

И. Л. Брауде, М. С. Малиновский, А. И. Серебров

НЕОПЕРАТИВНАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ

*РУКОВОДСТВО
ДЛЯ ВРАЧЕЙ*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Медгиз — 1957 — Москва

ОТ АВТОРОВ

Руководство по неоперативной гинекологии предназначается для врачей.

Особое внимание в руководстве уделено диагностике и лечению воспалительных заболеваний женских половых органов как неспецифического, так и специфического характера, вопросам, связанным с бесплодным браком, и актуальным вопросам онкологии. Естественно, что значительное место уделено профилактике злокачественных новообразований.

Вопросы, касающиеся лечения женских болезней курортными факторами на курортах и во внекурортных условиях, выделены в самостоятельный раздел.

Врач сможет познакомиться в предлагаемом руководстве и с лечебной физкультурой, применяемой при ряде заболеваний женского организма.

Отдельные главы написаны А. Б. Гиллерсоном, Е. Д. Свет-Молдавской, Л. Н. Старцевой и С. А. Ягуновым.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

— — — — — ◆ — — — — —

Ряд статистических исследований свидетельствует о том, что среди женских болезней в зрелом периоде жизни женщины одно из первых мест по частоте занимают воспалительные процессы. Они возникают на почве экзогенной или эндогенной инфекции. Половая жизнь, менструальная функция, роды, послеродовой период могут способствовать проникновению патогенных микроорганизмов в половые органы женщины и, встретив благоприятные условия для своего развития, вызывать воспалительный процесс. Тесное соприкосновение матки, маточных труб и яичников с органами брюшной полости благоприятствует распространению возникшего процесса. Инфекция может перейти через открытый фимбриальный конец маточной трубы на брюшину таза и на всю брюшную полость. Кроме такого (по продолжению) пути, инфекция может распространиться по лимфатическим и кровеносным путям. Воспалительные процессы в половых органах женщины в ряде случаев возникают при общих инфекционных заболеваниях, как грипп, скарлатина, дифтерия и пр., микробы могут быть занесены из весьма отдаленных первичных очагов воспаления, например, при холецистите, панкреатите и пр.

Восходящий путь распространения инфекции вдоль полового канала встречает препятствия уже в самом начале своего пути—во влагалище. Напомним некоторые анатомические и биологические особенности этого органа.

Внутренняя поверхность влагалища, т. е. его слизистая оболочка, выстланная высоким многослойным эпителием, не содержит желез и вследствие этого не может образовывать секрета. Подслизистая ткань состоит из тонких соединительнотканых волокон, которые переплетаются с многочисленными эластическими волокнами, с сосудами, нервами и образуют правильно чередующиеся сосочки, которые глубоко внедряются в эпителиальный покров и таким образом непосредственно подходят к поверхности слизистой оболочки влагалища.

Большой интерес представляют лимфатические, особенно кровеносные сосуды слизистой оболочки влагалища. Артерии, проникая через мышечный слой влагалищной стенки, делятся на мелкие веточки, переходят в многочисленные капилляры и достигают поверхности папиллярных сосочков. Венозная же кровь собирается в обширные венозные сплетения, расположенные друг над другом в несколько ярусов. Вследствие этой

особенности строения венозной сети [К. К. Скробанский, Лам (Lahm)] становится понятным, что даже самые незначительные задержки оттока венозной крови ведут к явлениям венозного стаза в стенке влагалища, к серозному пропитыванию стенки и усиленной транссудации, что в конечном итоге изменяет характер влагалищного содержимого.

Лимфатические сосуды нижнего отдела влагалища и наружных половых органов направляются к паховым лимфатическим узлам, а лимфатические сосуды влагалищных сводов и шейки матки—к парацервикальным и пресакральным лимфатическим узлам.

Что касается биологических особенностей стенки влагалища, то следует подчеркнуть, что они тесно связаны с функцией яичников. Как известно, у небеременной женщины зрелого возраста влагалищное содержимое при нормальной функции яичников обладает кислой реакцией вследствие наличия в нем 0,4% молочной кислоты. Молочная кислота представляет продукт превращения гликогена, содержащегося в эпителии слизистой оболочки влагалища, под влиянием молочнокислых бактерий (палочки Дедерлейна), являющихся почти единственной флорой при благоприятных физиологических условиях. В то же время кислая реакция влагалищного содержимого создает наиболее благоприятные условия для развития молочнокислых бактерий. Все это препятствует развитию во влагалище чужеродной и патологической флоры. После прекращения функции яичников при естественном возникновении периода менопаузы или в результате лучевой терапии, а также после удаления яичников хирургическим путем гликоген исчезает из влагалищного эпителия, а вследствие этого изменяется и влагалищная флора: исчезают молочнокислые бактерии и появляются чужеродные микробы; возникает опасность проявления ими патогенных свойств и возникновения воспалительного процесса.

Состояние шейки матки играет большую роль среди механизмов, препятствующих проникновению патогенных микробов в полость матки. Естественная узость шеечного канала в области истмической части, а также заполнение шеечного канала густой слизью—продуктом жизнедеятельности желез его слизистой оболочки—служат биологическим препятствием для распространения патогенных микробов из влагалища. А ведь влагалище особенно доступно внедрению чужеродной флоры (половая жизнь, всякого рода вмешательства, в том числе и гинекологическое исследование). Как кислотность влагалищного содержимого, так и щелочная реакция шеечного секрета являются факторами защитного механизма. Поэтому всякие нарушения со стороны шейки матки, особенно же глубокие ее разрывы, сопровождающиеся выворотом слизистой оболочки шеечного канала, подвергающейся во влагалище всевозможным вредным воздействиям, способствуют возникновению и развитию воспалительных процессов. Внутренний маточный зев представляет как бы последнее препятствие для проникновения патогенных микробов из шейки матки в ее полость.

В здоровом состоянии в полости тела матки нет микробов. Благоприятным моментом для распространения воспалительного процесса в матку и отсюда дальше в придатки матки является период менструации. Во время менструации поверхностный (функциональный) слой эндометрия, отличающийся от основного слоя (базального) значительной толщиной, отторгается (фаза десквамации). В этой фазе менструального цикла патогенные микроорганизмы, особенно гноеродные, проникнув в полость матки, находят весьма благоприятные условия для своего развития на раневой

поверхности слизистой оболочки. Поэтому при наличии воспалительного процесса где-либо в нижнем отделе половых органов необходимо принять все меры к тому, чтобы этот процесс во время менструации не распространился на вышележащие отделы полового канала. Такой путь распространения характерен для воспалительного процесса главным образом гонорройной этиологии. Септическая же (стафилококковая и стрептококковая) инфекция наблюдается большей частью при послеродовых заболеваниях и лихорадящем аборте, когда в половых органах имеются обширные раневые поверхности (входные ворота). Проникновение инфекции при этом облегчается благодаря нейтрализации или ощелачиванию содержимого влагалища отделяемым раневых поверхностей, что лишает влагалище защитных свойств против развития чужеродной флоры.

Нельзя не упомянуть здесь и об опасностях, связанных с разнообразными врачебными манипуляциями во влагалище, шейке и полости матки при помощи зонда, кюретки, расширителя и пр. Микробы, имеющиеся в нижних отделах половых органов, механически переносятся при этих манипуляциях в более уязвимые вышележащие отделы полового канала, где могут стать источником уже более серьезного заболевания.

Известного рода опасность в отношении возникновения гинекологического заболевания представляет инфицированная моча, гнойные выделения из заднего прохода или близлежащих от половых органов свищевых отверстий. Все эти источники инфекции могут играть роль при возникновении воспалительных процессов женских половых органов. Однако одной патогенной флоры еще недостаточно; совсем не обязательно возникновение воспалительного процесса при ее наличии. Огромную роль играет сопротивляемость организма инфекции. Различные вредные влияния механического или температурного происхождения, заболевания инфекционные и неинфекционные понижают сопротивляемость организма, что способствует и развитию воспалительного гинекологического заболевания.

У советских акушеров-гинекологов прочно укоренился взгляд, согласно которому воспалительные процессы женских половых органов представляют не местное, а общее заболевание, нарушающее ход реакций и функций отдельных систем и всего женского организма.

Проблема лечения тесно связана с вопросом о защитных механизмах, возникающих в организме при внедрении болезнетворного агента.

Как известно, проникновение в организм возбудителей инфекции или повышение их вирулентности вызывает в организме женщины защитные реакции, направленные на обезвреживание или уничтожение этих возбудителей. На известном этапе борьбы организма с внедрившимися микробами возникает воспалительный процесс. Задачей лечебного воздействия является поэтому не только применение фармакологических средств, угнетающих жизнедеятельность возбудителей инфекции, но и создание таких условий, которые содействуют появлению необходимых реакций организма. Однако реакции организма на определенном этапе могут клинически и патологоанатомически превращаться в резко выраженный процесс. Ярким примером этого в гинекологической практике является внедрение болезнетворных микробов в параметральную клетчатку, развитие гиперлейкоцитоза и возникновение гнойного параметрита. Образовавшийся гнойник тазовой клетчатки требует, разумеется, уже не стимулирования первоначально защитной реакции, а немедленного опорожнения гнойника хирургическим путем. При наличии плотного инфильтрата в тазовой клетчатке, т. е. в предыдущей фазе воспалительного процесса, может оказаться полезным стимулирование такими терапевти-

ческими методами, как диатермия, грязи, слабые дозы рентгеновых лучей, которые ускоряют образование гнойника, впоследствии опорожняемого хирургическим путем. Поэтому, ставя гинекологический диагноз, очень важно не только распознать воспалительный характер заболевания, его этиологию, но и фазу, в которой находится процесс, а также реактивность организма. Степень последней обычно можно определить при длительном наблюдении за особенностями ответных реакций организма на действие различных раздражителей. Из сказанного вытекает, насколько ценно для успеха лечения при воспалительном процессе постоянное наблюдение одного и того же врача и тщательный анализ всех полученных клинических данных.

В свете учения И. П. Павлова о ведущей роли нервной системы и ее высшего отдела—коры головного мозга—во всех процессах, протекающих в организме, в том числе в выработке ответных реакций на внедрившуюся инфекцию, становится понятным влияние психических факторов на течение физиологических и патологических процессов во внутренних органах. Это уже дает некоторую направленность при выборе методов лечения гинекологических воспалительных процессов.

Отсюда вытекает вся важность соблюдения лечебно-охранительного режима. Несомненно, что в гинекологических стационарах с их современными организационными формами работы, с господствующими в них прогрессивными взглядами на огромное значение внимательного и чуткого отношения к больному всего медицинского персонала результаты лечения при женских болезнях наилучшие. Особенно это заметно у женщин с тяжелыми формами воспалительных процессов половых органов. Стационар лучше всего обеспечивает полный покой, столь необходимый этим больным. Весь медицинский персонал своим поведением и разговорами должен всегда стремиться поддерживать хорошее настроение больных и вселять в них уверенность в благоприятном исходе болезни.

В настоящее время выявляются типологические особенности высшей нервной деятельности человека. Это поможет правильному индивидуальному подходу к каждой больной женщине и более эффективному лечению.

Быстрая ликвидация явлений острого воспалительного процесса любой этиологии, особенно септических процессов в области внутренних половых органов, тазовой клетчатки и тазовой брюшины, не только способствует сокращению длительности нередко тяжелых страданий, но, несомненно, увеличивает шансы на полное выздоровление. В связи с этим можно надеяться, что процесс не будет рецидивировать. Частые рецидивы ведут к тяжелым нарушениям важнейших функций женского организма и понижению работоспособности женщины.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ВУЛЬВИТ

Вульвит как первичное заболевание встречается редко, несмотря на богатство и разнообразие бактериальной флоры, гнездящейся на наружных половых органах.

Причиной первичного вульвита иногда может быть хроническая травма, вызываемая ношением грубо изготовленных «гигиенических подушек»

чек» или «закладок» во время менструации, манипуляции всякого рода в области наружных половых органов, длительное увлажнение кожи наружных половых органов мочой при мочеполовых свищах и пр. Предрасположение к вульвиту наблюдается у женщин при диабете.

Воспаление вульвы вторичного происхождения встречается гораздо чаще, чем первичное, и обычно возникает в результате обильных гнойных выделений из влагалища, например, при кольпите. Из микроорганизмов, встречающихся при кольпитах и нередко ведущих к вульвитам, нужно отметить влагалищную трихомонаду (при трихомониазе появляются обильные, часто пенистые выделения, вызывающие мацерацию кожи у неопрятных больных).

Особенно легко мацерируется кожа вульвы, паховых сгибов, а также внутренняя поверхность бедер у очень полных женщин или у страдающих резко выраженной соха vara (при ходьбе эти поверхности все время подвергаются трению). У беременных этиологическим моментом может служить молочница (soor). Некоторые авторы считают, что играет роль и кишечная палочка как самостоятельно, так и в симбиозе со стрептококками или стафилококками, попадающими из мочевых путей при цистите или, чаще, при пиелитах.

Р а с п о з н а в а н и е острого вульвита обычно не трудно; жалобы больной на обильные выделения, ощущение жара и зуда в области наружных половых органов, болезненность при дотрагивании, отечность и покраснение покровов, особенно в области малых половых губ,—характерные симптомы заболевания. Иногда отечность и покраснение имеют диффузный характер; чаще они локализируются на слизистой оболочке вульвы, на которой, кроме гноя, имеются небольшие изъязвления, порой серпигинозного характера, кровоточащие при дотрагивании. Паховые лимфатические узлы могут быть увеличены; отделяемое из воспаленных желез вульвы вначале имеет серозный характер, затем оно становится гнойным, иногда приобретает зловонный характер. В некоторых случаях вульвит сопровождается образованием кондилом.

П р о ф и л а к т и к а. Так как мацерация покровов вульвы является одним из главных условий, predisposing к возникновению вульвита, то чистоплотность и соблюдение правил личной гигиены играют большую роль в профилактике этого заболевания.

Лучшей профилактикой вульвита служит лечение тех заболеваний, которые могут повести к вульвиту: острая гоноррея, неспецифические белки, фурункулы на соседних с половыми органами участках, диабет.

Л е ч е н и е при вульвите, какого бы происхождения он ни был, следует вести в двух направлениях—стремиться к ликвидации: а) собственно вульвита и б) причин, его вызвавших.

При остром вульвите необходим полный покой (постельный режим). Волосы на наружных половых органах надо остричь (брить не рекомендуется, ввиду резкой болезненности воспаленного покрова). К наружным половым органам прикладывают компрессы, смоченные свинцовой водой или боровской жидкостью (разведенными пополам с водой), или 4% раствором борной кислоты, или 1% водным раствором резорцина. При менее резкой болезненности назначают теплые сидячие ванны 2—3 раза в день по 10—15 минут с добавлением к воде настоя ромашки. Если специальной ванны нет, можно использовать эмалированный таз или биде. Ванны действуют лучше примочек, так как равномерно влияют на воспаленную вульву. Примочки применяют в течение нескольких дней, но с перерывами.

На ночь примочек не прикладывают, а обсушив вульву, припудривают ее тальком, дерматолом или порошком по следующей прописи.

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

Диета при наличии острого вульвита должна быть преимущественно растительной и содержать мало соли.

Иногда зуд бывает так силен, что больная не может спать; в таких случаях назначают снотворные—бромурал, веронал, хлоралгидрат и в редких случаях даже морфин.

У пожилых больных при наличии болезненных трещин на воспаленном покрове вульвы рекомендуется применять мази; хорошо в этих случаях действует ланолиновый крем. При нестерпимом зуде назначают кокаиновую или анестезиновую мазь. Мы охотно назначаем мазь по следующей прописи.

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

Само собой разумеется, что в тех случаях, когда причиной вульвита является гнойный кольпит, диабет, пиурия или бактериурия, следует одновременно проводить лечение, направленное на основное заболевание, иначе гнойные выделения или инфицированная моча, а также моча при диабете будут служить источником постоянного раздражения покровов вульвы, и лечение одного лишь вульвита не даст стойкого результата.

Под влиянием лечения острые явления вульвита стихают: боли становятся слабее или совсем проходят, диффузный отек кожных покровов и слизистых оболочек, особенно в области малых половых губ и клитора, спадает, яркое покраснение бледнеет, серозное или серозно-гнойное отделяемое уменьшается; воспалительные явления остаются преимущественно вокруг вульварных желез и выводных протоков бартолиновых желез, в области уретрального отверстия. Особенно резко выражены эти признаки при гонорройных вульвитах. Наступает подострая стадия воспаления. При правильном лечении эта стадия может наступить уже через 2—3 дня.

Необходимо, если это было невозможно раньше, уточнить патогенез и этиологию заболевания. Если почему-либо бактериоскопического исследования произвести нельзя, то диагноз приходится ставить на основании клинических данных. Надо заметить, что при вульвитах гонорройного происхождения выводные протоки вульварных желез и крипт и область наружного отверстия мочеиспускательного канала поражаются сильнее, чем при вульвитах иного происхождения. Если острое воспаление возникло на почве неспецифической инфекции, исходящей из вышележащих половых органов, то путем тщательного гинекологического исследования надо установить, какие внутренние половые органы поражены. Если острые явления при надлежащем лечении не будут ликвидированы в течение 2—3 дней, надо подумать о возможности наличия у больной гнойника, созревающего в глубине, или венерической язвы.

ОСТРЫЕ КОНДИЛОМЫ ВУЛЬВЫ (*CONDYLOMATA ACUMINATA*)

Острые кондиломы вульвы представляют сосочковые разрастания кожи наружных половых органов (рис. 1). Иногда они имеют вид отдельных сосочков величиной от булавочной головки до горошины и больше.

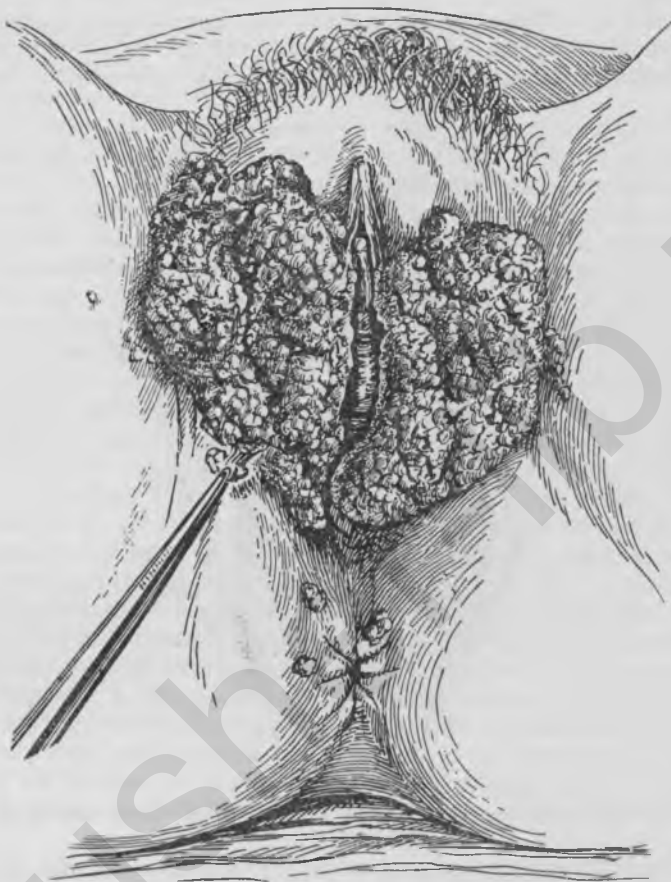


Рис. 1. Острые кондиломы наружных половых органов.

Обычно кондиломы бывают множественные и располагаются вокруг половой щели так близко друг от друга, что вся область вокруг половой щели оказывается сплошь ими покрытой. Нередко острые кондиломы встречаются на стенках влагалища и даже на влагалищной части матки (рис. 2). Часто острые кондиломы являются следствием раздражения кожи вульвы влагалищными выделениями.

Прежде полагали, что острые кондиломы характерны для гонорреи; в настоящее время выяснено, что острые кондиломы могут появиться не только при гоноррее, но и у женщин, страдающих обильными влагалищными выделениями, а особенно при несоблюдении правил личной гигиены. Прежде всего это относится к беременным женщинам, у которых образованию кондилом способствует еще общий прогрессивный процесс, наблюдаемый в тканях при беременности.

Течение острых кондилом длительное. Они нередко осложняются кольпитом.

Распознавание. Необходимо уметь отличить острые кондиломы от так называемых широких кондилом, которые представляют папилломатозное образование сифилитического происхождения. При наличии широкой кондиломы должно быть проведено противосифилитическое лечение.

Лечение. Консервативное лечение при острых кондиломах длительное, причем оно не всегда успешно. Отдельные небольшие бородавчатые образования можно уничтожить путем повторного прижигания



Рис. 2. Острые кондиломы влагалищной части матки.

дымящей азотной кислотой. С применением дымящей азотной кислоты надо быть крайне осторожным, так как эта кислота, попадая на неповрежденную кожу или слизистую оболочку, может вызвать ожог. Во избежание этого надо брать очень малое количество кислоты на тампон, при избытке ее тампон надо слегка отжать, а для более надежной защиты нужно здоровую ткань смазать предварительно индифферентным жиром: ланолином или вазелином.

Можно для прижигания применять также резорцин в такой прописи:

Rp. Resorcini 3,0
Spiritus vini (70%) 10,0
MDS. Для смазываний

На небольшие конгломераты можно попытаться воздействовать пастой по следующей прописи:

Rp. Resorcini 5,0
Glycerini
Vasellini aa 10,0
M. f. pasta
DS. Наружное

Пасту следует применять 1—2 раза в день.

Вместо пасты можно назначить присыпку из сушеных верхушек молодых веток казачьего кустарника *Summitates sabinae*.

Rp. *Summitates sabinae*
Aluminis crudi aa 10,0
MDS. Наружное

Так как эта присыпка иногда вызывает сильное жжение, то ее можно заменить дерматолом. Отдельные бородавки можно удалить путем повторных замораживаний хлорэтилом.

Превосходным средством является электрокоагуляция, которую при больших разрастаниях лучше производить под общим обезболиванием в один сеанс. Если электрокоагуляцию применить почему-либо невозможно, то острые кондиломы надо удалить ножом, ножницами или острой ложечкой. При небольших бородавках эту операцию производят под местным обезболиванием—замораживанием хлорэтилом, при больших разрастаниях на коже вульвы—под общим наркозом. Если после удаления кондилом хирургическим путем будет иметь место кровотечение, то кровоточащую поверхность надо смазать раствором полуторахлористого железа. Современные успехи гематологии, и особенно достижения в деле создания кровоостанавливающих препаратов из крови (гемостатическая губка и сухой тромбин)¹, дают полное основание рассчитывать, что их применение окажет очень большую помощь при остановке кровотечения именно при подобной операции. Отказываться от удаления кондилом во время беременности из опасения вызвать выкидыш мы не считаем правильным. Удаляя кондиломы в первую половину беременности, мы никогда не наблюдали прерывания беременности. При наличии острых кондилом во время беременности в первые 3 месяца можно профилактически (для предотвращения выкидыша) применять в течение 5—6 дней внутримышечные впрыскивания прогестерона (ежедневно по 5 мг). Очень важно оперировать под наркозом. Мы удаляем острые кондиломы хирургическим путем и в конце беременности, считая, что инфекция, исходящая из мокнущей, кишачей патогенными микробами поверхности кондилом, может стать источником инфекции в родах. Некоторые авторы предпочитают применять во время беременности для удаления кондилом препараты радия.

ФОЛЛИКУЛИТ ВУЛЬВЫ (FOLLICULITIS VULVAE)

Фолликулит вульвы, подобно другим локализациям этого заболевания, представляет воспаление волосяного мешочка и сальной железы кожи обычно на почве стафилококковой инфекции. Это заболевание встречается как у беременных, так и у небеременных. Фолликулит часто является следствием вульвита, но может развиваться и самостоятельно.

П р и з н а к и. На волосистых местах наружных половых органов появляются гнойнички—единичные или множественные, из головки часто торчит волос. Кожа вокруг гнойничка слегка покрасневшая и чуть инфильтрирована. Фолликулит вызывает местно ощущение покалывания и зуда.

Л е ч е н и е состоит в соблюдении чистоты, воздержании от малейших расчесов, в повторных смачиваниях гнойничков винным спиртом или в смазывании 2% бриллиантовой зеленью.

¹ А. Ф и л а т о в, Лечебные препараты из крови, Медицинский работник, 1953, № 2.

ФУРУНКУЛЕЗ ВУЛЬВЫ (FURUNCULOSIS VULVAE)

Этиология и патогенез. Фурункулез вульвы может развиваться первично, особенно в связи с менструацией, но чаще он возникает в результате вульвита, фолликулита или на почве диабета, а также в случае расчесов при зуде вульвы или краурозе (см. ниже). Фурункул представляет гнойное воспаление волосяного мешка, сальной железы и окружающей клетчатки. Это—плотный узел темнокрасного цвета с некротическим участком в центре, возвышающийся над уровнем кожи.

Обильный клеточный инфильтрат иногда скапливается непосредственно вокруг омертвевшего участка, а иногда на большем от него расстоянии. Вокруг всего образования имеется отек. Через несколько дней появляется характерное для стафилококковой инфекции позднее омертвение и одновременно вокруг этого участка образуется грануляционная ткань.

