопрос о том, может ли способствовать бесплодию отсутствие у женщины полового чувства (*frigiditas sub coitu*), а также нарушения в возникновении у нее оргазма (*dispareunia*),—вопрос, на котором особенно заострил внимание Керер (Kehrer),—большинство авторов решает в отрицательном смысле. Многочисленные наблюдения показывают, что у женщины и без всякого полового возбуждения может наступить беременность и что женщины, страдающие половой холодностью, так же беременеют, как и женщины, обладающие большим темпераментом. О том, что не только отсутствие полового возбуждения, но даже ужас перед половым актом не препятствует зачатию, свидетельствуют случаи изнасилования.

Диспареуния иногда исчезает, когда женщина вступает в половую связь с другим мужчиной. Если при этом наступает еще и беременность, которой раньше не было, несмотря на то, что сперма первого мужа оказывалась при исследовании нормальной, то, естественно, возникает вопрос: что здесь имело значение: устранение диспареунии или «смена спермы»?

Бесплодие, которое, как правило, наблюдается у проституток (Хазельгорст) и которое не во всех случаях зависит от наличия у них воспалительного процесса и непроходимости фаллопиевых труб, дало повод предположить, что причиной бесплодия может служить обильное всасывание спермы. В результате такого всасывания спермы в организме женщины могут появиться губительные для сперматозоидов антитела. Эту гипотезу подкрепляет и ряд других наблюдений, обратного, так сказать, порядка: так, например, замечено, что в некоторых случаях беременность наступала от однократного полового сношения, происшедшего после длительной разлуки супругов, в то время как до того, при регулярных сношениях, беременности не наступало. Объяснить это можно тем, что при длительной разлуке супругов прекращается «перегрузка» женского организма спермой, вследствие чего увеличиваются шансы на зачатие. Эта гипотеза получает подкрепление в ряде работ, посвященных вопросу о получении временной стерильности путем парентерального введения спермы как в эксперименте на самке, так и у женщины.

Ландштейнер (Landsteiner) в 1899 г., годом позже Мечников, а затем Дунбар (Dunbard) показали, что после инъекции самке спермы в ее крови возникают спермаксические вещества, так как сыворотка этой крови убивает сперматозоидов. Природа спермаксина была более подробно изучена Лондоном, который установил, что в каждой нормальной сыворотке, независимо от пола, возраста и вида животного, можно обнаружить наличие так называемого физиологического спермаксина. При активной иммунизации можно получить искусственный спермаксин, в 2—3 раза превышающий физиологический.

Ряд авторов (Тушнов, Савини—Savini, Кастано—Kastano, Диттлер—Dittler, Калдарини—Caldarini, Мак Картнер—McCartner, Найдич, Колпиков, Третьяков и др.) проводил опыты на различных животных (главным образом на морских свинках и кроликах) и получил временное бесплодие различной длительности.

Опубликованы работы, подтверждающие возможность получения временной стерилизации и у женщин при помощи инъекции им спермы (Баскен—Baskin, Найдич, Ярхо—Jarcho, Азерлян и Морозова и др.).

Этими работами установлено, что женский организм реагирует на впрыскивания спермы образованием антител.

Решение вопроса о том, могут ли частые половые сношения вызвать у женщины бесплодие, зависит прежде всего от доказательства всасывания спермы из влагалища.

Несмотря на положительные экспериментальные данные, вопрос о всасывании спермы из влагалища при половом сношении и образовании при этом спермаксических веществ у женщины не может, ввиду недостаточности научного материала, считаться окончательно решенным.

Интересно указание Менге на то, что половые сношения, происходящие часто, могут вредно влиять на передвижение и имплантацию оплодотворенного яйца. Хазельгорст высказывает предположение, что некоторое значение для зачатия может иметь и количество спермы, которое после длительного перерыва в половых сношениях изливается в увеличенном количестве, что предохраняет от вредного влияния на сперматозоидов кислого влагалищного секрета.

Подводя итог всему вышеизложенному, можно прийти к следующему заключению: причиной женского бесплодия являются нередко аномалии в развитии и строении организма женщины; источник этих аномалий берет часто свое начало уже в раннем детстве и даже во время внутриутробной жизни плода; особенно могут влиять на развитие специфической функции женского организма, каковой является деторождение, все вредности, которым подвергается детский организм в периоде полового созревания.

В периоде половой зрелости главным источником первичного и вторичного бесплодия являются гоноррея, аборт и послеродовые заболевания.

Из разбора этиологических факторов бесплодия вытекает, что бесплодие есть симптом целого ряда заболеваний и аномалий женского организма и, в частности, женского полового аппарата. Сплошь и рядом имеется при этом некая-нибудь единственная причина бесплодия, а несколько таких причин, иногда

сложно переплетающихся между собой. Шульце, представивший на съезде германских гинекологов в 1935 г. разработанный им материал в 900 случаев бесплодного брака, насчитывает около 80 различных причин бесплодия, не включая сюда ряд этиологических факторов бесплодия со стороны мужчины.

Практически, однако, дело обстоит иначе. Не все приводимые причины женского бесплодия имеют одинаковый удельный вес в этиологии этого страдания. Отдельные этиологические факторы настолько преобладают в процентном отношении при анализе бесплодных браков, что предупреждение и устранение их играет решающую роль в борьбе с женским бесплодием. Чем дольше занимаешься проблемой бесплодия, тем больше приходишь к заключению, что главной причиной женского бесплодия является непроходимость фаллопиевых труб—трубное бесплодие.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ХОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИН БЕСПЛОДНОГО БРАКА

Как уже указывалось выше, для выяснения причин бесплодного брака необходимо исследование как жены, так и мужа.

ИССЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ

Исследование мужчины при бесплодном браке обычно не входит в компетенцию гинеколога, поэтому анализ причин мужского бесплодия и методика исследования мужчин выходят за рамки настоящего руководства. Здесь мы можем только указать на большую простоту постановки диагноза мужского бесплодия по сравнению с женским; гипоспадия, а равно и эписпадия, когда наружное отверстие уретры открывается слишком близко к корню полового органа, вследствие чего сперма не попадает во влагалище, обнаруживаются легко при простом осмотре. Такое же явление наблюдается и при больших мошоночных грыжах и водянке яичка, мешающих достаточно глубокому введению мужского полового органа во влагалище. Точно так же нетрудно установить асперматизм—состояние, при котором во время полового акта сперма не извергается наружу. Об этом узнают из анамнеза, когда осведомляются, правильно ли происходит половой акт, ощущает ли мужчина эякуляцию. Для получения достаточных анамнестических данных лучше всего иметь по этому вопросу личную беседу с мужем. Во всех остальных случаях диагноз ставится на основании микроскопического исследования спермы.

Самая частая причина мужского бесплодия—азооспермия, при которой сперма совершенно не содержит сперматозоидов. Бесплодие наблюдается и в случаях олигоспермии—состояния, при котором во время полового акта выделяется уменьшенное количество спермы, а также при астеноспермии или некроспермии, когда сперматозоиды под влиянием патологического секрета простаты и семенных пузырьков становятся малоподвижными или вовсе неподвижными.

Методика добывания спермы, условия ее хранения до исследования весьма важны для получения правильного результата. Надо позаботиться о том, чтобы сперматозоиды не попали в такую среду и температуру, при которой они быстро погибают. Супругам предлагают иметь половое сношение с кондомом и содержащуюся в нем сперму как можно скорее отдать на исследование. Последнее условие легче всего соблюсти, если муж приходит вместе с женой и половое сношение происходит в лечебном же учреждении, где и исследуется сперма (Штекель).

Но обычно это выполнить трудно. Чтобы сперма не вылилась из кондома, его перевязывают у открытого конца ниткой, заворачивают в платок, вату и т. п. для того, чтобы она не подверглась действию холода, и относят в лабора-

торию. При доставке спермы в лабораторию в холодное время года мы советуем мужу нести завернутый в вату кондом в кармане брюк. Лучше всего подвесить или положить завязанный кондом со спермой в физиологический солевой раствор (0,9%) при 20—30° и держать его при этой температуре до момента исследования. Для этой цели весьма пригодна бутылка-термос (Штеккель). Некоторые (Шорохова и др.) возражают против употребления для этого резинового кондома, так как сера, содержащаяся в резине, может вредно повлиять на жизнеспособность сперматозоидов.

Согласно указаниям Учебного медицинского совета при Наркомздраве РСФСР, добывание спермы путем онанистического акта не допускается.

Менее надежным является исследование на присутствие сперматозоидов в секрете семенных пузырьков, добытом путем их массажа. При этом рекомендуется, ввиду оживляющего действия простатического сока на семенные нити, одновременно массировать семенные пузырьки и предстательную железу. Хунер (Huhner) из Нью-Йорка предложил метод «Spermatozoa test» (Huhner-test), рекомендуемый у нас Бушмакиной (VII Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов) и заключающийся в следующем: сперма для исследования добывается вскоре после нормального полового акта путем отсасывания при помощи пипетки из цервикального канала. Если в добытом содержимом обнаруживаются живые сперматозоиды, то такие аномалии, как преждевременная эякуляция спермы, отсутствие оргазма у жены или изменения влагалищного секрета, не играют роли в происхождении бесплодия. Если в содержимом, взятом при помощи брауновского шприца из полости матки, также окажутся нормальные сперматозоиды, то отпадает всякое предположение об изменениях со стороны цервикального канала, и необходимо перейти к исследованию труб, выяснению конституционально-биологических и секреторных причин бесплодия. В случае отрицательного результата исследуют содержимое влагалища, которое может губительно влиять на сперматозоиды. При отсутствии нормальных сперматозоидов во всем нижнем отрезке полового тракта исследуется содержимое кондома. Способ изолированного исследования секрета, добываемого из различных отделов полового канала при помощи особого прибора, был предложен у нас Шуварским еще в 1895 году, но не получил широкого распространения.

Азооспермия или некроспермия, диагностированные при исследовании спермы, говорят за полную неспособность мужа к оплодотворению в данный момент.

Необходимо, однако, заметить, что отсутствие сперматозоидов может временно наблюдаться у мужчин после тяжелых соматических болезней или тяжелых душевных переживаний. Поэтому плохой прогноз при отсутствии сперматозоидов следует, по Зельгейму, ставить лишь тогда, когда исследованию подвергается мужчина, чувствующий себя здоровым. Все же и в этих случаях рекомендуется произвести повторное исследование семени после того, как мужчина 1—2 недели воздерживался от половых сношений. И лишь в том случае, если отсутствие сперматозоидов вновь подтвердится, можно окончательно установить наличие «мужского бесплодия».

Но даже при наличии подвижных сперматозоидов необходимо обращать внимание на присутствие патологических форм их, особенно в тех случаях, когда исследование женщины не обнаруживает у нее таких отклонений, которые могут быть источником бесплодия. Накопившиеся в настоящее время факты в области биологии сперматозоидов (Менх—Möbch, Шорохова и др.) делают возможным предположение, что неправильное строение сперматозоидов может быть причиной бесплодия.

Однако этот вопрос является еще спорным: в то время, как одни (Штеккель и др.), придают патологическим формам сперматозоидов большое значение в этиологии бесплодия, Нюренбергер, Фюрбрингер (Fürbringer) Шульце и др. его отрицают.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ

В тех случаях, когда причина бесплодия кроется в женщине, установить это в очень многих случаях чрезвычайно трудно, так как женское бесплодие является симптомом целого ряда заболеваний и аномалий в области женского полового аппарата и всего организма, иногда сложно переплетающихся между собой.

Установить причину женского бесплодия в иных случаях бывает легко и просто, но во многих случаях это весьма трудная, порой невыполнимая задача ввиду того, что бесплодие нередко, как уже было указано выше, обуславливается не одним каким-либо легко определяемым фактором, а совокупностью переплетающихся между собой причин; некоторые из них нельзя точно установить при помощи доступных нам методов исследования, а некоторые же мы при современном состоянии науки ничего достоверного не знаем. Сюда относятся, например, вопросы о биологических свойствах самого яйца, о возможности хемотактического влияния его на сперматозоиды, о сопротивляемости яйца по отношению к механическим и хемо-биологическим влияниям на пути его передвижения и пр. (Штеккель).

Только при помощи самого тщательного анамнеза и всестороннего исследования женщины удается получить данные, позволяющие принять необходимые меры для устранения этого состояния.

Как всегда, исследование начинают с анамнеза.

Разнообразие и многочисленность этиологических факторов, лежащих в основе бесплодных браков, делают необходимым в этих случаях тщательно и широко собирать анамнестические данные. Само собой разумеется, что в вопросах, касающихся интимнейших сторон брачной жизни, как частота половых сношений, наличие или отсутствие libido и оргазма и пр., необходима полная откровенность со стороны обращающейся за помощью женщины. Чтобы приобрести полное доверие больной и добиться с ее стороны полной откровенности, врач должен обладать большим тактом.

Индивидуальный подход к каждому случаю имеет здесь особенно большое значение. Трудно ожидать полной откровенности в столь деликатных вопросах, когда анамнез собирается в присутствии посторонних людей, будь то персонал лечебного учреждения или другие больные. Несомненно, что разговор с глазу на глаз может во многих случаях оказать существенную помощь в выяснении необходимых вопросов. В женских консультациях и поликлиниках не всегда имеются необходимые для этого условия, поэтому полезно установить в этих учреждениях особый прием для бесплодных. Но даже и в надлежащей обстановке в самом начале беседы врача с больной между ними нет еще настоящего контакта; больная часто смущается и неохотно или совсем правдиво отвечает на задаваемые вопросы интимного характера. Поэтому такие вопросы лучше иногда задавать не в начале беседы, а, как советует Штеккель, лишь после гинекологического осмотра. И действительно, когда больная к концу приема уже немного «привыкла» к необычной для нее ситуации, а врач своим деликатным и внимательным отношением сумел за это время внушить ей к себе доверие, женщине становится немного легче говорить о сексуальной стороне своей жизни.

В остальном собирание анамнеза при бесплодии производится по общей схеме, принятой в гинекологии. Дополнением могут служить вопросы, касающиеся плодовитости членов семьи, а также наличия у них какого-либо эндокринного заболевания, как диабет, микседема, базедова болезнь и др., что у данного индивидуума может быть лишь слабо выражено или даже совсем отсутствовать.

Среди жалоб больных следует учитывать не только те, которые непосредственно указывают на заболевания половой сферы, но и жалобы общего характера или указывающие на заболевания других органов и систем. Так,

например, жалобы со стороны желудка, связанные с дисменорреей и напоминающие жалобы при язве этого органа, спастические запоры, спазмы сосудов, желчные и почечные колики, встречаются у женщин нервноспастической конституции, у которых функция половых органов часто нарушена (Хазельгорст).

При объективном исследовании бесплодной женщины необходимо уделить большее внимание исследованию всего организма. Детальное гинекологическое исследование надо производить особенно тщательно. Пальпация половых органов может быть затруднена ожирением брюшной стенки, узостью влагалища, ригидностью и неподатливостью окружающих внутренне половые органы тканей—клетчатки и связочного аппарата, чрезмерной чувствительностью и пр. Целесообразно в некоторых случаях дополнительно исследовать через прямую кишку или прибегнуть к повторному исследованию, или даже к исследованию под наркозом. Само собой разумеется, что при гинекологическом исследовании необходимо, кроме пальпации, применять осмотр в зеркалах как наружных половых органов, так и влагалищных стенок и шейки матки. Уже при осмотре могут обнаружиться такие данные, которые дадут ключ к правильному распознаванию причин бесплодия (аплазия и другие тяжелые пороки развития, инфантильное строение, гипоплазия, разрывы промежности, патологическая секреция и пр.).

Двуручное исследование и осмотр при помощи зеркал дают, кроме того, возможность обнаружить воспалительные процессы различных частей полового аппарата в той или иной стадии процесса, различные новообразования, неправильные положения и пороки развития.

Микроскопическое исследование выделений, определение кислотности влагалищного секрета и другие клиничко-лабораторные методы могут также нередко понадобиться для выяснения причин бесплодия. Зондирование и выскабливание полости матки чаще применяются при бесплодии в качестве лечебного мероприятия; в отдельных случаях эти методы могут быть применены и с диагностической целью. Так, например, диагностическое выскабливание может обнаружить туберкулез эндометрия, который очень часто сочетается с туберкулезным поражением фаллопиевых труб.

Лам (Lahm) указывает на возможность при помощи клиничко-лабораторных методов исследования решить вопрос о функциональном состоянии яичников. Для этого исследуют влагалищный секрет и соскоб слизистой оболочки матки. Если в мазке, взятом из влагалища после того, как оно в течение нескольких дней не подвергалось лечению (спринцеванию), находят картину «чистоты 1-й степени», т. е. чистую культуру вагинальных палочек, при наличии кислой реакции секрета, то это говорит за то, что функция яичников не нарушена. Обратное явление—загрязненная флора, большое количество лейкоцитов—может говорить за воспалительный процесс в области влагалища, шейки и тела матки. Поэтому нарушение овариальной функции можно предположить только при полном отсутствии клинических явлений воспаления и при наличии в мазках, взятых из влагалища, наряду с эпителиями, лишь незначительного числа лейкоцитов и лимфоцитов в флоре, соответствующей 3-й и 4-й степени чистоты (симбиоз различных бактерий, особенно кокков). Хотя это отнюдь не исключает возможности зачатия, однако говорит за затруднения, имеющиеся в этом случае.

Другой метод—это оценка гистологической картины соскоба, взятого из полости матки, по отношению к тому дню овариально-менструального цикла, когда соскоб был взят. Если гистологическая картина соответствует клиничко-анамнестическим данным, то это говорит за то, что функция яичников протекает правильно и причина бесплодия лежит не в этой области.

Это собственно единственная возможность получить более или менее правильное представление об овариальной функции. Применение этого метода в случаях бесплодия при фибромиомах встречает затруднения, так как наличие фибромиомы обычно само по себе является противопоказанием к производству выскабливания.

Сеги считает возможным оценивать функцию яичника при помощи количественного определения половых гормонов в крови и в моче. По его словам, определение количества фолликулина в крови или, что легче, в моче позволяет

отметить, что наибольшее количество фолликулина выделяется во время овуляции. Можно предположить, что увеличение количества фолликулина совпадает с моментом освобождения яйца.

Вполне вероятно, что прилив крови к яичнику, вызванный циркулирующим фолликулином, играет большую роль в лопании фолликула и в освобождении яйца, но наличие увеличенного количества фолликулина в моче не позволяет утверждать, что у женщины, несомненно, имеется овуляция (к такому убеждению автор пришел путем проверки своих опытов лапаротомией).

Яичник, получая раздражение от фолликулина, может ответить на него либо нормальной овуляцией, либо, если яичник поражен, увеличением своего объема, что сопровождается болезненными ощущениями.

Но если определение количества фолликулина не позволяет утверждать, что имеется нормальная овуляция, то на основании большого количества проведенных исследований можно сказать, что при наличии ненормально большого количества фолликулина имеется либо мелкокистозная дегенерация яичника, либо уменьшение, либо полное отсутствие овуляции.

Определение гонадотропных веществ в крови и в моче также может дать ценные указания. После кастрации или при резко выраженном склерозе, когда прекращается физиологическая функция яичника, отмечается резкое увеличение гонадотропных веществ в крови и в моче (Смит и Энгль).

Гастимирович (Gastimirovic), выключая овуляцию у женщины в течение 1—2 лет при помощи рентгеновского облучения, отмечал увеличение пролана в моче.

Очень трудно оценить роль лютина, столь важную для имплантации яйца. Определение наличия лютина в данное время невозможно; косвенно о его наличии можно судить, если сделать микроскопическое исследование эндометрия в срок, соответствующий лютеиновой фазе цикла, для того чтобы убедиться, имеется ли соответствующая картина строения эндометрия.

В части случаев гинекологическое исследование приводит к полному выяснению причин женского бесплодия. В другой части случаев пальпаторное исследование не обнаруживает сколько-нибудь заметных изменений со стороны половой сферы. Отрицательный результат гинекологического исследования, произведенного для выяснения причин бесплодия, может зависеть от того, что либо женщина здорова, либо изменения, препятствующие зачатию, у нее столь незначительны, что не поддаются определению при помощи пальпации. Незначительные анатомические изменения, которые тем не менее могут служить значительным, иногда непреодолимым препятствием для зачатия, чаще всего локализируются в фаллопиевых трубах. Поэтому во всех тех случаях женского бесплодия (наличие мужского бесплодия должно быть исключено), где гинекологическое исследование не обнаруживает в половых органах женщины патологических изменений, необходимо произвести функциональное исследование фаллопиевых труб.

Методика функционального исследования фаллопиевых труб

Продувание фаллопиевых труб (pertubatio). Метод исследования проходимости фаллопиевых труб сравнительно нов. Впервые его применил в 1914 г. Рубен в Нью-Йорке и почти одновременно Карри (Carry) во Франции. В своих первых экспериментах на животных Рубен вводил в матку колларгол, а затем Thorium bromatum и иодистые растворы и рентгенографически проверял, попали ли эти вещества в трубы. Вскоре он оставил эти опыты, так как при проходимых трубах получалась нежелательная реакция со стороны брюшины. В 1919 г. он впервые испробовал газовую инсуффляцию. Больной, жаловавшейся на бесплодие, он ввел 2 000,0 кислорода, пока не получилось видимого вздутия живота, затем произвел рентгенографию, доказавшую наличие пневмоперитонеума. Впоследствии Рубен заменил кислород углекислотой и стал вводить гораздо меньшие количества газа во избежание болевых ощущений, возника-

вших вследствие вздутия живота. Методика его была такова: через канюлю вводится в полость матки 300 см^3 газа под давлением, измеряемым при помощи манометра и достигающим через 15—20 секунд 100 мм ртутного столба. При проходных трубах газ, введенный в количестве 30 см^3 , уже обнаруживается в брюшной полости при рентгеноскопии или на рентгенограмме в форме серпа между печенью и диафрагмой. Он сохраняется в течение 48 часов.

Траугот (Traugott), Мандельштам, Зельгейм, Энгельман и др. значительно упростили методику продувания труб, заменив углекислоту и кислород обычным комнатным воздухом. Стекланный шприц соединяют с маточным катетером, на который предварительно с целью герметического закрытия зева насаживается резиновый конус от спринцовки Тарновского или резиновая пробка с отверстием. Между катетером и шприцем вставляют манометр. При вдувании воздуха в матку, если трубы проходимы, манометр показывает давление от 50 до 100 мм ртутного столба, которое при сужении просвета труб повышается до 100—200 мм. При прохождении воздуха в брюшную полость можно при помощи стетоскопа услышать через брюшную стенку в паховых областях соответственно расположению труб характерный свистящий шум или булькающие звуки.

Гендерсон (Henderson) и Амос (Amos) первые указали на возможность отличить более высокий тон при стенозе трубы от более низкого тона при проходных трубах. При проходимости труб воздух, нагнетаемый через трубы, скопляется под диафрагмой и, раздражая чувствительные волокна п. phrenicus, вызывает боли, отдающие под лопатки, особенно под правую (френикус-симптом).

Прибор, предложенный Мандельштамом, состоит из специальных конических канюль различной толщины в зависимости от ширины цервикального канала, которые могут герметически закрывать его; они соединены посредством резиновой трубки с отводящим коленом вульфовой склянки, наполняемой на треть раствором (5%) перекиси водорода. Приводящее колено склянки соединено с металлическим манометром и двойным резиновым баллоном от пульверизатора. Нагнетаемый воздух проходит через перекись водорода. Все части аппарата тщательно стерилизуются. При непроходимости труб воздух, скопившийся в полости матки и не находящий выхода наружу, растягивает ad maximum окруженный сеткой резиновый баллон, что соответствует приблизительно 180—200 мм давления. Если воздух начинает проходить в брюшную полость, то растянувшийся баллон постепенно начинает спадаться, а в вульфовой склянке отмечается прохождение пузырьков воздуха через жидкость. Если воздух проходит мимо катетера, то слышно легкое шипение и у наружного маточного зева показываются мелкие пенящиеся пузырьки. Количество вдуваемого воздуха определяется по падению давления в манометре, причем падение ртутного столба от 100 до 50 мм соответствует введению 15 см^3 воздуха, при падении давления на 100 мм— 30 см^3 воздуха (если применяется маленький баллон).

Мы, как и многие другие, не пропускаем нагнетаемый в матку воздух через дезинфицирующую жидкость, полагая, что брюшина, как это показывает каждодневный опыт при чревосечениях, прекрасно справляется с воздухом чистой операционной комнаты, попадающим в брюшную полость. Пропуская воздух через жидкость, преследуют и другую цель, а именно контроль направления, по которому проходит воздух (по бурлению пузырьков воздуха). Для пертурбации применяется прибор Зельгейма, в состав которого входит 100-граммовый шприц. При применении такого шприца надо обязательно включать в прибор манометр, так как иначе сопротивление при пертурбации можно определять лишь субъективно. Если пользоваться резиновым баллоном от пульверизатора по способу Мандельштама, имеющим эластичный резервуар, то можно, имея некоторый опыт, обойтись и без манометра: при давлении в 200 мм резиновый резервуар, обтянутый сеткой, резко растягивается.

В клинике Груздева применяется простой способ продувания, разработанный Легонченко. В матку вводится наконечник от обыкновенного браунов-

ского шприца с конической резиновой насадкой, закупоривающей цервикальный канал; на наконечник надевается рекордовый шприц, которым накачивается воздух, причем одновременно выслушивают стетоскопом фаллопиевы трубы. По тому, как идет поршень шприца, и по звукам, определяемым аускультацией, и определяется, проходимы ли трубы. Способ этот прост, доступен всякому врачу. При последующих чревосечениях Груздев убедился, что он верно определяет проходимость труб. Такой упрощенный способ имеет довольно широкое распространение и при соблюдении всех необходимых мер предосторожности может давать удовлетворительные результаты.

По мнению Мандельштама, метод Легонченко страдает тем крупным недостатком, что при введении очень малого количества воздуха возможны неправильные заключения (скопление воздуха в растянутых трубах). Кроме

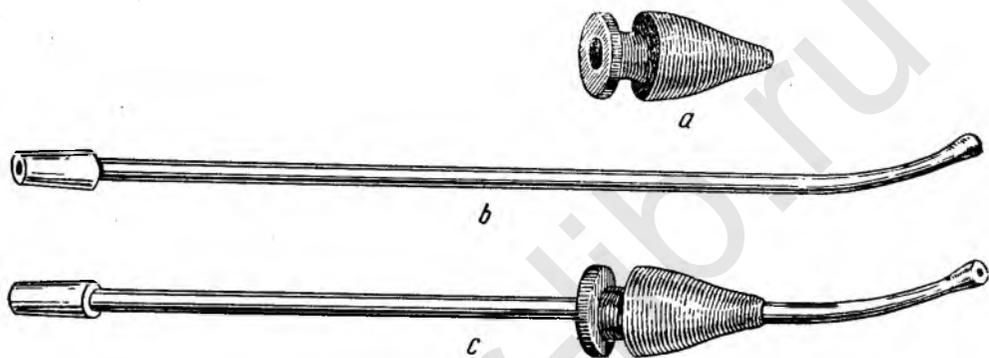


Рис. 80. Маточный наконечник для продувания труб: *a*—резиновая насадка, *b*—металлический наконечник, *c*—готовый к введению в матку наконечник.

того, продувание маленьким шприцем без контроля манометра не позволяет судить о давлении, при котором проходимы трубы, и о скорости прохождения воздуха. Для постановки же прогноза в отношении возможности наступления беременности важно определить не только то, что трубы проходимы, но и при каком давлении: если воздух проходит лишь при давлении свыше 100 мм, то это говорит за наличие стеноза, при котором нормальная беременность наступает редко, в то время как проходжение воздуха при минимальном давлении, 50—30 мм, позволяет ставить благоприятный прогноз.

В 1925 г. Рубен применил впервые продувание с записью на кимографе. Аппарат Рубена имеет, кроме обычной газовой бомбы со специальным вентиляльным затвором, эвдиометра, манометра и маточной канюли (с резиновым наконечником для замыкания наружного зева), еще кимограф для записи кривой давления.

У нас Шорохова сконструировала свою модель аппарата для продувания с кимографом, заменив бомбу простой 10-литровой бутылкой.

Хотя техника пертубации и не сложна, но все же ее следует проводить очень внимательно, а главное необходимо проявлять большую осторожность в выборе случаев для этого метода. Несомненно, что продувание может оказать большой вред (Штеккель). В литературе описан ряд случаев тяжелых осложнений, вызванных продуванием. Мандельштам опубликовал случай кожной эмфиземы, распространившейся до шеи, окончившийся выздоровлением.

Для продувания фаллопиевых труб мы пользуемся весьма простым прибором, который состоит из следующих отдельных частей: 1) из маточного наконечника от шприца Брауна, причем на наконечник насажен резиновый конус от спринцовки Тарновского (рис. 80), 2) из ртутного манометра для измерения давления в системе (аппарат Рива-Рочи), и, наконец, 3) из обыкновенного двойного резинового баллона.

Перед каждым исследованием маточный наконечник и резиновая трубка вместе с инструментами (пулевые щипцы, пинцет и т. д.) подвергаются кипячению. Исследование производится на гинекологическом кресле.

Маточный наконечник при помощи резиновой трубки через ртутный манометр соединяется с резиновым баллоном и вся система обязательно проверяется. После соответствующего туалета наружных половых частей в зеркалах обнажается влагалищная часть шейки матки и тщательно дезинфицируется спиртом. После этого под контролем зрения переднюю губу шейки захватывают тангенциально (не прокалывая ее насквозь) пулевыми щипцами несколько выше наружного зева (рис. 81). Теперь пулевые щипцы берут в левую руку, а правой рукой осторожно, учитывая положение матки, вводят маточный наконечник так, чтобы его резиновый конус по возможности герметически замыкал наружное отверстие цервикального канала. Наконечник вводят в матку, не расширяя предварительно шейки, для того чтобы не поранить слизистую оболочку, в результате чего воздух мог бы проникнуть в кровеносные сосуды и повести к воздушной эмболии.

Если имеются значительные разрывы шейки, полезно захватывать пулевыми щипцами переднюю и заднюю губы маточного зева; после введения в матку наконечника пулевые щипцы перекрещиваются для того, чтобы более надежно замкнуть вокруг наконечника отверстие цервикального канала и не дать воздуху выходить обратно мимо наконечника.

Затем начинают медленно нагнетать в систему воздух, наблюдая за подъемом ртутного столба (рис. 82). Заключение о проходимости или непроходимости фаллопиевых труб мы делаем на основании суммы субъективных и объективных данных: аускультации, падения давления в манометре, френикус-симптома, боли. При отсутствии ассистента аускультировать можно самому при помощи фонэндоскопа, который больная придерживает рукой внизу живота.

Нужно заметить, что при неполном замыкании наружного маточного зева воздух из матки может выходить во влагалище мимо резинового конуса канюли, симулируя характерный звук, что может послужить источником ошибок для мало опытного врача. Поэтому нужно помнить, что обратное выхождение воздуха обычно сопровождается легким шипением и появлением вокруг шейки и наконечника заметных на глаз мелких пенящихся пузырьков. При введении воздуха в матку и трубы необходимо соблюдать безукоризненную асептику, как и при всякой внутриматочной манипуляции.

Из технических погрешностей, могущих вызвать осложнение, укажем на чрезмерно высокое давление и форсированное толчкообразное нагнетание воздуха. Давление свыше 150—180 мм ртутного столба опасно; форсированное введение воздуха при высоком давлении может повлечь за собой не только спазм труб и вследствие этого ошибку в диагностике, но и тяжелые осложнения, как, например, разрыв сактосальпинкса, что не раз описывалось в литературе.

Продувание труб мы производим как у стационарных больных, так и у амбулаторных; при отрицательном результате мы отпускаем больную домой через 30—40 минут, а при проходимых трубах она остается под наблюдением на про-

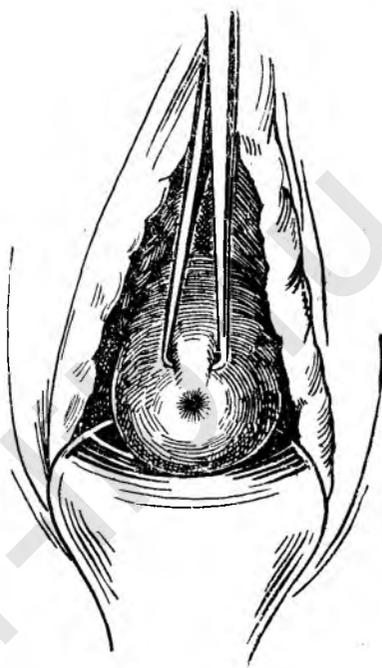


Рис. 81. Передняя губа маточного зева захватывается пулевыми щипцами тангенциально.

тяжени 1—2—3 часов, смотря по самочувствию и состоянию. Дома больная должна оставаться в постели до следующего дня.

При продувании труб возможен ряд осложнений. В первую очередь здесь следует упомянуть о воздушной эмболии. Такие случаи, окончившиеся выздоровлением, описаны Энгельманом, Шалленом (Schallen), Чертоком, Мансфельд и Дюдитс (Mansfeld, Dudits) описали один случай, окончившийся смертью;

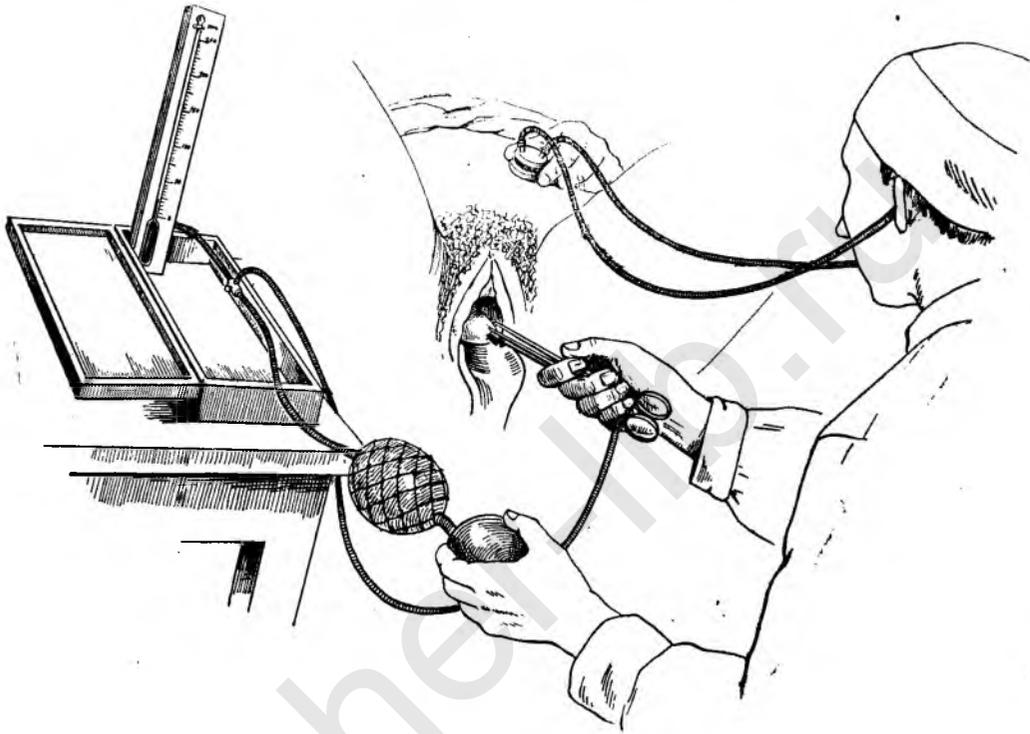


Рис. 82. Продувание труб по М. Н. Побединскому без помощи ассистента. Пулевые щипцы, фиксирующие шейку матки и введенный в матку наконечник, врач держит в одной руке; в другой руке резиновый баллон: фонэндоскоп удерживает на животе сама женщина.

Штеккель тоже потерял одну больную (Фроммольт—Frommolt). Мандельштам на своем материале наблюдал 3 случая возникновения гнойного воспаления придатков после продувания. Впрочем, последующая серия в 1 200 случаев не дала ему ни одного осложнения. Побединский на 5 000 случаев продувания имел 25 раз те или иные осложнения. В большинстве этих случаев причиной были сначала неопытность исследующего и несоблюдение им всех мер предосторожности. Мы, как и другие авторы, неоднократно наблюдали случаи острого воспаления внутренних половых органов после пертубаций, произведенных даже весьма опытными гинекологами.

Менх опубликовал случай смерти, наступившей, вследствие перфорации трубы в спаянную с ней кишечную петлю, при применении давления во время продувания в 200 мм. Все это заставляет быть особенно осторожным в отборе случаев для пертубации.

Бонне (Bonnet) при продувании углекислотой на 132 случая не имел ни одного осложнения, хотя продувание было произведено двукратно у 123, а у нескольких больных даже 7 раз, тогда как при введении липоидола на 132 случая было 6 случаев легкого раздражения брюшины, 3 случая тазовых абсцессов, потребовавших хирургического вмешательства.

Некоторые авторы считают, что внутритрубные манипуляции способствуют

возникновению внематочной беременности. В случае Сердюкова у больной после длительного бесплодия через 6 месяцев после продувания наступила внематочная беременность. В литературе имеется уже большой материал, подтверждающий, что при помощи пертубации можно сделать трубы вновь проходимыми; при учете большого числа больных в 10% случаев наблюдалось наступление беременности. Вероятно, в этих случаях имелось поверхностное слипание слизистой трубы или смещения и перегибы труб вследствие наличия спаек (Графф).

Среди 500 случаев пертубации, давшей положительные результаты, Мандельштам имел сведения о дальнейшей судьбе 98 женщин, из которых 61 впоследствии забеременела. У четырех из них беременность наступила тотчас после продувания, у пяти—через 2 месяца, у трех—через 3 месяца, у остальных—через 4 месяца—2½ года. Кроме того, беременность наступила у двух женщин, у которых пертубация обнаружила непроходимость труб. Гепперт (Gerpert), собрал в американской литературе 30 случаев беременности в результате терапевтического действия продувания труб.

В своей статистике, опубликованной в 1932 г., Рубен на 2 273 продувания, сделанных по поводу бесплодия, в 398 случаях (17,7%) наблюдал наступление беременности. Но если исключить те случаи, когда трубы были совершенно непроходимы, то наступление беременности отмечено в 24,57%, т. е. каждая четвертая женщина, у которой трубы не были абсолютно непроходимы, забеременела. В 1935 г. у Рубен имелось более 500 случаев наступления беременности после продувания.

По данным Шороховой, из 243 бесплодных беременностей после продувания труб наступила у 9 женщин, закончившись в 8 случаях срочными родами и в 1 случае внематочной беременностью.

Противопоказаниями для продувания труб являются: острые и подострые воспалительные процессы тазовых органов, маточные кровотечения, подозрение на маточную и внематочную беременность, предменструальный, менструальный и постменструальный периоды, гнойные выделения из половых органов при наличии ускоренной реакции оседания эритроцитов, повышенного лейкоцитоза или положительной реакции Борде-Жангу, а также явного утолщения фаллопиевых труб. Поэтому перед продуванием труб необходимо, кроме гинекологического исследования, произвести тщательное исследование выделений из влагалища и цервикального канала (иногда и уретры), а также определить реакцию оседания эритроцитов. При ускорении реакции оседания эритроцитов (выше 12—15 мм в час по Панченкову), при наличии в мазках гнойных клеток или влажной флоры, соответствующей 3-й или 4-й степени чистоты, продувание производить не следует. Весьма важным противопоказанием к продуванию труб является бывшая недавно вспышка или обострение воспалительного процесса в тазу. Поэтому большое значение при решении вопроса о применении продувания мы придаем анамнезу; если, согласно анамнезу или нашим собственным наблюдениям, обострение процесса имело место всего лишь несколько недель или месяцев назад, то, несмотря на нормальную реакцию оседания эритроцитов и наличие в мазках картины, соответствующей 1-й или 2-й степени чистоты, возникает большое сомнение в безопасности продувания. В подобных случаях мы считаем продувание возможным только тогда, когда больная после обострения проделала курс интенсивного рассасывающего лечения, если оно не вызвало у нее новой вспышки заболевания. Если такого лечения предварительно не было проведено, мы его обязательно проводим и только после этого назначаем продувание. Противопоказанием для продувания труб является также пuerперальный период, пороки сердца, *st. thymico-lymphaticus*. Только при строгом учете всех противопоказаний, при правильном выборе случаев для продувания и правильной его технике метод заслуживает широкого применения.

Несмотря на богатый опыт, упрощение и усовершенствование методики, все же указания на диагностические ошибки встречаются в литературе и в настоящее время.

Непроходимость труб может быть ошибочно диагностирована, если пертубация производится незадолго до менструации. Рубен наилучшим моментом для продувания считает период с 10-го по 16-й день, считая от 1-го дня менструации. Точно так же, вследствие набухания слизистой в интрамуральной части, труба может оказаться непроходимой для воздуха при ретрофлексии матки, сопровождающейся застойными явлениями; после же выведения матки в нормальное положение при вторичной пертубации трубы оказываются проходимыми. Но такие ошибки легко избежать, если источник их известен.

Диагностические ошибки могут встретиться также при получении положительных симптомов проходимости труб. Так, акустический феномен—шум прохождения струи воздуха или своего рода булькание—может получиться тогда, когда воздух через узкую трубку, каковую представляет собой интрамуральная часть трубы, проникает в ее растянутую, запаянную у фимбриального конца часть и превращает ее в пневмосальпинкс. В наполненном жидкостью мешке, в который превращается запаянная труба, поступление струи воздуха может вызвать феномен булькания: это будет служить доказательством того, что воздух из матки проник в трубу, но это еще не значит, что воздух прошел в брюшную полость и что фаллопиева труба проходима. Диагностические ошибки, обнаружившиеся при последовавшей за пертубацией лапаротомии, опубликованы рядом авторов (Черток, Поль, Гофман—Hoffmann, Кюстнер и др.).

Отсутствие акустического феномена при пертубации также не служит абсолютным доказательством непроходимости. Отсутствие этого феномена может наблюдаться при извитой интрамуральной части фаллопиевой трубы, пропускающей небольшое количество воздуха лишь под небольшим давлением; если давление увеличивается, то в этой извитой части трубы образуется перегиб, который не пропускает больше воздуха. Вследствие этого получается впечатление непроходимости трубы, в то время как в действительности она проходима. Появление на следующий день у испытуемых френикус-симптома служит этому подтверждением. Особенно убеждают в этом 2 случая Мандельштама, в которых затем наступила беременность.

Падение первоначально повышенного давления в манометре при пертубации также не служит абсолютным доказательством проходимости труб. Во-первых, при неправильной технике воздух может просочиться мимо маточного катетера обратно во влагалище; во-вторых, воздух может проникнуть в закрытую у фимбриального конца фаллопиеву трубу и вызвать образование пневмосальпинкса, что также поведет к падению давления в манометре.

По данным Рубена, при непроходимости труб у больных во время введения воздуха появляются боли, локализующиеся в области матки, если воздух не проникает в трубы, и в пахах, когда воздух наполняет запаянные у фимбриального конца трубы. Боль является следствием растяжения в участке, прилегающем к атрезированной части. Во избежание указанных ошибок Рубен просвечивает после пертубации больную в вертикальном положении, чтобы обнаружить под куполом диафрагмы проникший в брюшную полость воздух. Более простым и доступным методом проверки правильности положительного акустического симптома в сомнительных случаях является двуручное исследование, произведенное тотчас после пертубации и обнаруживающее появление опухоли в области трубы, если она при закрытии фимбриального конца превратилась в пневмосальпинкс. Но такое исследование надо производить очень осторожно, чтобы не вызвать разрыва пневмосальпинкса и опорожнения его в брюшную полость.

Весьма надежным симптомом проходимости труб является так называемый френикус-симптом, возникающий после того как женщина встает или на следующий день и характеризующийся болью в подреберье, которая распространяется к лопаткам и отдает в плечо, особенно в правое. Френикус-симптом может быть резко выражен, особенно, если введено большое количество воздуха. Мандельштам наблюдал 2 случая, когда явления френикус-симптома были так резко выражены, что больные почти теряли сознание; явления

стихли, как только больные вновь приняли горизонтальное положение. Френикус-симптом может не появиться при проходимости труб, если испытываемая остается после пертубации в постели в течение нескольких часов или 1—2 дней (Мандельштам). Но он может быть положительным и в других случаях, например, при нарушенной внематочной беременности, при заболеваниях в области печени и диафрагмы. По Трауготт, положительный френикус-симптом может возникнуть не только вследствие непосредственного соприкосновения воздуха с диафрагмой, но и при наполнении воздухом одной лишь трубы. Впрочем, большинство авторов такую возможность отрицает.

Таким образом, с уверенностью диагностировать непроходимость труб можно лишь тогда, когда при пертубации произведенной *lege artis*, мы получаем несколько положительных симптомов, а именно: 1) падение давления в манометре во время производства пертубации после первоначального подъема, который не должен превышать 150—180 мм ртутного столба; 2) появление характерного шума или бульканья, производимых струей воздуха, проникшего в брюшную полость, и 3) появление френикус-симптома. В неясных случаях необходимо после продувания произвести просвечивание или осторожное двучное исследование.

Если симптомы, полученные при продувании, не ясны, то за ответом больная должна явиться на следующий день, когда еще возможно появление френикус-симптома, говорящего за проходимость.

Можно ли производить пертубацию только на стационарных больных или этот метод можно применять и в амбулаторных условиях?

Не подлежит сомнению, что производить продувание труб в гинекологическом стационаре—гораздо осторожнее: здесь легче соблюсти все необходимые правила асептики, обеспечить наблюдение за испытываемой и необходимую помощь в случае возникновения у нее осложнения. Но возводить это положение в общее правило нельзя, так как усовершенствование способа и имеющийся большой опыт позволяют применять его, не вызывая осложнений, в поликлинических или амбулаторных условиях. При амбулаторном применении метода необходимо оставить больную под наблюдением в течение 2—3 часов.

Если все же возможны осложнения и от этого метода, связанные с некоторой небрежностью в асептике, с последующими движениями пациентки, то не исключена возможность чрезмерного растяжения стенки трубы с явлениями раздражения брюшины, а равно и возможность проталкивания содержимого труб в брюшную полость; поэтому мы не рекомендуем широко применять этот метод в амбулаторной обстановке.

Диагностическое значение метода продувания суживается вследствие того, что в случае непроходимости труб невозможно определить место зарращения, а при относительной проходимости—место сужения. Может возникнуть даже затруднение при попытке определить, какая труба проходима, а какая запаяна.

Метросальпингография. Конкурирующим с продуванием, а для многих случаев дополняющим его методом является метод метросальпингографии, заключающийся в том, что через матку вводится в трубы контрастное вещество, дающее на рентгеновском снимке тень. На рентгеновском экране можно при проходимости труб наблюдать как жидкость, наполняя постепенно матку и трубы, стекает в брюшную полость.

С введением контрастных масс при одновременном усовершенствовании техники рентгеновского снимка (букибленда, мощные трубки) гинекологическая клиника получила в рентгенографии ценнейший метод исследования анатомо-топографических и некоторых функциональных особенностей внутренних женских половых органов (матки и труб).

В качестве контрастной массы в гинекологической практике применяют маслянистые контрастные вещества.

Маслянистые растворы—*Lipiodol-Lafay*—органическое соединение иода с маковым маслом (20%); *Jodipin*—органическое соединение иода с сезамо-

вым маслом (40%)—проникают во внутренние гениталии медленнее и как тягучая масса, несомненно, нежнее, чем ранее применявшиеся вещества.

Возможность проталкивания инфекционного начала через трубы в брюшную полость здесь значительно меньше, чем при других средствах. Возможность эмболии также значительно меньше, чем при введении, например, жидкости и газа. Считают даже, что при том небольшом количестве маслянистого вещества (4—6 см³), которое обычно вводится для диагностических целей, жировая эмболия практически невозможна. Французские авторы пробовали вводить до 4 см³ липиодола непосредственно в кровеносные сосуды и не получали эмболии.

Слизистую оболочку матки, труб и брюшину маслянистые контрастные вещества почти не раздражают или если раздражают, то очень мало. О влиянии липиодола и иодипина на слизистую оболочку внутренних гениталий и на брюшину имеется ряд работ советских и иностранных авторов (Григорьева, Морозова и Сердюкова, Эйслер и Шнейдер и некоторые другие). Результаты гистологических исследований как вскоре после введения липиодола, так и спустя более или менее длительные сроки не обнаружили каких-либо признаков раздражения слизистой оболочки и брюшины. Брюшина прекрасно переносит даже большие количества иодипина и липиодола.

К настоящему моменту и советские (Рейнберг и Арнштам, Одишария и Закржевский, Лейбов и Гольдштейн, Побединский, Каплан и др.) и иностранные (Котт, Бертран, Винтц, Дирофф, Наммахер—Nahmacher, Эйслер и Шнейдер, Беклар и др.) специалисты, пользовавшиеся и пользующиеся в гинекологической рентгенодиагностике упомянутыми контрастными средствами, считают, что метросальпингография, проводимая с соблюдением надлежащей асептики при правильном отборе случаев с предварительным клиническим и лабораторным обследованием (влагиаличная флора, реакция оседания эритроцитов¹), является безвредной и вполне допустимой в гинекологической практике.

Многие высказываются даже за возможность широкого применения метросальпингографии и в условиях амбулаторно-поликлинической практики (Басман, Петровский, Гольдштейн и Лейбов и др.). Такое отношение к методу основано на прекрасных результатах многих тысяч метросальпингографий, проведенных и прослеженных в стационарах.

Противопоказанием должны служить-малейшие симптомы воспаления: боли, бели, эрозия и пр. Из числа 150 бесплодных автором подвергнуты зондированию 85.

Автор считает, что после зондирования женщины, страдавшие первичным бесплодием в течение 2—3 лет, беременеют в 27,5—33,3%. Так как Нюренберг считает, что 6% стерильных беременеют после 3 лет без всякого лечения, то свой средний процент (28) автор считает удовлетворительным.

Согласно исследованиям Полонского и Речменского, определявших рН влагиаличного секрета при конической шейке, концентрация водородных ионов при последней оказывалась повышенной против нормы, что авторы ставят в связь с уменьшением количества щелочного секрета, поступавшего из матки во влагиалище через суженный канал. После дисцизии, облегчающей поступление секрета из матки во влагиалище, наблюдалась меньшая кислотность влагиаличного секрета. Этим авторы до некоторой степени объясняют благоприятное влияние дисцизии на устранение бесплодия при конической шейке.

Из применяемых некровяных способов расширения цервикального канала можно еще упомянуть о способе Фелинга, который не довольствуется однократным расширением цервикального канала, а вставляет в него на 3 дня небольшую стеклянную трубочку с отверстиями; в течение этого времени матка промывается через эту трубочку дезинфицирующим раствором. После извлечения трубочки матку промывают 1% раствором формалина для того, чтобы дублированием слизистой матки уменьшить ее секрецию. Метод с паузами повторяется еще 2—3 раза. Шмидт (Schmidt) из клиники Франке (Franque) сообщает об успехе от применения метода Фелинга у 32 бесплодных женщин в 35,5%. Нассауэр, предложивший для этой же цели специальный инструмент «Fruktolett» и применивший его в 120 случаях, получил 11 раз успешные результаты. Несмотря на некоторые благоприятные отзывы, описанный метод длительного раскрытия цервикального канала чреват опасностями, так как открывает путь для восхождения инфекции из влагиалища в полость матки. Мы также

¹ Гольдштейн и Лейбов считают необходимым у каждой исследуемой производить реакцию Борде-Жангу с гоноантигеном.

относимся отрицательно к методу расширения цервикального канала при помощи палочек ляминарии; они закупоривают шейку и приводят к задержке в матке ее секрета со всеми вытекающими отсюда опасными последствиями.

Ряд авторов (Котт, Берtrand, Беклэр, Савельева и Малиновская и др.) рассматривает введение липиодола и иодирина как терапевтическое мероприятие. Иногда после метросальпингографии наблюдалось наступление беременности, что объясняется, повидимому, как рассасывающим действием препарата иода, так отчасти и механическим воздействием контрастной массы.

Прежде чем приступить к метросальпингографии, необходимо, чтобы в подлежащем обследованию случае были исключены все противопоказания.

Противопоказаниями к обычной метросальпингографии служат: наличие острых и подострых воспалений в любом участке женской половой сферы, высокая реакция оседания эритроцитов (выше 10—12 мм по Панченкову), обильные, особенно гнойные, выделения из влагалища и шейки, обильная флора влагалища, подозреваемое или заведомо известное наличие субмукозных новообразований (полипы, миомы), значительные эрозии шейки, наличие беременности, предстоящая вскоре или только что окончившаяся менструация (наилучшим моментом является межменструальный период—через 8—12 дней после окончания менструации).

Желательно, чтобы накануне больная приняла слабительное, а в день манипуляции за 1—1½ часа до метросальпингографии была поставлена очистительная клизма и произведен обычный туалет наружных половых органов; за полчаса рекомендуется ввести свечу с белладонной. Иногда предварительно одновременно с туалетом наружных половых органов спринцуются содовым раствором влагалище. Беклэр рекомендует применять свечи с белладонной: одну—за полчаса, а другую—за 5 минут до начала исследований.

Больная лежит на краю стола в положении для гинекологического исследования с приподнятыми и раздвинутыми бедрами, фиксируемыми ногодержателями. При отсутствии ногодержателей разведенные бедра больной горизонтально выдвинуты вперед, а голени опущены вниз и ступнями опираются на поставленные спереди по бокам стола достаточно высокие табуретки. Мы предпочитаем последнее положение, так как оно спокойнее для больной, удобнее для дезинфекции, для введения контрастного вещества и последующего производства снимка.

Принявшей указанное положение женщине вводят во влагалище нижнее и верхнее зеркала и под контролем глаза дезинфицируют влагалище тупфером, смоченным в спирту; оставив тупфер во влагалище, вынимают зеркала продолжают протирать переднюю и заднюю стенки влагалища, как это делается перед влагалищной операцией.

Затем центрируют трубку на нижнюю половину живота ближе к симфизу, проверяют трубку и измерительные приборы¹ и имеют наготове две заряженные кассеты размером 18×24 см или 24×30 см.

Предварительно подогрев в горячей воде липиодол² приблизительно до температуры тела, набирают его в 5-граммовый шприц Рекорда (нас такой шприц вполне удовлетворяет, так как в среднем обычно приходится вводить липиодола до 5 см³, не более), надевают наконечник брауновского шприца и, проверив его проходимость надавливанием поршня до появления капли липиодола, кладут готовый шприц на столик, покрытый стерильной салфеткой. Под больную кладут заряженную кассету, край которой соответствует верхушке крестца.

Некоторые (Гольдштейн и Лейбов) пользуются специально приготовленным для этих целей наконечником—катетером, в нижней своей трети сделанным из

¹ При обычной трубке Кулиджа условия снимка таковы: 60 KV; 30 mA; 2 сек.

² Следует обратить внимание на качество липиодола. Липиодол должен быть прозрачным, если же он имеет темную окраску, это объясняется выпадением иода из раствора, и тогда его не следует применять.

гнувшегося олова (Лейбов). Такому катетеру можно придать любой изгиб в зависимости от положения матки, что и является его преимуществом. По катетеру скользит металлический, выточенный из алюминия конус, который особым винтом может быть закреплен в любом месте катетера.

Некоторые надевают на катетер своего рода закупоривающий матку штифт или пробку; Бекклэр пользуется обтураторами двух видов: обтуратором с оливообразным расширением на верхушке наконечника (рис. 83), вводимого до внутреннего зева, закупоривающим зев и обтуратором конусообразным расширением, закупоривающим отверстие наружного зева матки; наиболее распро-

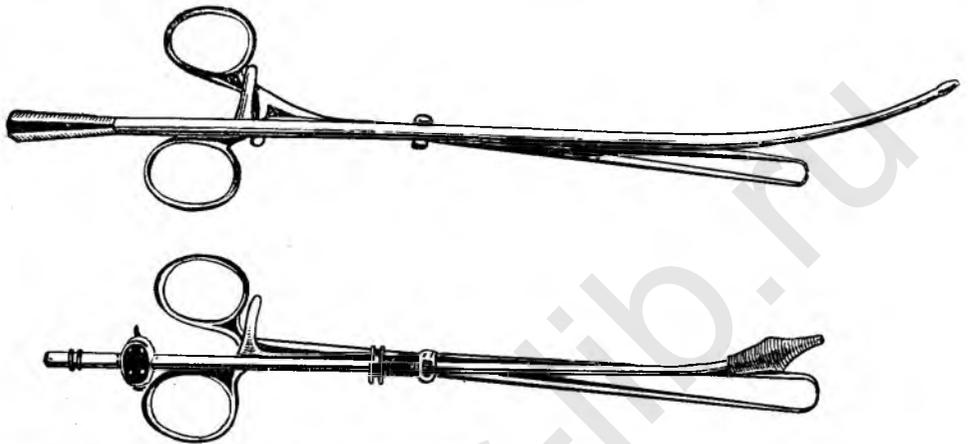


Рис. 83. Инструментарий, применяемый Бекклэром для метросальпингографии. Вверху—мягкий резиновый зонд, имеющий на конце оливообразное утолщение, соединяется с пулевыми щипцами, фиксирующими шейку; закрытие цервикального канала происходит у внутреннего зева. Внизу—зонд для нормальной шейки; закрытие цервикального канала происходит у наружного зева.

странен конусообразный резиновый наконечник, как у спринцовки Тарновского, надетый на катетер. Такие наконечники особенно рекомендуются для тех случаев, где сальпингография производится при развороченном или рваном наружном зеве; в обычных случаях с хорошей шейкой в таком наконечнике нет необходимости.