Оба процесса способствуют расплавлению очага омертвения и отделению его от окружающих тканей. В результате омертвевшая клетчатка с железой и волосяной луковицей («стержень» фурункула) выделяется наружу частично или целиком, а на ее месте остается зияющий дефект, из которого выходит густой зеленоватый гной. Боли в области наружных половых органов, усиливавшиеся при движении, и резкая болезненность при соприкосновении с одеждой начинают уменьшаться. Одновременно со вскрытием фурункула происходит рассасывание окружающего инфильтрата, отек проходит, грануляции рубцуются и эпителизируются. На месте бывшего фурункула остается неправильной формы рубец. Число фурункулов при фурункулезе вульвы различно; в одних случаях бывает лишь 2—3 фурункула, которые развиваются почти одновременно и по их заживлению процесс заканчивается, в других случаях заживление одних фурункулов сменяется высыпанием новых. Такое страдание носит название фурункулеза.

Фурункулезу подвержены главным образом ослабленные и истощенные женщины и женщины, страдающие сахарным мочеизнурением (у которых сопротивляемость организма по отношению к микробам, вызывающим нагноение, вообще понижена), а также перенесшие тяжелое инфекционное заболевание или страдающие кахексией на почве злокачественного новообразования, и т. п.

Лечение имеет целью способствовать благоприятному течению воспалительного процесса и предупреждать возникновение новых фурункулов по соседству. Для этого необходим тщательный уход за кожей наружных половых органов. Чтобы легче было содержать кожу в чистоте, волосы на вульве сбривают или коротко состригают, а кожу вокруг фурункула обрабатывают камфорным или 2% салициловым спиртом, а также чистым или 70% винным спиртом.

В начальных стадиях, когда жидкого гноя в фурункуле еще нет, накладывают индифферентные, или, лучше антисептические мазевые повязки. При этом применяют различные мази:

- Rp. Ichthyoli 2,0
 Dermatoli 3,0
 Pasta zinci 30,0
 MDS. Мазь
- Rp. Hydrargyri praecipitati albi (5%) 30,0
 DS. Мазь
- Rp. Ung. penicillini 30,0 (1000 единиц 1,0)
 DS. Мазь

Rp. Penicillini 25 000 единиц
Cerae albae 2,5
Ol. Helianthi 22,5
Gexaninae 1,0
Aq. destill. ad 2,4
MDS. Мазь

Для облегчения болей полезно умеренное тепло, но не в виде компрессов, которые вызывают мацерацию кожи и способствуют таким образом распространению инфекции вокруг фурункула, а в виде осторожно примененных эритемных доз ультрафиолетовых лучей.

После того как созревший фолликул вскроется, необходима тщательная обработка соседних участков кожи спиртом, удаление стержня пинцетом. После его полного отделения от окружающего инфильтрата можно наложить повязку с сульфидиновой эмульсией или пенициллиновой мазью.

В начальной стадии созревания, т. е. до появления гноя, иногда удается указанными мероприятиями добиться обратного развития фурункула.

В затяжных случаях, особенно при пиодермии, на первый план выступают общие мероприятия. При наличии в моче сахара и ацетона или повышенном содержании сахара в крови назначают соответствующую диету и инсулиновую терапию. У истощенных больных применяют общеукрепляющий режим и диету, препараты мышьяка, витаминотерапию (витамины А и С), пивные дрожжи (витамин В). Чрезвычайно важно устранение факторов, благоприятствующих развитию болезни и лечению сопутствующего дерматоза.

Внутрь дают сульфаниламидные препараты (белый стрептоцид по 0,6 три раза в день в течение 5—7 дней); внутримышечно вводят пенициллин по 30 000—40 000 единиц через 3—4 часа с перерывом на ночь в общей дозе до 3—5 млн. единиц. Пенициллин часто обрывает процесс, но не предупреждает рецидивов.

В затяжных, рецидивирующих случаях проводится специфическая иммунотерапия: подкожно и внутрикожно вводят стрепто- и стафилококковую (лучше аутовакцину) в дозе от 0,2 до 1 мл, увеличивая каждый раз дозу на 0,1—0,2 мл, с промежутками между введениями в 2—3 дня; всего делают 8—10 инъекций. Противопоказаниями к иммунотерапии служат: активный туберкулез, декомпенсированный порок сердца, болезни почек, гипертоническая болезнь, органические заболевания центральной нервной системы.

При склонности процесса к распространению рекомендуются общие облучения ультрафиолетовыми лучами, воздушные ванны.

ОСТРАЯ ЯЗВА ВУЛЬВЫ (ULCUS VULVAE ACUTUM)

Это заболевание встречается редко. Этиология недостаточно выяснена. При микроскопическом исследовании отделяемого обнаруживается *V. cerasus* (Lipschütz) или влагалищные палочки, которые, вероятно, вторично попадают из влагалища на изъязвленную поверхность. Иногда начало заболевания бурное. Нередко быстро возникают многочисленные изъязвления на внутренней поверхности задней спайки половых губ, в преддверии влагалища, сопровождающиеся в некоторых случаях резкими воспалительными явлениями (гангренозная форма), высокой температурой; в других случаях болезнь протекает при невысокой или нормальной температуре, с образованием небольших, но многочисленных язвочек (милиарная форма). Края язвы неровные, покрасневшие, поверхность ее сероватого или желтоватого цвета, иногда покрыта струпом, который скоро отпа-

даст. При милиарной форме обычно струпьев нет; паховые лимфатические узлы часто совсем не поражаются. Это является одним из признаков для отличия этого заболевания от мягкого шанкра. Язвы обладают способностью самопроизвольно очищаться и заживать. Для ускорения заживления язвы присыпают дерматолом или ксероформом.

При лечении гангренозной формы наружные половые органы обмывают раствором перекиси водорода, назначают сидячие ванночки с настоем ромашки.

ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА ВУЛЬВЫ (ULCUS VULVAE CHRONICUM)

Заболевание отличается тяжелым течением. Склерозированные язвы, расположенные поверхностно в области клитора, вокруг уретры, задней спайки и заднего прохода, покрытые грязным налетом, несмотря на предпринятое противовоспалительное лечение, быстро распространяются в глубину вульвы. Пузырно-влагалищные и прямокишечно-влагалищные перегородки разрушаются, что влечет образование свищей (estiomène). Свищевые ходы ведут в прямую кишку (в результате склерозирования возникают стенозы), в мочевые органы (возникают воспалительные процессы мочевого пузыря, почечных лоханок). Наблюдались даже случаи перитонита. Паховые лимфатические узлы увеличиваются.

Диагноз ставится главным образом на основании клинического наблюдения, при котором обнаруживается затяжной и прогрессирующий характер заболевания. При дифференцировании от туберкулезных язв нужно помнить, что последние локализуются чаще на половых губах: туберкулезная язва плоская, имеет неровные подрывные края и на дне ее иногда имеется маленькое возвышение, которое при микроскопическом исследовании оказывается состоящим из конгломерата свежих типичного строения туберкулезных бугорков. Впрочем, для постановки дифференциального диагноза на основании гистологического среза необходим большой опыт, так как и при сифилитических язвах встречаются образования, состоящие из гигантских и эпителиоидных клеток. Поэтому для полноты исследования надо поставить еще реакцию по Вассерману.

Отличить хроническую язву вульвы от раковой можно путем биопсии. Для лечения хронической язвы вульвы применяются общесукрепляющие методы; внутрь дают мышьяк, иод; назначают инъекции пенициллина; местно прижигания, в том числе гальванокаустик и электрокоагуляцию, но очень осторожно (!). Также очень осторожно применяют небольшие дозы рентгеновых лучей или препаратов радия.

ПУЗЫРЬКОВЫЙ ЛИШАЙ (HERPES SIMPLEX)

Это заболевание представляет остро развивающееся и быстро проходящее высыпание, состоящее из одной или нескольких групп мелких пузырьков, расположенных на слегка отечной и покрасневшей коже больших половых губ, слизистой оболочке преддверия влагалища, изредка на влагалищной части матки; пузырьки наполнены прозрачной жидкостью. Эти пузырьки, одинаковые по величине, появляются сразу тесными группами, которые располагаются иногда изолированно, нередко же сливаются друг с другом; содержимое пузырьков, вначале серозное, через 2—3 дня мутнеет и сохнет, превращаясь в рыхло сидящую корку. Часто пузырьки лопаются, образуя поверхностную эрозию, которая также покрывается тонкими корочками; корочка отпадает, и на месте бывших пузырьков иногда остается быстро исчезающее красное пятнышко.

Herpes vulvae может появиться в связи с менструацией, половым актом, слабо выраженным вульвитом. Перед высыпанием иногда бывает зуд.

Редко встречающийся herpes vulvae profusus протекает иначе: при умеренном повышении температуры и ощущении жжения развивается резкий отек вульвы. Затем на наружных половых органах, на внутренней поверхности бедер, на лобке и промежности высыпают группы пузырьков, часто сливающиеся. Пузырьки быстро лопаются, превращаясь в эрозии; дно эрозий покрывается налетом и появляется слизисто-гнойное отделяемое с резким запахом. Регионарные лимфатические узлы припухают и становятся болезненными.

Д и а г н о з ставится на основании характерных признаков: излюбленной локализации главным образом на месте перехода кожи в слизистую оболочку, отсутствии уплотнения в дне эрозии, гладкого дна и неподрытых краев, быстрого и бесследного разрешения заболевания. При правильном лечении выздоровление наступает через 3—4 недели.

РАСПОЗНАВАНИЕ ВЕНЕРИЧЕСКИХ И ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЯЗВ И ВТОРИЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИФИЛИСА

Каждый акушер-гинеколог должен уметь разобраться в характере язвенного процесса, обнаруженного в области наружных половых органов, во влагалище, на влагалищной части матки, принять соответствующие меры, а при обнаружении язвы венерического происхождения направить больную к венерологу.

На наружных половых органах женщины первичный признак сифилиса—**твердый шанкр**—возникает на месте внедрения инфекции. Он имеет вид красного пятнышка, вскоре превращающегося в папулу. Эта папула сначала шелушится, затем мокнет или покрывается корочкой, под которой обнаруживается поверхностная язвочка, постепенно увеличивающаяся. Дно язвочки плотное, красного или коричневого цвета, покрыто салным налетом. Независимо от размера, язвочка сидит на плотном инфильтрате. Края язвочки неподрытые, иногда они несколько выступают над уровнем язвы. На гладкой, блестящей поверхности нет ни гноя, ни крови. Твердый шанкр обычно бывает единичным. Воспалительных явлений вокруг язвы нет.

Обычно сифилитическая язва (шанкр) находится на внутренней поверхности больших половых губ, но она может локализоваться и на малых губах, на задней спайке, в области клитора, отверстия мочеиспускательного канала, в преддверии влагалища, на влагалищной части матки (рис. 3) и в редких случаях на стенке влагалища. Если твердый шанкр находится на большой половой губе, то часто наблюдается индуративный отек, охватывающий всю толщу пораженной губы, иногда отек распространяется на обе губы, в некоторых случаях также на малые губы и на кожу лобка. Первоначальная же язва к этому времени может совершенно исчезнуть. При наличии первичного очага в области наружных половых органов паховые лимфатические узлы соответственной стороны претерпевают своеобразные сифилитические изменения: они утолщаются, уплотняются (эластичная плотность), безболезненны, подвижны, не спаяны между собой, каждый узел можно прощупать изолированно.

Эрозию, расположенную на половых органах, даже не имеющую характерных признаков твердого шанкра, необходимо исследовать на наличие бледной спирохеты. Исследованию надо подвергнуть не кровь, которая почти не содержит спирохет, а серозное отделяемое язвы. Если

при исследовании мазка бледная спирохета не будет обнаружена, это еще не говорит об отсутствии сифилиса, так как спирохеты могли не попасть в мазок, если уже применялись прижигающие средства, а также спирохета может быть замаскирована многочисленными микробами, обычно находящимися в области язвы. В таких случаях рекомендуется в течение 24 часов применять часто сменяемые примочки из стерильного физиологического раствора поваренной соли, после чего произвести исследование на бледную спирохету.

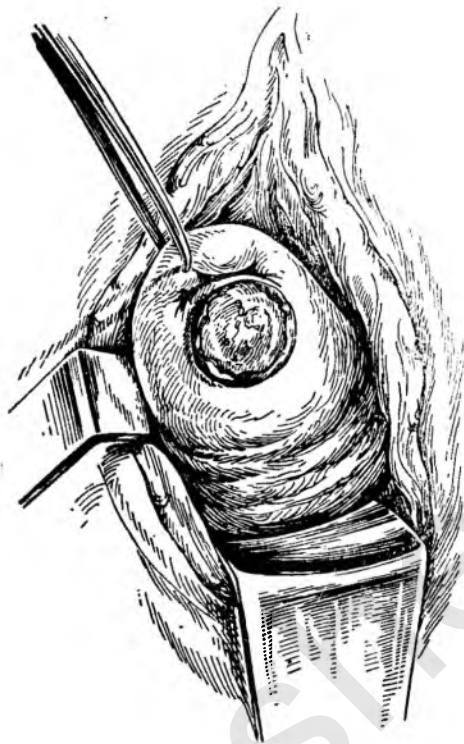


Рис. 3. Твердый шанкр влагалищной части матки [Штеккель (Stoeckel)].

препарата китайскую тушь. На предметном стекле смешивают каплю исследуемого отделяемого с китайской тушью, эту смесь наносят тонким слоем на покровное стекло, которое высушивают и исследуют с помощью иммерсионной системы. Блестящие серебристые извитые спирохеты ярко выделяются на темном фоне.

Серологические реакции в первичном периоде болезни почти не имеют диагностического значения, так как становятся положительными не ранее 3—4 недель после появления твердого шанкра.

Из венерических язв, встречающихся на наружных половых органах, следует указать на **мягкий шанкр** (*ulcus molle*), который обычно локализуется на задней спайке, реже на малых половых губах и в преддверии влагалища (рис. 4). Возбудителем его является граммотрицательная стрептобацилла. Возбудитель мягкого шанкра проникает через малейшее повреждение, имеющееся на наружных половых органах. На месте его внедрения через некоторое время (от нескольких часов до 3 суток) появляется яркая краснота и припухлость, в центре которой обра-

Техника бактериоскопического исследования мазка также имеет значение для выявления сифилиса. По язве проводят стерильным тампоном; если секрета недостаточно, ее слегка сдавливают с боков или по ее поверхности слегка проводят небольшим плоским стерильным шпателем; через 1—2 минуты на поверхности язвочки появляется немного отделяемого; одну или две капли этого отделяемого наносят на предметное стекло, на котором покровным стеклом делают равномерный мазок и фиксируют его в парах формалина или на пламени; после этого препарат окрашивают слегка подогретым раствором краски Гимза. Краску смывают дистиллированной водой, препарат высушивают и после нанесения капли кедрового масла рассматривают под микроскопом с иммерсионной системой. Бледная спирохета окрашивается в бледнорозовый цвет, остальные же сапрофиты—в фиолетовый. Еще проще определить наличие бледной спирохеты, применив для окраски

зуется пустула. Из пустулы вскоре возникает круглая, овальная или неправильной формы язва. Мягкий шанкр не вызывает общих явлений, но часто бывает множественным, так как очень легко распространяется на соседние участки кожи. Величина его различна, иногда с булавочную головку, иногда же это большая болезненная язва с неровными подрывными краями, с мягким, тоже неровным дном, покрытым желтоватым салыным налетом. Вокруг язвы имеются воспалительные явления в виде венчика.

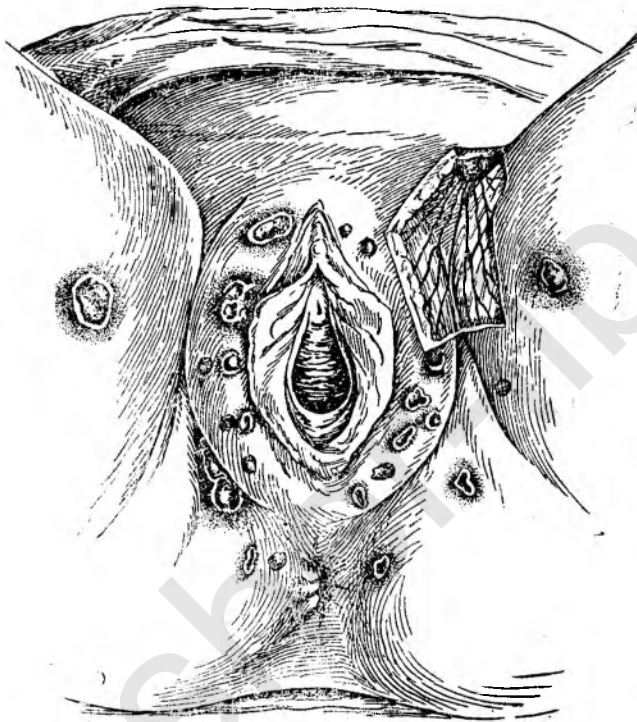


Рис. 4. Мягкий шанкр. Множественные язвы на наружных половых органах. Воспаление паховых лимфатических узлов.

Мягкий шанкр, расположенный в преддверии влагалища, может распространиться на нижний отдел влагалища. На влагалищной части матки мягкий шанкр локализуется чаще, чем во влагалище. Интересно, что мягкий шанкр, расположенный на влагалищной части матки, соприкасающейся со стенкой влагалищного свода, не прививается к стенке влагалища (А. К. Штейн).

Дифференциальный диагноз между мягким и твердым шанкром базируется, таким образом, на указанных уже отличительных их признаках (консистенция, дно, края); на наличии воспалительных явлений вокруг мягкого шанкра и отсутствии таковых при твердом шанкре; на наличии множественных язв при мягком шанкре и обычно одной язвы при твердом. Паховые лимфатические узлы, будучи поражены при мягком шанкре, часто нагнаиваются, тогда как при твердом шанкре в узлах не имеется ни нагноения, ни размягчения, а, наоборот, наблюдается характерный

регионарный, без склонности к размягчению, склераденит. Наконец, распознаванию способствует бактериоскопическое исследование.

Туберкулезные язвы на наружных половых органах отличаются от твердого шанкра тем, что дно язвы покрыто гноем и распадом, легко кровоточит: язва развивается медленно, по ее периферии часто имеются неизъязвившиеся бугорки, нередко и другие мелкие изъяз-

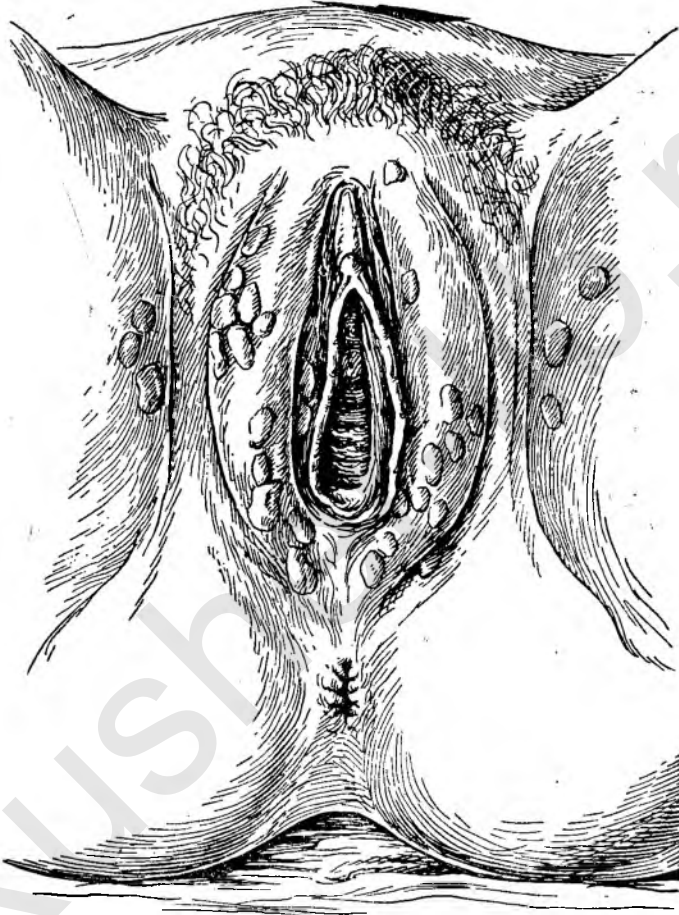


Рис. 5. Широкие кондиломы наружных половых органов.

вления. Наконец, вопрос может быть разрешен с помощью бактериоскопического исследования или биопсии. Неопытный врач может принять за мягкий шанкр эрозию пузырькового лишая.

На наружных половых органах наблюдаются не только первичные, но и вторичные проявления сифилиса. Помимо первичной сыпи—розеолы, имеющей характер розовых пятен, не возвышающихся над кожей, не шелушащихся, не вызывающих зуда, бледнеющих при надавливании пальцем, здесь может встретиться и папулезная сыпь. Отдельные папулы отличаются друг от друга временем высыпания, формой, наличием или отсутствием изъязвлений, но все они имеют общие характерные признаки: папула возвышается над уровнем кожи

или слизистой оболочки, имеет ясно очерченные края, плоскую, гладкую, иногда блестящую, шелушащуюся или изъязвленную поверхность; на ощупь папула плотновата и безболезненна. Папулезная сыпь не вызывает зуда; отцветая и исчезая, папула оставляет лишь небольшое темное пятнышко, которое держится непродолжительное время. При обильном разрастании папул на вульве образуются так называемые широкие кондиломы (рис. 5), которые необходимо отличать от острых кондилом.

Влагалищные выделения, попадая на кожу и слизистые оболочки, на которых имеются папулы, благоприятствуют их разрастанию. Вначале гладкая красноватая поверхность приобретает сероватый оттенок, количество отделяемого повышается, увеличивается и число содержащихся в нем бледных спирохет; мокнущие папулы начинают издавать неприятный запах. Папула принимает характерный вид: вокруг резко ограниченного края сифилитического инфильтрата появляется ободок сероватого цвета, представляющий остаток отторгнутого эпителия, в центре инфильтрата имеется небольшое углубление—участок обнаженной соединительной ткани. Процесс изъязвления папулы может прогрессировать до полного обнажения соединительнотканной основы папулы. В папулах происходят и другие изменения: папулы разрастаются, увеличиваются и становятся похожими на цветную капусту (вегетирующие папулы). Иногда мокнущие папулы сплошной массой покрывают наружные половые органы, закрывая вход во влагалище.

Папулы на влагалищной стенке встречаются лишь в очень редких случаях, так же редко они обнаруживаются и на влагалищной части матки.

ЛЕЙКОПЛАКИЯ ВУЛЬВЫ (LEUKOPLAKIA VULVAE)

С клинической стороны лейкоплакия вульвы характеризуется появлением на коже вульвы, в области клитора, на промежности и вокруг заднепроходного отверстия беловатых пятен (бляшек), которые сливаются и образуют сплошное поле измененной кожи, напоминающее по виду смятый лист пергаментной бумаги. Сравнительно редко наблюдается лейкоплакия влагалища или влагалищной части матки. С патологоанатомической стороны процесс характеризуется главным образом утолщением рогового слоя (гиперкератоз). Своим видом лейкоплакия значительно отличается от ахроматических кожных пятен, как, например, vitiligo, представляющих резко контурированные белые пятна, окруженные зоной более сильной пигментации, постепенно переходящей в нормально окрашенную кожу. Ранним субъективным признаком является зуд, иногда весьма мучительный.

Этиология лейкоплакии еще точно не выяснена. В анамнезе больных лейкоплакией вульвы, как и при других локализациях лейкоплакии (на губе, в полости рта, на языке), нередко имеются указания на бывшее заболевание сифилисом. Некоторые авторы даже рассматривают лейкоплакию как парасифилитическое заболевание; однако считать такой взгляд твердо обоснованным нельзя.

Заболевание нередко переходит в крауроз или становится благоприятной почвой для развития рака. Некоторые авторы даже считают лейкоплакию вульвы предраковым состоянием. Однако до настоящего времени нет еще достаточных данных, позволяющих утверждать, что рак наружных половых органов при своем развитии всегда проходит стадию в виде лейкоплакии.

Для лечения этого страдания применялись разнообразные методы и средства: всевозможные мази, успокаивающие зуд, ультрафиолетовые лучи, рентгенотерапия, лучи радия, новокаиновая блокада по Вишневскому. Естественно были попытки применить при лейкоплакии гормонотерапию (фолликулин, гормоны желтого тела). В последние годы мы видели несколько больных лейкоплакией, которые чувствовали себя значительно лучше при применении мази, которая, кроме 10% анестезина, включала еще 3—5% синэстрола. Наблюдений у нас недостаточно, чтобы делать заключение. Исходя из взгляда, что лейкоплакия является парасифилитическим заболеванием, применялось и соответствующее противосифилитическое лечение, но и это далеко не всегда давало успех.