Сперва вводится стерильное нижнее, а если необходимо, то и верхнее зеркало; обнажается влагалищная часть матки, наружный зев протирается спиртом и на переднюю и заднюю губы накладывают пулевые щипцы.

Определив путем предварительного подробного клинического обследования положение и величину матки и ориентируясь в направлении канала и полости, вводят в шеечный канал за внутренний зев наконечник, надетый на шприц.

Некоторые сначала вводят наконечник, а затем надевают шприц.

Наконечник осторожно продвигают вверх к дну полости матки; при этом следует помнить, что сильно надавливать наконечником на стенку матки нежелательно ввиду того, что на подобное раздражение матка реагирует сокращением, что в свою очередь ведет к выталкиванию вводимого контрастного вещества.

Коснувшись дна, отступают на 1—1½ см обратно, охватывают наконечник перекрестом пулевых щипцов и вынимают нижнее зеркало.

Медленно, слегка надавливая на поршень, вводят в матку контрастное вещество¹. Обычно после введения уже 2 см³ вещества дальнейшее продвижение

¹ Бекклэр для контроля за давлением пользуется манометром, прикрепленным к шприцу у места соединения его с наконечником; максимальное давление может быть доведено до 30 см³ ртутного столба.

поршня становится затруднительным. В случаях с непроходимостью труб при дальнейшем продвижении поршня больная отмечает тупую боль в одной или обеих паховых областях, что вызывается растяжением стенок трубы и вместе с тем сигнализирует об осторожности при дальнейшем введении контрастной массы.

Следует отметить, что болевые ощущения и реакция на них со стороны больной связаны, наряду с непроходимостью, с перистальтическими сокращениями труб, с сокращением растягивающейся матки.

Если попытки дальнейшего введения контрастной массы продолжают вызывать болевые ощущения, введение прекращается и производится снимок.

Мы производим снимок, не вынимая наконечника, причем придерживаем поршень; другие, наоборот, вынимают наконечник, оставляя лишь пулевые щипцы.

Больная остается в прежнем положении, и через 10—15 минут после первого снимка мы производим второй — контрольный. Некоторые выжидают 15—30 минут, а другие делают три снимка с промежутками в 10—15—25 минут.

Контрольные снимки необходимы, так как возможен спазм трубы в истмической части, который в дальнейшем может исчезнуть, и липиодол проникнет в трубу.

Сделав последний снимок, снимают пулевые щипцы. Обычно в этот момент из матки выливается часть контрастной массы; особенно часто это происходит при почти полной непроходимости фаллопиевых труб. Одновременно с выхождением липиодола из матки больная отмечает прекращение болей, вызывавшихся растяжением полости матки.

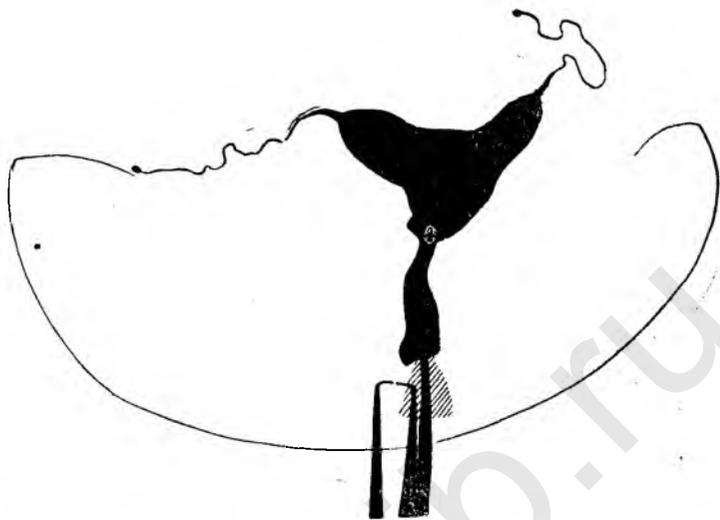


Рис. 84. Метросальпингография. Обе трубы проходимы.



Рис. 85. Контрастное вещество легко прошло через обе трубы и немедленно и широко распространилось в области тазовой брюшины. Полная двусторонняя проходимость с несомненностью установлена при первом исследовании.

После этого больная укладывается в постель, и если в течение по крайней мере 3 часов самочувствие больной остается хорошим и никаких жалоб от больной не поступает,—можно, если это амбулаторная больная, отпустить ее домой, конечно, лучше в сопровождении кого-либо. Дома больная должна непременно лежать до следующего дня. На другой день, т. е. через 24 часа, мы в неясных случаях производим еще один снимок.



Рис. 86. Контрастное вещество быстро прошло в обе трубы и проникло в область брюшины малого таза, особенно слева. Пройдимость левой трубы не внушает сомнения. Справа наличие большого правильной формы пятна вызывает предположение о гидросальпинксе. Необходимо контрольное исследование через 24 часа.



Рис. 87. Контрольный снимок случая, изображенного на рис. 86, произведенный через 24 часа, доказывает двустороннюю проходимость труб: пятно, вызывавшее подозрение на гидросальпинкс, исчезло.

го заполняется область дна матки, затем вся матка полностью и только после этого трубы; шейный канал только в том случае заполняется, если трубы не проходимы.

От трубных углов в основании матки тянутся в обе стороны тонкие, слегка извивающиеся нитевидные тени, в наружном конце чуть расширяющиеся и этим расширенным концом опускающиеся книзу,—это канал трубы с ампулой в конце.

Проверяя на экране заполняемость матки и труб контрастной массой, можно наблюдать перистальтические движения труб. Тотчас у места отхождения трубы от матки отмечается нередко тоненький перехват—как бы отшнуровка

Некоторые считают это обязательным для всех случаев, в которых констатируется непроходимость фаллопиевых труб.

В нормальных случаях рентгенограмма при метросальпингографии представляет следующую картину. В центре малого таза (незначительные отклонения вправо или влево от центра считаются в пределах нормы)—резко ограниченная треугольная тень. Основание треугольника расположено сверху—это контуры дна полости матки. Все три стороны треугольника вогнуты внутрь (рис. 84). Трубные отверстия начинаются по краям основания треугольника; вершина треугольника внизу—это отверстие внутреннего зева, от которого к низу идет шейный канал.

Шульце, проверяя на экране заполняемость матки липидолом, отмечает, что прежде всего

трубного канала—это предполагаемый сфинктер фаллопиевой трубы (Рейнберг и Арнштам).

При полной проходимости фаллопиевых труб обнаруживаются отдельные пятна контрастного вещества и внутретыбы в полости малого таза (рис. 85). Такова картина нормальной матки и нормальных фаллопиевых труб.

Сальпингография точно устанавливает проходимость фаллопиевых труб; при этом могут быть проходимы обе трубы (двусторонняя полная проходимость), причем, если просвет канала трубы нормальный, без сплошного или частичного сужения, эта проходимость получается на снимке тотчас же после введения контрастного вещества (рис. 86 и 87), там же, где просвет канала сужен, проходимость может быть констатирована лишь на контрольном снимке (рис. 88 и 89). Последнее обстоятельство является весьма существенным и требует очень осторожного подхода к быстрому заключению о непроходимости фаллопиевых труб. Необходимо отметить, что иногда при сужении просвета фаллопиевых труб даже через 24 часа на контрольном снимке невидна проходимость—она появляется лишь позднее.

Мы можем встретиться с односторонней и двусторонней непроходимостью, с частичной и полной облитерацией просвета трубы.

Наряду с этим при частичной непроходимости с помощью сальпингографии мы устанавливаем и место—начала непроходимости. Указанное обстоятельство, помимо простой ориентации, иногда является решающим для применения оперативного пособия в виде сальпингостомии, дающей некоторые шансы на возможность наступления беременности.

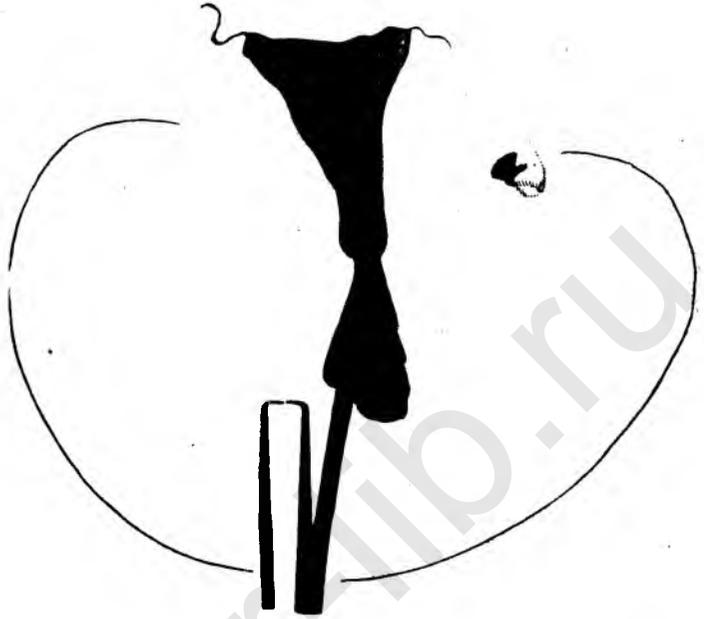


Рис. 88. Наполнение контрастным веществом труб происходит медленно, с трудом и под высоким давлением. Трубы едва наполнены и, если бы не было контрольного снимка через 24 часа (см. рис. 89), можно было бы предположить закрытие труб у ампулярного конца.



Рис. 89. Контрольный снимок случая, изображенного на рис. 88, показывает, что трубы проходимы, но в значительно меньшей степени, чем нормально.

При двусторонней полной непроходимости сальпингография—начальная и контрольная—дает картину заполнения липидолом полости матки, а иногда и канала шейки; нет никаких намеков на существование каналов фаллопиевых труб.

При односторонней полной непроходимости мы получаем отсутствие тени трубного просвета на соответствующей стороне (рис. 90) и наличие трубного просвета на другой стороне.



Рис. 90. Контрастное вещество легко прошло через правую трубу. Слева труба не проходима (только несколько капель контрастного вещества проникло в начальную часть левой трубы).

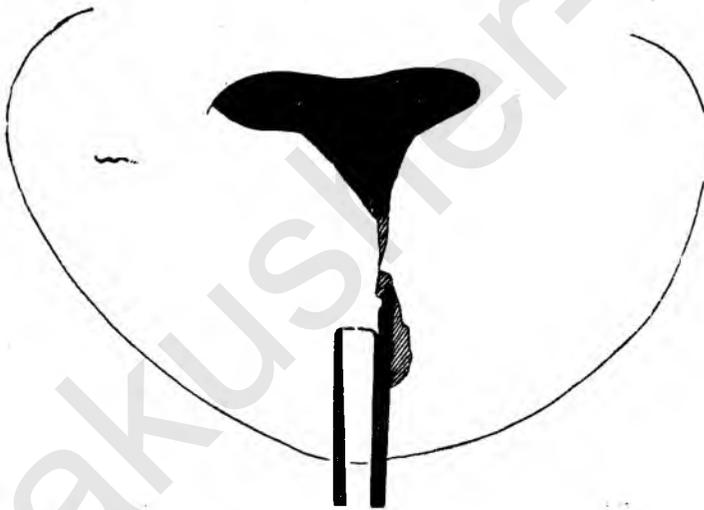


Рис. 91. Полость матки нормальна. Левая труба не проходима на всем своем протяжении. Справа тонкая струйка контрастного вещества проникла до конца трубы; фимбриальный конец правой трубы запаян, просвет ее резко сужен.

При частичной непроходимости фаллопиевых труб с одной или с обеих сторон мы можем встретиться с несколькими вариантами: непроходимость начинается с истмической части; непроходимость начинается лишь с ампулярной части, при этом облитерация может быть в начале ампулярной части, либо вся ампула проходима, но запаяны фимбри. В последнем случае мы имеем тень на протяжении всего трубного канала и несколько расширенный, как бы раздутый, ампулярный конец. И здесь могут иметь место случаи с нормальным просветом канала (рис. 91), и с суженным (рис. 92).

Таким образом, сальпингография позволяет определить место непроходимости и состояние просвета труб и решать вопрос о возможности и целесообразности оперативного вмешательства.

Прибегать к оперативному вмешательству рекомендуется после одной, а то и двух повторных метросальпингографий с промежутком не меньше 2 месяцев. Такая осторожность вызывается тем, что иногда непроходимость при первой метросальпингографии исчезает и восстанавливается проходимость. Это послужило основанием для некоторых врачей считать метросальпингографию и лечебным фактором (Беклэр, Гейзер, Савельева, Побединский и др.). Шульце отмечает наступление беременности после введения липидола в 13% случаев.

Второе обстоятельство, которое надлежит помнить,—это не отождествлять анатомо-топографическую проходимость с функциональной. Просвет трубы, полностью проходимый для липиодола или иного контрастного вещества, не всегда гарантирует возможность продвижения яйцеклетки. Если нарушена перистальтическая функция трубы или если поврежден мерцательный эпителий слизистой канала трубы, то даже при проходимой трубе нормальное продвижение яйца затруднено.

Если наличие перистальтических сокращений фаллопиевых труб еще возможно проверить при этом методе на экране, то выявить состояние мерцательного эпителия мы, к сожалению, пока еще не можем.

Таким образом, для определения функционального состояния фаллопиевых труб мы имеем возможность в настоящее время пользоваться двумя методами: продуванием фаллопиевых труб и метросальпингографией.

Для выяснения преимуществ того или другого метода Бонне исследовал 132 женщин обоими методами. В 115 случаях результаты совпали: 92 случая полной непроходимости и 23 случая стеноза; в 9 случаях продувание углекислотой дало отрицательный результат, тогда как метросальпингография обнаружила проходимость, правда, при применении высокого давления. В 8 случаях, когда при помощи липиодола была установлена непроходимость, при продувании трубы оказались проходими.

Бонне предпочитает метод продувания, так как он может быть повторен несколько раз в течение одного и того же сеанса.

Таким образом, как мы уже указывали выше, метросальпингография является методом, не только конкурирующим с продуванием, но во многих случаях и дополняющим его. Но в то время как продувание является методом, доступным для каждого гинеколога, метросальпингография требует наличия рентгеновской аппаратуры и опыта в рентгеновской технике.

Способ Отта. Д. Отт, считая метод продувания фаллопиевых труб небезопасным главным образом ввиду возможности внесения при этом в брюшную полость инфекции, предложил в 1925 г. другой способ определения проходимости труб. Основанием для него послужил метод, получивший признание в экспериментальной физиологии и послуживший доказательством существования токов, направленных из глубины через трубы в полость матки и влагалища. Так, если самке впрыснуть в брюшную полость киноварь, то через непродолжительное время частицы киновари обнаруживаются (микроскопически) в маточной шейке и влагалище, куда они проникли, благодаря мерцательному эпителию труб и матки.

Для определения проходимости фаллопиевых труб у женщины Отт прибегнул к впрыскиванию в брюшную полость через задний влагалищный свод (при сильно приподнятом тазе) 10 см³ стерилизованной жидкости, содержащей 10% мельчайшего порошка древесного угля; после промывания влагалища с целью удаления из него попавшей туда при впрыскивании эмульсии, к наружному зеву прикладывают небольшой тампон и все влагалище рыхло тампонируют. Через 5 часов марлю и тампон удаляют. Если трубы проходимы, то в слизи, имеющейся на поверхности тампона, приложенного к на-



Рис. 92. Матка недоразвита. Канал шейки одинаковой длины с телом матки. Обе трубы наполнены, фимбриальные концы их запаены.

ружному маточному зеву, можно при микроскопическом исследовании обнаружить частицы угля.

Практического применения метод Отта не получил, и мы упоминаем о нем лишь для полноты освещения вопроса.

МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ЖЕНСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Совершенно очевидно, что для успешной борьбы с женским бесплодием необходимы широкие общественные мероприятия, направленные к оздоровлению женщины (социальная гигиена женщины).

Особо нужно подчеркнуть значение общественной борьбы с венеризмом.

Соблюдение женщиной правил личной гигиены также является одним из важнейших звеньев сохранения здоровья и следовательно препятствующими наступлению бесплодия.

Правильная постановка лечебной помощи женскому населению страны, высокая квалификация медицинских кадров, борющихся с женской заболеваемостью, — то направление, в котором ведет работу советское здравоохранение и охрана материнства и младенчества как одно из его звеньев, — являются действенными факторами в борьбе с бесплодием.

ЛЕЧЕНИЕ

Переходя к методам лечения женского бесплодия, мы расположим их по возможности в том порядке, в каком будут обнаруживаться этиологические факторы бесплодия, выявляющиеся при последовательном гинекологическом и общем исследовании бесплодной женщины.

Лечение при механических препятствиях в области наружных половых органов

Лечение бесплодия в тех случаях, в которых имеется механическое препятствие, лежащее во входе во влагалище, как, например, атрезия, пороки развития, опухоли и пр., состоит в устранении этих препятствий оперативным путем.

При ригидности девственной плевы, нередко сочетающейся с вагинизмом, применяется растяжение гименального кольца пальцами под наркозом. Сначала в отверстие девственной плевы вводят один палец, затем второй палец той же руки. Сперва производят вращательные движения обоими сложенными пальцами, а затем раздвинутыми. Наконец, во влагалище вводят сначала один, а затем и второй палец другой руки. Таким образом, вход во влагалище расширяется четырьмя пальцами. Само собой разумеется, что такое расширение следует производить медленно и постепенно, чтобы не вызвать травматических повреждений.

Применяемое в этих случаях некоторыми гинекологами циркулярное иссечение девственной плевы с обшиванием раны непрерывным или узловатым швами дает, по нашему мнению, худшие результаты, чем растягивание гименального отверстия тупым путем, так как после иссечения девственной плевы образуется плотный рубец, который может так же препятствовать половому акту, как и ригидная девственная плева.

Полное отсутствие влагалища является абсолютным препятствием для нормального полового акта. Успехи оперативного лечения этой аномалии дают надежду, что при помощи операции можно будет при отсутствии влагалища, но при наличии матки создать не только условия для проведения нормального полового акта, но и обеспечить возможность зачатия.

Старые разрывы промежности, благоприятствующие вытеканию спермы из влагалища, при доказанной проходимости фаллопиевых труб должны быть зашиты. После восстановления промежности в этих случаях необходимо еще лечить бели, которыми часто страдают женщины с разрывами промежности. Полезно в этих случаях даже при отсутствии жалоб на бели назначать спринце-

вания с содой. Штеккель рекомендует применять влагалищные спринцевания с 2% раствором соды до полового акта. Они увеличивают щелочность влагалищного секрета и улучшают таким образом условия для жизнедеятельности сперматозоидов.

Лечение при инфантильном строении половых органов

Если вытекание спермы происходит на почве инфантильного строения половых органов (короткое узкое влагалище с уплощенными сводами, с недостаточно пружинящим входом во влагалище) или при небольших лишь повреждениях промежности, можно предотвратить вытекание спермы путем изменения обычного положения при половом акте. Наиболее радикальным в этом отношении является половой акт в коленно-грудном или коленно-локтевом положении женщины (*à la vache*) или, по крайней мере, принятие этого положения тотчас после акта.

По понятным причинам такое положение при половом акте является часто мало приемлемым.

Охотнее выполняется совет принять во время полового акта положение с приподнятым тазом, для чего женщина подкладывает себе под таз плотный круглый или клинообразный валик. Мягкая подушка непригодна для этой цели, так как под влиянием тяжести тела таз оказывается вскоре на одном уровне с остальным телом. Женщина должна оставаться с приподнятым тазом еще в течение некоторого времени после полового акта. Так как сперматозоидам, если они при половом акте не сразу попали в зияющий маточный зев рожавшей женщины, требуется для прохождения пути от заднего влагалищного свода к наружному маточному зеву около 10 минут, а при неблагоприятных условиях 15 минут и больше, то Штеккель советует женщине оставаться с приподнятым тазом после полового акта в течение получаса. Для того чтобы еще лучше задержать сперму во влагалище, женщина должна привести в сокращенное состояние мышцы входа во влагалище, промежности и тазового дна, что достигается зажиманием заднепроходного сфинктера и напряжением аддукторов бедер.

Не подлежит сомнению, что состояние шейки матки играет важную роль в возникновении беременности.

При разборе этиологических факторов женского бесплодия было уже указано значение конической шейки, нередко обнаруживаемой у бесплодных женщин.

Современный взгляд на узкую коническую шейку как на частичное проявление инфантильного состояния матки делает излишней всякую попытку применить на шейке те методы, лечения, которыми гинекологи в прежнее время так широко пользовались. Результаты применявшихся тогда зондирований, расширений, дисцизий и выскабливаний были далеко не блестящи, не говоря уже о случаях вспышки воспалительного процесса, зависевших либо от плохой техники и плохой асептики, либо от неправильного выбора случаев (воспалительные явления); успех наблюдался лишь в части случаев. Теперь, когда современные способы исследования труб ясно обнаружили преобладающее значение трубного бесплодия, причина неуспеха становится яснее. В известной части случаев после этих операций успех все же наблюдался. Некоторые из старых авторов получали после дисцизии шейки известный процент излечения бесплодия (Отт—25%, Хробак—до 50%). Объяснять этот успех одной лишь случайностью так же необоснованно, как и приписывать этим операциям ведущую роль в лечении бесплодия.

Штеккель является ярким защитником оперативного метода лечения бесплодия при инфантильном строении матки. Он в этих случаях производит двустороннюю дисцизию маточного зева, выскабливание матки, прижигание ее полости формалином; кроме того, он делает еще операцию Александер-Адамса, при помощи которой матка элевирруется (поднимается). Этим методом он доби-

вается получения открытого, как у рожавшей женщины, маточного зева, который теперь больше кзади; задний же свод становится более глубоким и лучше выполняет свою функцию в качестве *reserptaculum seminis*. При дисцизии вытекает иногда патологически увеличенное количество цервикального секрета. В иных случаях Штеккель достигал хороших результатов одним прижиганием полости матки формалином, в других ему приходилось прибегать еще и к выскабливанию. Штеккель сам признает, что многое здесь неясно, что это чистая эмпирия, но успешные результаты, полученные им в большом числе случаев, убеждают его в целесообразности такого метода.

Гиммельфарб применял аналогичную методику на материале в 300 случаев и получил в 25% случаев положительный результат.

Сравнительно редко прибегая в течение последних двух десятков лет к операциям на шейке при лечении бесплодия и производя для них тщательнейший отбор, мы также можем отметить в некоторых случаях полный успех. Дисцизию мы производим лишь в тех случаях, когда, кроме длительного бесплодия, молодая женщина жалуется на резко выраженные дисменорройные боли, когда исследование всего организма не обнаруживает патологических состояний, которые могли бы объяснить бесплодие (ожирение, дистиреоз и т. п.), когда гинекологическое исследование не обнаруживает воспалительных процессов, когда установлена проходимость труб и имеется налицо удлинненная коническая шейка. Дисцизию мы производим методом рассечения задней губы маточного зева, в результате чего путь для сперматозоидов от заднего свода до входа в матку укорачивается. Мы сопровождаем ее выскабливанием полости матки узкой кюреткой. Само собой разумеется, что сперма подвергается в каждом случае предварительному исследованию. Весьма возможно, что при этой операции имеет значение не столько расширение узкого канала, сколько устранение имеющейся в этих случаях слизистой пробки, которая герметически закупоривает цервикальный канал и тем препятствует проникновению сперматозоидов в матку (Кермаунер). Последнее объяснение ставит под сомнение физиологическое значение нормальной слизистой пробки.

Некоторые авторы видели благоприятные результаты от простого зондирования матки (Керер, Пфейльштикер и др.) и расширения цервикального канала дилататорами Гегара. Пфейльштикер объясняет это или устранением препятствия со стороны слизистой пробки или какой-нибудь складки слизистой, или тем, что зонд вводит в полость матки имеющиеся у наружного маточного зева сперматозоиды. Последнее объяснение представляется мало вероятным.

Мы видели иногда успех после зондирования и протирания цервикального канала при помощи ваты или марли на зонде, смоченной 2—5% раствором соды.

Ф. С. ван Тонжерен (F. C. van Tongeren) из Амстердама предлагает зондировать матку во всех случаях, когда половой акт проходит нормально и когда нет никаких данных, говорящих о полной невозможности зачатия. Он широко рекомендует это вмешательство при условии проведения его специалистом с соблюдением максимальной асептики.

Не останавливаясь здесь на технике зондирования и расширения цервикального канала некровавыми способами, подчеркнем только необходимость соблюдения при этих небольших вмешательствах той же осторожности и строжайшей асептики, как и при производстве самых больших операций. Эти правила необходимо, разумеется, соблюдать всегда и везде, но при лечении бесплодия всякое новое осложнение может явиться последним заключительным звеном в цепи неблагоприятствующих зачатия моментов и тем окончательно и на всю жизнь сделать женщину, жаждущую ребенка, бесплодной.

Лучшая ориентировка в причинах бесплодия, ставшая возможной благодаря современным методам исследования в гинекологии, особенно благодаря

введению в практику методов функциональной диагностики труб, и накопление опыта в лечении женского бесплодия говорят за то, что полипрагмазия, господствовавшая раньше и выражавшаяся преимущественно во всевозможных операциях на шейке, производимых часто без всякой критики и при одном лишь констатировании конической шейки, не должна иметь места в современной гинекологии.

Побединский на своем материале в 3 877 бесплодных с непроходимыми трубами имел 594 случая, подвергшихся различным операциям на шейке и матке до того, как была произведена проверка проходимости труб. Операции эти, конечно, не дали никакого эффекта.

Но нельзя обойти молчанием те благоприятные результаты, которые получаются в подходящих случаях при применении таких мероприятий, как зондирование матки, тупое расширение и кровавое рассечение цервикального канала при конической шейке. Относительно применения этих мероприятий мы можем рекомендовать ту линию поведения, которую мы несколько выше изложили. При этом еще раз подчеркиваем необходимость, перед тем как приступить к операции, убедиться в отсутствии препятствий к зачатию в вышележащих отделах полового аппарата или обусловленных конституциональными особенностями всего организма.

Кроме случаев гипоплазии и инфантилизма, ненормальное состояние шейки может служить источником бесплодия при фолликулярной гиперплазии и старых разрывах шейки, которые обычно остаются после тяжелых оперативных родов (вторичное бесплодие). При лечении этих изменений на шейке оперативным путем необходимо иметь в виду, что причиной бесплодия здесь часто является не только—или не столько—деформация шейки, сколько сопутствующие воспалительные явления.

Некоторые авторы к зондированию и расширению цервикального канала присоединяют еще и выскабливание полости матки, полагая, что оно может способствовать улучшению циклического процесса регенерации слизистой матки (Фрич, Штеккель, Энгельман). Несомненно, что в некоторых случаях, как отмечает А. Майер, такое выскабливание может совершенно неожиданно обнаружить неясную до того причину бесплодия, как; например, туберкулезное поражение слизистой матки. С другой стороны, возможно, что выскабливание, производимое при гипоплазии матки, может оказать стимулирующее влияние на рост, развитие и функцию самой матки. Необходимо при этом добавить, что выскабливание должно в этих случаях производиться с большой деликатностью, чтобы не привести, как это бывает при чересчур энергичном выскабливании, к соскабливанию всей слизистой с последующей аменореей.

При гиперантефлексии матки, наблюдающейся при инфантилизме, стеноз в области внутреннего зева может быть до некоторой степени исправлен при помощи зондирования и расширения цервикального канала или же кровавой дисцизии, как об этом говорилось по поводу конической шейки, обычно сочетающейся с гиперантефлексией. Что касается малой величины тела матки и недостаточности ее мускулатуры при гиперантефлексии, то здесь следует применять общие мероприятия, разобранные в соответствующей главе руководства. Бумм считает результаты применяемого при инфантилизме гениталий общеукрепляющего лечения, лечения на курортах минеральными водами, грязями и пр. малоудовлетворительными. Единственным эффективным средством, по его мнению, служит постоянный электрический ток.

Современное развитие физиотерапии и широкое внедрение ее в гинекологическую практику привели к улучшению результатов и при лечении бесплодия, происходящего от недоразвития матки. Хорошие результаты получаются здесь в некоторых случаях при применении, например, длительной диатермии как таковой или в сочетании с другими физиотерапевтическими методами (см. «Интенсивная терапия», при воспалительных процессах внутренних половых органов), или курортного грязелечения и пр. (см. соответствующие главы).

Из современных методов лечения генитальной гипоплазии большое внимание уделяется гинекологами гормональной терапии.

Научную базу для применения гормональной терапии дает обширный ряд работ как экспериментального, так и клинического характера; в частности, вопросу о значении и роли яичниковых вытяжек посвящены работы многих русских авторов (Окинчиц, Скробанский, Соловьев и др.). Большую роль в развитии учения о гормональной терапии при гипофункции яичников сыграли работы Аллен и Дойзи (Allen a. Doisy), Цондека, Ашгейма, Р. Шредера, Ансельмино и Гофмана и др. Зибке (из клиники Шредера) определил количество фолликулярного гормона, выделяемого с мочой и калом из здорового организма женщины за время одного менструального цикла, в 1 000 МЕ. Р. Шредер мог добиться у женщин с гипопластической маткой и небольшими явлениями овариальной недостаточности роста матки и урегулирования менструальной функции при помощи приема внутрь фолликулярного гормона в количестве 30 000—45 000 МЕ (30 раз по 1 000—15 000 МЕ на прием). Клауберг показал, что путем шестикратного внутримышечного введения по 50 000 МЕ препарата Progynon В. oleosum можно на рентгеновском снимке обнаружить рост и расширение просвета фаллопиевых труб. О подобном же эффекте при двукратном введении по 100 000 МЕ и трехкратном введении по 10 КЕ лютеогормона сообщили Гаусс и Бушбек (Buschbeck).

Но на практике комбинированное применение обоих гормонов встречает затруднение по следующей причине: в то время как изготовление фолликулярного гормона получило широкое распространение и удается сравнительно легко, добывание гормона желтого тела встречает большие трудности. Поэтому весьма ценны в практическом отношении указания на то, что не только гормон передней доли гипофиза влияет на функцию яичника, но и обратно, фолликулярный гормон влияет на функцию гипофиза. В этом отношении весьма интересны экспериментальные данные Хольвега (Hohlweg) и Клауберга, показавшие, что введением больших доз фолликулярного гормона можно вызвать в яичниках массовое образование желтых тел. Таким образом, фолликулярный гормон отнюдь не подавляет и не задерживает развития желтого тела, а, пожалуй, даже стимулирует его. Поэтому в настоящее время можно высказать предположение, что при помощи фолликулярного гормона можно через гипофиз влиять и на функцию яичника (Хазельгорст). Это значительно облегчает борьбу с бесплодием, возникшим на почве гипофункции яичников и гипоплазии матки. Само собой разумеется, что рассчитывать на успех в этих случаях можно главным образом тогда, когда речь идет не о значительных степенях недоразвития, нередко сочетающихся с общим инфантилизмом, а лишь о слабой степени недоразвития при нормальной или только слегка ослабленной менструальной функции. Вот в этих случаях и можно применять гормональное лечение бесплодия, обусловленного недоразвитием женского полового аппарата.

В настоящее время можно считать установленным, что так называемый сексуальный гормон, влияющий на развитие половых органов, является двойным и состоит из фолликулярного гормона, вызывающего пролиферацию слизистой матки, и из гормона желтого тела, переводящего слизистую матки в секреторную фазу. Продукция же этих гормонов находится под влиянием функции передней доли гипофиза, являющейся «мотором» для функции яичника.

Поэтому было бы естественно применять при гипофункции яичника и гипоплазии матки сперва фолликулярный гормон, а затем гормон желтого тела. Что такое комбинированное введение обоих гормонов дает положительный эффект доказывает опыт Кауфмана (цит. по Хазельгорсту), которому удалось путем введения кастрированной женщине 320 000 МЕ препарата Progynon (фолликулярный гормон) и 90 КЕ лютеогормона вызвать у нее настоящую менструацию. Средней дозой, необходимой для такого эффекта, автор считает 200 000 МЕ фолликулярного гормона и 35—50 КЕ лютеогормона.

Чтобы решить, какую методику гормонального лечения следует применять при бесплодии на почве недоразвития половых органов, Хазельгорст приводит следующие соображения: задача, стоящая перед врачом в этих случаях, не имеет ничего общего с экспериментальной задачей вызвать у кастрированной женщины образование в матке стадии пролиферации слизистой, переводя ее затем в секреторную стадию. Такие огромные дозы гормонов, как в данном случае, при лечении бесплодия не нужны.

Влияние гормонов при лечении бесплодия должно быть не кратковременным, а длительным. Поэтому гормональная терапия должна проводиться в течение месяцев, а может быть, и лет, ввиду чего возникает необходимость вводить гормоны не только путем впрыскивания, но и *per os*. На основании приведенных выше данных следует применять главным образом фолликулярный гормон.

Самым трудным и спорным является обоснование той или иной дозировки. Отдельные авторы применяют различные дозы—от 50 до 100 000 ME за раз; в таком же диапазоне колеблется и общее количество гормона, вводимого за весь курс лечения (до 300 000 ME). В большинстве вырабатываемых препаратов, содержащих фолликулярный гормон, он имеется в небольших дозах (50—200 ME), поэтому мы не можем широко применять при лечении женского бесплодия такие огромные дозы, какими пользуются, по литературным данным, некоторые авторы, да и вряд ли имеется в этом такая надобность. Ведь, как мы уже говорили, гормонотерапия имеет практическую ценность при бесплодии главным образом в случаях гипоплазии полового аппарата и гипофункции яичников, выраженных лишь в слабой или умеренной степени. В этих случаях уже сравнительно небольшие дозы фолликулярного гормона (50—200 ME), длительно применяемые, могут оказать на развитие полового аппарата и урегулирование овариально-менструального цикла благоприятное влияние. Особенно благоприятное действие оказывает комбинация гормонотерапии с физиотерапией или курортным лечением (грязи и пр.).

Ввиду отсутствия твердо установленной дозировки при применении гормональной терапии и возможности получения различного эффекта в зависимости от индивидуальных особенностей организма, целесообразно в случаях гипоплазии матки контролировать через определенные промежутки времени длину полости матки путем зондирования, что дает более объективные данные для суждения об увеличении матки, чем двуручное гинекологическое исследование. Если зондирование матки не обнаружит роста, а двуручное исследование—большей сочности органа, то дозировку следует усилить. Само собой разумеется, что для того чтобы гипопластическая матка могла увеличиться в объеме, необходим известный промежуток. Трудно ожидать, чтобы заметное увеличение произошло раньше, чем через 3—4 месяца. Поэтому и повторное зондирование имеет смысл производить лишь по истечении этого срока. Во избежание же ошибки в оценке роста матки исследование лучше производить приблизительно в одни и те же сроки менструального цикла.

Что касается способа введения в организм гормонального препарата, то, как мы уже указывали выше, ввиду необходимости длительного лечения в этих случаях целесообразно применять его *per os*, несмотря на опасность, что при приеме внутрь часть введенного гормона может под влиянием ферментативных процессов в кишечнике подвергнуться распаду. По данным Цондека, при применении фолликулярного гормона *per os* требуется для достижения определенного эффекта ввести его в 5—10 раз больше, чем при подкожном введении, а по некоторым авторам даже в 20—25 раз больше (Кар). Внутривенное введение гормона вряд ли целесообразно, так как при этом способе он быстро выделяется из организма. Поэтому лучше применять подкожные или внутримышечные инъекции препарата, чередующиеся с приемом его внутрь.

Можно вводить гормональные препараты также и *per rectum*.

На объединенном заседании эндокринологов и терапевтов в 1926 г. в Москве было сообщено (Брауде, Штерн и Либин) о благоприятных результатах, полученных при ректальном введении яичниковых вытяжек, приготовленных по способу Штерн-Бателли.

Фельнер (Fellner) также рекомендует вводить фолликулярный гормон *per rectum*, что способствует полному всасыванию и медленному накоплению его в крови.

Вопрос о возможности всасывания гормонов через слизистую прямой кишки изучался экспериментальным путем сотрудником нашей клиники Бинемсоном в связи с изучением им вопроса о всасываемости введенной в прямую кишку ретроплацентарной крови.

Для изучения всасываемости фолликулина производились опыты на кастрированных половозрелых крысах: спустя 2 недели после кастрации, когда мазки из влагалища давали уже постоянно *diöestrus*, животным вводилась ретроплацентарная кровь в прямую кишку в количестве 10—15 см³ до 6 раз. На пятые сутки после первой инфузии в содержимом влагалища обнаруживались всегда типичные глыбки (Schollen). При повторных инфузиях крови той же крысе после некоторого перерыва *oestrus* появлялся значительно раньше—через 72 часа. Для доказательства всасываемости пролана ретроплацентарная кровь вводилась ректально от 6 до 10 раз инфантильным, ювенильным, а также половозрелым самкам кроликов. Осмотр яичников через разные сроки (через 48 часов и даже на пятые сутки после первой инфузии) не обнаружил в них образования кровяных точек (Blutpunkte), что свидетельствовало бы о всасывании пролана.

Таким образом, на основании указанных опытов можно считать доказанным, что фолликулин, введенный ректально, всасывается через слизистую прямой кишки и оказывает свойственный этому гормону морфогенетический эффект; пролан же при введении его в прямую кишку разрушается и не вызывает морфогенетического эффекта—образования в яичниках кровяных точек.

Надо еще остановиться на определении того срока овариально-менструального цикла, в течение которого целесообразно вводить женщине фолликулярный гормон. Так как фолликулярный гормон способствует прежде всего пролиферации слизистой матки, что падает на первую половину интервала, то естественно приурочить введение гормона к этому времени, т. е. при правильном цикле вводить гормон ежемесячно в течение 14 дней. Но, как уже указывалось выше, фолликулярный гормон, по новейшим данным, не подавляет функции желтого тела, а может быть, даже стимулирует ее. Поэтому нет оснований ограничивать время введения фолликулярного гормона таким коротким сроком, как 14 дней.

С другой стороны, согласно общепринятому в лечебной медицине взгляду, вводить гормоны следует с паузами, а не перманентно. Поэтому и по отношению к фолликулярному гормону будет целесообразно вводить его на протяжении менструального цикла в течение 3 недель, исключая, следовательно, последнюю неделю перед менструацией. При соблюдении таких пауз фолликулярный гормон можно вводить на протяжении ряда месяцев.

Кроме введения гормонов, целесообразно при лечении бесплодия на почве недоразвития половых органов применять одновременно физиотерапию, а также и общеукрепляющее лечение. Последнее особенно важно в тех случаях, когда гипофункция и гипоплазия являются результатом перенесенных тяжелых инфекционных процессов.

Консервативное лечение бесплодия при гипоплазии матки при помощи гиперемии (применение физических методов лечения, курортное лечение) может дать хорошие результаты еще и потому, что гипоплазия здесь часто сопровождается воспалительными процессами, влекущими за собой изменение вязкости и щелочности реакции слизистой пробки (Бумм—Витт, Нюренбергер, Кэри—Сару, Шустер-Кадыш).

Для стимулирования слабо функционирующих яичников была предложена пересадка в брюшную стенку яичниковой ткани, взятой у другой женщины (гомойотрансплантация). Трудно решить, говорит Штеккель, получен ли был в отдельных случаях успех, благодаря именно этой операции, или потому, что,

кроме нее, применялись и другие оперативные методы, которые могли в этих случаях оказать влияние (дисцизия, выскабливание).

Лечение общих заболеваний организма, болезней обмена веществ и т. п. должно вестись согласно принципам и методам, принятым во внутренней медицине.

Задача гинеколога сводится здесь прежде всего к улавливанию тех иногда незначительных симптомов (например, небольшая степень ожирения), которые характерны для той или иной аномалии обмена и пр.

Хазельгорст выделяет особую группу нервно-спастических индивидуумов, для которых он считает полезным длительное применение белладонны и папаверина, по аналогии с лечением язвы желудка и заболеваний желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся спастическими явлениями. Некоторые американские авторы применяют при бесплодии белладонну, которую назначают перед продуванием труб, а равно и тотчас же после полового акта для того, чтобы ослабить спазм матки и фаллопиевых труб.

Лечение при неправильных положениях матки

Если причиной бесплодия приходится, ввиду отсутствия других причин, признать подвижную ретрофлексию—версию матки, то матку следует перевести в нормальное положение и удержать в нем, что надежнее всего достигается операционным путем. Но нет необходимости начинать лечение именно с операции: можно попытаться привести матку в нормальное положение с помощью пессария. Для этой цели лучше всего применять модель Годжа или Томаса. Необходимо только, как указывает Нюренбергер, систематически проверять, остается ли матка в антефлексии, ибо как раз при врожденных ретрофлексиях ткань матки в области перешейка настолько податлива, что тело матки, несмотря на введенный пессарий, то и дело запрокидывается назад. П. Мюллер (P. Müller) советует в этих случаях производить половой акт в коленно-локтевом положении женщины. Если лечение при помощи пессария не достигает цели, то следует прибегнуть к оперативному вмешательству, против которого в этих случаях не возражают даже те гинекологи, которые вообще не считают подвижную ретрофлексию матки показанием к операции.

Иначе обстоит дело при фиксированных ретродевиациях матки. Наблюдающееся в этих случаях бесплодие зависит от воспалительного процесса, который лежит в основе бесплодия и заключительной фазой которого являются фиксирующие матку спайки.

Прогноз в этих случаях совершенно иной, чем при подвижных ретродевиациях матки, так как здесь бесплодие может зависеть от целого ряда препятствий к зачатию, возникающих в результате воспалительного процесса и локализуемых на любом участке полового канала, особенно же в области фаллопиевых труб, как это обычно бывает при гонорее. Все же и при фиксированных девиациях матки зачатие возможно. Не раз нам приходилось наблюдать наступление беременности после длительного и упорного лечения последствий воспалительного процесса, а именно фиксированной девиации матки—лечения, то консервативного, то оперативного, то комбинированного. О методике лечения этих случаев см. главы, посвященные лечению воспалительных процессов и неправильных положений матки. Здесь только укажем, что для операции по поводу бесплодия при ретродевиациях матки мы избираем путь, позволяющий осмотреть состояние внутренних половых органов, т. е. лапаротомию, и такой метод фиксации матки, который дает женщине возможность рожать нормальным путем. Из этих соображений мы для фиксации матки (оперативным путем) применяем методы внутрибрюшинного укорочения круглых связок по Менге или по Балди или подвешивание матки на круглых связках по методу Долери.

Лечение при новообразованиях матки и яичников

При решении вопроса о методе лечения бесплодия в случаях наличия фибромиомы матки, не имея возможности точно установить причину бесплодия в каждом отдельном случае фибромиомы, приходится руководствоваться следующими соображениями: если женщина еще молода, количество узлов не велико и они расположены так, что можно попытаться вылущить их, сохранив в целости матку (субсерозные и интерстициальные узлы), то такую операцию можно предложить больной. При этом ей необходимо указать, что если при чревосечении обнаружатся неблагоприятные условия для сохранения матки и плохие шансы на возможность зачатия, то тут же придется сделать полную или частичную экстирпацию матки. И только в случае согласия больной на это, можно со спокойной совестью приступать к операции. Но не надо забывать и того, что только в четверти всех правильно отобранных для операции случаев успех бывает полный: больные беременеют и в большинстве случаев нормально рожают (Кар). Чем старше больная, тем меньше показаний для такой операции, особенно в случаях, если бесплодная миомазная больная перешагнула за 40 лет. Что касается лечения при наличии подслизистых узлов, то рождающиеся полипозные опухоли вылущают, так как они вызывают кровотечения. Подслизистые опухоли, сидящие на широком основании, можно также вылущить после рассечения цервикального канала, предварительно отслоив мочевой пузырь (kolpohysterotomia ant.), но прогноз этих случаев значительно серьезнее, чем при вылущении подсерозных и интерстициальных узлов, поэтому к таким операциям следует прибегать лишь в исключительных случаях. Наличие новообразований яичника уже само по себе служит показанием к оперативному вмешательству. С удалением опухоли увеличиваются шансы на зачатие.

Лечение при нарушении функции желез внутренней секреции

При комбинации бесплодия с дисфункцией яичников, с персистенцией фолликула, выражающейся клинически в меноррагиях и метроррагиях (овариальные кровотечения), необходимо лечить нарушенную функцию яичника. А так как она может явиться следствием нарушенной функции других желез внутренней секреции, особенно щитовидной железы и гипофиза, то лечение в этих случаях должно быть направлено в сторону воздействия на эти железы. Вообще же бесплодие на почве эндокринных расстройств и болезней обмена, как базедова болезнь, микседема, ожирение и пр., требует прежде всего лечения основного заболевания. Гипертрофированная слизистая матки, вызывающая кровотечение, удаляется путем выскабливания.

Лечение при воспалительных процессах

Как показал разбор этиологических факторов бесплодия, наибольшую роль в борьбе с женским бесплодием играет профилактика и лечение воспалительных процессов женских половых органов.

Как мы видели, причиной женского бесплодия могут быть воспалительные процессы, локализующиеся на любом участке полового тракта; эндоцервициты, метроэндометриты, особенно сальпингиты, ведущие к утолщению стенок труб, их частичному или полному закрытию, к образованию гидросальпинксов или сактосальпинксов, к сращениям с маткой и с окружающими органами и, наконец, поражения яичников, проявляющиеся в анатомических и функциональных изменениях.

Методика лечения воспалительных процессов при наличии бесплодия ничем особенным не отличается от обычно применяемых методов лечения воспаления женских половых органов (см. главу о лечении воспалительных процессов).

Так как с жалобой на бесплодие женщины часто являются к врачу уже в стадии хронического воспаления или с последствиями бывшего воспаления в форме тяжей, спаек, облитерации фаллопиевых труб и пр., то лечение этих случаев должно быть активным и упорным. Но добиться клинического выздоровления, т. е. такого состояния, при котором женщина чувствует себя здоровой и работоспособной, гораздо легче, чем восстановить способность к зачатию, так как даже при хорошем результате лечения часто остаются анатомические изменения, препятствующие наступлению беременности. Некоторые авторы вообще сомневаются в том, чтобы запаянные трубы становились вновь проходимыми. Надо отметить, что, правда, в немногочисленных случаях, нам, как и другим авторам, приходилось наблюдать у женщин, страдавших двусторонним воспалением фаллопиевых труб с образованием опухолей придатков, наступление беременности после продолжительного, планомерного консервативного лечения. Поэтому мы не видим основания лишать женщину с двусторонним воспалением придатков надежды на возможность зачатия. Не давая ей твердого обещания излечить от бесплодия, мы ей советуем, если она желает сделать «все» для восстановления чадородной функции, упорно и систематически проводить соответствующее противовоспалительное лечение.

Из консервативных методов лечения наибольшей популярностью в этих случаях издавна пользуется грязелечение на курорте. Здесь, помимо рассасывающего действия грязей, несомненно, играют роль и другие курортные факторы: отдых, перемена обстановки, солнце, воздух, свет, может быть, и воздержание от половой жизни.

Лечение при нарушениях полового чувства

Не придавая большого значения оргазму в возникновении зачатия, все же можно в тех случаях, где никаких причин для бесплодия отыскать не удастся, принять меры к усилению полового чувства. Там, где оно является частичным проявлением гипоплазии гениталий, нужно применить те способы, которые употребляются при лечении последней. Из медикаментозных средств для усиления полового возбуждения применяют стрихнин. Назначают его внутрь по 0,001—0,002.

Rp. Strychnini nitrici 0,01
Sacchari albi 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N 6
S. Ежедневно по 1 порошку

Кар рекомендует следующую пропись:

Rp. Strychnini nitrici 0,05
Solve in aqu. fer.
Pulv. et extr. Liquiritiae q. s. ut f. pil. N 25
DS. Утром и вечером по 2 пилюли

Иохимбин дается в таблетках по 0,005. Так как понижение полового чувства может быть единственным проявлением гипопластической конституции, то некоторые применяют иохимбин вместе с яичниковыми препаратами. Из общеукрепляющих средств применяют препараты мышьяка.

Роледер (Rohleder) указывает на благоприятное действие фосфора. Ашнер рекомендует в тех случаях, если оба супруга совершенно здоровы, маленькие дозы *t-rae Cantharidis* (3 раза в день по 10 капель), которые принимают не дольше 8 дней. После 8-дневной паузы, если анализ мочи не обнаружит ничего патологического, лечение повторяют. Иногда резкая перемена климата тоже играет роль (Штеккель). И, наконец, соблюдая необходимую деликатность, можно посоветовать прибегнуть перед началом полового акта к местной ирритацией половых органов.

Редко происходящие половые сношения иногда оказываются более благоприятными для зачатия, чем частые. Чрезмерно частые половые сношения как будто вызывают известного рода временный «иммунитет».

Новейшие данные, основанные на исследованиях Кнауса и Огино (Кнаус и Ogino) и др. говорят за то, что при совершенно нормальном состоянии половой сферы женщины возможность зачатия стоит в зависимости от того дня оварийно-менструального цикла, когда происходит половой акт. Исходя из своих наблюдений, Кнаус приходит к заключению, что оптимальный срок для зачатия при 28-дневном менструальном цикле женщины лежит между 11-м и 17-м днями этого цикла и что, следовательно, половой акт, совершенный в течение этого срока, имеет наибольшие шансы привести к беременности. Хотя, по мнению многих авторов, беременность может наступить в любой день менструального цикла, и таким образом нельзя говорить о «временном физиологическом бесплодии женщины» как о непреложной истине, тем не менее в случаях женского бесплодия, не обусловливаемого ясными анатомическими изменениями, мы не видим причины отказываться от попытки повысить шансы на зачатие, ограничивая частоту половых сношений и рекомендуя совершать половой акт преимущественно в сроки приблизительно совпадающие с указанными Кнаусом, Огино и другие.

Пищевой режим

В диспропорции с нашими сведениями о влиянии состава пищи на плодовитость экспериментальных животных стоят наши знания о влиянии этого фактора на плодовитость женщины. О нем мы судим главным образом по аналогии с животными. Вот почему по отношению к женскому бесплодию можно пока только высказать общее соображение о том, что правильное питание имеет в профилактике бесплодия большое значение и что особенно большую роль этот фактор играет в годы созревания женского организма, когда он способствует нормальному развитию половых органов. В случаях женского бесплодия, где никаких обычных причин его установить нельзя, следует подумать еще и о роли пищевого режима и попытаться изменить его там, где он представляется неправильным. Бауэр указывает в этих случаях на необходимость включать в пищу продукты, содержащие железо, кальций, витамин Е (зеленый салат, шпинат, редьку, редиску, бобы, ржаной хлеб), не забывая при этом о достаточном содержании в пище белков, жиров и углеводов. Если причина бесплодия усматривается в ожирении на почве чрезмерно обильного питания, то необходимо при помощи соответствующего пищевого режима повести борьбу с этим ненормальным состоянием.

«Искусственное оплодотворение»

Последним средством консервативного лечения бесплодия, когда весь арсенал лечебных методов уже исчерпан, является «искусственное оплодотворение», при котором сперма вводится в половой канал женщины не путем совокупления, а при помощи впрыскивания.

Термин «искусственное оплодотворение» неправилен, правильно было бы назвать этот метод «искусственное осеменение».

Показания к нему могут исходить как со стороны мужчины, так и со стороны женщины. Со стороны мужчины показанием служит неспособность его депонировать сперму во влагалище, как это бывает при отсутствии эрекции или при нарушении эякуляции, а также при отсутствии в эякуляте сперматозоидов.

Если причина бесплодия лежит в невозможности полового акта, а сперма мужчины нормальная, искусственное оплодотворение может дать хороший результат. Если же бесплодие зависит от изменений в сперме, то при желании супругов искусственное оплодотворение может быть сделано спермой другого мужчины.

Показания к искусственному оплодотворению при женском бесплодии имеются в тех случаях, если сперматозоиды не могут попасть в матку вследствие того, что семя полностью вытекает из влагалища или путь сперматозоидам в матку затруднен (стеноз маточного зева), или, наконец, потому, что они гибнут во влагалище. Показанием может также служить затруднение в проникновении спермы во влагалище (стенозы вульвы и вагины, психосексуальные расстройства). Некоторые авторы (Нюренбергер, Шорохова) считают показанными к искусственному оплодотворению те случаи, когда оба супруга здоровы и установить клинически причины бесплодия не удается.

Ввиду того что женское бесплодие дает только относительные показания к искусственному оплодотворению, так как этот метод не совсем безопасен, вследствие того что эякулят содержит большее или меньшее количество бактерий, и, кроме того, требует некоторых подготовительных мероприятий, то применять его следует лишь после того, как безуспешно были испробованы другие методы лечения.

Техника искусственного оплодотворения проста: она сводится к получению спермы и введению ее в половой канал женщины.

Приступать к искусственному оплодотворению можно, только выяснив этиологические моменты бесплодия и установив возможность его устранения этим методом. В отдельных случаях приходится решать вопрос о желательности беременности в данном случае и с медицинской точки зрения.

Кроме исследования спермы на жизнеспособность сперматозоидов, необходимо произвести тщательный анализ выделений из половых органов женщины и мужчины.

Небезразличен вопрос о способе получения спермы. Простой, удобный и почти естественный способ—это применение для получения семени резинового кондома при нормальном половом акте. Однако этот способ имеет отрицательные стороны. Прежде всего он далек от асептичности: если даже кондом простерилизовать, то надевается он на половой орган не с теми предосторожностями, какие требуются при производстве асептических манипуляций (даже если руки и половой орган предварительно моют). Затем на сперму может оказать неблагоприятное влияние длительное соприкосновение с резиной, при выработке которой применяются не безразличные в химическом отношении вещества. Вот почему многие предпочитают получать сперму путем прерванного сношения, причем сперма изливается в подставленный стаканчик, бокал или стеклянную пробирку, которые могут быть предварительно прокипячены в чистой воде. Ни половой орган, ни руки не приходят при этом в соприкосновение с дном сосуда, в который изливается сперма.

Подвижность сперматозоидов во многих случаях сохраняется долго. Так, Шорохова наблюдала в одном случае подвижность сперматозоидов в человеческой сперме, простоявшей при комнатной температуре 24 часа. По Нюренбергеру сперма *in vitro* сохраняется даже в течение нескольких дней. Однако в этом отношении наблюдаются большие индивидуальные колебания. Поэтому при множестве опасностей, которые угрожают жизнеспособности сперматозоидов на их пути с момента выхода из них из половой железы до проникновения в полость матки (при добывании спермы пункцией непосредственно из тестикула эта опасность еще увеличивается), каждый даже небольшой плюс для сохранения их жизнеспособности имеет большое значение. Кроме того, при сохранении спермы увеличивается опасность размножения в ней бактерий, которые могли туда случайно попасть. Поэтому необходимо вводить сперму в половой канал женщины тотчас после получения ее от мужчины. Лучше всего, если вся процедура происходит в самом лечебном учреждении.

Под искусственным оплодотворением понимают в настоящее время почти всегда метод введения спермы в матку. Однако и метод введения спермы во влагалище (первый опыт искусственного оплодотворения женщины произведен был Гюнтером путем введения спермы в задний влагалищный свод) может тоже

иметь применение. Он касается главным образом случаев так называемого мужского бесплодия, когда при вполне нормальном состоянии жены мужчина при нарушенной способности к эрекции и эякуляции не в состоянии ввести сперму во влагалище.

Техника влагалищного метода весьма проста: добытую сперму при помощи шприца или через цилиндрическое зеркало из молочного стекла вводят во влагалище так, чтобы жидкость достигла шейки матки. Женщина остается некоторое время в горизонтальном положении или с приподнятым тазом. Можно также во избежание вытекания спермы из влагалища, как это бывает при инфантильном влагалище (первичное бесплодие) или при значительных разрывах промежности (вторичное бесплодие), ввести во влагалищный свод тампон. Последние случаи касаются уже женского бесплодия, при котором можно сперва испытать влагалищный метод с тем, чтобы в случае неудачи перейти к маточному. Пуст (Pust) рекомендует целлулоидную капсулу, предложенную им для закрытия шейки в противозачаточных целях, наполнить добытой спермой и в таком виде надеть на влагалищную часть матки. Показания к маточному методу могут быть и в случаях мужского бесплодия, когда добытой спермы очень мало, при oligozoospermia или asthenospermia, даже в тех случаях, когда сперма получена с помощью пункции тестикулов. Способ введения спермы в матку применяется главным образом тогда, когда причина бесплодия лежит в ненормальностях строения и функции нижнего отрезка полового канала, начиная от вульвы и кончая внутренним маточным зевом. Сюда относятся случаи сужения полового канала в нижнем отделе, особенно в шейном канале, случаи уплощения влагалищного свода и низкой промежности при инфантилизме или разрывы промежности, т. е. все те случаи, когда излитая во влагалище сперма не может проникнуть в полость матки или не удерживается во влагалище и вытекает обратно. Сюда же могут быть отнесены случаи, когда в результате главным образом воспалительных патологических процессов получается изменение реакции и других, не всегда вполне известных нам химических и биологических свойств влагалищного и цервикального секрета, которые могут губительно действовать на сперматозоидов. Являясь методом небезопасным, он применяется лишь тогда, когда все методы лечения, до того применявшиеся, не дали благоприятного результата.

Противопоказанием для искусственного оплодотворения служат пороки развития женских половых органов, исключающие возможность зачатия, непроходимость фаллопиевых труб, подтвержденная продуванием их, воспалительные процессы в тазу, гнойные выделения, наличие в выделениях гонококков. Со стороны мужчины противопоказанием к искусственному оплодотворению его семенем служат недочеты семени, исключающие возможность зачатия, наличия в сперме гонококков, большого числа лейкоцитов. Сюда, естественно, относятся все те болезненные состояния, которые могут быть перенесены на женщину или перейти на ребенка.