При мучительном зуде и наличии незаживающих трещин предпринималось и хирургическое вмешательство—иссечение отдельных пораженных лейкоплакией участков кожи и даже экстирпация всей вульвы. К этому методу прибегали те авторы, которые на основании своего опыта были убеждены, что лейкоплакия является предраковым состоянием. Все же такое обобщение, несомненно, преувеличено: ведь многие авторы, как и мы лично, наблюдали больных, у которых процесс оставался стабильным в течение многих лет, на протяжении которых с переменным успехом применялись те или другие методы и средства—блокада по Вишневскому, облучение ультрафиолетовыми лучами, рентгенотерапия.

КРАУРОЗ ВУЛЬВЫ (CRAUROSIS VULVAE)

Крауроз (в переводе с древнегреческого—сморщивание) вульвы характеризуется с патологоанатомической стороны атрофическим процессом, ведущим к постепенному исчезновению малых половых губ, клитора, к резкому сморщиванию всей вульвы. Гистологически при краурозе определяется почти полное отсутствие кожных сосочков, депигментация, исчезновение эластических волокон, рубцовые изменения в подкожной клетчатке с наклоном к сморщиванию. Покровы наружных половых органов становятся истонченными, белесоватыми и пергаментоподобными, в некоторых случаях образуются трещины и изъязвления. В области изъязвлений нередко возникает рак. При дифференциальной диагностике между краурозом и лейкоплакией возникают большие затруднения, так как в начале заболевания при краурозе также имеется кратковременная стадия гипертрофического процесса, но она сопровождается отеком, чего не бывает при лейкоплакии. С точки зрения этиологии крауроз отличается от лейкоплакии тем, что (по мнению многих авторов) не имеет ничего общего с сифилисом [Керер (Kehrer)]. Истончение и сморщивание слизистой оболочки, наличие трещин и изъязвлений настолько характерны для крауроза, что в более поздних стадиях болезни не вызывают сомнения в диагнозе. Так как крауроз обладает ясно выраженной склонностью к переходу в рак, то для своевременного распознавания последнего надо часто прибегать к биопсии. Лечение при краурозе состоит в экстирпации всей вульвы; другие методы лечения крауроза не всегда оказывались успешными, однако и после хирургического лечения нередко возникали рецидивы. При наличии зуда прибегают к симптоматическому лечению.

ВОСПАЛЕНИЕ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ (БАРТОЛИНИТ)

Строение бартолиновой железы и ее выводного протока в значительной мере обуславливает картину заболевания, его течение и характер мероприятий, предпринимаемых для лечения. Главный выводной проток

железы, как известно, образуется из слияния нескольких протоков, выводящих секрет из железы; в том месте, где эти протоки впадают в главный, образуется своего рода ампула, затем главный проток становится уже, а у выхода наружу бывает значительно сужен. Вследствие такого строения воспалительный отек, развивающийся при инфекции, гнездящейся преимущественно в преддверии влагалища, ведет к быстрому закрытию наружного отверстия главного выводного протока и, следовательно, к задержке содержимого в нем и в составляющих его мелких протоках, а иногда и в железистых пузырьках. Этим же объясняются и затруднения, возникающие при попытке расширить канал у его выхода наружу, тогда как уже дальше это сделать большей частью легко. Воспалительный процесс быстро распространяется на разветвления главного протока. Содержимое обильно сецернирующей железы застаивается, инфицируется, что ведет к образованию так называемого ложного абсцесса.

Именно в это время женщины обычно и обращаются к врачу.

Причиной заболевания часто служит гоноррея, одно время иной этиологии даже не признавали. Однако, как теперь установлено, бартолинит отнюдь не является доказательством гонорройной инфекции, так как и другие патогенные микроорганизмы, особенно стрептококки и стафилококки, могут вызвать это заболевание. Только бактериологически можно с уверенностью отличить гонорройный бартолинит от негонорройного. Надо также отметить, что преимущественное развитие воспалительного процесса в области железистых протоков говорит за гонорройную инфекцию; при негонорройной инфекции воспалительный инфильтрат диффузно распространяется в глубину, вдоль лимфатических путей и по окружающей клетчатке. Все же провести на этом основании дифференциальную диагностику заболевания трудно. Для выяснения этиологии заболевания может быть применена реакция Борде-Жангу, но нужно помнить, что, пока инфекция не достигла известной степени развития, положительная реакция может не получиться и при гонорройном бартолините. Считается, что положительная реакция появляется через 3—4 недели после начала заболевания.

Острый бартолинит вызывает быстро нарастающий и часто большой отек в средней трети большой половой губы, который увеличивается, в связи с чем нарастает и болезненность в этой области. Одновременно отек распространяется на вход во влагалище и смещает его в сторону. Словая щель принимает серповидную форму и своей выпуклой стороной обращена в здоровую сторону; иногда половая щель частично закрывается опухолью. Температура повышается и в стадии образования гноиника достигает высоких цифр, боли становятся очень сильными, больная вынуждена лежать в постели. Кожа, покрывающая губу, краснеет, соответствующая малая губа тоже припухает. При очень быстром гноином расплавлении тканей абсцесс самопроизвольно вскрывается в наиболее истонченном месте, часто расположенном в верхнем отделе малой губы, и острые симптомы воспаления (боли и лихорадка) стихают. Перфорационное отверстие при ложном абсцессе быстро закрывается, а отверстие выводного протока иногда полностью облитерируется; поэтому застой секрета часто возобновляется. Таким образом возникает хронический бартолинит или кистозное образование, обычно величиной со сливу, без видимых воспалительных явлений в окружности. Двусторонний бартолинит, развившийся сразу или последовательно, встречается реже, чем односторонний.

Распознавание нетрудно. Ошибки в диагнозе происходят иногда, как полагает Штеккель (Stoeckel), при наличии туберкулеза дуги лонных костей. При этом заболевании образовавшиеся абсцессы распространяются на половые губы, доходят до прямой кишки и заднего прохода, распространяются по задней поверхности костей на переднюю влагалищную стенку. Такие абсцессы можно смешать с бартолиновыми, парапроктальными и паравагинальными.

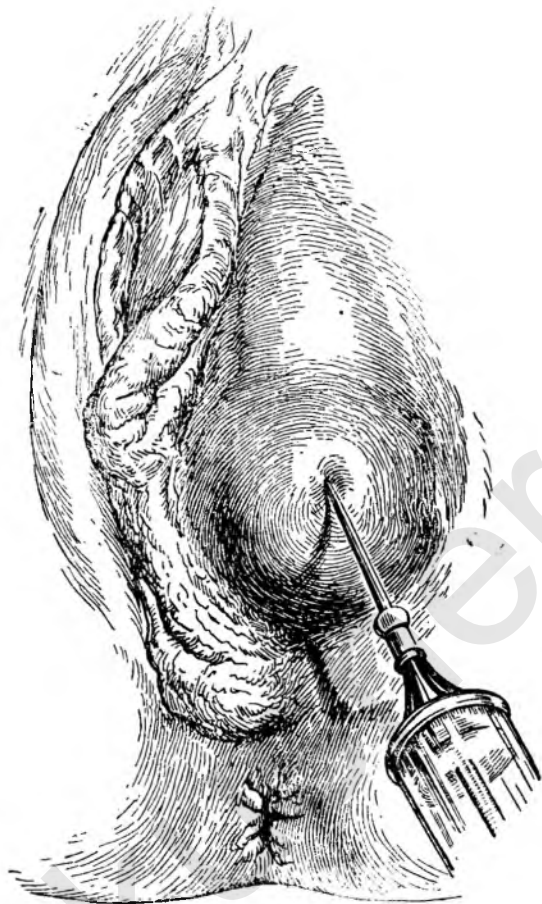


Рис. 6. Прокол гнойника бартолиновой железы.

Лечение. В острой стадии заболевания назначают сульфаниламидные препараты и пенициллин. До вскрытия гнойника можно попытаться путем постельного режима, применения холода (пузырь со льдом или снегом, холодные компрессы с раствором боровской жидкости или со свинцовой примочкой) уменьшить воспалительный отек тканей. Это не только уменьшает боли, но может способствовать восстановлению проходимости выводного протока и выходу наружу скопившегося в нем гноя. При резких болях, лишающих больную сна, можно прибегнуть к болеутоляющим средствам, вплоть до пантопона и морфина. Когда в ложном абсцессе появится ясная флюктуация, абсцесс можно пунктировать (рис. 6), отсосать шприцем гной и, не вынимая иглы, ввести в полость абсцесса раствор пенициллина на 0,25% растворе новокаина. Если в воспалительный процесс вовлечена ткань самой железы с окружающей ее клетчаткой, то

можно из нескольких точек обколоть очаг таким же раствором пенициллина (рис. 7). Широкое вскрытие гнойника сразу снимает все симптомы, особенно при наличии ложного абсцесса. Для того чтобы сделанное отверстие не закрылось очень скоро, в него вводят дренаж на 2—3 дня—полоску марли с иодоформной или ксероформной мазью. Затем назначают местные теплые ванночки с раствором марганцовокислого калия.

Опорожнение абсцесса не всегда ведет к полному излечению: инфицированные протоки или остатки железы часто вызывают рецидивы воспаления, которые требуют продолжения лечения. Применяют впрыскивания собственной крови больной (аутогемотерапия) в окружность бартолиновой железы. Техника следующая: в 10-граммовый шприц, содержащий

2 мл 2% раствора лимоннокислого натрия, набирают кровь из локтевой вены больной и все содержимое впрыскивают в 2 точки, расположенные под и над выводным протоком, или в 4 точки, расположенные вокруг железы, в виде ромба, как при местной новокаиновой анестезии при операции удаления бартолиновой железы. Подобным же образом производят обкалывание раствором пенициллина на 0,25% растворе новокаина. Если обострения хронического бартолинита повторяются или если на месте бартолинита образуется ретенционная киста, в ряде случаев препятствующая половой жизни, приходится прибегнуть к операции вылушивания опухоли.

МОЛОЧНИЦА ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА (SOOR)

Заболевание вызывается плесневым грибом *Oidium albicans* (из семейства *Monilia candida*), который поражает главным образом полость рта у детей раннего возраста. Взрослые заболевают молочницей очень редко; заболевание наблюдалось главным образом у беременных. Этот грибок при наличии благоприятных условий (щелочность среды) внедряется в поверхностные слои эпителиального покрова вульвы и вызывает появление беловатых или серовато-белых отложений в виде пленок или пятен величиной от чечевичного зерна и значительно больше. Вследствие периферического роста пятнышки часто сливаются и образуют беловатые легко снимающиеся пленки, которые не оставляют после себя никаких изъязвлений.

Молочница обычно не вызывает общих расстройств и сопровождается лишь ощущением жжения и зудом в области половых органов. Обычно молочница быстро проходит, но у истощенных и слабых женщин заболевание иногда затягивается.

Распознавание нетрудно, если учесть поверхностный характер отложений, что отличает молочницу от дифтеритического воспаления. В сомнительном случае диагноз устанавливается путем микроскопического исследования пленок. При молочнице в препарате обнаруживаются нити грибка.

Лечение состоит в соблюдении чистоты и удалении пленок путем протирания пораженных участков тампоном, смоченным 2—4% раствором очищенной (питьевой) соды или буры. Эту процедуру повторяют через 2—3 дня.

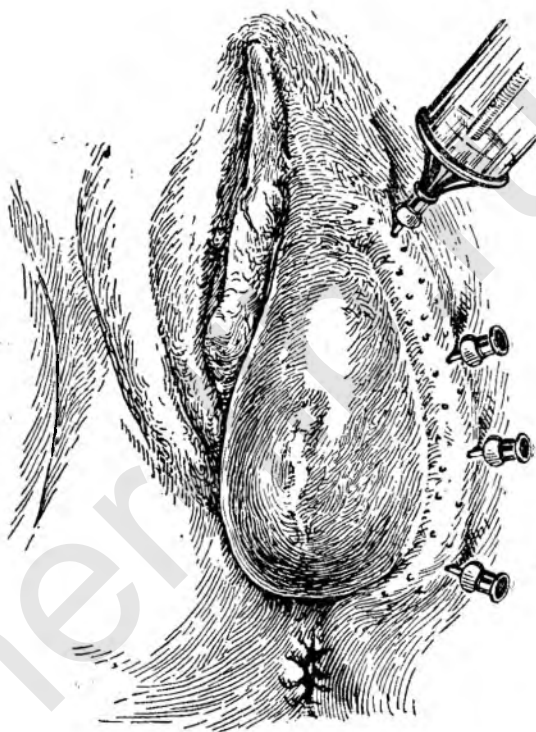


Рис. 7. Обкалывание раствором пенициллина диффузно распространившегося гнойного инфильтрата.

Для однократного применения рекомендуется 10—20% раствор буры в глицерине. Применяются и более сильные бактерицидные средства, например, сулема (1 : 1000) для протирания стенок влагалища и влагалищной части матки и для влагалищных спринцеваний. У беременных, у которых всасывание химических веществ из влагалища повышено, мы не рекомендуем пользоваться сулемой. Некоторые авторы применяют для протирания стенок влагалища раствор борной кислоты. Мы также в ряде случаев применяли это средство, особенно при наличии обильных влагалищных выделений. Для этого мы через цилиндрическое зеркало засыпали во влагалище борную кислоту в порошке в количестве 2—3 чайных ложек. Борная кислота растворяется в жидких влагалищных выделениях, проникает во все складки и ниши влагалищной трубки и омывает влагалищную часть матки. Так как насыщение жидкости борной кислотой происходит лишь до 4%, то слишком крепкий раствор борной кислоты не может образоваться; избыток порошка остается во влагалище и служит для образования свежих растворов при притоке выделений. Таким образом происходит постоянная замена старых «отработанных» растворов борной кислоты, которые вытекают из влагалища (особенно у рожавших женщин), на марлевую закладку, причем, всасываясь частично из влагалища, не наносят вреда даже беременной.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ВЛАГАЛИЩА (КОЛЬПИТЫ)

Воспалительный процесс в стенке влагалища может быть вызван рядом раздражителей. Причиной этого воспаления (кольпита) чаще всего является инфекция. Нет сомнения, что возникновению кольпита способствует нарушение трофики тканей влагалища, вызванное общими или местными причинами. К ним относятся повреждения стенки влагалища инородными телами (неправильно подобранный или долго не сменяемый пессарий; повреждения при онанистических манипуляциях и т. п.), химические травмы (применение чересчур крепких прижигающих растворов для влагалищных спринцеваний и др.). Из общих эндогенных причин, вызывающих изменения трофики стенок влагалища, необходимо указать на нарушения овариальной функции, которая влияет на физиологический процесс гликогенообразования во влагалищном эпителии. В связи с этим понижается кислотность влагалищного содержимого и влагалищная флора загрязняется. Нарушения трофики нередко наблюдаются при болезнях обмена веществ, например, при диабете. Особенно тяжелые формы кольпитов бывают в результате общих инфекционных заболеваний.

Серозно-гнойный кольпит (*colpitis simplex*)—наиболее частая форма воспаления влагалища. Клиническая картина этого заболевания крайне разнообразна: при обследовании женщин можно наблюдать все переходные состояния от простого катарра, начиная с самых незначительных изменений слизистой оболочки вплоть до тяжелого гнойного воспаления, при котором слизистая оболочка резко утолщена, окрашена в темнокрасный цвет, местами эрозирована и покрыта обильным гнойным отделяемым; иногда в процесс вовлекаются и наружные половые органы. В таких случаях больным даже приходится назначать постельный режим. Ввиду резкой болезненности лечение в этой стадии воспаления состоит в применении компрессов из настоя ромашки или боровской жидкости и орошений наружных половых органов струей какого-либо раздражающего раствора (настоя ромашки). Эти орошения делают по несколько раз в день. Очень хороший эффект оказывают сидячие ванны с настоем ро-

машки (если нет ванны, можно использовать какой-нибудь таз). Когда же явления острого вульвита пройдут, можно проводить мероприятия, направленные на ликвидацию воспаления слизистой оболочки влагалища.

При лечении кольпита первое место занимают влагалищные спринцевания различными дезинфицирующими растворами. Спринцевания делают из кружки Эсмарха. Так как одной из целей спринцевания является удаление из влагалища патологического содержимого, то спринцевание надо делать в лежащем положении, чтобы жидкость могла проникнуть во все складки слизистой оболочки влагалища. Спринцевания в сидячем положении поэтому почти бесполезны. При наличии густых, гнойных и особенно слизисто-гнойных выделений сначала следует применить растворы, не обладающие вяжущими свойствами и не фиксирующие выделений. Наиболее подходящим в этих случаях является содовый раствор. Поэтому при гнойном кольпите мы назначаем первое спринцевание с раствором очищенной соды (2 чайные ложки на 4 стакана воды), а через 20—30 минут после первого спринцевания второе—с дезинфицирующими или вяжущими растворами: марганцовокислый калий (несколько кристалликов до получения раствора темнокрасного, но не фиолетового цвета), тимол (1 : 1000), риванол (1 : 1000), сернокислый цинк (2 чайные ложки на 4 стакана воды), медный купорос ($\frac{1}{2}$ —1 чайную ложку на 4 стакана воды), неочищенный древесный уксус (2 столовые ложки на 4 стакана воды) и пр. Выбор медикамента зависит от характера воспаления: при зловонных гнойных выделениях мы для второго спринцевания предпочитаем марганцовокислый калий или тимол, как особенно хорошо дезодорирующие средства. При обильных жидких выделениях—сернокислый цинк, неочищенный древесный уксус и другие средства, обладающие вяжущими свойствами. Если применяют перекись водорода, легко устраняющую пленки и налеты, то предварительное спринцевание с содой становится излишним.

Спринцевание должно вызывать у больной приятное ощущение. Температура раствора, применяемого для спринцевания, обычно колеблется от 34° до 37°. В начале лечения кольпита спринцевание делают 2 раза в день; после каждого спринцевания больная остается в лежащем положении несколько минут, чтобы оставшийся во влагалище небольшой остаток раствора продолжал оказывать свое действие на стенку влагалища. Предварительные спринцевания с содой производят до тех пор, пока слизистая оболочка влагалища хорошо не очистится от выделений, а макро- и микроскопическая картина влагалищного содержимого значительно улучшится; тогда следует делать спринцевания только с растворами различных вяжущих средств; вначале один раз в день, а затем через 1—2 дня. На четвертой неделе спринцевания делают через два дня на третий. Если воспалительный процесс к этому времени полностью ликвидирован, мы вместо спринцевания назначаем биолактин Дубинчика, который вводят на ночь во влагалище. Сначала биолактин вводят ежедневно, а через 1—2 недели—реже.

В литературе нередко встречается отрицательное отношение к спринцеваниям ввиду их якобы малой эффективности. Мы считаем, что в неблагоприятных результатах часто повинна неправильная методика, например, если ежедневно в течение многих месяцев подряд применяют для спринцеваний одно и то же средство.

Некоторые авторы предпочитают местные ванночки через 2—3 дня с более концентрированными растворами.

Техника влагалищных ванночек: после предварительного спринцевания теплой водой или содовым раствором во влагалище вводят

заднюю ложку зеркала, с помощью которого тупфером протирают влагалище и удаляют таким образом оставшийся во влагалище раствор, а затем вливают в введенное цилиндрическое зеркало одну столовую ложку 2—3% раствора азотнокислого серебра или 5—10% раствора протаргола; более слабое действие оказывают ванночки с неочищенным древесным уксусом (*Aceti pyrolignosi crudum*), в который погружается влагалищная часть матки на 5—10 минут. По окончании процедуры цилиндрическое зеркало, осторожно вращая в одну сторону, медленно выводят из влагалища; когда же конец зеркала достигнет преддверия влагалища, зеркало наклоняют так, чтобы жидкость вылилась в подставленный тазик. Для предотвращения порчи белья лекарственным раствором под таз больной должна быть подложена клеенка.

Медикаменты можно вводить во влагалище и при помощи ватных тампонов. Такой тампон, смоченный раствором азотнокислого серебра или протаргола, оставляют во влагалище также на 5—10 минут, а затем удаляют, потягивая за концы нитки, которой тампон перевязан. При хроническом воспалении влагалища полезное действие оказывают тампоны, пропитанные глицерином с добавленным к нему тигенолом, иодом, альбихтолом, ихтиолом и пр. Так как глицерин извлекает жидкость из воспаленных тканей, то выделения после глицериновых тампонов становятся более жидкими и несколько более обильными, о чем надо предупредить больную. Некоторые авторы рекомендуют следующие лекарственные прописи для лечения тампонами:

Ichthyoli 20,0

Glycerini 50,0

или

Thigenoli 20,0

Glycerini 50,0

или

Aluminis 10,0

Ac. borici 20,0

Glycerini 200,0

Мы предпочитаем следующую пропись:

Jodi puri 0,5

Kalii jodati 5,0

Glycerini 100,0

Тампон оставляют во влагалище на несколько часов, затем больная извлекает его и делает спринцевание теплой водой. Эффект лечения лучше, когда тампон вводит врач; если больной разрешают самой производить эту процедуру, то врач обязан обучить ее правильно вводить тампон.

Для лечения большой кольпитом можно вместо тампонов вводить шарики с ихтиолом, тигенолом, альбихтолом (по 0,1—0,2 г) с добавлением масла-какао. Эти шарики, по нашему мнению, действуют значительно слабее других методов лечения. Лучшее действие оказывают вводимые во влагалище особым шприцем мази, например, белая ртутная мазь или:

Rp. Ichthyoli 10,0

Lanolini 100,0

MDS. Мазь

Rp. Argenti nitrici 1,0

Lanolini 50,0

MDS. Мазь

Введение мазей шприцем удобно, так как им можно вводить мазь до самых сводов даже у девственниц и девочек.

При кольпитах, в патогенезе которых разрывы промежности играли видную роль, восстановление промежности должно стать заключительным актом терапии этого заболевания.

Старческий кольпит (*colpitis senilis, s. vetularum*). Иногда уже в начале климактерического периода, в большинстве же случаев позже, ткани влагалищной стенки подвергаются атрофическим процессам. Постепенно влагалище суживается и затем укорачивается—это выражено яснее в сводах, которые уплотщаются, т. е. становятся менее глубокими, чем в зрелом возрасте женщины. В глубокой старости влагалище совсем лишается сводов, полость влагалища заканчивается сверху небольшим, иногда даже трудно находимым отверстием наружного маточного зева. Атрофированная слизистая оболочка влагалища лишается характерных поперечных складок, истончается, становится гладкой, принимает белесоватую окраску; местами, особенно в верхних отделах влагалища, она имеет пятнистый вид. Эта пятнистость окраски вызывается просвечиванием мелких венозных сосудов или незначительных кровоизлияний через истонченный эпителиальный слой. В преклонном возрасте иногда наблюдается нарушение целостности поверхностного эпителиального слоя. Эти участки, лишенные эпителия, слипаются, образуются рыхлые спайки, которые легко разрываются во время гинекологического исследования.

Старческий кольпит у некоторых женщин не влечет никаких жалоб и обнаруживается случайно. У многих же обильные, нередко гнойные выделения вызывают зуд и жжение в области наружных половых органов, что и заставляет их обратиться к врачу. Нередко выделения имеют кровянистую окраску и иногда даже при гинекологическом осмотре трудно решить, являются ли эти выделения только признаком старческого кольпита с наклонностью к геморрагиям и изъязвлениям или в глубине где-нибудь скрывается раковое новообразование. Для выяснения диагноза приходится прибегнуть к тщательному исследованию мазка, а в сомнительном случае—и к биопсии. Если кровоточащий участок недоступен для осмотра (стеноз), надо это сужение либо разрезать, либо расширить тупым путем (пальцем, расширителем Гегара или каким-либо инструментом).

При резко выраженном кольпите, особенно при наличии кровянистых выделений, как мы только что говорили, осмотр влагалища не всегда позволяет сразу установить правильный диагноз заболевания, поэтому иногда приходится назначать на несколько дней симптоматическое лечение, после чего больная должна явиться для повторного осмотра. Эта задержка на несколько дней едва ли отразится на исходе последующего лечения; кроме того, при старческом кольпите, когда имеется несколько изъязвленных участков, после этого лечения легче будет установить, из какого именно участка лучше всего сделать биопсию, чтобы поставить правильный диагноз. Конечно, выжидать нельзя, если осмотр и пальпация вызывают явное подозрение на рак: в этом случае биопсию надо сделать немедленно.

При лечении старческого кольпита мы никогда не применяем прижигающих средств в какой бы то ни было форме, так как кольпит является воспалительным процессом, развивающимся при резко атрофированной слизистой оболочке влагалища. Для спринцевания в этих случаях мы охотно назначаем настой из ромашки, который как слабо вяжущее средство отличается мягкостью действия; для того чтобы не наступило «привыкания» к нему, мы назначаем его поочередно с раствором борной или молочной кислоты. Хорошие результаты лечения мы получили, применяя биолактин Дубинчика; в легких случаях мы назначали его с начала лечения, а при

наличии кровянистых выделений—после предварительного применения указанных спринцеваний.

При старческом кольпите некоторые гинекологи предлагают применять эстрогены. Мы полагаем, что к этому методу лечения следует относиться осторожно. Мы считаем эстрогены противопоказанными при старческом кольпите у женщин, которые до наступления стойкой аменореи страдали маточными кровотечениями или были носительницами «бессимптомной» фибромиомы матки.