Техника введения спермы в матку. Больная укладывается на гинекологическое кресло. Так как дезинфицирующие растворы даже в больших разведениях губительно действуют на сперматозоиды, то от их применения лучше всего отказаться. Подготовка влагалища заключается лишь в обсушивании его кусками стерильной марли. Все инструменты, шприцы и посуда, употребляемые для операции, кипятятся в чистой воде, так как по исследованиям Дедерлейна, даже незначительные остатки раствора соды в шприце могут вредно влиять на сперматозоиды. После введения зеркала влагалищная часть также тщательно вытирается стерилизованной марлей. Для впрыскивания спермы берут или брауновский шприц, применяемый для внутриматочных впрыскиваний, либо обыкновенный рекордовский шприц, на который насаживается специальная тонкая металлическая канюля. Шорохова пользуется тонким серебряным маточным наконечником, легко проходящим через цервикальный канал, благодаря чему даже нет необходимости захватывать шейку пулевыми

щипцами. При резкой антефлексии и точечном наружном зеве, которые часто встречаются в случаях женского бесплодия, иногда не удается обойтись без фиксации шейки при помощи пулевых щипцов. В шприц набирается $\frac{1}{2}$ —1 см³ семенной жидкости. Наконечник шприца вводится за внутренний зев. Слегка нажав на поршень шприца, в матку впрыскивают 1—2 капли семенной жидкости и осторожно выводят наконечник. Введение и извлечение наконечника и впрыскивание семени необходимо производить весьма осторожно, без всякого напряжения, чтобы избежать поранения слизистой шейки и не вызвать перистальтических движений матки, в результате чего семя может быть выброшено во влагалище. При чересчур сильном давлении впрыскиваемая в матку сперма может попасть через трубы прямо в брюшную полость и при наличии в сперме бактерий вызвать перитонит. Подобный случай описал Франц. После впрыскивания женщина около получаса остается лежать на кресле, а в последующие дни она должна воздерживаться от половых сношений и от всякой травмы, которая может повести к маточным сокращениям.

Проховник (Prochownik) применяет брауновский шприц, набирает в него сперму прямо из кондома и впрыскивает ее в матку в количестве $\frac{1}{2}$ см³; остаток имеющегося семени вводит во влагалище и тампоном удерживает его в нем. Через час—два тампон удаляется. Реледер, набрав немного спермы в пипетку, вводит ее на 2 см в полость матки, предварительно расширенную зондом, и оставляет ее в ней в течение 4 секунд. После удаления пипетки он кладет перед шейкой тампон, пропитанный спермой. Ноги больной связывают, и она целый день проводит в постели. Шорохова оставляет женщину после впрыскивания спермы в матку лежать 20—30 минут и в дальнейшем предписывает полный покой в половом отношении и устранение всех причин, которые могут повести к кровотечениям и сокращениям матки.

Вопрос о том, сколько раз необходимо производить искусственное оплодотворение, чтобы добиться хорошего результата, не может быть решен хотя бы приблизительно. Марион Симс, который впервые применил внутриматочное впрыскивание спермы, добился в одном случае наступления беременности после того, как в течение 12 месяцев сделал женщине 10 инъекций. Рубин и Реледер придерживаются того мнения, что больше 5—6 впрыскиваний на протяжении 5—6 месяцев делать не следует. Если с количеством инъекций возрастают шансы на зачатие, то параллельно с этим растет и опасность возникновения осложнений, от которых никто не застрахован. С уточнением наших знаний об оптимальном сроке для производства искусственного оплодотворения уменьшится и количество инъекций, необходимых для получения положительных результатов.

В свете современных взглядов на физиологию зачатия важное значение имеет вопрос о сроках производства искусственного оплодотворения. Искусственное оплодотворение является эквивалентом полового акта, который тоже, как известно, не всегда с первого раза ведет к зачатию. В связи с этим возникают два вопроса: когда по отношению к овариально-менструальному циклу и сколько раз необходимо производить эту операцию? В этом отношении необходимо прислушаться к мнению тех авторов, которые применяли этот метод и добились успеха.

Проховник в своих случаях искусственного оплодотворения получал успешные результаты впрыскивая сперму в матку через несколько минут после эякуляции на 15—22-й день после начала последней менструации. Этот срок совпадает с тем, который рекомендуется на основании работ Огино, Кнауса и других как наиболее благоприятное время полового сношения для возникновения зачатия Шорохова, которая большинство положительных результатов получала тогда, когда вводила сперму накануне или незадолго до менструации, не может, ввиду недостаточности большого материала, решить вопрос, имеется ли какая-нибудь связь между зачатием и временем введения спермы. На VI Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов она сообщила о 21 случае искусственного оплодотворения, из которых успех был достигнут в 11 случаях, что составляет 52,3%. На том же съезде Виноградова сообщила о 16 случаях искусственного оплодотворения с 6 хорошими результатами.

Дать в настоящее время точную статистическую оценку результатов применения метода невозможно, ввиду неоднородности опубликованного материала, а также и потому, что многие случаи неудач вовсе не публикуются. Кар оценивает шансы на благоприятный результат в 30%.

Метод искусственного оплодотворения имеет многочисленных противников, которые указывают прежде всего на то, что при ненадежности результатов этот метод является небезопасным для женщины в отношении восходящей инфекции, так как при искусственном оплодотворении в полость матки впрыскиваются все составные части спермы, содержащие микробы, в то время как при нормальном соитии в матку проникают лишь одни сперматозоиды. Применение его при показаниях со стороны мужа, когда у него добывается неполноценная сперма, может вызвать сомнения. При лечении женского бесплодия метод искусственного оплодотворения при правильном выборе случаев может иметь лишь ограниченный круг применения. Поэтому универсальным методом лечения женского бесплодия искусственное оплодотворение стать не может.

Заканчивая обзор лечебных мероприятий, направленных к устранению женского бесплодия, необходимо особенно подчеркнуть значение плановости, которая должна быть положена в основу лечения каждого отдельного случая женского бесплодия.

Шульце выставляет требование, чтобы в план лечения была посвящена сама больная, которая должна знать, что лечение может потребовать очень много времени и большого терпения с ее стороны; зная это, она не станет тогда кидаться, как это часто наблюдается, от одного врача к другому и подвергаться нередко противоречащим друг другу методам лечения.

Само собой разумеется, что детальный план лечения должен быть намечен лишь после того, как будет закончено всестороннее и детальное исследование причин бесплодия при помощи всех необходимых для этого диагностических мероприятий и у врача создается ясное представление о данном случае.

Внесение плановости в лечение каждого случая бесплодия не исключает возможности устранения отдельных патологических изменений, выявленных еще до полного выяснения этиологии и патогенеза бесплодия в данном браке, равно как оно не исключает возможности и необходимости вносить в этот план те или иные коррективы, необходимость которых выясняется по ходу лечения.

Хирургические методы лечения при непроходимости фаллопиевых труб

Если упорно и систематически проведенное консервативное лечение не дало желательного результата, если функциональное исследование фаллопиевых труб, произведенное после того как все воспалительные явления совершенно исчезли, обнаруживает попрежнему их непроходимость, и рентгеновские снимки (метод метросальпингографии) показывают точное месторасположение препятствия, преграждающего путь для встречи сперматозоида с яйцом, то возникает вопрос об оперативном методе лечения бесплодия. Оперативный путь дает возможность, вскрыв брюшную полость, более точно установить характер изменений, могущих быть в данном случае причиной бесплодия, и устранить их путем, например, рассечения спаек, приведения матки в надлежащее положение и восстановления утраченной коммуникации между полостью матки и яичником.

Не входя в обсуждение детальной методики оперативных методов, применяемых для этой цели, и сравнительной ценности предлагаемых методов, укажем только на принципы, положенные в их основу.

Salpingostomatia, предложенная еще в 1885 г. [Мartiном (Martin)], заключается в создании нового искусственного отверстия в закрытом мешке, в который превращается труба при заращении ампулярного конца. Наряду с авторами, совершенно отрицающими целесообразность этой операции (Цвейфель, Генкель—Henkel и др.), целый ряд авторов указывает на успех и от этой

операции (Мартин, Талер—Thaler, Матвеев и мн. др.). В общем результаты этой операции не блестящи.

При заращении интерстициальной части трубы были предложены операции, заключающиеся в вырезывании этой части и имплантации остальной трубы в матку (Уоркинс и Шоу—Warkins and Schaw, Кюллен—Collen, Штрассман—Strassmann, Кипарский, Мандельштам, Гутнер и др.). Френкель предложил пересаживать трубы, взятые от других женщин. Были сделаны попытки вшивания яичника в трубу (Моррис—Morris, Герсуни—Gersuny, Дедерлейн) и, наконец, в 1900 г появилось предложение Дедлея (Dudley) при отсутствии или иссечении труб вшивать яичник в матку. Метод был разработан Тюфье, Эстесом (Estes) и другими и дал уже в ряде случаев положительный результат. У нас эту операцию делали Писемский, Крупский, Сердюков и др.

Несмотря на достигнутое во многих случаях устранение причин бесплодия при помощи перечисленных хирургических методов, прогноз хирургического лечения все же не блестящ и сама операция не лишена опасности. Так, например, при вскрытии запаянной трубы возникает опасность занесения из нее инфекции в брюшную полость; трансплантирование в матку яичника может закончиться его некрозом или атрофией: не исключена также возможность тяжелых осложнений во время родов (разрыв матки на месте рубца и пр.). Необходимо поэтому хорошо взвесить все pro и contra операции, тщательно исследовать больную, убедиться в отсутствии в организме и половых органах латентной инфекции и только тогда ставить вопрос о лапаротомии. Получить на операцию согласие больной, жаждущей иметь ребенка, гораздо легче, чем при других показаниях, ибо материнское чувство приобретает у бесплодных подчас стихийную силу, и нет операции, на которую ни пошла бы такая женщина. Тем осторожнее и тем вдумчивее должен быть врач при решении этого вопроса.

акusher

VI. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

В анамнезе гинекологических больных часто отмечаются жалобы на расстройство мочеиспускания. Дизурия может зависеть исключительно от гинекологического заболевания, как это бывает, например, при смещении или сдавлении мочевого органа опухолью, исходящей из женских половых органов, от неправильного положения матки и т. п. Пиурия (гнойная моча) может появиться в результате прорыва гнойника из параметрия или придатков матки в мочевой пузырь. Излечение основного гинекологического заболевания приводит к исчезновению пиурии. Но, наряду с такими случаями, наблюдаются и другие, при которых расстройство мочеиспускания является следствием вполне самостоятельного заболевания мочевого органа или комбинирующегося с гинекологическим заболеванием.

Нередко больные обращаются к гинекологу по поводу недомогания, симптомы которого они относят за счет заболевания половой сферы между тем как в действительности причина их жалоб кроется в заболевании мочевого пути. Так, например, столь часто встречающийся симптом женских болезней—крестцовая боль—может происходить от камня, сидящего в мочеточнике или в другом органе мочевой системы. Особенно легко гинеколог может быть введен в заблуждение относительно истинной причины недомогания, если, не обнаружив камня, он найдет у больной какое-нибудь отклонение от нормы в области ее половых органов, например, загиб матки кзади. Предпринятая гинекологическая операция, конечно, не устранил болей.

Большая с местным воспалительным процессом в мочевом пузыре локализуется свои боли в области матки, между тем как гинекологическое исследование, и анализ мочи могут не обнаружить особенных изменений, например, при так называемой сталактитовой язве пузыря (Лацко—Latzko), при которой процесс заключается в инкрустации солями небольшой грануляционной поверхности на его слизистой.

Уже из этих немногочисленных примеров видно, что для того, чтобы правильно разобраться в жалобах больной и исключить урологическое заболевание там, где имеются жалобы на расстройство мочеиспускания, или установить его там, где симптомы указывают только на гинекологическое заболевание, необходимо произвести урологическое исследование, особенно цистоскопию.

ПРОСТЕЙШИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Здесь мы только кратко коснемся тех методов исследования, которыми владеет каждый врач и которые дают возможность во многих случаях правильно ориентироваться в характере тех жалоб, с которыми женщина обращается к гинекологу.

Среди анамнестических данных, важных для распознавания урологического заболевания, видное место занимает болевой симптом. Боли при мочеиспускании могут зависеть от заболевания уретры, мочевого пузыря или одновременного заболевания обоих этих органов. Острое воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) характеризуется жжением и режущими болями при мочеиспу-

скании и по окончании его. На жжение и боль при мочеиспускании жалуются иногда женщины тотчас после дефлорации так как моча попадает на свежий разрыв девственной плевы. Это ощущение не имеет ничего общего с уретритом. Точно так же ощущение жжения при мочеиспускании женщина может испытывать и в тех случаях, когда моча резко концентрирована или содержит гной. При воспалении мочевого пузыря боли часто предшествуют акту мочеиспускания, что является результатом растяжения мочой воспаленного мочевого пузыря, емкость которого при цистите обычно уменьшена. В начале мочеиспускания боли могут даже несколько утихнуть; они усиливаются при мочеиспускании, если одновременно с циститом имеется уретрит или если воспаление перешло с мочевого пузыря на окружающие его ткани—брюшину, клетчатку (para-pericystitis). При перичистите боли начинаются только под конец или после мочеиспускания.

При цистите боль может возникнуть и в конце акта мочеиспускания. Это наблюдается тогда, когда воспаленные стенки опорожненного мочевого пузыря приходят в соприкосновение друг с другом.

Впрочем, при цистите боли могут появляться одновременно с началом мочеиспускания, что зависит от локализации воспаления в области шейки мочевого пузыря и от отека состояния сфинктера, что затрудняет прохождение мочи. Все же в большинстве случаев боль при мочеиспускании наблюдается при уретрите.

Марион указывает на боли при нормальной моче и при цистоскопически совершенно здоровом мочевом пузыре рефлекторно-почечного, невропатического или табетического происхождения. Такие боли наблюдаются главным образом у женщин (цит. по Мажбицу).

Из других симптомов, характерных для заболеваний мочевых органов, важное значение имеет частота мочеиспускания. Так, например, обычным симптомом цистита является учащенное мочеиспускание (поллакиурия). Нужно, впрочем, и в отношении этого симптома отметить сходство во многих случаях жалоб при цистите и уретрите. Поэтому дифференциальная диагностика между этими двумя локализациями воспалительного процесса должна базироваться главным образом на данных объективного исследования. Ответы больных на вопрос врача о частоте мочеиспускания требуют критической проверки путем точного установления наблюдающихся промежутков между отдельными мочеиспусканиями, а также и тех обстоятельств, при которых больные замечают учащение мочеиспускания. Учащенное мочеиспускание можно установить для тех случаев, когда больные, обладающие обычно хорошим сном, просыпаются ночью несколько раз из-за позывов к мочеиспусканию. И, наоборот, об учащенном мочеиспускании нельзя говорить там, где больные спят без просыпа всю ночь.

В норме женщина мочится 4—5 раз в день, ночью же позывов на мочеиспускание не бывает. Частота мочеиспускания меняется в зависимости от температуры окружающей среды, степени физического напряжения, от количества вводимой жидкости и пищевых веществ. Поллакиурия наступает при всевозможных формах полиурии—при эссенциальной, нервной, диабетической, медикаментозной и при *diabetes insipidus*. Причиной поллакиурии могут служить: давление соседних органов (беременная матка, фибромиома и другие, особенно интралигаментарно расположенные опухоли, воспалительные опухоли придатков, опухоли передней стенки влагалища), опухоли мочевого пузыря, различные виды смещения пузыря и уретры, камни мочеточников, старческий возраст, пери-парациститы, когда мочевой пузырь утрачивает способность к растяжению. Далее, учащенное мочеиспускание наблюдается перед и во время менструации, во время беременности, родов (в особенности в периоде изгнания), а также при туберкулезных, калькулезных пиелонефритах (Мажбиц).

При недержании мочи подробный опрос больных может дать ценные данные для распознавания причин этого явления. Так, например, заявление больной,

что недержание мочи происходит у нее постоянно, независимо от сна и бодрствования, указывает на наличие мочевого свища; недержание же мочи при натуживании, кашлевых толчках—вообще при напряжении брюшного пресса, тогда как в покойном состоянии больная совершенно суха,—указывает на ослабление сфинктера мочевого пузыря. Исключения, конечно, возможны и здесь. Так, например, при узком и извилистом ходе мочевого свища больная в горизонтальном положении может оставаться совершенно сухой и, наоборот, ослабление сфинктера бывает иногда настолько значительным, что моча подтекает постоянно, хотя свища и нет.

При болезнях центральной нервной системы, при закупорке мочеиспускательного канала камнем, опухолью и т. п. может наблюдаться задержка мочи. Но особенно часто задержка мочи у женщин происходит вследствие сдавления и смещения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря опухолями половой сферы или запрокинутой назад беременной маткой. В то время как полная и длительная задержка мочи не может не дойти до сознания даже самой терпеливой больной, временная или частичная задержка может быть обнаружена врачом без всякого указания больной. Так, нередко наблюдаются случаи, когда больная обращается к врачу с какими-нибудь жалобами, не имеющими никакого отношения к мочеиспусканию; мало опытный врач, обнаружив над лобком большую опухоль и не осведомившись, когда больная в последний раз помочилась, диагностирует кисту яичника, которая, к его смущению, после опорожнения пузыря бесследно исчезает.

К анамнестическим данным относительно изменения вида мочи и наличия в ней таких примесей, как кровь и гной, необходимо относиться особенно осторожно: так, сильно насыщенная моча кажется больной кровянистой; наличие же свежего гноя, изменяющего только прозрачность, а не цвет мочи, может остаться незамеченным. Изменение вида и характера мочи происходит иногда за счет примеси к последней отделяемого из половых органов. При объективном исследовании мочи это необходимо учитывать и для точности анализа брать мочу, выпущенную посредством катетера.

Наружное исследование мочевого органа производится путем осмотра, ощупывания и перкуссии. Осмотром можно обнаружить сравнительно редко встречающиеся аномалии нижних отделов мочевого пузыря: эктопию мочевого канала. Большую роль играет осмотр при определении более часто встречающегося заболевания—уретрита. Здесь осмотр наружного отверстия мочеиспускательного канала обнаруживает признаки, особенно характерные для острого периода воспаления, как покраснение и набухание слизистой, гнойный характер отделяемого, выполняющего просвет канала и вытекающего оттуда уже при легком надавливании пальцем, который вводится для этого во влагалище ладонной поверхностью вперед, т. е. к симфизу, и выжимает содержимое уретры сзади наперед. Осмотром могут быть также обнаружены новообразования, развившиеся в области наружного отверстия мочеиспускательного канала или выпячивающиеся из него.

Ощупывание и перкуссия играют большую роль при исследовании почек. При исследовании же нижних отделов мочевого путей эти методы, благодаря развитию эндоскопии и рентгенодиагностики, в значительной мере утратили свое значение.

Ощупывание может быть произведено со стороны брюшной стенки, через влагалище, а также посредством комбинированного двуручного метода исследования, обычно применяемого в гинекологии. Ощупыванием можно обнаружить болезненность или утолщение стенок мочеиспускательного канала и мочевого пузыря вследствие инфильтрации на почве воспалительного процесса или вследствие гипертрофии, являющейся результатом усиленной работы мышцы мочевого пузыря при затрудненном оттоке мочи; наконец, ощупыванием можно определить опухоли и инородные тела, особенно, камни,

сящие в мочеиспускательном канале, мочевом пузыре и в нижних отделах мочеточников.

В случае острого воспаления больные при ощупывании воспаленного мочевого пузыря часто испытывают позыв к мочеиспусканию.

Двуручный метод применим не только для исследования нижних отделов мочевых путей и тазовых отделов мочеточников, но может также способствовать диагностированию некоторых аномалий почки (тазовая почка). Само собой разумеется, что точная диагностика этой аномалии может быть поставлена только на основании всей суммы данных, добытых при помощи целого ряда специальных методов урологического исследования (ретроградная уретеропиелография или урография). Для исследования надо пользоваться свежевыпущенной мочой. У женщин для точного анализа необходимо пользоваться мочой, выпущенной непосредственно из мочевого пузыря при помощи катетера, иначе в мочу может попасть отделяемое из влагалища.

На практике применение катетеризации для исследования мочи не всегда выполнимо. Помимо условий, вытекающих из обстановки и воли больной, противопоказанием к катетеризации может служить наличие уретрита, или интрауретрального скинеинта, в этом случае введение катетера может повести к заражению еще здорового мочевого пузыря. Существенным подспорьем для объективного суждения о составе мочи может служить проба с двумя стаканами, или, как рекомендует Штеккель проба со многими стаканами. Если больная мочится последовательно в два или несколько стаканов, то постепенно просветление мочи, бывшей в первом стакане мутной, говорит за локализацию патологического процесса в уретре и позволяет почти с уверенностью исключить заболевание верхних путей; если же в третьем или четвертом стакане моча не становится прозрачной, а остается такой же гнойной или становится даже еще более гнойной, то это говорит за заболевание верхних отделов мочевых путей—мочевого пузыря, почечных лоханок. В этом случае показана катетеризация, так как опасность заноса инфекции из уретры в пузырь отпадает. Если влагалищного отделяемого немного, можно попытаться получить мочу следующим образом: влагалище промывают чистой тепловатой водой, наружные половые органы обмывают и затем обсушивают, после чего больная самопроизвольно мочится. Если спринцевания сделать нельзя, то после простого обмывания вульвы больная мочится в коленно-локтевом положении.

Наиболее частой причиной внесения в мочевой пузырь инфекции при катетеризации являются погрешности в асептике. Катетеризация требует соблюдения тех же правил, что и производство операции. Катетеризацию производят следующим образом: одной рукой раскрывают малые срамные губы так, чтобы отверстие мочеиспускательного канала было хорошо видно и чтобы волосы наружных половых органов его не касались; другой рукой вытирают отверстие уретры ватными шариками сулемы. Отверстие мочеиспускательного канала вытирают шариком, проводя им по направлению сверху вниз и повторяют вытирание каждый раз свежим шариком до тех пор, пока наружное отверстие не будет очищено от слизи. Если наружные половые органы загрязнены, то предварительно их обмывают. Точно так же предварительно промывают влагалище, если имеется обильное отделяемое (само собой разумеется, что для промывания влагалища не должно быть в этом случае противопоказаний со стороны половых органов, как это бывает, например, после родов, операций и т. п.). Во время вытирания уретрального отверстия малые срамные губы нужно удерживать пальцами в раскрытом состоянии до тех пор, пока катетер не будет введен в мочевой пузырь.

С технической стороны введение катетера в женский мочевой пузырь в большинстве случаев не представляет трудностей, так как женская уретра короткая, широкая и прямая. Трудности возникают при отыскивании отверстия мочеиспускательного канала в тех случаях, когда наружные половые органы отечны, как, например, при родах, и особенно когда наружное отверстие уретры зама-

скировано опухолью или находится на необычном для него месте, например, во влагалище. Хотя для катетеризации женщин можно пользоваться теми же катетерами, что и для мужчин, но обычно у женщин применяют короткие, прямые или слегка изогнутые на конце металлические или стеклянные катетеры. Многие авторы (особенно Штеккель) предпочитают стеклянные катетеры, так как они хорошо стерилизуются, гладкая скользящая поверхность облегчает их введение, а прозрачность позволяет обнаружить малейшее загрязнение их, но



Рис. 93.
Постоянный
катетер
Пещера.



Рис. 94.
Постоянный
катетер
Малеката.

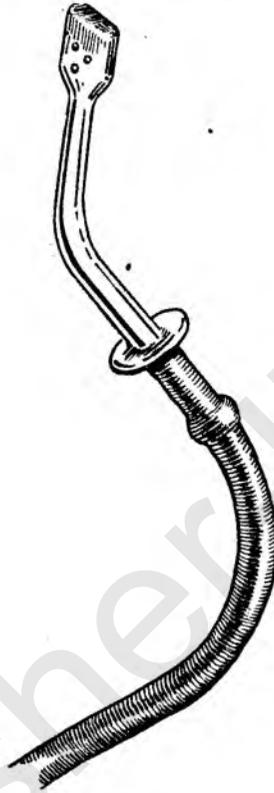


Рис. 95. Постоянный
катетер Скене.

они обладают одним крупным недостатком, а именно, хрупкостью. Иногда при кипячении стеклянный катетер дает трещину и при введении ломается, в результате чего осколок стекла может остаться внутри мочевого пузыря. Поэтому перед применением стеклянный катетер следует каждый раз тщательно проверять. Металлические катетеры в этом отношении совершенно безопасны, зато они не имеют столь гладкой поверхности, подвергаются действию на них химических веществ и не так легко очищаются от осадков, отлагающихся внутри их. Мягкие резиновые катетеры обладают еще менее гладкой поверхностью, быстро портятся, но зато, благодаря своей эластичности, они весьма удобны в случаях ущемления в тазу опухолей, смещающих уретру. Стерилизация резинового катетера кипячением вполне надежна, но все же асептика при применении его может легко пострадать, так как катетер приходится брать пальцами за конец,

который вводится в пузырь, иначе катетер изгибается. Поэтому там, где уретра легко ранима, следует предпочесть стеклянный катетер; мягкий и мужской металлический катетеры применяются в тех случаях, где уретра значительно вытянута и смещена. В общем же для большинства случаев наиболее подходящим является короткий, прямой металлический женский катетер, главным достоинством которого является прочность и гладкая поверхность.

В качестве постоянного катетера применяется мягкий катетер, особенно катетер Пещера (рис. 93) или Малеката (рис. 94) и стеклянный катетер Скене (рис. 95), имеющий копытообразный конец.

Полученную тем или иным способом свежую мочу исследуют на цвет, прозрачность и видимые глазом примеси, а затем производят всевозможные физические, химические и бактериологические исследования, обычно применяемые в медицинской практике.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ

Лечение воспалительных процессов мочевых путей в острых случаях должно заключаться прежде всего в полном покое. При этом мы имеем в виду не только постельный режим, но и полное воздержание от всякого местного

лечения. Этот принцип мы проводим независимо от того, где локализован воспалительный процесс: в уретре, в мочевом пузыре или в почечных лоханках. Большое облегчение приносит применение тепла в форме согревающих компрессов, грелок, теплых спринцеваний, сидячих ванн в 38—40° по 15—30 минут. В больничной обстановке можно, кроме того, применить диатермию, электрические ванны и пр.

Из медикаментозных средств применяют болеутоляющие (белладонну, антипирин, кодеин, морфин, опий) внутрь или в свечках; при сильных болях, как это бывает при воспалениях калькулезного происхождения, приходится прибегать к впрыскиваниям морфина.

В качестве дезинфицирующих средств применяются главным образом формалиновые препараты, как, например, уротропин (Hexamethylentetramin), который назначают внутрь 3 раза в день по 0,5—1,0 или в форме предложенного Фогтом и Саксом вливания 5—10 см³ 40% раствора уротропина в вену. Уротропин переходит через почки неразложившимся. Действие его основано, повидимому, на медленном отщеплении в моче формальдегида, который действует задерживающим образом на развитие бактерий¹.

При назначении уротропина нужно помнить, что дезинфицирующее действие его связано с кислой реакцией мочи; при щелочной реакции мочи уротропин не оказывает действия, так как формальдегид при этом не отщепляется. Поэтому бессмысленно одновременно назначать уротропин и питье щелочных вод. Наоборот, часто при назначении уротропина необходимо подкислять мочу дачей соляной или фосфорной кислоты.

Rp. Acid. hydrochlorici dilut. 20,0
DS. 3 раза в день по 15 капель

или

Rp. Acidi phosphorici 5,0
Sirup. Rubi idei 20,0
Aq. dest. 200,0
MDS. 3—4 раза в день по столовой ложке

Внутривенное введение уротропина следует применять лишь в тяжелых случаях воспаления, главным образом при пиэлитах. При применении уротропина наблюдается иногда усиление позывов, болезненное мочеиспускание и даже появление крови в моче, иногда в ее последних каплях. Чаше такие явления наблюдаются при циститах, возникающих в связи с инфекционными заболеваниями, как грипп и ангина (Кар). В этих случаях вместо уротропина полезнее применять щелочную терапию. Блюм (Blum) рекомендует с этой целью следующую пропись.

Rp. Natrii bicarbonici 20,0
Magnesiae ust.
Natrii citrici aa 15,0
M. f. p.
D. S. 3 раза в день по чайной ложке

По некоторым авторам [Цитрон и Каспер (Citron и Kasper)] более энергичным действием обладает муравьинокислый уротропин, выпускаемый в продажу под названием «мирмалид».

При воспалительных процессах мочевых путей широко применяется в качестве дезинфицирующего вещества также и салол. Салол (салициловокислый фенол), принятый внутрь, расщепляется в кишечнике под влиянием панкреатического сока на карболовую и салициловую кислоты. Ввиду того что карболовая кислота, выделяясь через почки, может при большой дозировке вызвать в них раздражение, мы назначаем салол в умеренных дозах (1,5—2,0 в день). Некоторые же авторы (Бази—Вазу, Дрейфус, Оппенгеймер) рекомендуют боль-

шие дозы (5,0—6,0 в день), особенно при кольпитах. Кроме того, применяют салициловый натрий, аспирин, бензойную кислоту, гельмитол и др. При гонорройных уретритах часто применяют сантил, гонозан, урогозан и пр.

Соблюдение молочной или молочно-растительной диеты имеет при лечении воспалительных процессов мочевых органов важное значение.

Так называемое внутреннее промывание мочевых путей при помощи обильного введения в организм жидкости (молока, миндального молока, настоя из медвежьего ушка, минеральных вод и пр.) служит прекрасным механическим средством, способствующим удалению гноя из мочевых путей, но обратная сторона медали заключается в том, что больные должны еще чаще мочиться. Поэтому при сильных тенезмах от этого способа приходится отказываться. Большое значение имеет забота о правильном действии кишечника. В хронических случаях применяется, кроме того, местное лечение.

УРЕТРИТ И ЦИСТИТ

О лечении хронического уретрита, который большей частью бывает гонорройного происхождения, см. главу о гоноррее.

Местное лечение хронического цистита заключается в промываниях мочевого пузыря из кружки Эсмарха или посредством шприца через катетер. Для промывания применяются теплые (37—38°) растворы борной кислоты (4%) и, особенно, растворы азотнокислого серебра; последние начинают с разведения 1:5 000 (у чувствительных больных даже с 1:10 000), постепенно повышая концентрацию до 1:1 000. Промывания повторяют ежедневно. Иногда бывает достаточно промыть пузырь 1—2 раза, большей же частью 6—8 раз. Применяя азотнокислое серебро, надо помнить, что раствор его должен быть приготовлен на дистиллированной воде, так как в обыкновенной воде серебро соединяется с солями, имеющимися в воде, и выпадает в виде беловатого осадка.

При повышенной раздражимости мочевого пузыря, которая наблюдается особенно в начале лечения, раствор необходимо впускать в пузырь в малом количестве (50—75 см³), медленно и под низким давлением. Большие количества жидкости применяют только в том случае, если это не вызывает никаких жалоб. Вообще при промываниях, производимых перед цистоскопией или с лечебной целью, в пузырь вводят жидкость до тех пор, пока больная не почувствует позыва к мочеиспусканию. Это количество измеряется с тем, чтобы в дальнейшем вводить раствор уже в меньшем количестве.

Так как всякое прикосновение катетера к стенке воспаленного пузыря вызывает боль, то при промывании инструмент необходимо держать, не двигая им и на некотором расстоянии от слизистой пузыря.

При применении растворов азотнокислого серебра полезно предварительно тщательно промыть пузырь стерильным физиологическим раствором, который удаляет слизисто-гнойные наложения с его стенок. Промывания раствором азотнокислого серебра вызывают у чувствительных больных боли даже при применении слабых концентраций. В таких случаях по окончании промывания серебром в пузырь снова вводят небольшое количество физиологического раствора, которое в нем и остается.

При воспалениях слизистой шейки пузыря азотнокислое серебро применяется в более сильной концентрации (1—5% раствор), причем в опорожненный пузырь впускают всего лишь несколько капель раствора. Кнорр вводит для этой цели трубку уретроскопа с obturatorом в канал уретры, затем удаляет obturator и вводит зонд, обернутый (на протяжении большем, чем длина уретры) тонким слоем ваты, которая затем смачивается указанным раствором; затем трубку удаляют, после чего уретра, раздраженная крепким раствором серебра, сокращается и охватывает зонд. При удалении последнего раствор выжимается стенкой уретры и небольшое количество его стекает на дно пузыря; на зонде можно произвести массаж уретры.

Этот способ имеет, однако, и недостатки. Прежде всего растворы азотно-кислого серебра, особенно концентрированные, вызывают боли, вследствие чего чувствительные больные от такого лечения иногда отказываются. Кроме того, при неосторожном применении на белье остаются пятна. Поэтому во многих случаях лучше применять 1% раствор колларгола, который вливают в количестве 10—30 см³ и оставляют в пузыре на некоторое время. От этого способа мы видели прекрасные результаты в сравнительно короткое время там, где растворы азотнокислого серебра долго не помогали. В упорных и тяжелых случаях цистита мы с успехом применяли также 10% эмульсию иодоформа в сезамовом масле, 20—30 см³ которой вводят в спорожненный пузырь после промывания его борным раствором.

Циститы, долго и упорно не поддающиеся лечению, вызывают подозрение на туберкулез, при котором промывания азотнокислым серебром не только не дают улучшения, но, наоборот, вызывают ухудшение. Уменьшение болей и тенезмов при туберкулезе пузыря мы видели от применения упомянутой, иодоформной эмульсии. Но так как туберкулез пузыря—явление вторичное, а первичный очаг находится в почке, то лечению должна быть подвергнута почка.

К особым формам цистита можно отнести воспаления пузыря, наблюдающиеся после гинекологических операций. Главной причиной их является применение в послеоперационном периоде катетера. Эта катетеризация не может по своему значению и по своим последствиям сравниться с обыкновенной катетеризацией. При всякой катетеризации существует опасность внесения в пузырь инфекции, которая, как уже указывалось, может быть экзогенной вследствие погрешности в асептике или эндогенной и произойти при самом строгом соблюдении правил асептики, так как женская уретра, подобно преддверию влагалища обычно населена самыми разнообразными микробами (стрептококки и стафилококки, кишечная и вагинальная палочки). В нормальных условиях микрофлора уретры так же, как и вагины не проявляет патогенных свойств и не вызывает в этих органах воспалительных явлений. Но стоит какой-нибудь травме ослабить реактивные свойства организма, как невинные дотоле микробы начинают проявлять свои патогенные свойства. В этом отношении можно отметить, как подчеркивает Штеккель, полную аналогию между процессами, происходящими в мочевых и половых органах.

Мочевой пузырь в большей или меньшей мере травмируется часто при гинекологических операциях, особенно же при радикальной операции по поводу рака шейки матки, когда пузырь обнажается на большом протяжении, вследствие чего нарушается его иннервация и питание. Такой пузырь плохо опорожняется и в нем застаивается моча, что благоприятствует развитию воспалительного процесса.

Частое применение катетера в послеоперационном периоде увеличивает опасность внесения инфекции, которая будет тем больше, чем сильнее травмирован пузырь; с другой стороны, редкое применение катетера способствует застою мочи в пузыре, и инфекционное начало, занесенное при первой катетеризации, получает благоприятную почву для своего развития. Поэтому профилактика послеоперационного цистита должна клониться главным образом к тому, чтобы по возможности совсем не прибегать к катетеризации.

Многие больные после первоначальной задержки начинают мочиться под тихое журчание струи воды в умывальнике, особенно, когда их оставляют в комнате одних; другим помогает грелка, положенная на низ живота; подсаживание тоже облегчает мочеиспускание у оперированных, а в большинстве случаев оно может быть испытано уже в первые дни после операции. В качестве тонизирующего средства применяется стрихнин и питуитрин, усиливающие сократительную способность матки, кишечника и мочевого пузыря.

Штеккель рекомендует впрыскивать в послеоперационном периоде 1,0 питуитрина внутримышечно при наполненном мочевом пузыре и в случае

необходимости повторить это впрыскивание через несколько часов. Из русских авторов об успешных результатах применения питуитрина сообщают С. Балашов, Барадудин, Сердюков и др. Байш советует впрыскивать в мочевой пузырь уже в конце первого операционного дня 20,0 стерильного 2% раствора борной кислоты в глицерине, после чего очень скоро, иногда уже через 5 минут, больная начинает самопроизвольно мочиться. Последний метод мы применяем не профилактически, как Байш, а только при имеющейся уже задержке. Некоторые авторы рекомендуют внутривенное впрыскивание 40% уротропина в количестве 5—10 см³. Значение этого метода, по нашему мнению, лежит главным образом в дезинфицирующем действии уротропина на мочевые пути, для этого мы его чаще всего и применяем. Кватер и Николаев рекомендуют для лечения послеродовой и послеоперационной ишурии подкожное впрыскивание 1—2 см³ 25% раствора серноокислой магнезии, которую с успехом применяли в других случаях задержки Л. Файн, Войташевский, Барадудин, Т. Топоркова и др.

Одни из этих мероприятий имеют целью устранить психогенный момент, вызывающий задержку мочеиспускания, другие—ослабить спастическое состояние сфинктера мочевого пузыря или усилить работу детрузора. После абдоминальной радикальной операции рака шейки матки полезно ввести в пузырь постоянный катетер, на 2—4 суток. В течение этого времени катетер ежедневно меняют, а при закупорке его тотчас сменяют.

Особенно тяжелой формой цистита является гангренозный цистит, при котором происходит частичное или полное омертвление слизистой мочевого пузыря или даже всей стенки его. В некоторых случаях отторгнувшаяся слизистая выделяется целиком в виде мешка, представляющего собой слепок внутренней поверхности мочевого пузыря. Случаи гангренозного цистита наблюдаются вообще не часто.

Частичная гангрена, ограничивающаяся дном и задней стенкой пузыря, встречается в практике гинеколога не так уж редко после радикальной операции рака шейки матки по Вертгейму. Вообще у женщин этот процесс наблюдается чаще, чем у мужчин. В большинстве случаев гангрена мочевого пузыря наблюдается при ущемлении его ретрофлексированной беременной маткой (*retroflexio uteri gravidi incarcerata*). Поэтому во время беременности необходимо относиться особенно внимательно к жалобам больной на затрудненное мочеиспускание.

Гангренозный цистит отличается от обыкновенного цистита особенно тяжелым течением, сопровождается высокой температурой, сильными болями, весьма затрудненным мочеиспусканием, причем моча отличается резким запахом и содержит примесь крови и некротических обрывков тканей. Уже простая катетеризация бывает в этих случаях затруднительна вследствие того, что некротические массы закупоривают мочеиспускательный канал и самый катетер. Кроме того, введение катетера затрудняется еще тем, что уретра вытянута и прижата к лону.

Выведение матки из неправильного положения является необходимым условием предупреждения гангрены мочевого пузыря. Иногда бывает достаточно выправления матки для того, чтобы даже начавшийся в мочевом пузыре гангренозный процесс остановился и пошел на убыль.

Для подробного ознакомления со способами выправления ретрофлексированной беременной матки мы отсылаем читателя к соответствующей главе руководства по акушерству. Здесь же мы только укажем на необходимость предварительно опорожнить мочевой пузырь, что сделать в запущенных случаях при помощи катетера иногда и не удается. В подобных случаях может оказаться безуспешной и попытка облегчить введение катетера, предварительно проколов плодное яйцо, так как влагалищная часть матки стоит высоко и с трудом или совсем не достигается. Правда, прокол плодного яйца можно сделать и через задний влагалищный свод или даже через брюшную стенку, но вообще выпускание околоплодной жидкости влечет за собой обычно прекращение беремен-

ности; к тому же этот метод не безопасен. Поэтому мы в нашей клинике для выправления матки с успехом применяли, как это делают теперь многие гинекологи, лапаротомию, после чего явления ишурии быстро исчезали. Но если длительное ущемление привело уже к гангрене стенки мочевого пузыря, идущей вплоть до его брюшного покрова, то и лапаротомия может оказаться опасной. В этих случаях приходится прибегать к пункции мочевого пузыря со стороны брюшной стенки или к наложению надлобкового пузырного свища. Пункция или наложение свища со стороны влагалища опасны тем, что разложившаяся и инфицированная моча, вытекая во влагалище, может вызвать восходящую инфекцию половых органов. Если процесс омертвения уже закончился, то удаление отторгнутых гангренозных частей желательнее ускорить, что можно сделать при помощи корнцанга, введенного в уретру или в свищевое отверстие.

Применение постоянного катетера, являющегося лучшим способом длительного опорожнения мочевого пузыря и дающего больному органу столь необходимый ему покой, может в случае гангрены пузыря не достигнуть цели, так как некротические массы легко его закупоривают. Правильно функционировать постоянный катетер будет лишь тогда, когда полость мочевого пузыря очистится от распада.

При быстром опорожнении мочевого пузыря наблюдались случаи тяжелых кровотечений из пораженных гангренозным процессом кровеносных сосудов, разрывающихся вследствие внезапно наступившего изменения внутрипузырного давления; поэтому опорожнять его следует медленно, выпуская мочу отдельными небольшими порциями. Штеккель рекомендует в случаях появления кровотечения после выпуска мочи наполнить мочевой пузырь ледяной водой, прибавив в нее несколько капель 1% раствора адреналина. В остальном лечение гангрены мочевого пузыря следует вести согласно принципам, лежащим в основе лечения циститов.

ПИЭЛИТ

Гинекологу приходится часто заниматься лечением пиелита потому, что пиелит встречается как осложнение гинекологических заболеваний, особенно после радикальной операции рака шейки матки; пиелитом также нередко осложняется беременность (pyelitis gravidarum).

В большинстве случаев приступ пиелита продолжается несколько дней, стихая при соответствующем лечении; но и после падения температуры новые вспышки все еще возможны.

Течение пиелита беременных часто отличается упорством, и приступы его прекращаются иногда только после родов. В особенно тяжелых случаях больные могут погибнуть от сепсиса или от абсцессов в почке.

В начале заболевания острые пиелиты смешиваются иногда с циститом, аппендицитом, холециститом, сальпингитом, параметритом и пр. Однако боли и болезненность при ощупывании в области почки или по ходу мочеточника (особенно боли, появляющиеся при сотрясении, производимом посредством коротких толчков в поясничной области в стороне подозреваемой почки), а также данные исследования мочи (моча содержит лейкоциты и зачастую эритроциты) приводят большей частью к правильному диагнозу. В хронической стадии имеется склонность к новым вспышкам даже после многих лет латентного состояния. Заболевание не остается без влияния на весь организм. Если лейкоциты обнаруживаются в моче лишь временами, то можно заподозрить временную закупорку мочеточника гноем при одностороннем пиелите или пионефрозе.

В нехарактерно протекающих случаях и, особенно, в хронических случаях диагностика пиелита ставится только на основании цистоскопии и катетеризации мочеточников.

Лечение пиелита в острой стадии обычно строго консервативное: постельное содержание (при правостороннем пиелите беременных больных укладывают на

здоровый бок), молочно-растительная диета, тепло на поясничную область, обильное питье.

При тенезмах пузыря назначают белладонну или опий.

Если моча имеет сильно кислую реакцию, то назначают щелочные минеральные воды (боржом, эссентуки № 4), при щелочной моче ее, как было указано выше, подкисляют при помощи соляной или фосфорной кислоты и дают внутрь уротропин 3 раза в день по 0,5—1,0 или салол 3 раза в день по 0,5). Из минеральных вод при щелочной моче назначают смирновский источник (Железноводск). Лучший эффект дает, как указывалось выше, внутривенное введение 40% раствора уротропина (5—10 см³), повторяемое несколько раз. Питье при этом резко ограничивают. Если подкисливание мочи не дает эффекта, то следует испробовать обратное—кислую мочу превратить в щелочную, для чего назначают внутрь очищенную соду (*Natrii bicarbonici* 3 раза в день по 2,0). Этот метод особенно распространен в Англии и Америке. Гофбауэр рекомендует комбинацию *Natrii bicarbonici* и *Natrii citrici aa* (3 раза в день по 2,0) и одновременно впрыскивание питуитрина для усиления тонуса мускулатуры мочеоточников.

Из щелочных минеральных вод назначают смирновскую или славяновскую (Железноводск).

Исходя из тех соображений, что при лечении пиелитов необходимо повысить кислотность мочи, Майер—Бетц (*Maeyer—Betz*) предлагают способ лечения, основанный на назначении внутрь кислот и кислой диеты при ограничении питья. Способ этот сводится к следующему (цит. по Мажбицу): 1) 3 дня подряд назначается *Sol. Acidi phosphorici* 2% по 100,0 в день; минимальное количество жидкости, сухоядение; 2) 4 дня подряд назначается *Natrium bicarbonicum* 3 раза в день по 5,0 и усиленное питье; на 8-й день исследуют мочу, взятую катетером; если в моче обнаруживается значительное количество лейкоцитов, то после перерыва в 3—4 дня курс лечения повторяется. Из русских авторов об успешном применении этого способа сообщают Васильев и Мажбиц. Кач рекомендует давать в течение 2 дней по 6,0 и на третий день 9,0 хлористого аммония и одновременно кислую пищу и мало жидкости. Действие окисляющих средств может быть усилено потогонными процедурами.

Каспер (*Casper*) рекомендует следующий комбинированный способ: в течение 2 дней подряд больную держат на сухоядении, и она принимает в это время уротропин или мирмалид; следующие 2 дня она лекарств не принимает, а выпивает 4—8 л жидкости (вода, чай, молоко, лимонад, минеральная вода). В дни сухоядения создается, таким образом, концентрация уротропина в организме, а в дни обильного питья основательно вымывается патологический секрет из лоханок.

Федоров рекомендует внутримышечные впрыскивания электаргола по 5—10 см³ ежедневно.

Некоторые авторы с успехом применяли внутривенное введение различных соединений металлов и красящих веществ, как аргохром, триафлавин, аргофлавин, а также неосальварсан. Относительно последнего Порудоминский, основываясь на взглядах Кульнева, Павлова и Кравкова, предполагает, что терапевтический эффект его при пиелитах заключается не только в дезинфицирующем действии содержащегося в нем формальдегида, но и в поднятии сопротивляемости и усилении жизнедеятельности пораженной ткани и всего организма.

Многие авторы при пиелитах рекомендуют вакцинотерапию (Ильин).

Ряд авторов (Рейтер—*Reiter*, Кейтли—*Keitly*, Аллен, Гораш, Лисовская, Златогоров и др.) рекомендует применение аутовакцины, т. е. вакцины, приготовленной из микробов, выделенных у больной. Преимущество аутовакцины перед гетерогенными вакцинами обусловливается, по их мнению, большей специфичностью действия аутовакцины на микроб, вызвавший заболевание, так как микробы внутри одного и того же вида значительно отличаются друг от

друга в отношении их биологических свойств, вирулентности и способности вызывать в организме реакцию.

Несмотря на хорошие результаты, полученные многими авторами при лечении пиэлитов аутовакциной, метод этот все же не находит массового применения. Самым большим препятствием к распространению его является сложность получения хорошей аутовакцины, которая должна быть изготовлена из тех микробов, которые действительно являются причиной заболевания в каждом отдельном случае. При изготовлении аутовакцины из материала, содержащего разнообразные микробы, важно соблюдать правильное количественное соотношение между различными видами.

Для изготовления аутовакцины требуется не только наличие подходящей обстановки и опытных кадров, но и весьма продолжительное время. Все вместе взятое делает затруднительным применение аутовакцины даже во многих клиниках и специальных больничных отделениях.

При лечении пиэлитов большое значение имеет правильное опорожнение кишечника, чему способствует растительная диета и в случае необходимости слабительные средства, как ревеня, каскара саграда, средние соли. Ортнер (Ortner) рекомендует следующий рецепт:

Rp. Pulv. rhiz. Rhei 20,0

Natrii sulfurici 10,0

Natrii bicarbonici 5,0

M. f. p.

DS. Перед сном принять $\frac{1}{2}$ —1 чайную ложку в стакане теплой воды

Там, где медикаментозное и диетическое лечение не приводят к цели, прибегают к местному лечению, которое заключается в промывании мочевого пузыря, катетеризации мочеочника и промывании почечных лоханок антисептическими растворами.

Промывание мочевого пузыря растворами борной кислоты или азотнокислого серебра (1:2 000—1:4 000) показано прежде всего в тех случаях, когда воспалительный процесс локализуется, кроме почечных лоханок, также в мочевом пузыре, т. е. при пиэлоцистите и цистопиэлите. Промывания мочевого пузыря влияют не только на его слизистую: быстрая смена стадии наполнения и опорожнения мочевого пузыря при его промывании вызывает усиление секреции почек и перистальтики мочеочников. Таким образом, промывания мочевого пузыря способствуют лучшему опорожнению почечных лоханок.

Промывание почечных лоханок через мочеочниковый катетер непосредственно опорожняет лоханки от скопляющегося в них гноя и восстанавливает полную проходимость мочеочника.

Техника промывания почечных лоханок базируется на технике катетеризации мочеочников, для изучения которой мы отсылаем читателя к руководствам по урологии. При катетеризации мочеочников по поводу пиэлита беременные продвижение мочеочникового катетера может быть приостановлено на месте сдавления мочеочника беременной маткой. В этих случаях Оппенгеймер советует двуручным способом приподнять беременную матку. Когда мочеочниковый катетер проник в почечную лоханку, то моча через него начинает непрерывно выделяться каплями. При расширении почечных лоханок моча начинает выделяться через катетер сначала струей, а затем каплями.

Для промывания почечных лоханок применяют преимущественно раствор азотнокислого серебра 1:1 000, постепенно повышая его концентрацию и доводя в тяжелых случаях до 1:100. Количество вводимого раствора зависит от емкости лоханки, определяемой путем предварительного введения 2% борного раствора до появления у больной ощущения давления в поясничной области.

Во избежание раздражения слизистой пузыря крепким раствором азотнокислого серебра в клинике Федорова пузырь предварительно наполняют физиологическим раствором. Некоторыми авторами рекомендуются и другие препараты серебра, марганцовокислый калий. Кидд колларгол применяет при первом промывании 5%, а при последующих 20% раствор в количестве 4 см³.

Для введения промывного раствора в почечную лоханку пользуются 5—10-граммовым рекордовским шприцем, соединяя его с наружным концом мочеточникового катетера, внутренний конец которого находится в лоханке.

Промывания почечной лоханки производят через 2—3 дня; они часто вызывают реакцию, выражавшуюся в повышении температуры, появлении ознобов и усилении болей в области больной почки. При тяжелых инфекциях, в особенности при легко рецидивирующих коли-пиелитах, Федоров производит промывания ежедневно.

Метод промывания почечных лоханок в подострых и хронических случаях пиелита имеет много сторонников (Симон—Simon, Вейбель, Штеккель, Федоров, Готлиб, Фронштейн, Гораш и др.). Другие горячо рекомендуют длительную (сутки и далее) катетеризацию почечных лоханок при помощи мочеточникового катетера. При пиелоктазиях Оппенгеймер (цит. по Мажбицу) рекомендует оставлять катетер на 14 дней, а если температура не снижается, то вторично вводить его на 14 дней.

Еще лучший эффект дает длительная (12—24 часа) катетеризация почечной лоханки при помощи мочеточникового катетера. Только в очень редких случаях приходится при пиелите беременных, не поддающемся консервативному лечению, прибегать к прерыванию беременности.

При тяжелых пиелонефритах приходится прибегать и к хирургическим вмешательствам—нефротомии и нефрэктомии.

В нашей клинике мы на протяжении многих лет обходимся при лечении пиелитов беременных исключительно консервативной терапией (диета, внутривенные вливания 40% уротропина и пр.), не прибегая к длительной катетеризации мочеточников или промыванию почечных лоханок дезинфицирующими растворами.

В последнее время мы с успехом применяем для лечения пиелитов беременных диатермию: пластинчатый электрод размером 200—300 см² кладут на область больной почки со стороны спины, другой—несколько большего размера—на соответствующую переднюю поверхность тела; сила тока 1—1½ mA; продолжительность сеанса 30—40 минут и даже 1 час; лечение производится ежедневно или через день. При двустороннем пиелите 2 пластинчатых электрода, присоединенные к одному полюсу аппарата, накладываются на область обеих почек (рис. 96), а третий электрод размером 500 см²—на живот. Под влиянием этого лечения (без применения уротропина) в 22 случаях отмечено уменьшение болей, снижение температуры, увеличение общего и минутного диуреза, уменьшение в осадке мочи количества лейкоцитов.



Рис. 96. Диатермия почек. Два пластинчатых электрода, совместно присоединенные к одному полюсу аппарата, прикладываются к спине соответственно расположению почек. Пластинчатый электрод, поверхность которого больше поверхности обоих задних электродов, вместе взятых, кладется спереди на живот.

СМЕЩЕНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Выпадение слизистой уретры встречается нечасто; наблюдается оно главным образом в детском и старческом возрасте. По Ануфриеву, выпадение слизистой уретры встречается у детей в 3 раза чаще, чем у женщин среднего возраста, а в возрасте от 40 до 70 лет—в $1\frac{1}{2}$ раза чаще, чем у женщин 18—39 лет. В этих случаях на месте уретрального отверстия имеется опухоль красного цвета, в центре которой удается обнаружить отверстие канала. Позже выпавшая слизистая приобретает более темную окраску, ее поверхность местами изъязвляется и некротизируется; в старческом возрасте поверхность выпавшей слизистой постепенно ороговеет. При циркулярном выпадении слизистой уретры диагноз ставить легко потому, что края выпавшей слизистой переходят непосредственно в края наружного отверстия уретры, расположенного, как уже указано было, в центре образования. В случае сомнения в отверстие можно ввести катетер. При одностороннем выпадении приходится дифференцировать с полипом, пери- и парауретральным абсцессом, кистой, фибромиомой и др. Субъективные ощущения могут вначале отсутствовать: при значительной степени выпадения больные жалуются на болезненное, затрудненное и учащенное мочеиспускание, а иногда на кровянистые выделения и боль при ходьбе. Лечение в редко встречающихся острых случаях заключается во вправлении выпавшей слизистой при помощи твердого катетера или даже пальца. Во избежание рецидива после вправления вводится на несколько дней постоянный катетер. В дальнейшем некоторые применяют прижигания препаратами серебра. В хронических случаях при небольших выпадениях показано оперативное лечение, которое заключается в удалении отдельно радиарно расположенных лоскутов слизистой при помощи ножа, термокаутера Пакелена, гальванокаутера или—что еще лучше—при помощи электрокоагуляции. Последняя дает нежный струн, не вызывает последующих кровотечений и не ведет к образованию в дальнейшем стриктур и стенозов уретры. Если причиной выпадения являются опухоли (фибромы, полипы), то необходимо прежде всего удалить их.

Из всех форм смещения мочевого пузыря наибольший интерес для гинеколога представляет смещение мочевого пузыря, встречающееся при неправильных положениях женских половых органов. Так, при выпадении стенок влагалища и матки всегда происходит опущение дна мочевого пузыря (cystocele). В главе о смещениях влагалища и матки читатель найдет данные, касающиеся терапии этого вида смещения мочевого пузыря. Кроме того, встречаются грыжи пузыря, образующиеся вследствие того, что опухоль или спаянная с пузырем кишечная петля при выхождении через грыжевые ворота увлекла за собой и стенку пузыря. Весьма редко наблюдаются случаи выпадения слизистой пузыря, как, например, при полном или частичном вывороте его.

При всяком смещении матки вверх, возникающем при ущемлении в малом тазу опухоли яичника, фибриом матки, особенно расположенных межсвязочно или исходящих из шейки матки, а также при ретрофлексированной беременной матке наблюдаются затруднения при мочеиспускании. Эти затруднения могут достигать высокой степени и дойти до формы, известной под названием *ischuria paradoxa*.

Лечение состоит в устранении основного гинекологического заболевания, поскольку, конечно, это осуществимо. Урологические мероприятия являются либо временными и подготовительными и заключаются в катетеризации, либо имеют целью устранить последствия долго длившейся задержки мочеиспускания и заключаются в лечении цистита, который может остаться у больной и после того, как основная причина уже устранена.

Выпавшая часть мочеточника, растянутая мочой, имеет вид опухоли, которая может принять значительные размеры и даже выпасть наружу через уретру.

Если уретероцеле не сопровождается сужением мочеточникового отверстия и не вызывает никаких симптомов, то она не требует лечения. Вообще же лече-

ние этого заболевания может быть только оперативным—вскрытие кисты ножом или при помощи эндовезикальной электрокоагуляции.

Смещение (дистопия) почек представляет для гинеколога большой интерес с точки зрения патогенеза как явление, во многих случаях сочетающееся с пороками развития половых органов. С практической же стороны важно, что смещенная и лежащая в тазу почка может быть принята за опухоль и удалена. Операция эта кончается трагически, если удаленная почка оказывается единственной.

Врожденное смещение почки может ничем не проявляться. Иногда же появляются болезненные ощущения, нервные расстройства, диспептические явления. Тазовая почка может служить препятствием при родах; она так же, как и опухоли половых органов или матки при неправильных положениях ее, может давить на мочевой пузырь и вызывать расстройство мочеиспускания и боли в крестце.

Диагноз ставится отчасти на основании методов исследования, применяемых в гинекологии. Тазовая почка прощупывается часто как бугристая опухоль, по форме и консистенции несколько напоминающая нормальную почку, иногда болезненная и часто малоподвижная. При перкуссии над опухолью обычно бывает тимпанит.

Большей частью тазовая почка расположена кпереди от мыса, в области подвздошной ямки или подвздошно-крестцового сочленения.

Для того чтобы определить, является ли ощупываемая в животе опухоль почкой или она принадлежит другому органу, Менге и Фишель, Федоров, Еремич рекомендуют применять так называемую пальпаторную альбуминурию; если у больной при исследовании мочи белка нет, а после массажа опухоли в течение 10 минут появляется белок, то это говорит за то, что прощупываемая опухоль—почка.

В настоящее время мы имеем вполне надежный способ определения положения почки при помощи уретропизелогрaфии, или урографии.