Трихомонадный кольпит. Возбудителем заболевания является, как известно, влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*)—простейшее, которое нередко встречается в содержимом влагалища. Влагалищная трихомонада полиморфна, она может быть овальной, грушевидной, круглой, веретенообразной формы. От ее переднего конца отходят 4 жгутика, связанные с парабазальными тельцами. Трихомонада имеет волнообразную мембрану, которая не доходит до хвостовой части, и осевую нить (аксостиль), свободный конец которой выходит из задней части ее тела. Крупное ядро расположено в передней части тела трихомонады. Распознать трихомонаду проще всего при микроскопическом исследовании неокрашенных и нефиксированных мазков, взятых из влагалища. Для взятия мазка из влагалища удобнее ввести створчатое зеркало, например, зеркало Куско. Платиновой иглой или тупой ложечкой нежно проводят по стенке влагалища, снимая с нее немного секрета. Секрет наносят на предметное стекло, на котором имеется капля физиологического раствора, подогретого до 35—37°; каплю покрывают покровным стеклышком и рассматривают под микроскопом. При малом увеличении трихомонаду можно распознать по ее прерывистым, как бы дергающимся движениям. При большем увеличении видны жгутики, волнообразная мембрана с мерцательными движениями и конец осевой нити. На фиксированном и окрашенном препарате распознать трихомонаду труднее. До настоящего времени еще не решен вопрос, является ли трихомонада случайным паразитом загрязненного влагалища или возбудителем специфического кольпита.

Признаками трихомонадного кольпита служат обильные, жидкие, желтоватые, нередко пенистые выделения. Пенистый характер могут иметь, впрочем, влагалищные выделения, в которых трихомонад не находят, при наличии же трихомонад выделения могут быть не пенящимися, как как пузырьки воздуха в жидких выделениях являются продуктом жизнедеятельности сопутствующих микрококков [Р. Шредер (*R. Schröder*)]. Слизистая оболочка влагалища гиперемирована, легко кровоточит. Слизистая преддверия влагалища раздражена, влагалище нередко болезненно. Больные жалуются на зуд и жжение, в запущенных случаях, особенно у очень полных женщин, в паховых складках появляется опрелость с последующей мацерацией кожи, которая может со временем превратиться в интертригинозную экзему. Если у больной обнаружен трихомониаз, то обследованию должен подвергнуться и ее муж.

Л е ч е н и е. Распространенным методом лечения при трихомонадном кольпите является применение осарсола—белый микрокристаллический порошок без запаха, содержащий 27% мышьяка. Применять осарсол у беременных мы избегаем, так как во время беременности стенка влагалища обладает повышенной способностью всасывания, поэтому содержащийся в осарсоле мышьяк может, поступая в организм, оказать на него вредное действие. Мы не считаем возможным назначать осарсол также кормящим матерям, женщинам при болезнях обмена веществ, при старческом кольпите.

Методика применения осарсола. Влагалище раскрывают зеркалами и протирают его стерильным марлевым или ватным тампоном, затем на шпатель вводят во влагалище порошок осарсола в количестве 0,3—0,5 г, по возможности так, чтобы порошок попал в глубину складок слизистой оболочки влагалища. Затем влагалище рыхло тампонируют полоской стерильной марли, которую больная удаляет на следующий день утром.

Удалив марлю, больная делает спринцевание теплым раствором сернокислого цинка из расчета 1—2 чайные ложки на 1 л воды. Описанные процедуры повторяют через день. Курс лечения продолжается 3—4 недели, что составляет 9—12 процедур.

Осарсол можно вводить во влагалище в смеси с глюкозой или борной кислотой (по 0,25 г каждого вещества). Но осарсол, быстро убивая трихомонаду, не является противовоспалительным средством. Осарсол не предохраняет от рецидива заболевания.

По данным А. С. Пшеничниковой, рецидивы при применении осарсола наблюдались у 18—23% больных. Кроме того, у 8 больных наступил некроз слизистой оболочки влагалища.

В конце курса лечения рекомендуется сделать контрольное исследование не только влагалищных выделений, но и отделяемого из уретры и мочевого канала, куда нередко попадают трихомонады.

Широко применяется метод лечения трихомонадного кольпита, заключающийся в следующем: влагалище раскрывают зеркалами и тщательно протирают тупфером, смоченным в 1% растворе сулемы, затем влагалище обсушивают и смазывают раствором буры на глицерине (Boracis 20,0, Glycerini 200,0) или соды с глицерином (Natrii bicarbonici 20,0, Glycerini 200,0). Избыток раствора удаляют тупфером и после обработки влагалища эту же процедуру производят на наружных половых органах. Процедуры делают либо каждый день в течение 4 дней, либо через день в течение 8 дней. Для того чтобы успех был длительным, рекомендуется продолжить лечение, но протирать влагалище сулемовым раствором не надо; сначала вводят тампоны с указанными веществами каждый день, затем через день, а потом все реже и реже. Некоторые авторы, после того как трихомонады исчезнут, применяют спринцевания с молочной кислотой. Мы не применяем ни сулемы, ни буры. Хотя эти средства и надежно уничтожают трихомонад, но не приводят к ликвидации воспалительного процесса, который поражает нередко не только стенку влагалища, но и другие органы мочеполового аппарата. (По данным А. С. Пшеничниковой, из 2473 больных, страдавших трихомонозом, трихомонадный кольпит был у 86,8%, трихомонадный уретрит—у 4%, трихомонадный эндоцервицит—у 8,6%, трихомонадный эндометрит—у 0,4%.)

Мы предпочитаем применять раствор иода в глицерине. Иод в глицерине является не только надежным протистоцидным, но и прекрасным противовоспалительным средством. Лекарство, попадая на слизистую оболочку преддверия влагалища или на кожу наружных половых органов, не вызывает чувства жжения и в то же время уничтожает трихомонад повсюду, где они соприкасаются с раствором. Успех лечения зависит от тщательности, с какой обрабатываются этим средством области уретрального отверстия, парауретральных ходов, вульварных желез и крипт, отверстия выводных протоков бартолиновых желез, т. е. наиболее частые локализации воспалительного процесса.

Практически мы это выполняем следующим образом: во влагалище вводим цилиндрическое зеркало, наливаем в него немного лекарственного состава (Jodi puri 1,0, Kalii jodati 20,0, Glycerini 200,0) и энергично смазываем (протираем) им при помощи тупфера стенки влагалища и наружный маточный зев. Затем медленно начинаем выводить зеркало, а тупфером, пропитанным иод-глицерином, продолжаем обрабатывать стенки влагалища, делая круговые движения от сводов к выходу. После извлечения зеркала свободной рукой раздвигаем половую щель и под контролем глаза свежим тупфером с иод-глицерином тщательно смазываем слизистую оболочку преддверия и все имеющиеся здесь выходные отверстия протоков желез, слепых ходов и крипты.

Если иод-глицерин попал на наружные половые органы, мы вытираем их мягкой салфеткой и припудриваем тальком или детской присыпкой. Если имеется подозрение, что и заднепроходное отверстие поражено трихомоназом, то и его подвергают такой же обработке. Процедуру повторяют через 2—3 дня. Курс лечения состоит из 6—8 процедур. В свободные от лечения дни больная спринцуеться дома (в лежачем положении) теплой водой, прибавляя на 1 л воды чайную ложку 5% иодной настойки и 2—3 чайные ложки чистого глицерина. При рецидиве трихомонадного кольпита лечение повторяют.

У пожилых женщин, страдающих кольпитом, в случае присоединения трихомоназа, мы назначаем всего лишь 3 процедуры, причем проводить их надо очень осторожно, чтобы не травмировать истонченные вследствие атрофии кожные и слизистые покровы; в свободные от этого лечения дни назначаем спринцевания с настоем ромашки, сначала два раза, затем один раз в день в течение 2—3 недель ежедневно, а затем реже, доводя до 1—2 спринцеваний в неделю.

В нашей практической работе этот метод лечения трихомонадного кольпита являлся ведущим, но и он не гарантирует полного выздоровления. Этот метод мы не применяем во всех тех случаях, когда систематически и энергично проводимые влагалищные манипуляции противопоказаны, как, например, при беременности или при острых и подострых воспалительных процессах органов и тканей малого таза. Причиной неуспеха может стать недостаточно тщательно и педантично выполненная техника лечения (повышенная требовательность к техническому выполнению является до известной степени слабой стороной метода—его минусом).

В последнее время появились сообщения ряда авторов о благоприятных результатах лечения трихомонадных кольпитов фитонцидами. Изучение этих средств продолжается.

А. М. Фой и М. В. Алексеева пришли к заключению, что фитонциды лука, чеснока, корней кровохлебки, хвой сосны и ели, зимних почек березы, желудей и др. обладают резко выраженными протистоцидными свойствами и даже при значительном разведении очень быстро убивают влагалищную трихомонаду: одни фитонциды— в доли секунды, другие — в несколько минут. Авторы отмечают отсутствие протистоцидных свойств пенициллина в отношении влагалищной трихомонады. Предполагают также, что фитонциды репчатого лука оказывают, подобно пролану, благоприятное действие на функцию яичников (наблюдались случаи появления менструации у женщин, страдавших длительной аменореей).

При лечении трихомонадного кольпита влагалищными тампонами с луковой кашицей (луковицу натирают на овощной терке) тампон следует удалять из влагалища через 8—10 часов, после чего больной рекомендуется проспринцеваться слабым раствором борной или молочной кислоты. Курс лечения длится 7—12 дней. В борьбе с трихомонадным кольпитом А. С. Пшеничникова применяла фитонциды редьки, хрена, лука, чеснока. Корнеплод редьки или корень хрена очищали от корки и протирали терку. Наружные половые органы и кожу вокруг них и заднепроходного отверстия протирали тампонами, смоченными полученным соком, затем сочную, с ре-

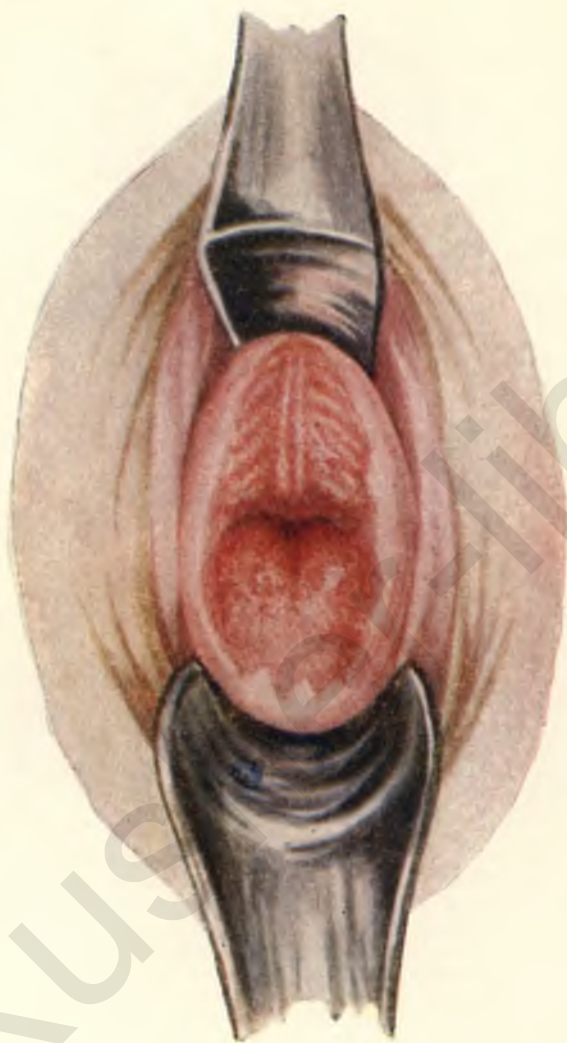


Рис. 8. Выворот слизистой канала шейки матки (эктропион).



Рис. 9. Микроскопическая картина истинной эрозии вокруг наружного маточного зева (полусхематический рисунок). Дефект поверхностного слоя слизистой наружного маточного зева.



Рис. 10. Ложная эрозия вокруг наружного маточного зева (полусхематический рисунок). Многослойный плоский эпителий слизистой наружного маточного зева замещен однослойным цилиндрическим эпителием. Под этим однослойным цилиндрическим эпителием видны остатки воспалительного инфильтрата стромы.

ким своеобразным запахом свежую кашку в количестве двух столовых ложек закладывали во влагалище через зеркало Куско или ложкообразное зеркало. Кашку оставляли во влагалище на 5—15 минут, после чего ее удаляли, а наружные половые органы протирали сухим ватным тампоном. В зимне-весенний период, когда эффективность фитонцидных свойств корнеплодов уменьшается, кашку из корнеплодов оставляли во влагалище на 10—12 часов, при хронической форме заболевания—на сутки.

Результаты фитонцидотерапии у большинства больных оказались благоприятными. После первых 2—3 сеансов исчезал зуд, чувство тяжести в нижней части живота и постоянное ощущение влажности; значительно уменьшалось количество выделений (бели), причем они переставали быть гнойными и пенистыми; гиперемия слизистых оболочек также уменьшалась. К концу лечения слизистая оболочка влагалища приобретала нормальную окраску. Псевдоэрозии влагалища и шейки исчезали. Трихомонаду в выделениях уже после 4—10 сеансов не удавалось найти.

У больных острым кольпитом при наличии резкого раздражения слизистой оболочки и ощущения жжения при проведении лечебных процедур фитонцидную кашку удаляли из влагалища через 3 минуты и раньше. В дальнейшем, через 2—3 сеанса, больные уже не жаловались на жжение, а, наоборот, указывали на чувство приятной теплоты в наружных половых органах и нижней части живота.

Фитонцидотерапия была применена А. С. Шеничниковой у 2473 больных, страдавших трихомонозом мочеполовой системы (за период с 1941 по 1949 г.). Анализ результатов лечения трихомонадных кольпитов показывает, что при наличии у больных различных осложняющих заболеваний фитонцидотерапия трихомонадного кольпита не дает заметных улучшений.

При неосложненном трихомонадным кольпите клиническое выздоровление после лечения фитонцидами редьки и хрена наступило у всех больных. Применение лука если и приводило к исчезновению трихомонад, то все же вызывало значительное раздражение слизистой оболочки вульвы и влагалища и усиление воспалительных явлений. Фитонциды редьки и хрена при отсутствии явлений раздражения слизистой оболочки мочеполовых органов обладали более выраженным протистоцидным действием, чем фитонциды лука. Кашка чеснока при разведении даже в 4—6 раз вызывала резкое жжение, тупые боли внизу живота, быстрое появление запаха изо рта. Поэтому лечение фитонцидами чеснока было оставлено.

А. П. Колесов применял при лечении трихомонадного кольпита лук, чеснок, редьку урожая данного года. Влагалищный тампон с кашницей из лука или редьки извлекали через 8—10 часов, а тампон с чесночной кашницей—через 2 часа. Раздражение наружных половых органов при лечении луком или редькой наблюдалось редко. Всего вводилось от 6 до 10 тампонов. Хорошее протистоцидное действие оказывал чеснок, но он вызывал сильное раздражение слизистой оболочки влагалища и покровов наружных половых органов и усиливал существовавшие катарральные явления. Лечение применили у 442 больных. Положительный результат был отмечен у 349 больных (79%) при однократном курсе и у 60 больных (13,6%) при повторном курсе, что составляет 92,6%, отрицательный результат получен у 7,4%.

Из приведенных нами литературных данных видно, что лечение трихомоноза женских половых органов фитонцидами начинает приобретать приверженцев среди отечественных гинекологов. Более широкому распространению этих методов несомненно препятствует отсутствие стандартных препаратов, выпускаемых медицинской промышленностью.

Кольпит при общих инфекционных заболеваниях. Особенно тяжелые кольпиты наблюдаются при дифтерии у девочек. Согласно данным Е. Ф. Беляевой и С. А. Александровой, острые инфекционные заболевания детского возраста (корь, скарлатина, дифтерия и др.) вызывают в половых органах девочек гиперемии, кровоизлияния, катарральные явления в слизистой оболочке влагалища, матки и маточных труб. Значительная десквамация эпителия, до полного обнажения стромы, может вести к полному слипанию складок слизистых оболочек, т. е. к атрезии влагалища.

Наконец, необходимо еще упомянуть о дифтерии во влагалище, весьма редком заболевании, которое в некоторых случаях просматривается. Основное лечение заключается в введении противодифтерийной сыворотки, местное же применение медикаментозных средств отстает на задний план. Некоторые авторы рекомендуют вводить во влагалище полоски марли, пропитанные противодифтерийной сывороткой.

Гангренозный кольпит наблюдается в результате некротизирующего действия на стенку влагалища различных химических веществ (ртутные отравления) при дифтерии влагалища и инфекционных воспалениях иной этиологии. Для лечения применяют обильные (10—12 л) спринцевания раствором альзола (Alsoli 10—30 г на 1 л воды) или какими-нибудь индифферентными средствами. После отторжения омертвевших тканей для предупреждения стенозов во влагалище вводят тампоны из иодоформной марли, смоченные вазелиновым маслом. Тампоны сменяют каждые сутки.

Диагностика и лечение этих кольпитов базируются на методах диагностики и лечения основного заболевания.

Стенозы влагалища, образующиеся в результате гангренозных и язвенных форм кольпита или воспалительных процессов, когда заболевание распространилось на околовлагалищную клетчатку, могут стать причиной затруднений при половом акте, а при полной атрезии влагалища повести к образованию гематокольпоса и гематометры со всеми вытекающими отсюда последствиями. Консервативное лечение может быть испробовано только при стенозах и заключается в растяжении кольцевидных сужений густым способом—расширителями Гегара, кольпейринтером, а также систематической тампонацией влагалища марлей. Результаты лечения редко бывают стойкими, так как даже при удавшемся растяжении вскоре опять наступает сморщивание. Лучшие результаты дает оперативное вмешательство.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ МАТКИ

Принятое в гинекологии деление матки на шейку и тело оправдывается не только с позиций морфологии, но и в функциональном отношении: слизистая оболочка матки почти не обладает способностью к секреции, тогда как шеечные железы выделяют секрет, содержащий слизь; этот секрет заполняет шеечный канал и образует слизистую пробку в наружном зеве матки. Функциональные различия тела матки и ее шейки еще ярче проявляются в менструальном периоде, при беременности, родах и послеродовом периоде.

Значительные различия отражаются и на локализации патологических процессов. Так, доброкачественные опухоли матки—фибромиомы—встречаются чаще в теле матки и гораздо реже в ее шейке; раковые новообразования, наоборот, встречаются чаще в шейке матки. В клиническом течении воспалительных процессов также замечаются различия в зависимости от того, развиваются ли эти процессы в шейке матки или в ее теле.

Воспалительные процессы шейки матки (эндоцервицит, цервицит).

Заболевание может возникнуть при восходящей и нисходящей инфекции. В значительном числе случаев эндоцервицит образуется на почве гонорройной инфекции.

Цервицит при неспецифическом воспалении. Предрасполагающим моментом могут служить разрывы маточной шейки, происходящие главным образом во время родов. Двусторонние боковые разрывы ведут к повреждению круговых мышечных волокон, замыкающих наружный маточный зев; в результате продольная мускулатура шейки сокращается, губы наружного маточного зева расходятся впереди и кзади. Вследствие этого обнажается слизистая оболочка шеечного канала и облегчается проникновение в него микробов из влагалища; при более глубоких боковых разрывах налицо не только зияющий маточный зев, но и частичный выворот слизистой оболочки шеечного канала,

т. е. возникает так называемый **э к т р о п и о н** (рис. 8), причем слизистая оболочка шеечного канала, подвергавшаяся раздражениям со стороны содержимого влагалища, напоминает эрозию шейки матки, за которую ее иногда и принимают.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. В острой стадии цервицита (при отсутствии эктропиона) наружный маточный зев окружен красной, напряженной, отечной тканью и из него нередко выступает темнокрасная, набухшая слизистая оболочка шеечного канала. Густой гнойвидный секрет медленно стекает во влагалище; влагалищные выделения у таких больных содержат большое количество лейкоцитов и слизи. Клиническая картина острого эндометрита при неспецифическом воспалительном процессе характеризуется также отсутствием воспалительных явлений вокруг уретрального отверстия, выводных протоков бартолиновых желез, парауретральных ходов, вестибулярных и других желез, которые при острой гонорее втянуты в воспалительный процесс. Острая стадия воспаления довольно быстро переходит в подострую, а затем в хроническую, при которой выделения из шеечного канала постепенно становятся слизистыми и прозрачными, а количество лейкоцитов все уменьшается.

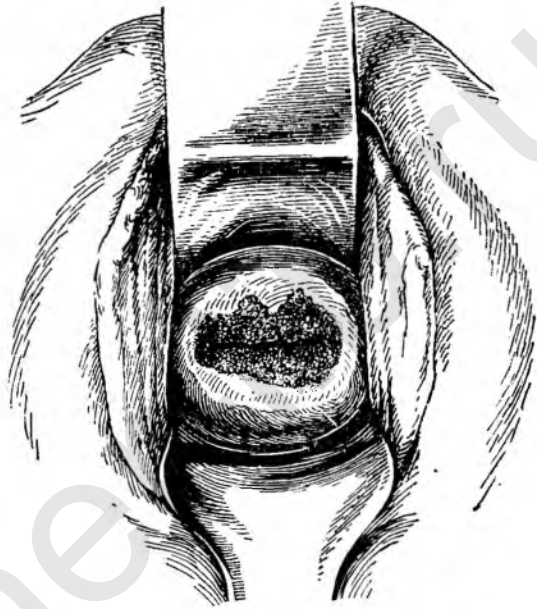


Рис. 11. Эпителизация эрозии шейки матки.

Как правило, цервицит до своего полного излечения сопровождается образованием **э р о з и** вокруг наружного маточного зева, которая является отражением воспалительного процесса, локализующегося в шейке матки.

В о с п а л и т е л ь н а я э р о з и я может быть истинной и ложной. Несомненно, что истинная эрозия (рис. 9), т. е. дефект многослойного плоского эпителия на воспаленной основе, встречается на влагалищной части матки редко. При микроскопическом исследовании эрозий чаще наблюдается ложная эрозия, которая представляет не дефект эпителиального покрова влагалищной части матки а замену его высоким, цилиндрическим эпителием с базально лежащими ядрами (рис. 10). При ложной эрозии воспалительные явления в строме слизистой оболочки выражены всегда более или менее отчетливо. Именно поэтому многие авторы считают псевдоэрозию стадией выздоровления при истинной эрозии. Подусхематические рисунки, изготовленные на основании микрофотограмм к монографии И. Л. Брауде и Е. Ф. Беляевой «Раннее распознавание рака матки», иллюстрируют сказанное.

По мере излечения катарра шейки матки начинается эпителизация эрозии (рис. 11). Многослойный плоский эпителий, сохранившийся на вла-

галищной части, нарастает на эрозированную поверхность, подходит под цилиндрический эпителий и вызывает его отторжение. Нарастая вдоль поверхности, эпителий обычно не проникает в железы, выводные протоки

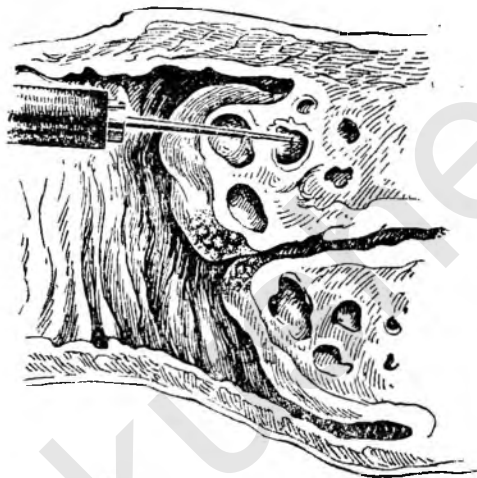
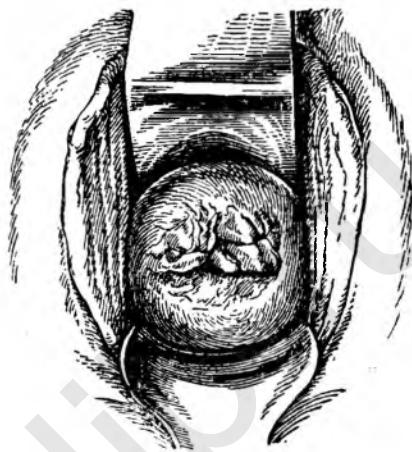
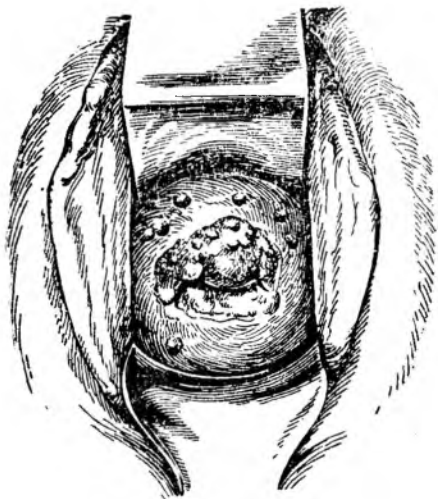


Рис. 12. Вверху—фолликулярная эрозия; внизу—прокол фолликулов, глубоко пронизывающих влагалищную часть матки.