Лечение заключается в пришивании смещенной почки, если она подвижная, или в ее удалении, если она неподвижна, причиняет боли и ухудшает общее состояние, что наблюдается при туберкулезе, камнях, гидронефрозе, кистозном или злокачественном перерождении и пр.

При беременности или родах в случаях тазовой почки приходится оперировать не на почке, а на гениталиях, т. е. либо прервать беременность, либо применить различные акушерские операции вплоть до кесарского сечения.

НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

К доброкачественным новообразованиям мочеиспускательного канала обыкновенно причисляют так называемые карункулы—маленькие опухоли, величиной с горошину, яркочерного цвета, выступающие из отверстия уретры. Своим происхождением они обязаны воспалению слизистой уретры. Если больные жалуются на жжение, учащенное мочеиспускание и другие явления дизурии, то карункулы удаляют либо острым путем, либо при помощи термокаутера, гальванокаутера или электрокоагуляции.

Полипы, являющиеся результатом гипертрофических процессов слизистой уретры, бывают расположены кнутри от наружного отверстия уретры, либо свисают наружу от него. Полипы, свисающие наружу, нередко подвергаются изъязвлению. Полипы удаляют при помощи ножа, гальванокаутера или электрокоагуляции. При расположении полипа внутри уретрального канала операцию производят под контролем уретроскопа.

Редко встречающиеся фибромы и кисты уретры удаляют оперативным путем.

Из злокачественных опухолей в уретре встречается довольно редко рак, еще реже—саркома. Симптомы рака: кровавистое отделяемое, боли, позже—недержание мочи. Прогноз—весьма плохой. Длительное излечение наблюдается



Рис. 97. Электрокоагуляция папилломы мочевого пузыря.

редко, даже после радикальной операции, состоящей в удалении новообразования вместе со сфинктером и шейкой мочевого пузыря. А так как непосредственным результатом этой операции является невозможность самопроизвольного мочеиспускания, то в последнее время в этих случаях стали предпочитать радий и рентгенотерапию. Но и это не смогло улучшить печальную участь этих больных.

Первичные опухоли мочевого пузыря встречаются у женщин значительно реже, чем у мужчин (по Альбаррану в 4—7 раз реже). Чаще всего встречаются папилломы, сидящие на ножке обычно в области треугольника. Они богаты кровеносными сосудами и вызывают по временам появление крови в моче; кровопотери могут достигать иногда весьма значительных размеров.

По своему характеру эти папиллярные опухоли весьма близки к раку, так как обладают способностью давать в операционном рубце прививочные метастазы с ясно выраженным злокачественным ростом. И действительно, при подробном и тщательном гистологическом исследовании удаленных опухолей в них удавалось находить иногда единичный, маленький и ограниченный участок злокачественного перерождения.

С другой стороны, папиллома может расти и достигнуть значительных размеров, совершенно не инфильтрируя подлежащей ткани и сохраняя свой доброкачественный характер; последнее подтверждается тем, что после простого удаления опухоли она вновь не возвращается.

Большие опухоли можно иногда прощупать при двуручном исследовании. Но даже и в таком случае определить их месторасположение весьма трудно, точное же распознавание установить можно только путем цистоскопии. Лечение может быть хирургическим и состоять в удалении опухоли путем надлобкового вскрытия мочевого пузыря. Этот метод был раньше единственным. С изобретением операционного цистоскопа стали применять также эндовезикальный способ, который состоит в том, что в пузырь вводят платиновую петлю, накидывают ее на опухоль и накачивают добела. В последнее время чаще стали применять электрокоагуляцию папиллом при помощи токов высокой частоты.

Для электрокоагуляции пользуются аппаратами, применяемыми в гинекологии для диатермии. Большой индифферентный влажный электрод подкладывают под крестец, а другой, активный электрод, имеющий форму тонкого мочеточникового катетера, вводят через мочеточниковый цистоскоп в наполненный борным раствором мочевого пузырь и направляют под контролем глаза до соприкосновения его с опухолью. Через 10—20 секунд по замыкании тока на месте соприкосновения электрода с опухолью появляется серовато-белый струп; затем электродом касаются другого места опухоли и т. д.

Электрокоагуляцию папилломатозной опухоли производят обычно в несколько сеансов (2—5). При многочисленных папилломах число сеансов соответственно увеличивается. После сеанса и в следующие дни в моче находят примесь крови и некротические кусочки ткани. По окончании лечения на месте опухоли находят только беловатый рубец (рис. 97).

В случае отсутствия аппарата для электрокоагуляции можно применить хемокоагуляцию папилломы при помощи предложенной Иозефом концентрированной трихлоруксусной кислоты, которая приводится в непосредственное соприкосновение с опухолью через мочеточниковый катетер.

Техника хемокоагуляции следующая: обрезается конец мочеточникового катетера так, что его отверстие становится центральным. Кристаллы трихлоруксусной кислоты расплавляются в пробирке. К 1—2 г расплавленной кислоты прибавляется несколько капель глицерина, и все количество (обычно достаточно 1 г) медленно впрыскивается в катетер, пузырьный конец которого под контролем глаза через мочеточниковый цистоскоп подводится вплотную к опухоли.

Лечение рака мочевого пузыря состоит в удалении пузыря. Мочеточники

в этих случаях приходится пересаживать в прямую кишку. Для улучшения результатов после операции применяют рентген- и радиотерапию.

Если распад раковой опухоли, проросшей в мочевой пузырь из матки или влагалища, привел к образованию мочеполювого свища, то случай является неизлечимым.

Весьма редко в мочевом пузыре встречаются фибромы, миомы и саркомы, подлежащие операции.

Если при опухолях мочевого пузыря внезапно возникает сильное кровотечение, которое необходимо тотчас остановить, то промывают мочевой пузырь холодным 3—4% раствором борной кислоты или физиологическим раствором поваренной соли. К промывной жидкости прибавляют 10 капель адреналина (1:1 000). Для врача, не владеющего специальной урологической техникой, это единственный способ местного лечения такого кровотечения. Кроме того, можно применить те же кровоостанавливающие средства, которые употребляются при гинекологических кровотечениях, как препараты спорыньи, гидрастис и пр.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА И КАМНИ

Инородные тела, находящиеся в мочевом пузыре, могут попадать туда извне через уретру. Причиной может быть мастурбация в области клитора и уретрального отверстия; применяемые для этой цели головные шпильки, карандаши, зубочистки, колосья и пр. могут попасть в уретральное отверстие и во время оргазма проталкиваются в мочевой пузырь.

Через уретру могут также попасть в мочевой пузырь куски стеклянных и резиновых катетеров, обломившихся при катетеризации. Проглоченные иголки, выгнаивающиеся шелковые лигатуры, части скелета плода при внематочной беременности, волосы и зубы из вскрывшихся дермоидных кист, костные секвестры при коксите, забытые в брюшной полости инструменты и тампоны могут проникнуть внутрь мочевого пузыря, пройдя через его стенку.

Инородные тела в мочевом пузыре инкрустируются солями. Особенно легко и быстро инкрустируются лигатуры, которые, таким образом, становятся исходным пунктом для образования камней мочевого пузыря. Образование камней наблюдается также при *cystocele*, особенно у старух и после операции *colprocleisis*. Кроме того, камни образуются при так называемой каменной болезни, при которой от невыясненных причин в мочевых путях постоянно образуются новые экземпляры камней. Вообще же камни мочевого пузыря встречаются у женщин значительно реже, чем у мужчин.

Возможно, что мелкие камешки выходят через короткую и широкую женскую уретру, не вызывая резких явлений, и потому часто остаются нераспознанными. Но даже и более крупные экземпляры, вызывающие резкие клинические симптомы, могут у женщин выходить самопроизвольно через уретру или мочевой свищ. К особенностям каменной болезни относится и то, что у женщин камни, мочевого пузыря, помимо своего влияния на состояние самих мочевых органов, могут осложнять беременность, родовой акт и послеродовой период.

Симптомы состоят в затрудненном по временам мочеиспускании, гематурии, болях, появляющихся в начале мочеиспускания и усиливающихся к концу его, когда стенки опорожненного мочевого пузыря соприкасаются с камнем. Боли эти распространяются вниз по направлению к уретре и промежности; они появляются или усиливаются при движении. Точно так же, вследствие перемещения камня, появляется или усиливается гематурия. Если присоединяется цистит, то его симптомы могут несколько затушевать картину каменной болезни.

Диагноз ставится на основании зондирования, цисто-радиографии и цистоскопии.

Лечение должно состоять в удалении инородного тела или камня через уретру при помощи пальца или инструмента. Хотя женская уретра и легко

растягивается, но все же надо помнить, что после насильственного ее расширения может ослабеть функция сфинктера. Поэтому более объемистые камни необходимо либо предварительно раздробить внутри пузыря при помощи специального инструмента и затем уже удалять через уретру отдельными мелкими кусочками, либо удалить камень целиком через разрез *sectio alta* или при помощи кольпоцистотомии, т. е. продольного срединного разреза через переднюю стенку влагалища и дно мочевого пузыря.

Кроме удаления камней, необходимо применить диететическое, медикаментозное и бальнеологическое лечение, а также устранить те причины, которые повели к образованию камней (например, *cystocele*), равно как и те последствия, к каким они привели (цистит).

Камни, находящиеся в мочеиспускательном канале, попадают сюда большей частью из пузыря; иногда же они образуются в самом мочеиспускательном канале, когда в стенках его имеются дивертикулы.

Главными симптомами является затрудненное мочеиспускание и боли в области уретры. Диагноз ставится при помощи зонда. Лечение заключается в удалении камня щипцами через уретру или через разрез со стороны влагалища. Последний способ применяется главным образом в тех случаях, когда камень находится в дивертикуле уретры.

Камни мочеточников не образуются на месте, а спускаются из почечных лоханок. Песок и мелкие камешки могут пройти через мочеточник в мочевой пузырь, не застревая по дороге, но вызывая иногда приступы коликов. Большие камни могут задержаться, особенно на месте физиологического сужения, стриктур, дивертикулов.

Двусторонние мочеточниковые камни встречаются редко. Но ущемление камня в одном мочеточнике и закупорка его просвета могут вызвать рефлекторно прекращение выделения мочи также и из другой почки. При прохождении камень может поранить стенку мочеточника и вызвать, кроме коликов, кровотечение и повести к образованию стриктур.

В результате длительного пребывания камня в мочеточнике образуется гидроуретер, гидронефроз и, наконец, атрофия почки. Присоединившаяся инфекция ведет к пиелонефриту, воспалению стенки мочеточников (уретрит), околомочеточниковой и околопочечной клетчатки (парауретрит и паранефрит). В редких случаях образуются мочеточниковые свищи.

К симптомам, вызываемым наличием камня в мочеточнике, присоединяются со стороны пузыря симптомы, которые проявляются тем резче, чем ближе лежит камень к пузырному отверстию мочеточника. В этих случаях больные жалуются также на учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Камни, сидящие в газовой части мочеточника несколько выше места впадения его в мочевой пузырь, часто вызывают боли в крестце или в подвздошной области и могут вызвать подозрение на аппендицит или заболевание женских половых органов.

Вот почему при наличии этого симптома и отсутствии объективных данных, говорящих за гинекологическое заболевание, необходимо произвести исследование путем цистоскопии, катетеризации мочеточников и радиографии. Особенно эффективна цистоскопия в тех случаях, когда камень из мочеточникового отверстия выдвигается в мочевой пузырь.

При остром приступе коликов необходим полный покой; назначают тепло в форме теплых ванн, горячих катаплазм и наркотики (белладонну и морфин).

Чтобы вызвать или ускорить отхождение камня, назначают обильное питье, мочегонные, глицерин внутрь (через час по чайной ложке в течение 1—2 дней). При анурии, лихорадке и потрясающем ознобе камни удаляют оперативным путем. В дальнейшем проводится лечение диатеза.

Камни почек встречаются у женщин приблизительно так же часто, как и у мужчин (Федоров). По химическому составу камни бывают различные: ураты, фосфаты, оксалаты, карбонаты и пр. Чаще всего встречаются ураты и оксалаты.

Из симптомов на первый план выступают боли. Боли могут иметь характер постоянных, тупых, диффузных, усиливающихся при движении и локализуемых в поясничной области, или могут появляться в виде приступов почечных колик, которые часто начинаются после резких движений. Нужно, однако, иметь в виду, что бывают случаи нефролитиаза без колик и почечных колик без камней. Гематурия принадлежит не к постоянным, но к частым признакам нефролитиаза и появляется обычно тоже после резких движений. Количество крови, примешанной к моче, обычно незначительно, почему останавливать кровотечение приходится редко. В случаях обильного кровотечения необходимо, кроме полного покоя, молочной диеты и регулирования функции кишечника, применять кровоостанавливающие средства, в первую очередь спорынью, лучше всего в форме инъекций. Пиурия встречается особенно часто при инфицированных камнях. В некоторых случаях наблюдается временная анурия.

Диагноз устанавливается главным образом рентгенографически.

Лечение нефролитиаза отчасти консервативное, отчасти хирургическое. При консервативном лечении нефролитиаза следует различать камни, состоящие из мочекислых и щавелевокислых солей и образующиеся в кислой моче, от фосфатов, образующихся в щелочной моче. При мочекислым нефролитиазом необходимо воздействовать на мочекислый диатез и воспрепятствовать выпадению мочевой кислоты из мочи. Наибольшее значение имеют в этом отношении диетические мероприятия: значительное ограничение мясной пищи с преобладанием в диете растительной пищи, жиров и углеводов, ограничение соли и всякого рода пряностей; белое мясо следует предпочитать черному; вареное — жареному. Из медикаментозных средств применяют главным образом щелочи, либо в виде соды (2 г в день), либо в виде щелочных минеральных вод.

При наличии оксалатов, сочетающихся с повышенной кислотностью желудочного сока, назначают жженую магнезию. Больная должна соблюдать диету, из которой исключены щавель, шпинат, помидоры, свекла; мясо, жиры и углеводы разрешаются.

При фосфатах, которые встречаются в мочевом пузыре чаще, чем в почках, и обычно сопутствуют его воспалительным заболеваниям или возникают в нем вокруг инородных тел (см. Камни мочевого пузыря), назначают средства, способствующие подкислению мочи: фосфорную кислоту, лимонный сок, салол, уротропин.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

Недержание мочи может быть полным, относительным или частичным. Полное недержание мочи может явиться результатом повреждения мочевых путей, происшедшего при родах или гинекологических операциях и приведшего к образованию мочеполювого свища. Стойкие мочеполювые свищи подлежат хирургическому лечению.

Точно так же хирургическому лечению подлежат случаи полного недержания мочи при эктопии мочевого пузыря или значительных степенях эписпадии.

Иногда непроизвольное мочеиспускание возникает у женщин в послеродовом периоде, на почве родовой травмы, вызвавшей нарушение целостности сфинктера мочевого пузыря, ослабление его связи с урогенитальной диафрагмой и опущение его соединительнотканной опоры.

Большей частью у женщин, жалующихся на недержание мочи, наблюдается не полное, а относительное или частичное недержание. Оно характеризуется тем, что непроизвольное мочеиспускание происходит не постоянно, а лишь при особых условиях, как, например, при натуживании, кашлевых толчках, смехе и т. п.

Разнообразные причины, кроме указанных, ведут к недержанию мочи у женщин, например, аномалии и заболевания мочевых органов как пороки развития, опухоли, камни, воспалительные процессы и др.

Чаще всего в гинекологической практике встречаются случаи относительного недержания мочи, возникшего на почве родовой травмы: быстрое родоразрешение при помощи, например, высоких щипцов или длительное стояние головки в тазу при затянувшихся родах приводят к травме уретры, шейки и дна мочевого пузыря, зажатых между лоном и головкой плода, что приводит к ослаблению функции сфинктера мочевого пузыря.

Недержание мочи может быть результатом образования вагинальных или паравагинальных рубцов, причем сама мышца сфинктера может оставаться неповрежденной. Если рубцы эти вызывали неравномерное растягивание уретры, то правильное и точное замыкание сфинктера пузыря было нарушено. С точки зрения патогенеза эти случаи должны быть отнесены в предшествовавший отдел этой главы, ибо анатомический субстрат—рубцы—приводит к некоторому смещению одной из стенок уретры. Мы же отнесли их сюда потому, что расстройство функции превалирует здесь над анатомическими изменениями.

Ослабление сфинктера пузыря нередко наблюдается при опущениях и выпадениях влагалища и матки (см. соответствующую главу).

Причиной недержания мочи могут быть поражения нервной системы как центрального происхождения, так и местного, а также функциональные неврозы.

У больных, страдающих ночным недержанием мочи, обнаруживалась иногда при рентгенографии *spina bifida*.

Правильное и щадящее ведение родов служит лучшей профилактикой недержания мочи; рациональный способ ведения послеродового периода, в котором ранние движения и послеродовая физкультура играют видную роль, способствует его устранению (см. современные руководства по акушерству).

Прежде чем приступить к лечению недержания мочи, необходимо убедиться в отсутствии мочеполювого свища, оставшегося у больной после родов или оперативного вмешательства (нам пришлось наблюдать случай возникновения пузырно-влагалищного свища после сыпного тифа).

Для лечения «слабости» сфинктера мочевого пузыря применяются как консервативные, так и оперативные методы лечения.

Из консервативных методов наиболее употребительны: прохладные (20—28°) влагалищные спринцевания, влагалищные тампоны с вяжущими средствами, например, квасцы в глицерине (10 : 100), массаж мочевого пузыря.

Массаж производится следующим образом (рис. 98): палец, введенный во влагалище, прижимает сфинктер к задней поверхности симфиза и сотрясающими движениями производит вибрирующие толчки (Штеккель). Можно массировать сфинктер поглаживанием поверх введенного в мочевой пузырь металлического катетера; вместо пальцевого массажа применяют также хорошо дозируемый вибрационный массаж при помощи влагалищного наконечника.

Недержание мочи можно часто, особенно в пuerперальном периоде, совершенно устранить введением во влагалище пессария. Для этой цели пользуются преимущественно кольцевидными твердыми, толстыми (с полированной поверхностью) пессариями диаметром в 7—8 см (см. Лечение пролапсов). Так как кольцо прижимает сфинктер мочевого пузыря к симфизу, непроизвольное вытекание мочи прекращается. Фритш, горячо рекомендовавший этот метод, оставлял пессарий во влагалище во избежание чрезмерного растягивания влагалища лишь на 2 недели, после чего он переходил к лечению вяжущими тампонами.

Rp. *Aluminis* 100,0
Acidi borici 20,0
Glycerini ad 200,0
 MDS. Для тампонов

Затем Фритш применял спринцевания салициловым раствором.

Rp. *Acidi salicylici* 30,0
Alcoholi 300,0
 MDS. 2 столовые ложки на 1 л воды

В течение всего этого времени лечения больная получает спорыню для лучшей инволюции матки. Иногда удается получить хороший результат от электротерапии (Гюйон—Guyon). Штеккель отдает предпочтение гальванизации при помощи вводимого в уретру зонда, присоединяемого сначала к катоду; частая перемена направления тока усиливает эффект. В легких случаях электрод вводится во влагалище, откуда и производится гальванизация области сфинктера мочевого пузыря. Другие авторы пользуются фарадизацией (пуговчатый электрод вводится в уретру, пластинчатый электрод кладут над лобком).

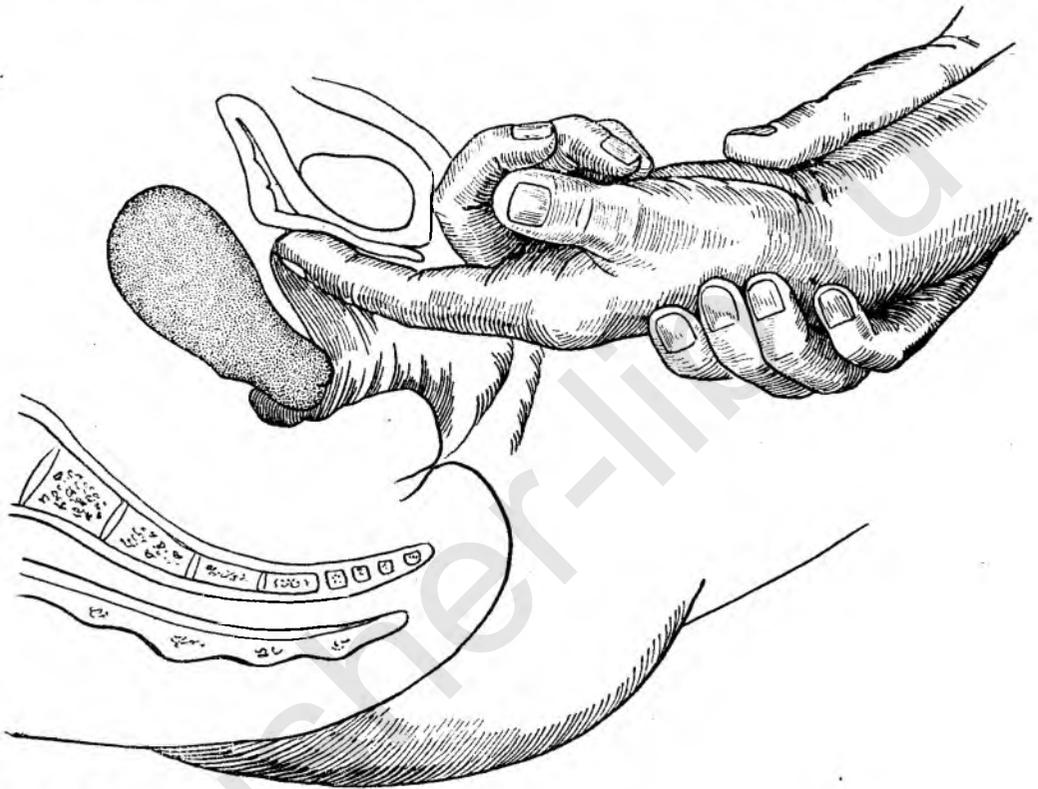


Рис. 98. Массаж при недержании мочи. Во влагалище вводят левый указательный палец ладонной поверхностью кпереди; захватив правой рукой свою левую руку в кистевом сочленении, производят давление на мочеиспускательный канал попеременно справа и слева, прижимая его к симфизу; одновременно с давлением производят дрожательные движения.

Медикаментозное лечение (эрготин и особенно раньше широко применявшийся стрихнин) не дает сколько-нибудь удовлетворительных результатов. То же можно сказать и о попытках при помощи овариальных препаратов уменьшить влияние климакса и тем противодействовать ослаблению тонуса тазовых органов.

Там, где недержание основано на рубцовом смещении уретры, лечение должно сводиться к тому, чтобы путем консервативного или оперативного методов уничтожить или по крайней мере ослабить натяжение, которое производят эти рубцы. Во многих случаях успешное действие оказывает массаж; массируя, необходимо отодвигать кзади влагалищную часть матки, которая в этих случаях обычно притянута кпереди. В случаях, не поддающихся консервативному лечению, прибегают к пластическим операциям на влагалище.

В общем консервативное лечение недержания мочи требует большого терпения как со стороны врача, так особенно со стороны больной, а результаты

его далеко не всегда удовлетворительны. В тяжелых и упорных случаях недержания мочи приходится большей частью прибегать, в конце концов, к операции. Там, где непроизвольное подтекание мочи происходит вследствие небольших повреждений слизистой уретры (например, при отхождении камней, инородных тел и пр.), никакого местного лечения не требуется. Небольшие ранения слизистой заживают при соблюдении покоя при применении теплых примочек с настоем ромашки на область вульвы или теплых полуванн.

Гинекологу приходится также встречаться с случаями ночного недержания мочи (enuresis nocturna), которое возникает в детском возрасте, а иногда остается и у взрослых. Значительно реже ночное недержание возникает в зрелом возрасте.

Для лечения ночного недержания мочи предложено бесконечное количество методов и средств (прекращение питья во вторую половину дня, всякого рода гигиенические мероприятия, медикаментозное лечение, массаж, однократное смазывание уретры 10% раствором азотнокислого серебра и пр.). В некоторых случаях эффект дает удаление аденоидных разрастаний, носовых полипов, что доказывает рефлекторную связь между слизистой носа и мочевым трактом (Штеккель). Многие авторы, особенно французские, видели хорошие результаты от предложенного Шателеном метода эпидуральных инъекций: 5—10 см³ (и больше) физиологического раствора поваренной соли вводят при помощи шприца с иглой в сакральный канал, что вызывает «шок сакральных нервных волокон—вертебральный травматизм». Метод этот технически не труден и не влечет за собой осложнений, которые наблюдаются, например, при люмбальной анестезии; поэтому в упорных случаях его стоит испытать.

Там, где главным этиологическим фактором недержания является неустойчивость нервной системы, можно добиться хорошего результата, применяя гидротерапию и соответствующую физическому развитию больной физкультуру.

VII. ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЕ И КОПЧИКОВЫЕ БОЛИ

Пояснично-крестцовые боли часто наблюдаются у женщин с различного рода заболеваниями и аномалиями в области половых органов. В главе о смещениях половых органов мы уже указывали на ту осторожность, которую следует соблюдать при решении вопроса о причинной связи между пояснично-крестцовыми болями и неправильным положением матки. Такой же осторожности в толковании пояснично-крестцовых болей необходимо придерживаться и при наличии других гинекологических заболеваний.

Большинство гинекологических заболеваний, если не все, могут сопровождаться поясничными или крестцовыми болями. Воспалительные инфильтраты, рубцовые тяжи и спайки, опухоли, инкарцерированные в тазу и оказывающие давление на окружающие органы и ткани, могут явиться причиной этих болей. Однако нередко наблюдаются опухоли матки и яичников значительной величины, не вызывающие поясничных болей. Даже злокачественные опухоли матки и яичников могут быть безболезненными до тех пор, пока инфильтрирующий рост злокачественного новообразования не вызовет сдавления и поражения нервных стволов и волокон, пролегающих в соседних с карциномой областях таза. Пояснично-крестцовые боли могут быть проявлением целого ряда заболеваний, относящихся к области внутренней медицины, неврологии и ортопедии. Особенно следует подчеркнуть значение ревматической и подагрической этиологии.

Кабо (Saboth) дает следующую классификацию болезненных состояний, сопровождающихся пояснично-крестцовыми болями.

- I. Усталость; эта этиология является наиболее частой. У лиц с повышенной нервной чувствительностью этот этиологический момент смешивается с другими, относящимися к следующей группе.
- II. Пояснично-крестцовые боли психоневротического происхождения.
- III. Пояснично-крестцовые боли, связанные с родовым актом.
- IV. Боли в связи с инфекционными заболеваниями, начиная от простого насморка и кончая пневмонией и септикопиемией.
- V. Послеоперационные поясничные боли, которые зависят, вероятно, главным образом от продолжительного лежания во время операции на ровном, не приспособленном к формам тела твердом столе.
- VI. Ортопедическая группа болезней, куда относится остеоартрит позвонков, заболевания сакро-илиакальных суставов (не туберкулезные) и люмбаго.
- VII. Группа, охватывающая случаи сдавления спинного мозга и нервных стволов при аневризме, новообразованиях, кариесе позвонков.
- VIII. Почечная группа, куда относятся все так называемые хирургические заболевания почек и окружающих их тканей (новообразования, абсцесс, гидронефроз, кистозная дегенерация).
- IX. Неврит, сопровождающийся herpes zoster (редкая причина поясничных болей).
- X. Холелитиаз; вероятно, в 1 случае на 100 боли при этом заболевании начинаются в крестце и распространяются на область желчного пузыря, вместо того, чтобы, как обычно, начинаться в области желчного пузыря и распространяться к крестцу.

Из всех болезненных состояний, сопровождающихся пояснично-крестцовыми болями, наибольший интерес для гинеколога как по своей частоте, так и в дифференциально-диагностическом отношении представляют те случаи,

в которых боли появляются в результате мышечной усталости. Значение мышечной статической усталости, на что уже давно указывали ортопеды, особенно ясно формулированное в работе Опитца и Маттеса еще в 1919 г., очень медленно внедрялось в сознание гинекологов. Практическим подтверждением правильности этого взгляда является благотворное влияние отдыха, иногда отмечаемое самой больной. Частое возникновение пояснично-крестцовых болей в связи с различными фазами половой функции является причиной того, что женщины обращаются именно к гинекологу (Альбрехт).

Частота возникновения пояснично-крестцовых болей у женщин объясняется, по Зельгейму и Юнгману, следующим образом: в нормальных условиях, благодаря синергетическому действию мускулатуры брюшной стенки и тазового дна, весь блок внутрибрюшных органов находится в состоянии, так сказать, балансирования (*Schwebehaltung*); у астеничек с врожденным отвислым животом, а также у женщин с растянутой во время родов брюшной стенкой, поврежденной мускулатурой тазового дна синергетическая работа мышечных групп является неполноценной, весь блок внутрибрюшных органов перемещается вниз и оказывает одностороннее давление. В результате появляется перерастяжение мышц и связок, вызывающее различного рода болезненные ощущения. Кроме того, увеличивается, особенно при отложении жира в отвислом животе, лордоз и уменьшается угол наклона таза. Все вместе взятое ведет к повышенным требованиям, предъявляемым к мышцам спины, к большей нагрузке люмбально-сакрального, поддерживающего и мышечного аппарата и в конечном итоге к общей статико-динамической декомпенсации.