Рис. 13. Сосочковая эрозия. Внизу—микроскопическая картина (полусхематический рисунок). Воспалительная инфильтрация сосочков, способствующая легкой ранимости сосочков с последующим кровотечением [Лам (Lahm)].

которых оказываются закупоренными; тогда железы постепенно растягиваются накапливающимся секретом и превращаются в кистозные образования—наботовы яички (ovula Nabothi) (рис. 12). Обычно наботовы яички не бывают большими, так как эпителий в них от давления атрофируется, а секреция прекращается. В других случаях плоский эпителий проникает в железы, отслаивает цилиндрический эпителий и сдвигает его к просвету железы. В таких случаях железа выполнена разросшимся плоским эпителием, который все же никогда не прорастает капсулы

железы. Так как при изучении подобного препарата может возникнуть предположение о злокачественном разрастании эпителия, т. е. о проращении его в подлежащую строму, а на основании одного-двух срезов уверенно поставить диагноз еще нельзя, то при подобной микроскопической картине необходимо просмотреть целую серию срезов из данного участка.

Внимание гинекологов привлекает так называемая сосочковая, или папиллярная, эрозия, так как одним из симптомов ее является кровотечение. Оно возникает часто при половом сношении, при гинекологическом исследовании, а также при легкой травме. Эти явления вызывают подозрение на рак, особенно на рак шейки матки. По Штеккелю, папиллярная эрозия спонтанно исчезает в климактерическом периоде (рис. 13).

Из других воспалительных процессов, вызывающих появление язвенных образований на влагалищной части матки, следует назвать туберкулез и сифилис.

Туберкулезные язвы шейки матки наблюдаются крайне редко; эти язвы образуются при попадании туберкулезных бактерий в матку гематогенным путем из уже имеющегося где-либо в организме туберкулезного очага. При диссеминации туберкулезного процесса в матке милиарные бугорки встречаются на шейке матки чаще, чем язвы. Туберкулезную язву можно ошибочно приписать за раковую. Макроскопическая картина: туберкулезная язва покрыта серым налетом, имеет неровное дно и подрывные края; по краям туберкулезной язвы можно найти просовидные бугорки; микроскопически обнаруживается обычная картина строения туберкулезного бугорка: скопление эпителиоидных и лимфоидных клеток, наличие гигантских клеток, часто казеозное перерождение бугорка. Туберкулезные бактерии обнаруживаются только при специальной окраске. Сосудов в бугорке нет.

Сифилитические поражения шейки матки наблюдаются редко; они могут встретиться в любой стадии заболевания и иногда имитируют злокачественное новообразование. Макроскопически первичный склероз на шейке представляет язву, которая иногда покрыта налетом, напоминающим дифтеритический, а иногда язва имеет гангренозный характер. Некоторые авторы указывают на внешнее сходство сифилитической язвы с изъязвившейся саркомой. Микроскопически выявляется инфильтрация лимфоцитами и плазматическими клетками, которые часто скопляются в виде мантии вокруг сосудов; эпителиоидных клеток мало; гигантские клетки почти всегда отсутствуют.

Вторичный сифилис проявляется на влагалищной части матки в форме макуло-папулезной высыпи. В этих случаях под микроскопом обнаруживают утолщенный разрыхленный, пронизанный лимфоцитами и плазматическими клетками покровный эпителий. В сосудах эндартериит, часто доходящий до полной облитерации просвета. Гигантские клетки единичны.

При первичном и вторичном сифилитических поражениях влагалищной части матки можно с диагностической целью исследовать тканевую сок из пораженных участков и пунктат паховых лимфатических узлов на бледную спирохету.

В третичном периоде сифилиса на влагалищной части матки могут быть найдены гуммозные узлы или гуммозные язвы, края которых как бы подрывы острой ложечкой. Дно такой язвы покрыто салым налетом. Заметной воспалительной реакции вокруг нее нет. Под микроскопом

видна грануляционная ткань, богатая плазматическими клетками, отмечается склонность к творожистому перерождению и облитерация сосудов. Наличие гигантских клеток одни авторы считают большой редкостью, другие, напротив, встречали их в большом количестве вокруг творожисто-перерожденных участков.

Трудной задачей может явиться дифференциальный диагноз между доброкачественной (воспалительной) эрозией и начинающимся раковым новообразованием. Поверхность эрозии воспалительного происхождения имеет яркочерный цвет с чуть синеватым оттенком, бархатиста на вид, слегка кровоточит при пальпации, часто равномерно возвышается над уровнем здоровой слизистой оболочки и постепенно в нее переходит; доброкачественная, т. е. воспалительная эрозия, обычно сопровождается и другими явлениями воспаления: отеком слизистой оболочки, обильным слизисто-гнойным отделяемым, которое виднеется в маточном зеве, шейка матки часто содержит наботовы яички.

Лечение при неспецифическом эндоцервиците и цервиците в острой стадии сводится главным образом к гигиеническим мероприятиям и покою. Активные местные воздействия на пораженную слизистую оболочку шеечного канала в этой стадии болезни с нашей точки зрения не показаны вследствие возможного распространения процесса на вышележащие части полового аппарата. Даже влагалищные спринцевания для удаления из влагалища гнойных выделений следует делать с большой осторожностью: промывную жидкость вводят во влагалище под низким давлением. Для этого кружку Эсмарха следует подвесить не выше 20 см над кроватью. В качестве лекарственного средства применяют раствор лизоформа (1 чайная ложка на 1 л воды), который хорошо дезинфицирует и очищает влагалище от патологических выделений, или раствор какого-нибудь другого дезинфицирующего средства, как, например, борной кислоты (1 столовая ложка на 1 л воды). Растворы для спринцевания должны быть теплыми (36—37°).

В острой стадии неспецифического эндоцервицита или цервицита может, как и при всяком остром воспалительном процессе, возникнуть мысль о применении сульфаниламидов или антибиотиков (пенициллина). При остром цервиците, развившемся в связи с общим инфекционным процессом—ангиной, гриппом и др., показано применение этих препаратов. Что же касается применения их при острых воспалениях шейки, наступивших вследствие таких местных процессов, как старый разрыв шейки матки при наличии хронической травмы, то, по нашему мнению, оно не оправдано: употребление их «на всякий случай» ведет к развитию в организме резистентных к ним форм микроорганизмов, а когда в будущем появится действительно настоятельная необходимость в химиотерапевтических средствах, как сульфаниламиды, или в антибиотиках, как пенициллин, эти препараты окажутся мало или совсем недейственными.

Если острое воспаление шейки полностью не ликвидировалось и процесс перешел в хроническую стадию, при исследовании обнаруживается утолщенная шейка, слегка болезненная при пальпации. Это утолщение зависит от превращения ацинозных желез слизистой оболочки шеечного канала в растянутые скопившимся в них слизистым секретом кистозные образования, пронизывающие стенку шейки, и от сопутствующей воспалительной инфильтрации тканей. Нередко воспалительный процесс переходит на всю мышечную оболочку шейки матки, превращая эндоцервицит в хронический цервицит. Иногда хронический цервицит является частичным проявлением хронического метрита (metri-

tis coli uteri). В этих случаях больные жалуются на боли, нередко отдающие в крестец, паховые области, реже в бедра, на патологические выделения, особенно при наличии эрозии шейки матки. Наблюдаются и маточные кровотечения типа меноррагий.

Лечение при хроническом цервиците и эндоцервиците. Некоторые авторы ограничиваются также влагалищными спринцеваниями, но методика их должна быть несколько иной. В таких случаях спринцевания производятся не с целью очищения влагалища от патологических выделений и дезинфекции, а представляют физиотерапевтическую процедуру, способствующую рассасыванию продуктов воспалительного процесса. Поэтому спринцевание должно быть продолжительным (его делают либо из большой кружки емкостью в несколько литров, либо из обычной кружки, которую несколько раз наполняют). Температура воды должна быть также выше (следует начинать от 38°, постепенно повышая ее до 39—40° и выше). Лекарственные вещества, применяемые для спринцеваний, должны также способствовать рассасыванию продуктов воспаления. Из всех средств мы, как уже говорили, предпочитаем в подобных случаях иод с глицерином. Наконец, как при всякой тепловой процедуре, после спринцевания необходим полный отдых в течение часа.

Надо заметить, что частое применение в течение длительного срока спринцеваний может вызвать раздражение слизистой оболочки влагалища и тем усилить боли; поэтому в упорных случаях рекомендуют ванночки—вливание медикаментов (неочищенный древесный уксус, 2% раствор азотнокислого серебра) во влагалище через цилиндрическое зеркало; лекарство остается в зеркале в течение 5—10 минут. Такие ванночки применяют главным образом при наличии эрозий.

При хроническом цервиците показаны также смазывания шеечного канала лекарственными средствами. Для этого поступают следующим образом: после дезинфекции влагалища обнажают зеркалами шейку матки и захватывают ее пулевыми щипцами. Металлический зонд Плейфера или каучуковый зонд Менге обматывают тонким слоем стерильной гигроскопической ваты, смоченной 10% стерильным раствором очищенной соды, и протирают шеечный канал. Удалив густую слизь из канала шейки матки, в него вводят другой зонд, обмотанный, так же как и первый, тонким слоем стерильной ваты, смоченной 2—3% раствором азотнокислого серебра или 5—10% раствором протаргола. Зонд вводят до внутреннего маточного зева. Прижигания делают через 3—4 дня; обычно достаточно 5—6 процедур. Внутришеечные прижигания безусловно противопоказаны при сочетании эндоцервицита с воспалением матки, ее придатков или тазовой клетчатки. Мы не являемся сторонниками лечения при воспалении шейки матки (не только в острой, но и в хронической стадии) прижиганиями слизистой оболочки шеечного канала.

Распространенное деление воспаления шейки на эндоцервицит и цервицит на практике далеко не всегда возможно. Как показали работы из нашей клиники (Е. Ф. Беляева и М. И. Малева), хронические эндоцервициты и эрозии следует рассматривать не только как воспаление слизистой оболочки шеечного канала, но как воспаление всей шейки, а часто и матки в целом. Поэтому более целесообразны в этих случаях другие методы лечения, особенно физиотерапевтические.

Из многочисленных лекарственных методов лечения при эрозиях влагалищной части матки, так же как и при поддерживающих их существование эндоцервицитах и цервицитах, мы лично предпочитаем в острых

случаях «ванночки» с неочищенным древесным уксусом или 2—3% раствором азотнокислого серебра, или 5—10% раствором протаргола. При упорных и часто рецидивирующих эрозиях, поддерживаемых хроническим цервицитом, ванночки не достигают цели. В этих случаях лучшие результаты дает лечение иод-глицериновыми влагалищными тампонами по следующей прописи:

Rp. Jodi puri 0,5
Kalii jodati 5,0
Glycerini ad 100,0
MDS. Наружное для тампонов

Ватный или марлевый тампон, крепко скатанный и накрест перевязанный двойной длинной ниткой, пропитывают лекарством и отжимают, чтобы избыток лекарства не вытекал и не смачивал покровов наружных половых органов, что может вызвать их раздражение. Тампон захватывают корнцангом и вводят по зеркалу во влагалище, прикладывают к наружному зеву и оставляют на 12—24 часа. По истечении этого срока больная извлекает тампон за нитку, которой он был перевязан (концы нитки свисают наружу) и спринцуется теплой кипяченой водой. Процедуру следует повторять каждые 2 дня в течение 3—4 недель за исключением периода менструации.

В настоящее время в результате развития и широкого распространения физиотерапии метод лечения тампонами начинает отходить на второй план. Однако несомненно, что в случаях, когда физиотерапия по каким-либо причинам не может быть применена, лечение тампонами является ценным методом консервативной терапии.

Что касается прижиганий ляписом или кристалликами марганцовокислого калия хронических воспалительных эрозий шейки матки, то мы этот метод отклоняем, так как он не устраняет патогенетических факторов возникновения эрозий, а является добавочным раздражителем, который может стимулировать появление злокачественного роста. Вазелиновое масло, рыбий жир, защищая эрозированную ткань от раздражения выделениями, скорее способствуют заживлению воспалительной эрозии, если цервицит ликвидирован.

Совершенно правильно указывают Л. Л. Окинчид, А. И. Серебров и др., что нельзя месяцами, а иногда и годами лечить эрозию консервативными методами. Если систематическое лечение в течение нескольких недель не дает эффекта, необходим другой, более радикальный метод. Если нет противопоказаний, то диатермокоагуляция или ампутация шейки матки могут явиться целесообразными методами лечения. Нерационально также применять местное лечение эрозии в тех случаях, когда она поддерживается застойными явлениями в тазу или эндокринными расстройствами. При glandулярно-кистозных, а особенно папиллярных эрозиях быстрый эффект дает диатермокоагуляция, которую мы применяем только после того, как предварительно произведенная биопсия подтвердит отсутствие злокачественного новообразования. Противопоказанием к электрокоагуляции служат: подозрение на злокачественное новообразование или на специфическую этиологию язвы (сифилис), наличие декубитальных язв при выпадении матки, значительный выворот слизистой оболочки шеечного канала (эктропион) при очень больших разрывах шейки матки, подозрение на беременность, общие заболевания, особенно сопровождающиеся лихорадкой, а прежде всего, конечно, острое или подострое воспаление половых органов и хронические воспалительные опухоли придатков матки.

Воспалительные процессы слизистой оболочки и стенки матки (met-roendometritis).

Здесь мы не касаемся тех воспалительных заболеваний матки, которые непосредственно связаны с родовым актом и являются патологией послеродового периода. Мы не будем касаться и тех заболеваний матки, которые, имея симптомокомплекс, сходный во многих отношениях с признаками хронического эндометрита, не являются в патологоанатомическом понимании воспалительными и рассматриваются в настоящее время как трофические.

С тех пор как было установлено, что гистологическая картина, наблюдающаяся при исследовании соскобов, сделанных по поводу маточных кровотечений, соответствует пролиферативной фазе овариально-менструального цикла, а так называемый хронический метрит стали относить к геморрагической метропатии, случаев метроэндометрита в патологоанатомическом понимании стало значительно меньше.

Несмотря на эти разграничения в классификации патологических состояний тела матки, метроэндометриты играют видную роль в гинекологической патологии главным образом потому, что воспалительные процессы, развивающиеся в матке, нередко являются лишь кратковременным этапом вследствие перехода воспаления на придатки матки, тазовую брюшину, тазовую клетчатку. Это наблюдается главным образом при инфекциях, возникших в связи с абортom, а также после манипуляций, предпринятых с лечебной целью, куда относятся, например, зондирование полости матки, выскабливание слизистой полости матки при кровотечениях, функциональные исследования маточных труб (продувание труб, метросальпингография) и т. п.

Инфекция из слизистой оболочки матки может распространиться по лимфатическим и кровеносным путям так же, как и при послеродовых заболеваниях, и привести к таким процессам, как пиемия или бактериемия. Метроэндометриты могут встречаться и при общих инфекционных процессах, даже таких распространенных, как грипп, особенно вирусный, ангина и пр. Среди микробов, вызывающих метроэндометрит, на первом месте стоят стрептококки и стафилококки. Восходящий путь инфекции наблюдается при гонорее, нисходящий—при туберкулезе; дифтеритические, сифилитические и другие метроэндометриты встречаются очень редко.

Клинические признаки метроэндометрита. В значительной степени эти признаки зависят от причины, вызвавшей заболевание. Нередко наиболее определенно выступают признаки метроэндометрита, возникшего в связи с абортom, особенно криминальным, или с другими внутриматочными вмешательствами. Часто заболевание начинается с повышения температуры. Наиболее существенный признак—изменение характера выделений: они становятся обильными, приобретают серозно-гнойный, кровянисто-гнойный (главным образом в послеабортном периоде) или грязный вид. Нередко больные жалуются на общее недомогание, разбитость и боли, отдающие в крестец и в паховые области. При гинекологическом исследовании обнаруживают увеличенную и болезненную матку; особенно болезненны ее боковые стенки. Временами выделения задерживаются, что сопровождается усилением болей и лихорадочного состояния.

Лечение при острой стадии эндометрита заключается прежде всего в строгом постельном режиме, назначении сульфаниламидов и пенициллина. Против болей назначают болеутоляющие средства: белладонну,

кодеин, омнопон и пр., на живот кладут либо пузырь со льдом или снегом, иногда согревающий компресс, в зависимости от того, что лучше переносит больная. Применение препаратов спорыньи и задней доли гипофиза (питуитрин) с целью уменьшить размеры набухшей матки и предотвратить распространение инфекции из пораженной матки мы считаем едва ли целесообразным в острой стадии воспаления, так как сокращения матки нарушают состояние покоя, полезное для пораженного органа.

Местного воздействия на матку в острой и подострой стадиях болезни применять не следует. В тех случаях, когда воспаление локализуется в слизистой оболочке матки и затрагивает только ее поверхностный (функциональный) слой, не переходя на базальный, нередко наступает выздоровление после того, как пораженный функциональный слой отторгнется при последующей менструации. Необходимо только принять все меры к соблюдению полного покоя, что надежнее всего предохранит от распространения воспаления за пределы его первоначальной локализации.

Даже когда все явления эндометрита будут полностью ликвидированы, больная в течение по крайней мере 6—8 дней должна еще соблюдать постельный режим; точно так же больная должна оставаться в постели и во время последующих одной-двух менструаций, так как опыт показал, что именно в это время легко наступают рецидивы.

Исключение в отношении применения местного воздействия следует делать при эндометрите у старых женщин в тех случаях, когда вследствие сужения шеечного канала возникает пиометра, что является следствием старческого сморщивания тканей и воспалительной экссудации. Местное воздействие в этих случаях необходимо, так как при пиометре в полости матки скопляется гной, если же он не будет иметь выхода наружу, то может распространиться вверх на область маточных труб и тазовой брюшины. Своевременная диагностика пиометры важна еще и потому, что она часто сопровождает рак матки.

Признаки пиометры. Она может протекать, не вызывая резких симптомов, но часто при ней наблюдается высокая температура и сильные боли. Если шеечный канал закрыт не полностью, то иногда, сопровождаясь резкими схваткообразными болями, выделяется большое количество гноя, после чего наступает улучшение общего состояния больной, температура падает, боли проходят, выделения уменьшаются или прекращаются. Такое явление может повторяться через различные промежутки времени. При старческой пиометре обнаруживается шаровидная, увеличенная, мягкая, флюктуирующая матка и атрофированная шейка. Если пиометра существует уже некоторое время, то матка не всегда остается мягкой.

Лечение при пиометре. Для удаления гнойного скопления из полости матки надо расширить ее шейку. Если канал так сужен, что не пропускает маточного зонда, то сначала вводят тонкий хирургический зонд, затем маточный и постепенно ряд тонких расширителей Гегара. После удаления секрета из полости матки, ее промывают слабым дезинфицирующим раствором через катетер с двойным током. Иногда пиометра полностью ликвидируется после первого же опорожнения полости матки, особенно в тех случаях, когда пиометра возникает на почве колибациллярной инфекции. Если все же имеется подозрение на наличие рака тела матки, то, после того как острые явления пройдут и выделение гноя прекратится, необходимо произвести пробное выскабливание и одновременно курс общей пенициллинотерапии.

Послеабортный метроэндометрит. Послеабортные метроэндометриты возникают обычно в связи с инфицированным выкидышем. Инфицированный выкидыш в свою очередь занимает особое место в работе врача, поскольку он далеко не всегда требует оперативного вмешательства. В большинстве случаев больные с инфицированным выкидышем подлежат консервативным методам лечения. Поэтому современная врачебная тактика по отношению к этим осложнениям аборта, а также методика их лечения должны быть описаны в руководстве по неоперативным методам лечения гинекологических больных.

Лечение при инфицированном выкидыше. Особенностью инфицированного выкидыша является наличие лихорадки. Однако в ряде случаев заболевание протекает без высокой температуры, особенно вначале и тем не менее заканчивается смертью больной от сепсиса. Высокая температура сама по себе не является признаком тяжелого состояния.

Для постановки диагноза, для правильной оценки состояния больной и угрожающей ей опасности, а также выбора правильного метода лечения необходимо учитывать, кроме температуры тела, еще и характер пульса, выделений, состояние тазовых органов, определяемое гинекологическим исследованием. Подъем температуры выше 38° , а в некоторых случаях даже температуру $37,2-37,5^{\circ}$, но сопровождающуюся частым пульсом, гнойными или гнилостными выделениями, болезненностью матки, придатков и окружающей клетчатки, большинство авторов считает признаками инфицированного выкидыша.

Когда имеются признаки распространяющегося процесса (септицемия, септикопиемия, перитонит) или воспалительный процесс локализуется в тазу (воспаление матки, ее придатков, тазовой клетчатки и тазовой брюшины), всякое активное вмешательство — выскабливание или опорожнение полости матки пальцем, по мнению огромного большинства авторов, безусловно, противопоказано.

Налеты на слизистой оболочке влагалища или шейки матки, отмечаемые при лихорадочном выкидыше, являются, по Л. И. Бубличенко, также противопоказанием к активному вмешательству.

При выборе метода лечения необходим индивидуальный подход к каждой больной. Прежде всего надо попытаться установить причину выкидыша и в случаях подозрительных на преступное вмешательство (криминальный аборт) воздержаться от активного метода лечения. Конечно, необходимо учитывать интенсивность кровотечения, общее состояние больной и обстановку, в которой она находится. Так, например, если обстановка такова, что в случае наступления профузного кровотечения скорая помощь не обеспечена, то при отсутствии явных противопоказаний к производству операции все же придется опорожнить матку, несмотря на наличие лихорадки. Если лихорадящая больная поступает с кровотечением, угрожающим жизни (витальные показания), то врач, несмотря на лихорадочное состояние, должен опорожнить матку. Если лихорадящая больная поступает с небольшим кровотечением в лечебное учреждение (где возможно оказание неотложной помощи), то нет оснований немедленно приступать к операции. В таком случае может быть применена выжидательно-консервативная (или выжидательно-активная) терапия.

Что касается метода опорожнения, то в случаях, подозрительных на преступное вмешательство, следует предпочесть пальцевой способ, если канал шейки матки проходим для пальца. Вообще же методика и техника опорожнения матки обычные. При лихорадочном выкидыше

опорожнение матки должно сопровождаться мероприятиями, направленными на борьбу с инфекцией, как-то: 1) усиление реактивных сил организма [аутогемотерапия, переливания небольших количеств (100—200 мл) донорской крови]; 2) подавление жизнедеятельности микроба (фаго-, сульфаниламидо-, пенициллинотерапия).

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Воспаление маточных труб (salpingitis) (от древнегреческого *salpinx* — труба)—заболевание чаще всего бактериального происхождения. В противоположность эндометриту, который нередко возникает у женщин пожилого возраста (см. выше), сальпингит обычно встречается в периоде половой зрелости.

П а т о г е н е з. Воспаление маточных труб может быть вызвано различными бактериями, среди которых на первом месте (в смысле частоты) стоят гонококки, затем септические и гнилостные микробы. Почти всегда инфицирование маточных труб этими микробами происходит восходящим путем, и первым этапом заболевания является нередко первичит. Туберкулезный сальпингит развивается обычно нисходящим путем и часто инфекция проникает из отдаленных от половых органов туберкулезных очагов. Для проникновения инфекции в маточные трубы восходящим путем благоприятным моментом являются физиологические процессы: менструация, послеродовой и послеабортный период. Несомненно, что применение методов лечения, противопоказанных в остром периоде цервицита, как, например, смазывание слизистой оболочкой шеечного канала дезинфицирующими растворами (см. выше) или всякого рода внутриматочные вмешательства, произведенные без соблюдения необходимой асептики и антисептики, служат толчком к восходящей инфекции, ведущей часто к воспалению маточных труб. Возможны и другие пути проникновения инфекции в маточные трубы. Так, например, правосторонний сальпингит может развиваться при переходе воспалительного процесса с червеобразного отростка или слепой кишки на соседнюю правую маточную трубу. Воспаление сигмовидной кишки, хронический и рецидивирующий сигмоидит и колит нередко сопровождаются воспалением левых придатков матки. При туберкулезном перитоните туберкулезный сальпингит может возникнуть также путем непосредственного перехода туберкулезных бактерий из брюшной полости в устье маточной трубы. Даже гонорройное воспаление труб может возникнуть не восходящим, а лимфогенным или гематогенным путем; гематогенным же путем может быть занесена инфекция на придатки матки при гриппе.

П а т о л о г о а н а т о м и ч е с к а я к а р т и н а воспалительного процесса в маточных трубах может быть весьма разнообразной в зависимости от возбудителя инфекции, его вирулентности, реактивности организма, от влияния внешней среды, условий быта, работы и т. д.

Гонорройные и туберкулезные сальпингиты обычно бывают двусторонними. Воспалительный процесс может ограничиться слизистой оболочкой маточной трубы, но чаще в процесс вовлекается также мышечная стенка трубы и ее брюшинный покров.