Рентгеновские исследования Шуберта показали, что на форму таза влияет возраст; в пожилом возрасте уменьшается его высота и степень наклона, что сказывается неблагоприятно на статико-динамических условиях в тазу и брюшной полости.

Статический аппарат болезненно реагирует на изменившиеся условия, появляются боли в перерастянутых мышцах (*erector trunci, ileo-psoas, rugiformis*), растянутых суставных сумках и соответствующих нервах.

Статико-динамическая недостаточность может явиться не только результатом астенической конституции, ослабления и растяжения мышечных групп вследствие родовой травмы или возникнуть на почве тяжелых изнурительных болезней или климактерических изменений, но также и в результате анатомических изменений позвоночника, хорошо определяемых рентгеновским исследованием. Прежде всего нужно указать на усиление поясничного лордоза вследствие изношенности эластической ткани между позвонками, что может начаться уже после 20 лет. Это является переходом к спондилозу (Шморль—*Schmorl*, Бенеке—*Bencke*, Юнгауз—*Junghaus*, Юбермут—*Uebermut*).

Спондилолистез—соскальзывание V поясничного позвонка с промотория—не только врожденная аномалия, но, как показали исследования Мейер-Бургдорфа (*Meuer—Burgdorf*), и приобретенная, возникающая на почве усиления поясничного лордоза, перегрузки, пожилого возраста и пр. В этих случаях туловище представляется укороченным, перегиб поясничной части позвоночника обозначается непосредственно у крестца, расстояние между грудной клеткой и тазом является укороченным, в талии (на пояснице) видна глубокая кожная складка, лордоз сохраняется даже при наклонном положении туловища. Переваливающаяся походка, боли, увеличивающиеся при малейшем движении и исчезающие в лежачем положении, являются характерными симптомами этого заболевания.

Спондилоартрит, имеющий обычно ревматическое происхождение, приводит к прекращению подвижности в соответствующем отделе позвоночника.

Туберкулезное поражение позвоночника можно заподозрить при появлении поясничных болей в молодом возрасте.

На наличие *spinae bifidae occultae* как на причину крестцовых болей могут указывать оволосение, пигментация, телеангиэктазии, вдавление в области

крестца и поясницы. Причиной крестцовых болей может явиться количественное изменение позвонков, входящих в крестцовую кость, как сакрализация (включение последнего поясничного позвонка в крестцовую кость) и люмбализация (неполное соединение двух верхних крестцовых позвонков). При полном, особенно двустороннем, синостозе болезненные явления могут отсутствовать; при неполной же особенно односторонней сакрализации могут наблюдаться боли. Эти боли могут быть периостального происхождения, могут быть также следствием бурсита, а чаще всего—остеоартроза. Диагностическим признаком является, по Мартиусу, резкая локализованная боль при нагибании.

При люмбализации поясничный отдел позвоночника удлиннен, крестцовая кость укорочена; в результате возникает увеличение подвижности позвоночника, а вследствие этого уменьшение стойкости таза, что ведет к более быстрой утомляемости.

Статико-динамические условия самого таза, перенимающего нагрузку всего туловища и передающего ее на нижние конечности, а также синдесмотическое (а не неподвижное) соединение крестцовой кости с тазовыми делают понятным, что уже незначительные изменения в структуре этого сочленения могут вести к функциональным расстройствам, которые будут тем тяжелее, чем значительнее нагрузка и чем длительнее ее действие.

Артрит крестцово-подвздошного сочленения часто встречается, по ди Каспера (*di Caspera*), после всевозможных инфекций, преимущественно после скарлатины, гриппа, сепсиса, а также при специфических инфекциях, особенно туберкулезной. Согласно исследованиям Гальсгофера и Путшара (*Halshofer, Putschar*), деформирующие остеоартритические процессы в области тазовых сочленений могут являться также результатом изнашивания. У многорожавших женщин среднего возраста эти изменения бывают выражены резче, чем у мужчин того же возраста.

Расхождение лонного сочленения также ведет к ненормальной нагрузке и изношенности крестцово-подвздошных сочленений.

Трофостатический остеоартроз люмбо-илео-сакральной области, описанный Кинбеком (*Kienböck*), является результатом регрессивных процессов при нарушенном обмене веществ в климаксе; этиологически здесь играет роль выпадение гормонов (*arthropathia ovaripriva* по Менге). Анкилоз крестцово-подвздошного сочленения, которым заканчивается этот процесс, является своеобразной формой излечения от болей, наступающего через 1—2 года после менопаузы.

Резюмируя данные многочисленных исследований, Альбрехт приходит к выводу о функциональном единстве всего статико-динамического аппарата, являющегося носителем туловища. Если нормальные статические соотношения в каком-либо месте нарушаются, то страдает весь аппарат и появляются боли, которые могут локализоваться вдали от места нарушения. Так, причиной поясничных болей может быть *genu valgum*, или плоская стопа.

Все эти данные заставляют нас обратить внимание гинеколога на те изменения, которые могут стать причиной пояснично-крестцовых болей, кроме гинекологического заболевания.

При определении причин пояснично-крестцовых болей существенную помощь может оказать анамнез. Так, указание больной на то, что боль проходит после отдыха, говорит за связь болей с утомлением. Правда, усталость, как замечает Кабо, может иметь такую давность и стать настолько хроническим явлением, что больная может забыть, что именно утомление было причиной появления болей; все же эта причина может быть выявлена при умелой постановке вопросов или на основании терапевтического эффекта, (достаточно продолжительный отдых).

На боли психоневротического происхождения указывает иногда возникновение их в связи с каким-либо душевным потрясением или состоянием психи-

ческого возбуждения. Иногда при этом больные жалуются не столько на боли, сколько на различного рода парестезии.

Длительность заболевания может также говорить за его психоневротическое происхождение или указывать на имеющееся давление на почве туберкулеза позвоночника, аневризмы аорты, новообразования. Указание на то, что при нагибании, выпрямлении и повороте туловища боль значительно усиливается или возникает после сидения и лежания, говорит за наличие пояснично-крестцовых болей, относящихся к так называемой ортопедической группе.

На эту же этиологию указывает появление болей после большой и длительной, особенно односторонней, нагрузки на поддерживающий аппарат, переносимый на себя тяжесть туловища (между прочим, наблюдается при беременности или значительном ожирении брюшной стенки). Появление болей после наступления менопаузы дает также известное указание на связь их с климактерическими изменениями.

Объективное исследование при жалобах на пояснично-крестцовые боли должно обязательно включать исследование обнаженной спины и тазовой области. При этом необходимо установить, имеется ли где-либо болезненность при надавливании на позвоночник, имеется ли неподвижность на протяжении всего позвоночника или на определенном участке, не принимает ли больная ненормального фиксированного положения для уменьшения нагрузки на больную область и не наклоняется ли она на одну сторону при ходьбе или в стоячем положении; при осмотре спины необходимо также обращать внимание на наличие вдавления, ненормального оволосения на небольшом участке или пигментации, телеангиэктазии, что, как указывалось выше, может говорить за наличие *spinae bifidae occultae*.

Во многих случаях для постановки правильного диагноза необходимо рентгеновское исследование, но, конечно, все отклонения от нормы, которые обнаруживаются при рентгенографии, нельзя без всякой критики и учета общего состояния организма и состояния половой сферы приводить в прямую этиологическую связь с жалобами больной.

Анализ причин возникновения пояснично-крестцовых болей приводит к совершенно ясному выводу о громадном значении профилактики в борьбе с пояснично-крестцовыми болями. Все те широкие мероприятия, которые имеют своей целью воспитание здоровых людей, охрану их здоровья в быту и на производстве и способствуют правильному проявлению и течению чисто женских функций—словом, вся гигиена женщины,—являются лучшим методом борьбы против весьма распространенного среди женщин страдания—против крестцовых болей.

Так как пояснично-крестцовые боли имеют весьма разнообразную этиологию, то и лечение их будет различно, в зависимости от их этиологического фактора: боли, возникающие на почве утомления, требуют в первую очередь длительного отдыха; боли психоневротического происхождения требуют психоневрологического лечения; ревматические и подагрические боли—антиревматического и антиподагрического лечения; ортопедическая группа пояснично-крестцовых болей требует соответствующего ортопедического лечения и т. д. Особенно нужно подчеркнуть облегчение, которое приносит в большинстве случаев механическое сдавление таза и нижней части позвоночника при помощи тугой повязки, бандажа, корсета и пр. В острых случаях приходится прибегать к болеутоляющим средствам.

К о к ц и г о д и н и я, характеризующаяся болью в области копчика, бывает иногда так интенсивна, что даже болеутоляющие средства часто не в состоянии ее облегчить. Иногда боль появляется уже при легком давлении на копчик. Боли особенно усиливаются при попытке сесть. В некоторых случаях боль возникает при половом сношении или при дефекации. В гинекологической практике кокцигодия встречается при заболевании матки и придатков, особенно при заднем параметрите и пельвиоперитоните. Иногда надо искать причину кокцигодии в заболевании прямой кишки.

Кокцигодиния еще реже, чем пояснично-крестцовые боли, является характерным сопутствующим симптомом гинекологического страдания. Наоборот, скорее можно утверждать, что воспалительные процессы женских половых органов редко являются причиной копчиковых болей.

Кокцигодиния может наступить как вторичное заболевание вследствие травмы или как первичное—идиопатическое. Переломы и вывихи вследствие ушибов, например, при падении на ягодицы (конькобежный спорт), часто ведут к анкилозу и к срастанию под углом, что может отразиться на течении родов (Штеккель). Иногда кокцигодиния является результатом длительных и тяжелых родов, во время которых произошел вывих крестцово-копчикового сочленения.

Она может появиться в результате деформирующего артрита (на почве старой травмы) крестцово-копчикового сочленения.

Если в некоторых случаях кокцигодиния является выражением местного заболевания, то в большинстве случаев она является отражением более или менее отдаленного поражения. Не исключена возможность и того, что кокцигодиния является следствием первичного поражения нервов, например, при радикулите. Этим, вероятно, объясняется появление кокцигодинии при отсутствии местных поражений, но тогда имеется общая причина—инфекционная или токсическая (алкоголизм, грипп, туберкулез, сифилис и т. д.).

Исследование больной, кроме тех случаев, при которых кокцигодиния связана с заболеваниями полового аппарата, прямой кишки или самой кости, почти ничего не дает. При пальпации определяется обычно болезненная точка; самым болезненным местом является либо кость, либо место прикрепления мышц; со стороны кожных покровов обнаруживаются небольшие участки гиперестезии или анестезии. Движения копчика особенно болезненны.

Котт считает, что для кокцигодинии особенно характерно то, что она не дает спонтанного излечения, и если тем или иным средством не удастся приостановить ее развитие, то она дает периоды улучшения и ухудшения, повторяющиеся через более или менее продолжительные сроки, но каждый раз все более болезненные, сильно влияющие на психику больных и доводящие их подчас до крайне тяжелого состояния.

Среди паллиативных средств надо упомянуть горячие припарки, пиявки, разнообразные антинеуралгические и болеутоляющие средства, как антипирин, пирамидон, атофан, аспирин, свечи с белладонной или кокаином; иногда же только впрыскивания морфина приносят облегчение. Так же, как при ишиасе, можно попробовать пульверизацию эфиром или хлорэтилом. При рецидивирующих формах Графф употреблял фарализацию, другие авторы—токи высокой частоты. Штеккель рекомендует в идиопатических случаях применять эпидуральные инъекции (в hiatus sacralis) 0,5 раствора новокаина или 0,25% тутокаина (длительное излечение в 85%). Зауэрмондт, получивший прекрасные результаты в своих 10 случаях лечения эпидуральными инъекциями, рекомендует 1 раз в неделю быстро впрыскивать в крестцовый канал 40 см³ 1% раствора новокаина. Больная остается в течение нескольких часов в лежачем положении, а затем отправляется домой. Большей частью достаточно 6—10 инъекций. Особых осложнений, кроме появляющихся иногда и быстро проходящих головокружений и легких кратковременных парезов ног, не бывает. Благоприятные результаты этого метода объясняются медленно развивающейся дегенерацией передающих боль нервных путей. Сикар и Кост применяли эпидуральные впрыскивания липиодола. В тех случаях, когда кокцигодиния является результатом диффузного или очагового набухания тазовой клетчатки (которое может состоять из экстравазатов крови), Александер рекомендует производить пальцевой или вибрационный массаж. Если, несмотря на все консервативные мероприятия, кокцигодиния не улучшается, то необходимо прибегнуть к операции удаления копчика, особенно в случаях травматической этиологии.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аднекситы гонорройные хронические** 136
 — — — вакцинотерапия 139
 — — — грязелечение 138
 — — — массаж 138
Альбихтол 272
Аменоррея 153
 — вторичная 153
 — гормонотерапия 157
 — грязелечение 160
 — лечение 156
 — — выбор метода 165
 — — медикаментозное 156
 — — методы хирургические 162
 — — — физические 159
 — — показания 163
 — — полигормональное 159
 — — рефлекторно-сегментарное 161
 — на нервной почве 156
 — — почве заболеваний всего организма 155
 — — — придатков 155
 — от неполноценности полового аппарата 153
 — первичная 153
 — после физиотерапевтических воздействий 155
 — — хирургических вмешательств 155
 — прогноз 166
 — рентгенотерапия 162
 — физиологическая 153
 — эндотермия 160
Аутогемотерапия 11
- Бартолинит** 19
 — гонорройный 121
 — лечение 20
Бели 52
 — влагалищные 54
 — лечение 55
 — — общее 60
 — — спринцевания влагалищные 57
 — определение источника 53
Беременность внематочная, диагноз дифференциальный 11
Бесплодие 274
 — борьба 306
 — значение в этиологии его аномалий конституции 278
 — — — биологической несовместимости 284
- Бесплодие, значение, в этиологии его воспалительных процессов половых органов** 280
 — — — — — болезней обмена веществ 275
 — — — — — внутриматочных впрыскиваний иода 283
 — — — — — гонорройной инфекции 281
 — — — — — искусственного аборта 283
 — — — — — механических препятствий 284
 — — — — — неправильных положений матки 279
 — — — — — общих заболеваний 275
 — — — — — опухолей яичников 280
 — — — — — сифилиса 282
 — — — — — туберкулеза 282
 — — — — — фибромиомы матки 279
 — исследование женщины 288
 — — мужчины 286
 — — — лечение 306
 — — — значение пищевого режима 316
 — — — при воспалительных процессах 314
 — — — — инфантильном строении половых органов 307
 — — — — — гормональная терапия 310
 — — — — — зондирование матки 308
 — — — — — операции на шейке 308
 — — — — — физиотерапия 309
 — — — — — механических препятствиях в области наружных половых органов 306
 — — — — — нарушениях полового чувства 315
 — — — — — функции желез внутренней секреции 314
 — — — — — неправильных положений матки 313
 — — — — — новообразованиях матки и яичников 314
- Бесплодие определение понятия** 274
 — — — — — причины 275
 — — — — — определение 286
 — — — — — роль питания в этиологии его 276
 — — — — — полового чувства 284
 — — — — — частота 274
Борде-Жангу реакция 107
Брюшина тазовая, воспаленные 38
 — — — — — диатермия 39
 — — — — — хроническое, лечение 43
 — — — — — тампонами 45
- Вагинизм** 51
Вагинит 23
 — гонорройный 122
Вакцина гонококковая 113
Вакцинотерапия 11
Ванночки влагалищные 25
Ванны минеральные при воспалительных заболеваниях половых органов 76
Витамины 10
Влагалище, выпадение 265
 — — — — — лечение 266
 — — — — — дифтерия 28
 — — — — — молочница 28
 — — — — — опущение 265
 — — — — — лечение 266
 — — — — — пролежни 272
 — — — — — рак 230
 — — — — — смещения 252
 — — — — — стенозы 29
Влагалищные ванночки 25, 124
Внутренние половые органы, заболевания 23
Водолечение воспалительных заболеваний половых органов 75
Воспалительные заболевания половых органов, ванны минеральные 76
 — — — — — водолечение 75
 — — — — — глинолечение 87
 — — — — — грязелечение
 — — — — — внекурортное 82
 — — — — — курортное 82
 — — — — — диатермия 62
 — — — — — виды аппликаций 64
 — — — — — осложнения 65

- Воспалительные заболевания половых органов душ, паровой 78
 — — — — ионогальвано-диатермия 69
 — — — — ионтофорез 68
 — — — — лечение песком 88
 — — — — — принципы 9
 — — — — — тяжестью 93
 — — — — — массаж гинекологический 88
 — — — — — отличие от внематочной беременности 11
 — — — — — припарки 88
 — — — — — рентгенотерапия 74
 — — — — — светолечение 70
 — — — — — теплолечение 75
 — — — — — терапия интенсивная 80
 — — — — — коротковолновая 66
 — — — — — ультракоротковолновая 66
 — — — — — физиотерапия 61
 — — — — — физкультура лечебная 93
 — — — — — электротерапия 62
 Вульва, рак 230
 — язвы венерические 19
 Вульвит 13
 — гонорройный 118
 — острый, лечение 15
 — подострый, лечение 16
 — рентгенотерапия 17
 — хронический, лечение 16
 Herpes vulvae 19
 Гиперменоррея 167
 Гипоменоррея 153
 Гистерофоры 271
 Глинолечение при воспалительных заболеваниях половых органов 87
 Годжа пессарий 260
 Гонококки, обнаружение 105
 Гоноррея 105
 — вакцинация местная 115
 — — регионарная 115
 — вакцинодиагностика 108
 — вакциноотерапия 112
 — — противопоказания 117
 — техника 113
 — верхнего отдела полового аппарата 132
 — восходящая 132
 — форма острая 133
 — — — — иод-ионотерапия 135
 — — — — — лечение 133
 — — — — — хроническая 136
 — девочек 143
 — — диагностика 143
 — — лечение 144
 — — — — в остром периоде 144
 — — профилактика 145
 — — диагностика 105
 Гоноррея, диагностика, реакция Борде-Жангу 107
 — — иммунизация активная 14
 — — — — пассивная 112
 — — исследование крови 108
 — — лечение 109
 — — — — абортинное 142
 — — — — местное медикаментозное 111
 — — — — метод профилактический 142
 — — — — оперативное, показания 141
 — — — — нарушение менструальной функции, лечение 139
 — — — — нижнего отдела полового аппарата 118
 — — — — — исследование больных 131
 — — — — — определение излеченности 129
 — — — — — провокация 129
 — — — — — протеинотерапия 112
 — — — — — острая, лечение местное 110
 Грязевые аппликации 83
 — ванны 83
 — тампоны влагалищные 85
 Грязелечение внекурортное при воспалительных заболеваниях половых органов 82
 — курортное при воспалительных заболеваниях половых органов 82
 — при воспалительных заболеваниях половых органов, показания 82
 — — — — — противопоказания 81
 — — — — — реакция 84
 — — — — — ректальное 86
 Диатермия воспалительных заболеваний половых органов 62
 Дисменоррея 191
 — ваготоническая 193
 — гипергормональная 196
 — механическая 196
 — на почве воспалительных процессов 197
 — — — — инфантилизма 193
 — перепончатая 197
 — психоневротическая 192
 Дифтерия влагалища 28
 Душ паровой при воспалительных заболеваниях половых органов 78
 Endometritis post abortum 37
 — — — — — vetularum 36
 Enuresis nocturna 343
 «Интенсивная терапия» при воспалительных заболеваниях половых органов 80
 Ионогальванизация 68
 Ионогальвано-диатермия 69
 Ионтофорез 68
 Ischuria paradoxa 335
 Катетеризация 325
 — техника 325
 Climax praecox 198
 Климактерий 198
 — явления выпадения 199
 — — — — — лечение 200
 Кокцигодия 347
 — лечение 348
 Кольпит 23
 — гангренозный 28
 — гонорройный 122
 — серозно-гнойный 24
 — старческий 26
 — трихомонадный 27
 Кольпоскопия 224
 Кондиломы острые 17
 — — — — — лечение 17
 — — — — — хирургическое 18
 — — — — — рентгенотерапия 18
 Короткие волны, лечебное применение 66
 Craurosis vulvae 23
 Leukoplakia vulvae 23
 Лилейна пессарий 271
 Майера пессарий 271
 Массаж гинекологический 86, 88
 — — — — — вибрационный 93
 — — — — — противопоказания 90
 — — — — — техника 90
 Матка, воспаление 35
 — выпадение 265
 — — — — — лечение 266
 — опущение 265
 — — — — — лечение 266
 — опущенная, поднимание 266
 — рак 222, 228
 — — — — — диагностика 228
 — — — — — Кюри-рентгенотерапия комбинированная 237
 — — — — — кюритерапия 237
 — — — — — осложнения 240
 — — — — — лечение 229
 — — — — — лучистой энергией 231
 — — — — — — — методика 238
 — — — — — — — паллиативное 243
 — — — — — — — после операции или актиноотерапии 243
 — — — — — — — результаты 241
 — — — — — радиотерапия 235
 — — — — — рентгенотерапия 233
 — — — — — метод Дессауера 234
 — — — — — — — Зейтца-Винтца 233
 — — — — — — — Кутара 234
 — — — — — рецидивы 231
 — — — — — ретроверзия 252

- Матка, ретроверзия флексия** 252
 — ретрофлексия 252
 — — подвижная 252
 — — выведение 254
 — — — инструментами 256
 — — — под наркозом 259
 — — — приемы Шульце 255
 — — — лечение консервативное 254
 — — — методы 254
 — — — — показания 252
 — — — симптомы 252
 — — фиксированная 263
 — — — лечение, показания 263
 — — — — методы 264
 — — — — консервативные 264
 — — — — симптомы 263
 — — смещения 252
 — — фибромиома 203
 — — бессимптомная 204
 — — — лечение лучистой энергией, показания 212
 — — — — противопоказания 212
 — — — — методы радикальные 210
 — — — — оперативное, показания 212
 — — — — — противопоказания 212
 — — — — — симптоматическое 206
 — — — — — перерождение злокачественное 204
 — — — — — радиотерапия 218
 — — — — — рентгенотерапия 214
Маточные кровотечения 166
 — — аутогемотерапия 177
 — — аутоамминизация 183
 — — выскабливание матки 187
 — — — гидротерапия 182
 — — — гормонотерапия 178
 — — — диатермия 184
 — — — инсулинотерапия 181
 — — — ионогальванизация с хлористым кальцием 183
 — — — классификация 167
 — — — — лечение 173
 — — — — — выбор метода 188
 — — — — — медикаментозное 174
 — — — — — — показания 188
 — — — — — хирургическое 186
 — — — — — на почве заболеваний сердечно-сосудистой системы 170
 — — — — — — местных изменений матки и эндометрия 168
 — — — — — — механических повреждений матки 173
 — — — — — — общих заболеваний организма 170
 — — — — — — психических и нервных влияний 170
Маточные кровотечения овариигенные 171
 — — операции на яичниках 188
 — — — переливание крови 178
 — — — прогноз 188
 — — — рентгенотерапия 185
 — — — серотерапия 177
 — — — тампонада влагалища 186
 — — — — удаление матки 188
 — — — — физиотерапия 181
Менге пессарий 271
Мено-метроррагия 167
Менструации, аномалии 153
Metropathia haemorrhagica 171
Метроррагия 167
Метросальпингография 297
 — рентгенограммы 302
 — противопоказания 299
 — техника 299
Метро-эндометрит 35
Molimina menstrualia 164
Молочница влагалища 28
Мочевой пузырь, инородные тела 338
 — — камни 338
 — — опухоли 336
 — — — хемокоагуляция 337
 — — — электрокоагуляция 337
 — — — рак 337
 — — — смещение 335
Мочевые органы, смещения 335
 — — пути, воспалительные процессы, лечение 326
 — — — заболевания 322
 — — — исследование 322
Мочеиспускательный канал, выпадение слизистой 335
 — — опухоли 336
Мочеточники, камни 339
Наружные половые органы, заболевания, лечение 13
Недержание мочи 340
 — — — лечение 341
 — — — массаж мочевого пузыря 341
 — — — — ночное 343
Ovula Nabothi 32
Околоматочная клетчатка, воспаление 50
Олигоменоррея 153
Оплодотворение искусственное 316
 — — введение спермы в матку 318
 — — — метод влагалищный 318
 — — — — противопоказания 318
Параметрит 50
Парауретрит гонорройный 120
Pertubatio 290
Песок, лечение им воспалительных заболеваний половых органов 88
Пессарии влагалищные 260
 — Годжа 260
 — Лилейна 271
 — Майера 271
 — Менге 271
 — Томаса 260
 — Шатца 271
Пиометра 37
Пиэлит, лечение 331
 — острый, лечение 331
Pyelitis gravidarum 331
Полименоррея 167
Половые органы, заболевания воспалительные, вакцинадиагностика 48
Почечные лоханки, промывание 333
Почки, камни 339
 — — — лечение 340
 — — — смещение 336
Пояснично-крестцовые боли 344
 — — — классификация 344
 — — — — лечение 347
Придатки матки, воспаления 38
 — — — диатермия 39
 — — — — протеинотерапия 42
 — — — — рентгенотерапия 40
 — — — — хроническое, вакцинаотерапия 48
 — — — — — воспаление хроническое, лечение 43
 — — — — — — внутриматочными вливаниями иода 46
 — — — — — — — оперативное 50
 — — — — — — — — тампонами 45
Припарки при воспалительных заболеваниях половых органов 88
Пройсменоррея 167
Проктит гонорройный 129
Pruritus vulvae 20
 — — — рентгенотерапия 22
Рак влагалища 230
 — вульвы 230
 — матки 222
 — яичников 230
Реакция Борде-Жангу 107
Рентгенотерапия воспалительных заболеваний половых органов 74
Руге и Филиппа проба 227
Световое кресло 73
Световые полуванны 73
Светолечение при воспалительных заболеваниях половых органов 70
Соллюкс 70
Спектрозоль 71
Спринцевания влагалищные при белях 57

- Тампоны грязевые влагалищ-
ные 85
- Теплолечение воспалитель-
ных заболеваний половых
органов 75
- Томаса пессарий 260
- Trichomonas vaginalis* 27
- Туберкулез половых органов
146
- — — гелиотерапия 148
- — — диагностика 146
- — — лечение 147
- — — медикаментоз-
ное 152
- — — общеукрепляю-
щее 151
- — — ртутно-кварцевой
лампой 149
- — — — техника 149
- — — светом 148
- — — хирургическое
151
- — — рентгенотерапия 148
- Ulcus vulvae acutum* 18
- — — *chronicum* 18
- — — *durum* 19
- — — *molle* 19
- — — *rodens* 18
- Ультразвонные Ландекера 71
- Ультракороткие волны, ле-
чебное применение 66
- Уретрит гонорройный 118
- — — диагностика 105
- — — хронический, лечение 328
- Фаллопиевы трубы, исследо-
вание функциональное 290
- Фаллопиевые трубы, непрохо-
димость, лечение хирур-
гическое 320
- — — определение проходи-
мости, способ Отта 305
- — — продувание 290
- — — осложнения 294
- — — ошибки диагности-
ческие 296
- — — противопоказания
295
- — — техника 292
- Фибромиома матки 203
- Физиотерапия воспалитель-
ных заболеваний половых
органов 61
- Физкультура лечебная 93
- — — комплексы упражне-
ний 94
- — — противопоказания 104
- Fluor 52
- Фолликулин 157
- Цервикальный канал, смазы-
вание 128
- Цервицит гонорройный 123
- Цистит гангренозный 330
- — — после гинекологических
операций 329
- — — хронический, лечение 328
- Шатца пессарий 271
- Шейка матки, процессы яз-
венные, диагноз дифферен-
циальный 32
- — — рак 224
- — — биопсия 224, 225
- — — борьба с болями 246
- — — диагноз 33, 224
- — — каутеризация 244
- Шейка матки, рак и лече-
ние 226
- — — — паллиативное 243
- — — радиотерапия 235
- — — рентгенотерапия
- — — — экскохлеация 244
- — — сифилис, диагноз 33
- — — эрозия 31
- — — — glandулярная 32
- — — — glandулярно-кистоз-
ная 32
- — — — лечение 34
- — — — ложная 32
- — — — папиллярная 32
- — — — простая 32
- — — язвы туберкулезные,
диагноз 33
- Электротерапия воспалитель-
ных заболеваний 62
- Эндометриоз(ы) 247
- — — внутренний 248
- — — — лечение 249
- — — внутрибрюшинный 250
- — — ретроцервикальный 249
- Эндометрит 35
- — — гонорройный 132
- — — острый, лечение 36
- — — послеабортный 37
- — — старух 36
- Эндоцервицит 29, 34
- — — гонорройный, диагности-
ка 105
- — — хронический 30
- Эрозия шейки матки 31
- — — — ложная 32
- Язвы декубитальные 272
- Яичники, рак 230