В начальной стадии воспалительного заболевания в стенке маточной трубы отмечается гиперемия, расширение сосудов, набухание слизистой оболочки и усиленная секреция ее эпителия. В этих случаях говорят о катаральном сальпингите. Катаральный процесс может затихнуть, пойти на убыль и при своевременном принятых мерах совершенно ликвидироваться. Но, повидимому, это бывает не всегда.

В острой стадии сальпингита, особенно при гонорройной и туберкулезной инфекции, поверхностный эпителий, покрывающий многочисленные складки (большинство их расположено в ампулярной и фимбриальной частях трубы), теряет свою непрерывность, местами отторгается, обнажая участки подэпителиальной ткани. В просвете трубы скопляется обильный секрет. Нежная соединительнотканная основа, заложная в складках слизистой оболочки, переполняется проникающим в нее мелко-клеточным инфильтратом. Складки слизистой оболочки, пораженные воспалительным процессом, становятся отечными, утолщаются. Складки слизистой оболочки, лишенные поверхностного эпителия, склеиваются главным образом своими верхушками, образуя растянутые железистые полости, наполненные секретом—псевдофолликулярный сальпингит (*salpingitis pseudofollicularis cystica*). Под влиянием воспалительного процесса стенка трубы постепенно утолщается; это утолщение неравномерное, четкообразное, особенно в истмической части трубы—*salpingitis isthmica nodosa*. Эта форма сальпингита рассматривается многими авторами как проявление так называемого эндометриоза.

Воспалительный инфильтрат, проникнув в толщу стенки маточной трубы, нередко ведет к образованию в ней абсцессов.

Под микроскопом видно, что стенки трубы пропитаны гнойным инфильтратом. Для гонорройных процессов характерно обилие плазматических клеток в инфильтрате, а для других специфических процессов (туберкулез, сифилис, актиномикоз)—образование специфических гранулом.

Узость канала маточной трубы в ее интерстициальной и интрамуральной части способствует тому, что уже при катарральном сальпингите маточный конец трубы становится непроходимым для скопившегося в трубе секрета, а при закрытии и фимбриального конца обильный секрет скопляется в трубе, растягивает ее стенки и превращает трубу в эластическую опухоль, часто имеющую продолговатую форму. Когда отек уменьшается или исчезает, проходимость маточного конца может восстановиться, а скопившееся в трубе серозное содержимое излиться в матку, после чего опухоль либо уменьшается, либо полностью рассасывается (такой процесс носит название *hydrops tubae profluens*). Продукты воспаления, накопляясь в канале трубы, могут вести к образованию мешчатых гнойных опухолей (*pyosalpinx* или *sactosalpinx purulenta*). При пиосальпинксе иногда развивается гнойный лимфангит маточной трубы, который становится источником метастазов в отдаленные органы.

При сальпингите в процесс быстро вовлекается и брюшинный покров маточной трубы, в результате чего образуются сращения с соседними органами—яичником, петлями кишок, сальником и др. Особенно часто трубы срастаются с яичником, вследствие чего возникает воспалительная опухоль—сальпингооофорит или аднексит. Эти конгломератные опухоли бывают различной величины, формы и имеют разное содержимое [от гидросальпинкса (рис. 14) до тубоовариального гнойника (рис. 15)]. Разрыв гнойника может вызвать тазовый и даже общий перитонит. Длительное скопление осумкованного гноя в тазу или в брюшной полости, не угрожая немедленной катастрофой (внезапно наступивший перитонит или илеус), все же может явиться источником тяжело протекающего болезненного состояния женщины, особенно в функциональном отношении. Однако имеются и достоверные наблюдения, свидетельствующие о возможности почти полного и даже полного излечения не только свежих, но и хронических воспалительных процессов женских половых орга-

нов. Само собой разумеется, что чем свежее процесс, чем раньше он распознан, чем раньше будут приняты рациональные меры, тем лучше будет прогноз.

Признаки и клиническое течение. Как показало описание патогенеза, сальпингит часто развивается восходящим путем из воспалительного очага в шеечном канале; сальпингит может образоваться вслед за цервицитом, а также через продолжительный срок после исчезновения всех явлений цервицита. В более редких случаях сальпингит возникает вследствие перехода инфекции из близлежащего очага, например, из области толстой кишки, причем заболевание в первичном



Рис. 14. Гидросальпинкс, образовавшийся в запянной маточной трубе.

очаге может быть острым или хроническим, отличаться легким или тяжелым течением. Все это накладывает отпечаток на симптоматику и клиническое течение нового воспалительного очага в маточных трубах. О том, что вид и вирулентность микроба, состояние и реактивность организма и прочие условия играют роль в развитии процесса, уже говорилось. Естественно, что клиническая картина заболевания и его симптоматология крайне разнообразны. Эти различия увеличиваются, если в воспалительный процесс, кроме трубы, вовлекается и яичник. На этом вопросе мы еще остановимся в дальнейшем.

цифр (надо отметить, что большого прогностического значения это не имеет при наличии хорошего пульса); боли, локализующиеся в паховых областях и отдающие в крестец. Боли имеют постоянный характер или появляются при дефекации, мочеиспускании и значительно увеличиваются при физическом напряжении, при половом акте и т. п. Очень часто наступают перитонеальные явления, так как даже незначительное набухание труб в остром периоде воспаления вызывает реакцию со стороны брюшинного покрова и мезосальпинкса, являющегося продолжением широкой связки, столь богатой рецепторным аппаратом. Нередко схваткообразные боли локализуются в самых глубоких боковых отделах брюшной полости.

Часто большие жалуются на бели, имеющиеся при цервиците, из которого развился сальпингит, вначале слизисто-гнойного характера, а затем становящиеся чисто гнойными. Обильные гнойные выделения раздражают слизистую оболочку преддверия влагалища, покровы вульвы и кожу промежности.

Менструации часто принимают характер меноррагий, которые могут быть следствием воспалительной гиперемии тазовых органов и метроэндометрита (параллельно протекающего), при котором мышечная стенка матки теряет свою сократительную способность. Длительное токсическое

Основными признаками острого сальпингита: температура, иногда достигающая высоких

действие гнойного процесса в тазу может отразиться и на функциональной деятельности яичников и явиться причиной ациклических маточных кровотечений. Эти кровотечения при наличии изменений в морфологическом и функциональном состоянии маточной стенки могут стать весьма обильными. Из расстройств менструации надо отметить еще возможность наступления дисменорреи, вернее, альгоменорреи, т. е. болезненных менструаций, которых прежде у больной не было. Частым следствием воспаления маточных труб является бесплодие.

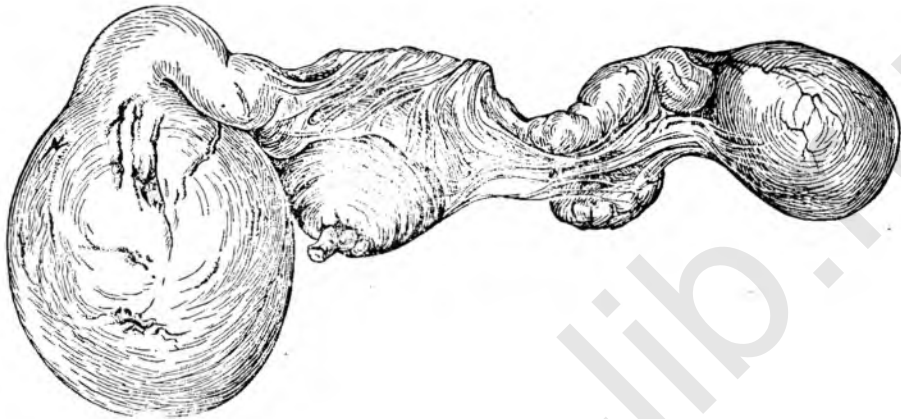


Рис. 15. Пиосальпинкс. Препарат высоко ампутированного тела матки с обширными плотными брюшинными сращениями и двусторонними гнойными опухолями придатков матки [Фейт-Штеккель (Veit-Stoeckel)].

При сальпингите воспалительный процесс может распространиться и на яичник. Но это далеко не постоянное явление.

Воспаление яичников (оофорит). Уже давно многие гинекологи говорили и писали о том, что их поражает, как часто больные говорят о имеющемся у них в настоящее время или о бывшем воспалении яичников, тогда как в действительности воспаление этого органа, особенно в качестве первичного очага воспаления, встречается очень редко: это главным образом случаи поражения паренхимы яичников воспалительным процессом при общих инфекционных заболеваниях. На чем же основано такое расхождение в названии заболевания? Дело заключается в том, что по существу воспалительный процесс поражает только маточную трубу, а в функциональном отношении страдает не только труба, но и яичник, который, как мы уже указывали, окутывается спайками, фиксируется, сдавливается, изолируется от брюшной полости, что нередко ведет к нарушениям овариально-менструального цикла или процесса овуляции. Чем раньше появляются такие нарушения функции яичников и чем дольше держатся, тем резче они выступают на первый план; симптоматология же становится все разнообразнее, жалобы увеличиваются и тем труднее становится задача дать единую общую картину только оофорита.

Необходимо отметить, что, несмотря на иногда тяжелую клиническую картину сальпингита, при правильном режиме (постельное содержание, полный покой, совершенный отказ от половой жизни, рациональная диета) и правильном лечении острые явления воспаления маточных труб проходят в течение одной-двух недель. Но нередко остается подострое воспаление, которое при повторных вспышках может перейти в хроническое. Полностью же ликвидировать хронический воспалитель-

ный процесс значительно труднее, так как для этого требуется более длительное время и дополнительные методы лечения, например, на курорте, и т. д. При хронических сальпингитах, особенно, когда имеются гнойные опухоли придатков матки, осложняющие течение болезни, продолжительные боли ведут к ограничению движений, к диспептическим явлениям, потере аппетита и усилению малокровия. Непрекращающиеся боли и вышеперечисленные явления вызывают истощение нервной системы, последняя же в достаточной мере не может проявить своих защитных способностей, в результате чего получается своего рода порочный круг.

Таким образом, сальпингит у молодых женщин и у женщин детородного возраста, не являясь жизненно опасным заболеванием, может привести к временной и даже длительной инвалидности. Иногда гнойная опухоль трубы (пиосальпинкс) разрывается, а содержимое гнойника изливается в брюшную полость; последствия этого осложнения могут быть различными в зависимости от вирулентности содержимого и реактивности организма. Так как содержимое длительно существующего пиосальпинкса часто стерильно, то излившееся гнойное содержимое в этих случаях обычно вызывает не общий перитонит, а лишь местное раздражение брюшины. При этом образуются новые обширные спайки, в связи с чем жалобы больных увеличиваются.

Самопроизвольный прорыв пиосальпинкса и излитие гноя в брюшную полость бывают редко, так же редко гной прорывается через влагалищный свод или через брюшную стенку. Обычно гнойник прорывается в прямую кишку или в мочевой пузырь. Прорыв пиосальпинкса, куда бы он ни произошел, обычно не ведет к излечению: после прорыва остаются узкие, чрезвычайно извилистые ходы или свищ, через который гнойная мешчатая полость не опорожняется полностью. Выделение гноя из нее может временно приостановиться из-за случайной закупорки свищевого отверстия комочком густого гноя или некротической ткани; тогда пиосальпинкс вновь начинает наполняться гноем, состояние больной ухудшается. Улучшается оно только после того, как гной, прорвавшись через временное препятствие, снова найдет выход наружу. Такое перемежающееся течение болезни может тянуться месяцами и годами и никакие расширения или промывания свищевых ходов не дают удовлетворительных результатов. Только радикальное удаление гнойного мешка оперативным путем ведет к излечению.

Д и а г н о з. Распознать воспаление маточной трубы нетрудно, если больную с самого начала заболевания наблюдает один и тот же врач. В этом отношении огромную роль играет организация гинекологической помощи населению и систематически проводимая диспансеризация женщин как в городе, так и на селе.

Как видно из описания клинической картины заболевания, распознавание сальпингита и вызванных им осложнений возможно исключительно путем двуручного гинекологического исследования. Хотя это само собой разумеется, но все же мы считаем необходимым подчеркнуть, что исследование при воспалении маточной трубы следует производить крайне осторожно, так как содержимое маточной трубы, избыточное в острой стадии воспаления патогенными микроорганизмами, может при грубой технике исследования попасть в брюшную полость. Грубое двуручное исследование может повлечь распространение инфекции и воспалительного процесса в толщу самой стенки трубы и за ее пределы. Поэтому при первом гинекологическом исследовании, если только при этом не решается вопрос о срочной операции, можно даже ограничиться диагнозом «гине-

кологического» воспалительного процесса в острой стадии, без детализации, какие именно органы и ткани охвачены воспалительным процессом. Постановку же детального диагноза, указывающего на точную локализацию процесса, можно немного отложить, а необходимое для этого подробное гинекологическое исследование произвести тогда, когда снижение температуры, исследование крови и другие клинико-лабораторные данные укажут, что воспалительный процесс приостановился в своем развитии. Тогда, не причиняя резкой боли и не подвергая большую опасности распространения процесса, можно произвести детальное двуручное исследование.

Что дает двуручное исследование при наличии воспаления маточной трубы? При легком течении заболевания и в начальных стадиях воспаления путем двуручного исследования обнаруживается припухлость трубы и болезненность при пальпации. По мере развития инфильтративного процесса в толщу стенки маточная труба становится толще и плотнее. Это утолщение происходит большей частью неравномерно, и исследующий ощущает отдельные небольшие узлы на протяжении всей трубы, особенно же в ее истмической части и у места отхождения трубы от угла матки. После того как мешчатая опухоль уже образовалась, ее можно распознать по расположению: она лежит вблизи боковой стенки таза, несколько кзади от матки, а иногда опускается глубоко в прямокишечно-маточное углубление (дугласов карман). Если перед заболеванием маточная труба лежала впереди матки, то и опухоль трубы останется в этом же месте.

Для выбора метода лечения при воспалении маточной трубы очень важно суметь отличить пиосальпинкс от гидросальпинкса. Дифференциальный диагноз нетруден, если большая находится под длительным наблюдением. Пиосальпинкс при правильном режиме и рациональном лечении постепенно уменьшается и становится плотнее, а болезненность при ощупывании остается надолго. Гидросальпинкс же сохраняет свою величину в течение многих месяцев и даже лет, ощупывание его безболезненно, каких-либо других признаков бывшего воспаления обнаружить не удастся, что также говорит против гнойной опухоли и за гидросальпинкс или тубоовариальную кисту. А такая опухоль при имеющихся жалобах подлежит хирургическому, а не консервативному лечению.

Касаясь дифференциальной диагностики сначала остановимся на возможности принять сальпингит или воспаление придатков матки за внематочную беременность. При трубной беременности рядом с немного увеличенной маткой имеется пульсирующая опухоль мягкой консистенции, в большинстве случаев колбасовидной формы. Иногда рядом с опухолью определяется яичник. Если же опухоль воспалительного характера, то она имеет более плотную консистенцию и прощупать яичник отдельно обычно не удается; гидросальпинкс лучше контурируется, чем опухоль трубы при внематочной беременности, или опухоль яичника (киста), имеет шаровидную форму, туго-эластическую консистенцию и хорошо контурируется. Гидросальпинкс может иметь такую же консистенцию, как и киста яичника, но форма его яйцевидная. Мешчатые опухоли трубы, особенно пиосальпинксы, отличаются продолговатой или ретортообразной формой.

Трубный выкидыш приходится дифференцировать с хроническим или обострившимся воспалением придатков матки. Как в том, так и в другом случае в анамнезе имеются указания на предшествовав-

ший воспалительный процесс. Кровянистые выделения, появившиеся до срока ожидаемой менструации и имеющие затяжной характер, нередко встречаются в обоих случаях. Одностороннее утолщение придатков матки может наблюдаться не только при внематочной беременности, но и при воспалительном заболевании, если ко времени исследования процесс на одной стороне почти ликвидировался, а оставшиеся небольшие изменения при гинекологическом исследовании не обнаруживаются. Наличие двусторонних опухолей не говорит против трубной беременности, так как на одной стороне может быть трубная беременность, а на другой—воспалительный процесс придатков, или гематосальпинкс. Небольшие повышения температуры (до 38°) также не служат достоверным дифференциально-диагностическим признаком, так как при внематочной беременности повышенная температура наблюдается довольно часто даже при совершенно асептическом течении (всасывание белков крови). Кроме того, одновременно с трубным выкидышем может иметься и воспалительный процесс тазовых органов. Даже высокая температура не говорит против внематочной беременности, так как повышенная температура может быть следствием присоединившейся инфекции, а, наоборот, нормальная температура бывает не только при внематочной беременности, но и при хронических воспалительных процессах. Одинаковый результат может дать клиническое исследование крови и биологическая реакция на беременность, которая после гибели яйца при трубном выкидыше становится отрицательной. Пульсация сосудов ощущается через влагалищный свод и при внематочной беременности, и при воспалении в стадии обострения. И все же при всем сходстве клинических симптомов тщательное гинекологическое исследование и сопоставление данных анамнеза и объективного исследования позволяют во многих случаях поставить правильный диагноз. Что касается анамнестических данных, то большое значение следует придавать отклонениям в характере менструации в отношении не столько ее задержки, сколько затяжного течения и незначительного количества кровянистых выделений. Дифференциально-диагностические признаки, полученные при объективном исследовании, можно представить в виде следующей таблицы.

Трубный выкидыш	Хроническое воспаление придатков
<p>Матка немного увеличена и размягчена</p> <p>При трубном выкидыше опухоль часто расположена в ампулярной или истмической части трубы, вследствие этого в месте ее отхождения от матки иногда имеется утолщение</p> <p>При трубном выкидыше нередко яичник определяется отдельно от опухоли. Матка обычно сохраняет подвижность</p>	<p>Матка если и увеличена, то все же сохраняет плотную консистенцию</p> <p>Воспалительная опухоль придатков широко отходит от угла матки, образуя нередко как бы одно целое с ней. Место отхождения трубы от матки всегда утолщено и болезненно при пальпации</p> <p>При воспалительной опухоли придатков яичник отдельно не определяется. Подвижность матки ограничена вследствие наличия обширных спаек</p>

Весьма характерным признаком внематочной беременности является то, что, несмотря на полный покой и постельный режим, опухоль про-

должна увеличиваться, тогда как воспалительная опухоль в спокойном состоянии большой обычно уменьшается. При трубном выкидыше увеличение опухоли сопровождается приступами болей (трубные колики), причем, несмотря на эти боли и ухудшение общего состояния больной, температура тела остается нормальной или незначительно повышается. В связи с повторными инсультами и кровоизлияниями может появиться замочная кровяная опухоль, желтушное окрашивание склер, увеличиться малокровие и пр.

Если же увеличение опухоли идет за счет усиления или распространения воспалительного процесса, то одновременно с повышением температуры имеются еще и другие признаки воспалительного процесса (соответственные изменения РОЭ, лейкоцитоза, лейкоцитарной формулы).

Воспалительные процессы правой маточной трубы или правых придатков матки нередко приходится отличать от аппендицита. Дифференциальный диагноз в острой стадии заболевания может оказаться трудным, а в то же время установить его чрезвычайно важно: ведь острый аппендицит требует срочной операции, а при остром сальпингите операция противопоказана и лечение должно быть строго консервативным.

Дифференциальному диагнозу между аппендицитом и воспалением придатков матки способствует ряд признаков: приступ острого аппендицита в большинстве случаев начинается внезапно, среди полного здоровья, нередко ночью во время сна. Боли появляются в области пупка, затем распространяются и локализуются главным образом в правой подвздошной области, отдавая в подложечную. Появляется тошнота и рвота. При ощупывании весь живот болезнен, но справа даже легкое надавливание вызывает острую боль, иррадиирующую в подложечную область. Температура повышается до 38—39° и выше; пульс учащается; защитное напряжение мышц над очагом поражения ясно выражено.

Острое воспаление маточной трубы или придатков матки обычно начинается постепенно, боли локализуются значительно ниже, главным образом в малом тазу, и иррадиируют в паховую область и на внутреннюю поверхность бедра. Тошнота и рвота если и появляются, то не в начале заболевания, а тогда, когда образовавшийся гнойник уже вовлек в процесс большой отрезок брюшины.

При дифференциальном диагнозе между аппендицитом и воспалительным процессом правильному заключению может способствовать наблюдение, что гнойники аппендикулярного происхождения располагаются в полости большого таза и только при нарастании процесса распространяются и в малый таз, тогда как гнойники гинекологического происхождения, наоборот, сосредоточиваются главным образом в малом тазу и только при распространении процесса переходят в большой таз. Так это бывает обычно. Но диагностика будет затруднена при необычном расположении отростка, например, когда конец его лежит в малом тазу, а сам отросток расположен книзу и внутри.

Иногда диагноз, по мнению В. Н. Розанова, облегчается наличием симптома Ровзинга, патогномичным для аппендицита. Толчкообразные надавливания на нисходящую толстую кишку вызывают болезненные ощущения в слепой кишке, вовлеченной в воспалительный процесс; этих болей при заболевании придатков матки не бывает.

Особенно характерно для острого аппендицита его внезапное начало и быстро появляющиеся явления раздражения брюшины: диспепсия, тошнота, рвота, симптом Щеткина-Блюмберга. И все же в острых случаях дифференциальная диагностика между аппендицитом и аднекситом, весьма

трудна, на что указывает ряд авторов (Ю. Ю. Джанелидзе, Ф. А. Соколов, Н. А. Богораз, А. П. Гриднев, М. С. Селецкий и др.). Дифференциальная диагностика облегчается при хронических стадиях обоих процессов, когда решение вопроса не срочно и есть время понаблюдать за больной и повторно ее обследовать.

Воспаление левой маточной трубы (а также левых придатков матки) можно принять за с и г м о и д и т. В одних случаях сигмоидит представляет частичное проявление воспаления всей толстой кишки—колита, в других—сегментарную его форму, обычно распространяющуюся и на прямую кишку (проктит).

По своему течению сигмоидит может быть острым или хроническим, а по характеру воспалительного процесса—катарральным (более легкая форма) или гнойно-геморрагическим (более тяжелая форма заболевания). В тех случаях, когда воспалительный процесс переходит на серозную оболочку кишки, говорят о перисигмоидите. При переходе воспаления на брыжейку кишки возникает параколит или мезосигмоидит.

Эти различные локализации воспалительного процесса могут стать источником различных клинических проявлений при сигмоидите, иногда весьма трудных для распознавания. При остром сигмоидите катаррального характера появляются резкие боли в левой подвздошной области, отдающие в поясницу и в левую ногу. Заболевание сопровождается лихорадочным состоянием, тошнотой, рвотой, запором, тенезмами. При исследовании обнаруживают метеоризм, болезненность при ощупывании в области flexura sigmoidea, а также боль слева при ощупывании через прямую кишку; кишка утолщена и наполнена каловыми массами. Гнойные и геморрагические формы сигмоидита чаще протекают как подострое или хроническое заболевание. Если острый сигмоидит сопровождается проктитом, то испражнения состоят только из кровянистой слизи без кала; при более длительном течении процесса появляются упорные поносы, жидкие кровянистые испражнения цвета мясных помоев, издающие зловонный запах. Часто образуется инфильтрат (различной плотности), иногда кольцеобразно охватывающий сигмовидную кишку, в некоторых же случаях инфильтрат развивается в виде опухолевидных образований, вызывающих подозрение на злокачественное образование, на туберкулезное поражение и т. п. При хроническом сигмоидите больные обычно жалуются на ненормальную дефекацию, причем чаще на понос. Для хронического сигмоидита характерны тенезмы, сопровождающиеся слизистыми или кровянисто-гнойными испражнениями, содержащими значительное количество эритроцитов, лейкоцитов, эпителиальных, а иногда и эозинофильных клеток (Р. А. Лурия). Больные жалуются на неприятные ощущения в левой подвздошной области, общую слабость, исхудание.

Диагноз легко установить путем ректороманоскопии, при которой часто выявляется картина очагового покраснения слизистой оболочки кишки, иногда, в более тяжелых случаях, обнаруживаются изъязвления. В далеко зашедших случаях стенка кишки инфильтрирована, что в значительной степени затрудняет эндоскопию. Установлению диагноза помогает также рентгенологическое исследование.

Как видно из изложенного, дифференциальный диагноз между воспалительным процессом левой маточной трубы (а также левых придатков матки) и сигмоидитом сможет поставить гинеколог, который при осмотре больной не ограничивается только гинекологическим исследованием. Что касается специальных методов исследования, применяемых при смежных с гинекологическими заболеваниями, как, например,

цистоскопия, ректороманоскопия и т. п., то гинеколог, не владеющий этими методами, должен проконсультироваться с соответствующим специалистом.

Обсуждая, а тем более решая вопросы дифференциальной диагностики при наличии опухоли в брюшной полости, нельзя полностью игнорировать и особенности конфигурации живота больной.

Прогноз. Из всего вышеизложенного ясно вытекает, что в общем прогноз при воспалении маточных труб и придатков матки можно считать благоприятным, прежде всего в отношении жизни больной; что же касается полного восстановления здоровья и всех физиологических функций женского организма, особенно детородной функции, то тут прогноз сомнительный. Конечно, большую роль при этом играет организация лечебно-профилактической и, в частности акушерско-гинекологической помощи населению. Несомненно, что чем раньше обнаружен у женщины воспалительный процесс половых органов и чем поспешнее приняты действенные меры к его ликвидации, тем лучше прогноз и в отношении детородной функции.

Лечение. В острой стадии воспаления маточных труб наибольшее значение имеет покой. Больную укладывают в постель, причем ей (и ее близким, если лечение проводится в домашней обстановке) разъясняют необходимость соблюдения полного покоя, запрещают двигаться без особой надобности даже в постели. Чем острее протекает процесс (лихорадка, озноб, перитонеальные явления, изменения пульса и т. д.), тем строже надо соблюдать это предписание.

При свежем пиосальпинксе, при нарастающих явлениях воспаления брюшины больная должна для мочеиспускания и дефекации пользоваться подкладным судном.

Общая пенициллинотерапия в форме внутримышечных инъекций больших доз антибиотика является одним из основных методов лечения при воспалении маточных труб с самого начала заболевания. Важно, чтобы больная в острой и подострой стадии заболевания избегала всего, что может вызвать половое возбуждение; половая жизнь, конечно, абсолютно запрещена.

Что касается пищевого режима, то при наличии перитонеальных явлений, сопровождающихся тошнотой, рвотой, метеоризмом и плохой перистальтикой, ограничиваются дачей питья чайными ложками (чай, минеральные воды, кипяченая вода с лимоном, клюквенный морс, апельсиновый сок и пр.).

При бурных перитонеальных явлениях приходится отказаться даже от питья и вводить в организм жидкость при помощи капельных клизм или под кожу (глюкоза, физиологический раствор поваренной соли). Когда перитонеальные явления пройдут или ослабнут, в диету постепенно вводят протертые сушеные овощи и фруктовые пюре, сухари, легкие каши. Следует подчеркнуть значение витаминов, играющих антиинфекционную роль. При острых инфекционных заболеваниях, в том числе и при острых воспалениях маточных труб, повышается потребность большого организма в витаминах, главным образом в витамине С. Из ягодных соков наиболее богат витамином С сок черной смородины. Плоды шиповника также весьма богаты витамином С, который не разрушается при сушке этих плодов. Широкой популярностью пользуется томатный сок, также содержащий витамин С, и, наконец, сок цитрусовых: лимонов, апельсинов, мандаринов. Если натуральных соков нет, назначают аскорбиновую кислоту.

Для опорожнения кишечника прибегают к клизмам. От послабляющих средств, особенно тех, которые вызывают бурную перистальтику, следует отказаться на весь период острого воспалительного процесса.

Так как острое воспаление придатков матки и тазовой брюшины вызывает резкие боли, то приходится прибегать к антиспазматическим и болеутоляющим средствам, как белладонна, кодеин, пантопон, вводимым в прямую кишку. При незначительных болях можно ограничиться дачей пирамидона или антипирина внутрь, или, что лучше действует при воспалительном процессе внутренних половых органов, в суппозиториях.

Одним из распространенных средств при лечении больных с воспалением придатков матки в острой стадии заболевания является применение холода.

При строгом и точном выполнении указанных мероприятий острый период воспаления маточных труб или придатков матки длится очень недолго. Большею частью уже через 1—1½ недели острые явления воспаления проходят и может наступить полное выздоровление. При своевременно начатом лечении пенициллином в достаточных дозах острые явления воспаления начинают затихать уже через 1—2 дня после начала лечения. Но это не должно в какой-либо мере повлиять на изменение плана лечения ни в сторону ослабления строгого режима покоя, ни дозировки пеницилина. Отступление от указанной схемы может повести либо к возобновлению симптомов, либо к наступлению длительного периода подострого воспаления. А переход в подострое воспаление труб и придатков матки хотя и значительно облегчает общее состояние больной, однако часто ведет к затяжному хроническому воспалительному процессу, при котором полное излечение становится значительно более трудным и требует нередко большого терпения, огромной выдержки со стороны больной и врача. Единственным послаблением в режиме больной в этот период заболевания является добавление к строгой диете небольших количеств молочнокислых продуктов—однодневного кефира или простокваши. Молока в чистом виде этим больным давать не следует, так как оно может вызвать повышенное брожение в кишечнике, и так уж склонном к метеоризму.

Подострая стадия воспаления маточных труб и придатков матки позволяет несколько ослабить строгий режим главным образом в отношении питания. Пища, особенно при установлении нормальной или субфебрильной температуры тела, уменьшении болевого синдрома, улучшении сна и появлении аппетита, должна стать питательнее. В диету можно ввести свежий творог, сметану, немного черствого белого хлеба, сухари, протертые овощи, отварное нежирное мясо, тоже протертое (при плохом состоянии зубов или у пожилых больных), фрукты, мед, варенье, джем из ягод или фруктов, обладающих вяжущими свойствами, как, например, хурма; исключается шоколад и конфеты с шоколадной начинкой, какао. Зимой при отсутствии свежих фруктов рекомендуются компоты из сухих фруктов, особенно из чернослива, урюка и т. п.

В подострой стадии воспаления пенициллинотерапию следует продолжать в тех же суточных дозах, допуская иногда более длительные промежутки между инъекциями, особенно ночью, и прибегнуть к дюрантным способам введения антибиотика (например, в сочетании с пирамидоном или собственной кровью больной). При применении дюрантного способа разовую дозу пеницилина соответственно увеличивают.

Несмотря на улучшение общего состояния больной, подострый период болезни наиболее труден для врача, так как многие больные, почувство-

вав значительное облегчение, перестают точно выполнять советы врача, считая себя выздоровевшими.

Лечение гнойных воспалений маточных труб или придатков матки пункцией с последующим введением в полость гнойника раствора пенициллина. При гнойном воспалении маточных труб или придатков матки этот метод применяется главным образом тогда, когда гнойная опухоль расположена в дугласовом кармане позади матки и выпирает задний влагалищный свод. Метод весьма полезен в тех случаях, когда нарастают явления интоксикации в силу скопления гноя, что требует опорожнения гнойника. В этих случаях бедная сосудами капсула затрудняет проникновение пенициллина в очаг из общего тока крови, поэтому непосредственное введение антибиотика в полость особенно полезно.

Метод может быть применен и при других локализациях гнойной опухоли, например, при ее расположении в большом тазу над лоном или в паховой области, когда гнойник непосредственно прилегает к передней брюшной стенке. При применении этого метода врач должен точно установить место расположения гнойника.

Перед пункцией кишечник следует освободить клизмой, мочу спустить катетером. После подготовки операционного поля длинную, не тонкую иглу, насаженную на шприц, вводят в гнойник. Отсосав по возможности все содержимое гнойника, шприц снимают с иглы, оставленной на месте вкола, и насаживают ее на другой шприц, который наполнен раствором пенициллина (200 000—300 000 единиц пенициллина, разведенного в 10—20 мл 0,25% раствора новокаина или физиологического раствора).

Подготовка больной при наличии большой гнойной опухоли придатков матки, расположенной в брюшной полости и непосредственно прилегающей к передней брюшной стенке и техника пункции таковы же, как и при пункции через задний свод. В этих случаях целесообразно место прокола кожи обезболить внутрикожным введением 0,25% раствора новокаина («лимонная корка»).

Пункции повторяют ежедневно или через день. В благоприятных случаях улучшение наступает очень скоро. Температура снижается, боли становятся слабее, количество отсасываемого гноя уменьшается, гной делается более жидким. Пункции прекращают тогда, когда в шприц насаживается лишь незначительное количество серозно-кровянистой жидкости.

Лечение при хронических воспалительных процессах маточных труб и придатков матки. Основным способом лечения при неспецифических воспалительных процессах внутренних половых органов в хронической стадии болезни является применение различных видов тепла в разных сочетаниях. Весьма эффективным при хроническом воспалении маточных труб является лечение озокеритом, грязями, парафином. Важнейшее условие успеха, как и при других методах лечения теплом,—соблюдение больной полного покоя после каждой процедуры.

Хорошее рассасывающее действие оказывают и другие виды теплового лечения. Если лечение проводится на дому, то влагалищные спринцевания большими количествами горячей воды очень полезны. Температура воды должна точно соответствовать назначенной врачом и измерять ее следует непосредственно перед спринцеванием. Для того чтобы рассасывание происходило достаточно энергично, спринцевания должны быть длительными и обильными, поэтому удобна кружка, вмещающая 3—6 л воды, если

же кружка емкостью в 1—2 л, то надо несколько раз подливать в нее воду установленной температуры. Чтобы спринцевание в домашней обстановке было выполнено с соблюдением всех условий, необходима чья-либо помощь. Спринцевание начинают с температуры в 38—39° и повышают ее каждый день на 1°, постепенно доводя до 45—46°. В лечебном учреждении эти спринцевания делают на гинекологическом кресле, а дома — лежа на кушетке. Спринцевания в домашней обстановке удобны в том отношении, что больная остается после спринцевания в постели достаточное время, что не всегда возможно в консультации или амбулатории.

Для усиления действия спринцевания можно к горячей воде добавить вместо раствора поваренной соли (физиологический раствор) препараты иода, который обладает противовоспалительным действием, так же как и ихтиол. Мы часто убеждались в прекрасном действии этих препаратов. Но обычно мы пользуемся иодом. Для спринцевания можно пользоваться следующей прописью:

Rp. Kalii jodati 5,0
T-rae jodi (5%) 20,0
Aq. destill. 200,0
MDS. Столовую ложку на 1 л воды для спринцевания

Для усиления рассасывания продуктов воспаления можно непосредственно после спринцевания положить на живот резиновую грелку с горячей водой. Одним из весьма распространенных медикаментозных способов лечения при хроническом воспалении внутренних женских половых органов являются влагалитные тампоны, пропитанные лекарственным веществом. В качестве такового мы охотнее всего применяем иод с глицерином.

В настоящее время наиболее распространено лечение неспецифических воспалительных процессов женских половых органов, особенно маточных труб и придатков матки в хронической стадии заболевания, физическими методами, каковы: электротерапия, свето- и водолечение, лечение грязями, озокеритом, парафином и пр. Важнейшим условием для успеха, как и при других методах лечения теплом, является соблюдение полного покоя больной после каждой процедуры.

Хирургические методы лечения иногда применяются при наличии воспалительных хронических опухолей маточных труб и придатков матки. В оценке показаний к операции по поводу воспалительных опухолей придатков матки имеются большие разногласия. Мы считаем операцию показанной лишь тогда, когда больная систематически, постоянно и настойчиво в течение ряда лет подвергалась различным видам консервативной терапии (не только амбулаторно, но и в гинекологических стационарах и на курортах) и, несмотря на это, попрежнему страдает и остается нетрудоспособной (или становится нетрудоспособной ввиду частых возвратов болезни).

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОКОЛОМАТОЧНОЙ И ТАЗОВОЙ КЛЕТЧАТКИ (ПАРАМЕТРИТ И ПАРАЦЕЛЛИУЛИТ)

Большинство воспалительных процессов в околоматочной клетчатке исходит из матки: из ее шейки или тела. Распространяясь за пределы матки в сторону клетчатки, воспалительный процесс может локализоваться в одном из боковых отделов тазовой клетчатки (реже наблюдаются двусторонние боковые параметриты), воспаление может распространиться

в сторону мочевого пузыря (передний параметрит) или кзади (задний параметрит).

Наиболее частой причиной воспаления тазовой клетчатки является послеродовая и послеабортная инфекция, но параметрит может развиться и после внутриматочных манипуляций, каковы: зондирование, выскабливание матки, биопсия из шейки матки и т. п. В более редких случаях боковой, задне-боковой или задний параметрит развивается из парапроктита, возникшего на почве геморроя или трещины заднего прохода. В редких случаях параметрит является следствием повреждений в области переднего влагалищного свода или операции на передней стенке шейки матки (влагалищное кесарево сечение). Инфекция может развиться и в обратном направлении: параметрит может перейти в паравезицит, откуда гнойник может прорваться в мочевой пузырь; если гнойный параметрит переходит в парапроктит, то гной прорывается в прямую кишку. Особенностью переднего параметрита является то, что инфильтрат или экссудат, захватив паравезикальное пространство, часто распространяется вдоль передней брюшной стенки и образует сплошную опухоль. Задний же параметрит редко дает сплошную опухоль; воспалительное образование часто имеет характер плотного инфильтрата, ограниченного контурами крестцово-маточных связок.

Параметрит может привести к неправильному положению матки: так, при одностороннем боковом параметрите инфильтрат отодвигает матку в противоположную сторону; при переднем параметрите матка отодвигается кзади, а мочевой пузырь смещается кверху. При заднем параметрите матка оттесняется немного вверх и впереди, одна или обе крестцово-маточные связки утолщаются. Влагалищные своды при параметрите становятся более плоскими.

Так как тазовая клетчатка в анатомическом отношении представляет одно целое, то параметрит переходит в паравагинит, а развиваясь вверх между листками широкой связки и вдоль париетальной брюшины, вовлекает в воспалительный процесс и тазовую брюшину, причем воспаление локализуется в ее различных отделах (периметрит, перицистит, перисигмоидит). Поражая околоматочную клетчатку, богатую венозными сосудами, воспалительный процесс может повести к возникновению тромбозов. В противоположность послеродовым параметритам «гинекологические» параметриты обычно не ведут к общему перитониту, и воспаление брюшины ограничивается областью таза.

П р и з н а к и и к л и н и ч е с к о е т е ч е н и е. Воспаление тазовой клетчатки всегда сопровождается лихорадкой, а иногда и ознобами. Нередко при сравнительно небольших температурных колебаниях гинекологическое исследование обнаруживает в параметрии отек, но чаще воспалительный инфильтрат или экссудат. Боли появляются с самого начала заболевания, усиливаясь при приближении экссудата к тому или другому органу малого таза, и становятся особенно сильными, когда в процесс вовлекается брюшина. При двустороннем параметрите вся нижняя часть живота болезненна, а при одностороннем — путем пальпации обнаруживается болезненность на соответствующей стороне. Иногда имеются симптомы и со стороны мочевого пузыря (учащенное и болезненное мочеиспускание) и прямой кишки (тенезмы). Двуручным исследованием определяется болезненность и пастозность сбоку от матки еще до появления экссудата. С увеличением инфильтрата или экссудата боли усиливаются и отдают в крестец и нижние конечности. Приближение экссудата к прямой кишке вызывает не только тенезмы, но и отхождение слизи из заднего прохода.

Небольшой плотный инфильтрат в одном из параметриев вызывает иногда незначительные, но непрерывные боли. Распространение воспалительного процесса на нервные сплетения резко усиливает болевой синдром и ведет к невралгиям. Несмотря на небольшие размеры инфильтрата при заднем параметрите, эта локализация воспаления причиняет сильные страдания, отчасти вследствие вовлечения в процесс прилегающей брюшины, а также из-за того, что инфильтрация маточно-крестцовых связок очень медленно рассасывается и оставляет после себя уплотнения с замурованными в них нервными образованиями.

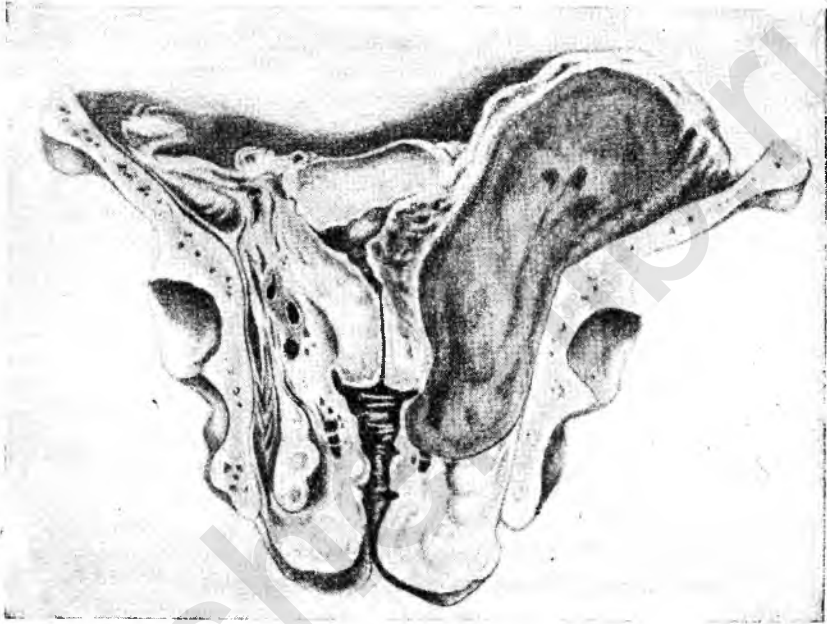


Рис. 16. Гнойник левого параметрия.

При боковых параметритах (рис. 16), являющихся наиболее частой локализацией воспаления тазовой клетчатки, первоначальный отек вскоре переходит в плотный экссудат или инфильтрат. Гнойное расплавление этого инфильтрата сопровождается общим тяжелым состоянием и усиленным болей. Если гной прорывается в соседний полый орган, наступает резкое улучшение состояния больной, а иногда и полное исчезновение всех жалоб; однако хорошее состояние прекращается, когда узкое отверстие после произошедшего прорыва вновь закрывается.

Мы уже указывали, что параметрит, особенно послеродовой, часто начинается лихорадкой, сопровождающейся ознобами. В исключительно редких случаях послеродовой параметрит переходит на околопочечную клетчатку и вызывает паранефрит. За многолетний период нашей акушерско-гинекологической работы мы только несколько раз наблюдали такие случаи в ярко выраженной форме. Диагноз полностью подтверждался при операции опорожнения гнойника широким разрезом со стороны спины в области околопочечной лоханки. Обычно паранефрит начинается потрясающим ознобом, сопровождающимся высокой температурой (39—40°), потерей аппетита; язык обложен, появляются запоры, нарастает лейкоци-

тоз, боли в области почек, усиливающиеся при малейшем движении. Симптом Пастернацкого резко положительный, очертания спины сглажены; имеются признаки псоита (сведение нижней конечности в тазобедренном суставе).

Д и а г н о з. В некоторых случаях распознавание параметрита может быть легким, в других—очень трудным, особенно тогда, когда образовался большой тазовый гнойник. В подобном случае перед врачом может возникнуть дилемма; сразу ли вскрыть гнойник широким разрезом, как это требуется правилами общей хирургии, или еще выждать. Чтобы решить этот вопрос, надо поставить точный диагноз. Так, если абсцесс расположен несомненно в клетчатке таза, операция будет лучшим методом лечения; если же гнойник представляет мешчатую опухоль маточной трубы, вскрытие абсцесса даст лишь временный успех: воспалительный процесс может не ликвидироваться полностью, а оставшийся после операции гнойный свищевой ход в большинстве случаев не ликвидируется от применения консервативных методов и в будущем потребует сложную радикальную операцию путем чревосечения. Поэтому так важен дифференциальный диагноз между гнойным параметритом и пиосальпинксом.

При дифференциальной диагностике следует руководствоваться следующими данными: параметритический экссудат часто бывает односторонним; он широко начинается у ребра матки или у боковой стенки шейки матки и распространяется над боковым сводом влагалища по направлению к стенке таза и широко с ней сливается. Так как околоматочная клетчатка расположена между брюшинными листками широкой связки, то при остром параметрите могут наблюдаться явления раздражения брюшины. Резкие явления раздражения брюшины при параметрите обычно отсутствуют, в то время как при остром пиосальпинксе и тазовом перитоните они всегда ярко выражены.

В случае распространения процесса вверх вдоль боковой стенки таза, экссудат достигает нижне-бокового отдела брюшной стенки и определяется непосредственно над пупартовой связкой и даже выше. Г. Г. Гентер отмечает значение данных перкуссии при дифференциальном диагнозе между гнойником тазовой клетчатки и внутрибрюшинным гнойником: если экссудат, определяемый над пупартовой связкой, расположен в параметрии, то перкуторный звук будет приглушенный или совершенно тупой, если же гнойник расположен внутрибрюшинно, то звук будет тимпанический.

В дифференциальном диагнозе между этими двумя локализациями воспалительного процесса большую помощь может оказать исследование через прямую кишку, при котором маточно-крестцовые связки определяются лучше, чем при влагалищном исследовании. Ощупывая края крестцово-маточных связок можно легко определить, инфильтрованы ли они воспалительным процессом и в какой степени. Если же воспалительная опухоль или сопровождающий ее тазовый экссудат лежат в прямокишечно-маточном углублении, т. е. не в клетчатке таза, а внутрибрюшинно, опухоль или экссудат ощущается над маточно-крестцовыми связками, н е с л и в а я с ь с н и м и.

Пр о г н о з. Что касается непосредственной опасности для жизни больной, то прогноз обычно благоприятный; что же касается длительности заболевания и его последствий, то это зависит от ряда условий: от реактивности организма, этиологии заболевания, а также организации акушерско-гинекологической помощи. Чем раньше распознан воспалительный характер заболевания, чем раньше начато и чем планомернее проводится соот-

ветствующее лечение, а особенно выполняется режим, тем больше уверенности в том, что заболевание будет полностью ликвидировано.

Л е ч е н и е. В острой стадии заболевания при наличии повышенной температуры тела, болевом синдроме, ясно определяемом отеке тазовой клетчатки в каком-либо из ее отделов, назначают постельный режим и тотчас приступают к общей пенициллинотерапии путем внутримышечных впрыскиваний в тех же дозировках, которые применяют в острой стадии воспаления маточных труб и придатков матки. Необходимо заботиться о правильной функции кишечника и мочевого пузыря. Что касается диеты, то больная должна получать питательную и удобоваримую пищу небольшими порциями, достаточное количество витаминов, особенно витамина С (см. предыдущий раздел). Если появятся признаки тазового перитонита, то требуются такие же ограничения диеты, как и при остром воспалении придатков матки, сопровождающемся воспалением брюшины. От применения холода мы иногда воздерживаемся даже в острой стадии параметрита в случаях, когда в этиологии заболевания играла роль общая инфекция—грипп, пневмония, ангина.

Малые дозы рентгеновых лучей оказывают благоприятное действие на течение острой и подострой стадии параметрита. Все же ведущим методом лечения при параметритах и парацеллюлитах рентгенотерапия не может стать, во-первых, потому, что среди больных параметритом имеются молодые женщины, страдающие иногда первичным или вторичным бесплодием. Применение у них рентгенотерапии даже в минимальных дозах может неблагоприятно повлиять на генеративную функцию; во-вторых, рентгенотерапия требует специальной установки, а не все врачи имеют ее в своем постоянном распоряжении.

Больные же, страдающие хроническим воспалением тазовой клетчатки, хорошо поддаются лечению всеми методами, применяемыми при хронических воспалительных процессах маточных труб и придатков матки (см. выше), т. е. всем видам теплового лечения, электролечения и пр.

Если при параметрите или парацеллюлите в тазу образуется абсцесс, его надо своевременно вскрыть широким разрезом, чтобы предотвратить самопроизвольное вскрытие гнойника в соседние органы—в мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище, что может повлечь за собой образование незаживающего гнойного свища с его тяжелыми последствиями. Производить разрез параметрального инфильтрата (или плотного экссудата) до его гнойного расплавления, как это рекомендовали некоторые авторы, не следует, особенно при наличии бокового параметрита, так как в инфильтрате замурованы проходящие через клетчатку в разных направлениях кровеносные сосуды—артериальные и многочисленные венозные, а также мочеточники. Широкий разрез инфильтрата представляет опасность тоже для целостности тазовых органов; риск повредить их при данных анатомо-топографических условиях ничем с нашей точки зрения не может быть оправдан. Если же произвести обкалывание такого инфильтрата раствором пенициллина с новокаином, то опасность серьезно повредить тазовый орган или кровеносный сосуд ничтожна.

Как правило, мы производим разрез при параметрите лишь тогда, когда гнойное расплавление инфильтрата ясно обозначилось, на что указывает наступившее в нем размягчение. Если таковое имеется лишь на небольшом участке большого инфильтрата, то при общем удовлетворительном состоянии больной можно поступить следующим образом: либо пунктировать гнойник (рис. 17) и ввести в его полость раствор пенициллина (количество раствора зависит от величины гнойной полости), либо, при-

менив тепловое лечение, выждать, пока участок размягчения гнойника увеличится (вследствие слияния гнойничков, которые обычно находятся в толще больших тазовых инфильтратов), и только после этого вскрыть гнойник.



Рис. 17. Прокол гнойника левого параметрия через влагалище. Вверху—прокол влагалищного свода при боковом освещении; внизу—при освещении лобным зеркалом.

В конечной стадии параметрита, когда все клинические проявления воспалительного процесса полностью ликвидированы и остались лишь его последствия (плотные тяжи и сращения, изменяющие топографию тазовых органов и нередко ведущие к их функциональной неполноценности), может быть применен в качестве лечебного мероприятия гинекологический массаж. Гинекологический массаж, производимый при наличии застарелого инфильтрата, может явиться весьма эффективным методом,

способствующим окончательному рассасыванию инфильтрата, но прибегать к нему можно лишь тогда, когда у врача будет полная уверенность, что массаж не вызовет обострения воспалительного процесса.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ БРЮШИНЫ МАЛОГО ТАЗА

Воспаление брюшины малого таза (пельвеоперитонит) чаще встречается как вторичный процесс. Первичный очаг воспаления мог находиться в матке, маточных трубах и яичниках; воспалительный процесс может перейти на тазовую брюшину из околоматочной клетчатки; туберкулез брюшины может возникнуть при туберкулезе кишечника, мезентериальных желез или распространиться из других очагов прямым или метастатическим путем. В редких случаях тазовый перитонит возникает в результате острого аппендицита. Инфекция может проникнуть в малый таз также из сигмовидной кишки и т. д. Прободения матки при выскабливании, проникающие в задний дугласов карман, повреждения заднего влагалищного свода при акушерских операциях или такие же повреждения, возникшие при насильственном половом акте, также могут повести к развитию тазового перитонита.

Патогенные микроорганизмы, попадая на брюшину малого таза, вызывают на близлежащих ее участках воспалительную реакцию с образованием выпота. Прилегающие к париетальной брюшине малого таза кишечные петли или сальник слипаются друг с другом и таким образом полость малого таза постепенно изолируется от общей брюшной полости, вследствие чего весь процесс локализуется в малом тазу.

Пельвеоперитонит бывает двух видов: 1) без гнойного экссудата, с склонностью к образованию сращений и 2) с гнойным экссудатом, обычно скопляющимся в заднем дугласовом кармане. Но обе эти формы не являются окончательными: первая форма может перейти во вторую, а вторая может закончиться образованием сращений.

Причиной пельвеоперитонита являются не только патогенные микроорганизмы, он может быть вызван и химическими веществами, попавшими на брюшину, например, иодиолипом при производстве сальпингографии. Механические моменты, раздражающие тазовую брюшину, столь богатую инторецепторами, могут также способствовать развитию тазового перитонита, как мы это наблюдаем, например, при ущемлении в тазу плотного узла фибромиомы матки: последствия такого ущемления в виде спаек часто обнаруживались при последующем чревосечении.

Клиническая картина при тазовом перитоните. В силу ограниченного поражения брюшины воспалительным процессом (большая часть брюшной полости остается свободной от воспаления) только в самом начале заболевания клиническая картина может напоминать общий перитонит. При пельвеоперитоните через брюшину всасываются токсические продукты воспаления на меньшем отрезке, участие кишечника в воспалительном процессе и явления его паралича пространственно также значительно ограничены. Этим объясняются менее резкие боли и менее выраженные перитонеальные симптомы, которые скоро становятся типичными для ограниченного процесса, особенно при отсутствии большого гнойного экссудата.

В начале развития тазового перитонита появляются боли в пижней части живота и в тазу, иногда они бывают очень сильными. Температура быстро повышается, но может не достигать высоких цифр. В первые дни отмечается задержка стула и газов; рвота бывает часто, но не постоянно.

Живот в нижней части напряжен, немного вздут, болезнен при пальпации. Метеоризм, напряжение мышц брюшной стенки и их болезненность отмечаются в нижней части живота над лобком, вверху живот мягкий и безболезненный. Признаки тяжелого течения перитонита—запавшие черты лица, частый, слабого наполнения пульс, непрерывная рвота—не наблюдаются. При слипчивой форме тазового перитонита без образования большого выпота перитонеальные явления через несколько дней стихают; перистальтика кишечника восстанавливается, метеоризм уменьшается, болезненность при наружном исследовании исчезает, температура постепенно возвращается к норме. В качестве длительного осложнения остаются спайки, сращения. Иное течение принимает процесс, если в тазу развивается гнойный экссудат; обычно он скопляется в заднем дугласовом кармане. Абсцесс дугласова кармана чаще возникает при разрыве пиосальпинкса, расположенном позади матки в заднем дугласовом кармане, или при гнойном сальпингите септического происхождения; такой абсцесс может образоваться в результате разрыва лежащей в тазу инфицированной кисты яичника или нагноения заматочной кровяной опухоли при внематочной беременности и т. д.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а и р а с п о з н а в а н и е а б с ц е с с а д у г л а с о в а к а р м а н а. Высокая вечерняя температура сменяется почти нормальной по утрам; реже наблюдается высокая температура без значительных ремиссий. Нижняя часть живота несколько выпячивается, болезненна при пальпации; эти явления немного ослабевают, если гнойник спускается в глубину таза. В тяжелых случаях и при больших скоплениях гноя абсцесс растет кверху, выполняет большой таз и может достигнуть пупка. Непораженная часть живота остается мягкой, перистальтика большей частью не нарушена. Удовлетворительное состояние, отсутствие перитонеальных явлений характерны для хорошо осумкованного гнойника.

Исследование через влагалище или через прямую кишку облегчает постановку диагноза. Для дифференциального диагноза важно установить, что лежащая в дугласовом кармане опухоль является осумкованным гнойником тазовой брюшины, а не новообразованием—нагноившейся кистой. Это необходимо для правильной линии поведения врача. При нагноившейся кисте яичника операция должна заключаться в чревосечении и удалении опухоли, а при абсцессе дугласова кармана чревосечения ни в коем случае делать нельзя, а надо вскрыть абсцесс широким разрезом со стороны заднего влагалищного свода.

Абсцесс заднего дугласова кармана важно отличить от заматочной кровяной опухоли, которая, увеличиваясь, опускается все глубже в дугласов карман и становится со временем плотнее; гнойник же при быстром увеличении, как мы только что говорили, растет вверх.

Отличие абсцесса дугласова кармана (внутрибрюшинное расположение гнойного экссудата) от гнойного парацеллюлита (внебрюшинный гнойник) состоит в том, что при парацеллюлите гнойник так широко и плотно прилегает к стенке таза, что составляет с ней как бы одно целое, тогда как абсцесс дугласова кармана при влагалищном исследовании можно отделить от боковых стенок таза; при исследовании через прямую кишку нижний полюс абсцесса дугласова кармана прощупывается между маточно-крестцовыми связками, которые дугообразно его охватывают. При одностороннем парацеллюлите дугласов карман почти свободен, а лежащая на пораженной стороне связка отеснена в медиальном направлении. Операция при парацеллюлите заключается в опорожнении гноя разрезом

брюшной стенки, который ведут над пупартовой связкой и параллельно ей; разрез не должен проникать через париетальную брюшину.

Лечение. Методика лечения зависит от стадии процесса, его этиологии и от формы, которую он принял. В начальных стадиях тазового перитонита, возникшего из сальпингита или сальпинго-оофорита (аднексита), лечение, начатое по поводу основного заболевания, следует продолжить (если нет показаний к срочному хирургическому вмешательству). Следует проводить пенициллинотерапию и прежде всего путем внутримышечных инъекций. При перитонеальных явлениях пенициллин надо вводить круглосуточно с промежутками в 3 часа, в больших дозах (суточная доза пенициллина не меньше 600 000—900 000 единиц). Если больная не соблюдала постельного режима, она должна немедленно лечь в постель и, во избежание распространения процесса, строго соблюдать этот режим. Если до возникновения тазового перитонита применялись физиотерапевтические методы, как аппликации грязей и их аналогов (парафин, озокерит), длинноволновая или коротковолновая диатермия (УВЧ) и пр., их следует немедленно отменить и на ближайшее время назначить холод (пузырь со льдом, снегом или холодной водой). Применять холод надо только в течение первых дней перитонеальных явлений (впрочем, некоторые больные даже и в это время лучше переносят согревающий компресс на живот). При тазовом перитоните для восстановления регулярной функции кишечника назначают соответствующий пищевой режим; для уменьшения болей применяют такие обезболивающие средства, как белладонна, антипирин, а при очень резких болях—пантопон и морфин.

Когда острая стадия тазового перитонита стихает и наступает подострая или хроническая стадия, ведущее значение для выбора методики лечения приобретает та форма, в которую вылился в данное время воспалительный процесс. Так, например, если еще нет абсцесса, что явствует из клинической картины (лихорадка не имеет ремиттирующего характера, отсутствует резко нарастающий лейкоцитоз, лейкоцитарная формула не обнаруживает резкого сдвига и пр.), холод, применявшийся в первые дни, заменяют легким согреванием живота. Для этого мы предпочитаем согревающие компрессы из воды комнатной температуры.

Если в заднем дугласовом кармане скопилось большое количество экссудата, который долго не рассасывается, возникает вопрос об операции. Для того чтобы операция дала быстрый успех, надо быть уверенным в наличии жидкого гноя внутри очага, часто имеющего плотную капсулу. Поэтому прежде надо сделать пункцию длинной иглой, насаженной на шприц. Пункцию делают, соблюдая все правила асептики и антисептики, т. е. после того, как больная будет полностью подготовлена к влагалищной операции. Если при пункции не будет получен гной, то временно от разреза придется воздержаться. Оставив иглу в инфильтрате, в него вводят пенициллин. Продолжают консервативное лечение с расчетом ускорить слияние мелких гнойных очажков, которые имеются в инфильтрате. Через некоторое время пункцию повторяют и, если она даст положительный результат, гнойник вскрывают путем разреза.

Если при клиническом обследовании обнаружится переход воспалительного процесса тазовой брюшины в форму спаек и сращений с другими тазовыми и брюшными органами или с париетальной брюшиной, мы иногда, проводя (профилактически) курс общей пенициллинотерапии с целью предотвратить возможную вспышку воспаления, одновременно приступаем к физиотерапевтическим методам лечения. Для начала мы рекомендуем применять ионогальванизацию (ионофорез) с иодистым калием,

иногда (при наклонности к маточным кровотечениям) попеременно с хлористым кальцием. С подобными же предосторожностями начинаем затем применять тепловые процедуры, светолечение, электротерапию, грязелечение и т. д.

При наличии стойких сращений применяют гинекологический массаж в сочетании с физиотерапевтическими методами или курортным лечением.

При лечении больной хроническим тазовым перитонитом, сочетающимся с хроническим воспалительным процессом придатков матки, можно назначить все те средства, которые применяются при хроническом воспалении придатков.

Большое значение имеет регулярное опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки, соблюдение соответствующего пищевого режима и общих гигиенических мероприятий.

Остановимся на **п и щ е в о м р е ж и м е**. В острой стадии воспаления тазовой брюшины при наличии резко выраженных перитонеальных явлений (тошнота, рвота, метеоризм, задержка кишечных газов и стула) следует ограничиваться дачей питья. Чайными ложками дают воду, слабый чай, чай с лимоном, клюквенный морс, апельсиновый сок, натуральную минеральную воду типа боржоми и т. п. При переходе тазового перитонита в общий жидкость приходится вводить путем капельных клизм или подкожных вливаний (физиологический раствор поваренной соли, 5% раствор глюкозы). Количество вводимой жидкости зависит от тяжести заболевания — дают 1—2 л и больше 2—3 раза в день. Внутривенно вводят 40% раствор глюкозы. Назначают камфору, кофеин, дигален, строфантин и т. п. При явлениях пареза кишечника ставят сифонные клизмы с большим количеством теплой воды. Одновременно под кожу вводят раствор стрихнина (0,5—1 мл 0,1% раствора), питуитрин (1—2 мл) и пр.

Как только явления «острого живота» (при тазовом перитоните) прекратятся, постепенно в диету вводят протертые овощные супы, легкие каши, сухари из белого хлеба, компоты, фрукты, соки, сливочное масло, однодневную простоквашу и кефир, свежий творог, яйца, икру. При хорошей функции кишечника и дальнейшем улучшении общего состояния и аппетита диету расширяют, и больная постепенно переходит на общий стол. Для лучшего опорожнения кишечника прибегают к клизмам; от послабляющих средств, особенно вызывающих бурную перистальтику, следует совершенно отказаться в течение всего острого и подострого периода воспалительного процесса.

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

Если боли незначительные, ограничиваются назначением антипирина или пирамидона внутрь или в суппозиториях.

Заканчивая описание неспецифических воспалительных заболеваний, следует подчеркнуть, что основным методом лечения при воспалительных процессах тазовой брюшины и придатков матки в острой и подострой стадиях является общая пенициллинотерапия—внутримышечные впрыскивания раствора пенициллина (средняя суточная доза 600 000—900 000 единиц).

Хотя общее состояние больной значительно улучшается, когда острая стадия воспаления придатков матки и тазовой брюшины минует, а процесс вступит в подострую стадию, все же и этот период представляет некоторую опасность: нередко больная, почувствовав себя лучше, начинает разрешать себе некоторые отступления от назначенного режима, в результате

чего может наступить новое обострение, ухудшающее прогноз, так как способствует переходу процесса в хроническую форму. Поэтому внимание лечащего врача не должно ослабевать и при подострой стадии заболевания.

В некоторых случаях, особенно при вялом течении процесса, мы уже в подострой стадии прибегаем к аутогемотерапии—наиболее безопасному виду протеинотерапии. Если аутогемотерапия затруднительна из-за плохих вен или по другим причинам, то можно применить протеинотерапию—впрыскивания стерильного молока в ягодичную область. Протеинотерапия особенно показана в тех случаях, когда после быстрого прекращения острых перитонеальных явлений температура тела в течение одной-двух недель остается повышенной (субфебрильной).

При введении в организм протеинов наблюдается ряд общих и местных реакций. Наиболее частой является температурная реакция, нередко сопровождающаяся ознобами. Иногда больные жалуются на плохое самочувствие, одышку, сердцебиение. После этой обычно кратковременной отрицательной фазы наступает положительная, сопровождающаяся падением температуры и улучшением общего состояния. Влияние 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—обострение воспаления в очаге заболевания делается только после того, как наступившая реакция, особенно очаговая, совершенно исчезнет. Высокий и быстрый подъем температуры, за которым также быстро следует ее падение, не вызывает особой тревоги. Литическое, но очень медленное снижение температуры (температура в течение многих дней остается выше 38°) должно вызвать подозрение на нежелательное действие протеинотерапии и ее следует отменить. При благоприятном действии протеинотерапии количество необходимых инъекций не превышает 6—8.

Из тепловых процедур в подострой стадии воспаления мы предпочитаем согревающие компрессы на живот. Если больная хорошо их переносит, можно перейти к применению грелок, термофоров, световой ванны (световая дуга), облучению кварцевой лампой, даже к диатермии. Эти, как и другие физиотерапевтические процедуры, начинаем со слабых доз и повышаем их очень медленно, причем только в том случае, если больная их хорошо переносит.

В хронической стадии воспаления, особенно при частых обострениях, кроме общей пенициллинотерапии, часто вводят пенициллин непосредственно в очаг, конечно, если он доступен со стороны брюшной стенки или со стороны влагалищного свода.

Самое широкое применение в хронической стадии воспаления придатков матки и тазовой брюшины находят многочисленные и разнообразные физические методы лечения.

Как мы уже неоднократно говорили, основным лечебным средством является покой. Для лечения воспалительного процесса очень часто требуются, как мы видели, тепловые процедуры. В хронической стадии воспаления тепловые процедуры можно применять со стороны не только брюшной стенки, но и влагалища в виде горячих спринцеваний или влагалищных душей.

Убежденным приверженцем горячих спринцеваний или постоянного орошения являлся корифей и основоположник отечественной гинекологии В. Ф. Снегирев. Самым действенным способом применения горячих спринцеваний В. Ф. Снегирев считал

постоянное орошение. В его клинике применялся следующий метод постоянного орошения (описание приводим дословно из широко известного его труда «Маточные кровотечения»). «Орошающий аппарат (рис. 18) состоит из стеклянной трубки *A* с двумя коленами, из которых через одно—*D*—жидкость вводится, а через другое—*C*—выводится. В стеклянной трубке сделано несколько отверстий, цель которых будет объяснена ниже. Жидкость наливается в ведро, кружку или самовар, которые соединяются со стеклянной трубкой посредством гуттаперчевой кишки длиной в 2—2½ аршина следующим образом: конец гуттаперчевой кишки *L* надет на кран *K* на другой конец крана надевается гуттаперчевая трубочка, в свободный конец которой *I* вставляется стеклянная трубочка *H*, входящая через одно из колен *D*. На конец *H* надевается тонкая резиновая трубочка *B*, доходящая до конца широкой стеклянной трубочки, причем в той части ее, которая находится в стеклянной трубке, прорезаны боковые отверстия. Дабы жидкость не могла вытекать, дренажная трубка *B* надевается на короткую стеклянную *H*, проходящую через гуттаперчевую пробку *G*, которая плотно закупоривает вводное колено, а уже *H* соединяется с *IK*. На выводной конец стеклянной трубки

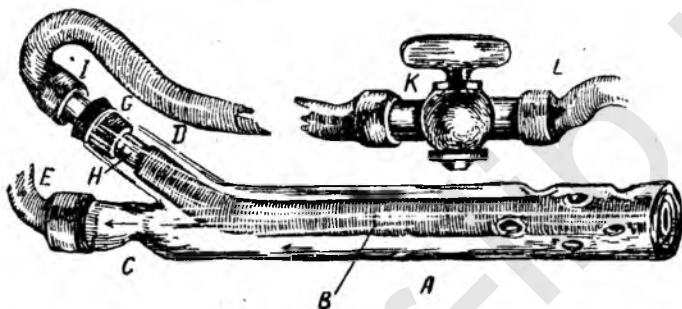


Рис. 18. Аппарат для орошения, рекомендованный корифеом отечественной гинекологии В. Ф. Снегиревым (наконечник Морозова).

также надевается гуттаперчевая кишка *E* аршина 1½ длины, конец ее погружается в сосуд, находящийся под постелью больной. Спустивши предварительно часть воды, дабы выгнать из трубки воздух и охлажденную жидкость, вводят стеклянную трубку *in vaginam* вплоть до *collum uteri*, и затем пускают полную струю. Жидкость наполняет стеклянную трубку и через боковые отверстия и конец ее попадает в полость влагалища, вытесняя воздух в выводное колено. За воздухом, по закону сифона, начинается течь жидкость, и благодаря вытеснению воздуха стенка влагалища плотно охватывает трубку, присасываясь к ней на месте отверстий ее. Вскоре благодаря действию струи и высокой температуры стенки влагалища еще плотнее охватывают стеклянную трубку, вследствие чего жидкость уже не может попасть между трубкой и стенками влагалища, чем и устраняется возможность подтекания жидкости под больную. Правда, в первое время действия аппарата такое подтекание возможно, почему лучше начинать постоянное орошение с подкладным судном или губкой, подложенной между ягодицами. Благодаря некоторым изменениям входа во влагалище и в особенности разрыву промежности, свежему или застарелому, охватывание влагалищем трубки может быть не совершенно, и жидкость может изливаться наружу помимо трубки; в этих случаях мягкое подкладное судно делается необходимым в продолжение всего времени орошения. По окончании орошения трубку должно вынимать осторожно, дабы не поранить стенок влагалища и не причинить больной излишнюю боль. Для того чтобы присосавшиеся места стенок влагалища отстали, надо зажать выводной конец трубки, в силу чего жидкость проникает между стенками влагалища и трубкой и таким образом прекращает сильное охватывание трубки стенками влагалища. Длина и ширина стеклянной трубки могут быть различны в разных случаях, но трубка всегда должна быть сделана из толстого солидного стекла. При этих условиях мне ни разу не приходилось видеть лопания или разлома ее во время действия».

Для постоянного орошения В. Ф. Снегирев в последнее время рекомендовал слабый раствор марганцовокислого калия.

Применение электротерапии, несомненно, вытесняет метод постоянного орошения, который В. Ф. Снегирев так хорошо изучил и так горячо рекомендовал, отнюдь не скрывая и некоторых его недостатков. Но все же

нам кажется, что и в настоящее время совершенно отказаться от этого метода лечения не следует.

Осумкованный тазовый перитонит, возникший на почве воспаления матки и ее придатков, может перейти в общий перитонит. При гонорройной этиологии заболевания это бывает очень редко; общий перитонит чаще наблюдается при прободении матки, при выскабливании по поводу лихорадочного аборта или пробного выскабливания при подозрении на рак матки, общий перитонит возникает после разрыва пиосальпинкса стрептококкового происхождения. В ряде таких случаев показано чревосечение.

ЛИТЕРАТУРА

- А лек сее ва М. В. Влияние некоторых фитонцидов на влагалищную трихомонаду. *Новости медицины*, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 8—10.
- А лек сид зе А. Л. О консервативном лечении острых и подострых аднекситов. *Труды II Закавказского съезда* (Ереван, 1936 г.) Изд., Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 613—618.
- А на польский М. И. К лечению фурункулов. *Советская медицина*, 1951, № 5, стр. 26—27.
- А р хангельский Б. А. Лечение лучами Рентгена воспалительных процессов женской половой сферы. *Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров* (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 436—441.
- А с а ту ро в И. В. Ультрафиолетовая эритемотерапия хронических воспалительных процессов женских половых органов. *Труды II Закавказского съезда* (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 625—632.
- А та бе ко в Д. Н. Пункция как диагностический и терапевтический метод при острых воспалительных процессах женской половой сферы. *Труды II Закавказского съезда* (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 584—586.
- В а к ра д зе А. Т. Плацентарная кровь как лечебный метод при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. *Труды II Закавказского съезда* (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 154—157.
- В а к ш т Г. А. Витамины в акушерско-гинекологической практике, *Труды Всесоюзной конференции по витаминам*, Изд. АМН СССР, 1940, стр. 208—213.
- Б е л и ц А., Б ы х ов ская А. и Х м е л е в ский В. Анестезия зон Геда при гинекологических заболеваниях. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 10, стр. 1152—1157.
- Б е к к е р С. М. и Г о р и на В. А. Диагностическое и прогностическое значение разницы температуры подмышечной и влагалищной при воспалительных процессах женской половой сферы. *Сборник трудов ЦНИАГИ*, Л., 1935, стр. 99—101.
- Б е л я е в Е. И. Современное состояние вопроса об иннервации матки и влагалища. *Акушерство и гинекология*, 1941, № 2, стр. 1—5.
- Б е р г а л М. М. Лечение воспалительных процессов женской половой сферы введением слабых растворов новокаина в широкоректальную область. *Акушерство и гинекология*, 1937, № 8, стр. 94—99.
- Б о в е М. В. Применение аминоакрихина при трихомонадных заболеваниях половых органов женщин. *Акушерство и гинекология*, 1954, № 6, стр. 52—56.
- Б о г а т ы р е в М. Ф. Острый аппендицит и беременность. *Акушерство и гинекология*, 1953, № 3, стр. 67.
- Б р а у де А. И. Рецепторы париетальной брюшины малого таза женщины. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 1952, № 10.
- Б р а у де А. И. Современное состояние вопроса об иннервации женской половой сферы. *Сборник научных работ Рижского медицинского института*, в. 3, Изд. Академии наук Латвийской ССР, Рига, 1954, стр. 85—112.
- Б р а у де И. Л. Рентгенотерапия воспалительных заболеваний женских половых органов. *Русская клиника*, 1925, № 16, стр. 1—11.
- Б р а у де И. Л. и Ш в а р ц м а н Е. М. Влияние иода на яичники. *Гинекология и акушерство*, 1929, № 1, стр. 6—15.
- Б у б л и ч е н к о Л. И. Вакцинотерапия как лечебный метод при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. *Сборник трудов ЦНИАГИ*, Л., 1935, стр. 118—113.
- Б у р х а н о в А. И. Действие акрихина на трихомонад. *Акушерство и гинекология*, 1954, № 4, стр. 81.

- Бу х а н о в М. Связь внематочной беременности с аппендицитом. Врачебная газета, 1930, № 11.
- Бу т ы л и н А. Г. Терапия сном при септических воспалительных процессах женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1953, № 4, стр. 21—23.
- Ва р т а п е т о в Р. А. Применение новокаина при гинекологических заболеваниях, Акушерство и гинекология, 1953, № 5, стр. 66—67.
- Ве л и к а н о в В. И. Применение пенициллина при перитоните аппендикулярного происхождения. Советская медицина, 1952, № 1, стр. 5—6.
- Га м б а р о в Г. Г. Рентгенотерапия воспалительных заболеваний придатков матки. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 372—373.
- Га р м а ш е в а Н. Л. Экспериментальный инфекционный эндометрит. Издание Центрального института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, Л., 1947.
- Г и р ж е л ь Я. Ю. Блокирование зон Геда при лечении воспалительных заболеваний женского полового аппарата. Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8, стр. 49—50.
- Г р у з д е в В. С. Гинекология. Руководство для врачей и студентов, Казань, 1922.
- До б р о н р а в о в П. Н. Применение отечественного белкового препарата (овопротейна) для лечения женщин с воспалительными заболеваниями половых органов. Акушерство и гинекология, 1953, № 3, стр. 54—57.
- Д у д а р е в а В. М., Ле б е д е в а М. А., Са в е л ь е в а З. Г. Влияние трихомонад на течение послеродового периода. Акушерство и гинекология, 1954, № 6, стр. 48—51.
- Е в н и н П. А. и Х а р ч е н к о Н. С. Лечение трихомонадного кольпита аллилглицерином. Новости медицины, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 23—24.
- Е м и г у л а ш в и л и И. С. Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы экстрактом эвкалипта. Советская медицина, 1951, № 2, стр. 23.
- Ж е н д р и н с к и й И. П. Некоторые особенности взаимоотношений червеобразного отростка, трубы и яичника. Акушерство и гинекология, 1949, № 1, стр. 54.
- Ж о р д а н и а И. Ф. Отдаленное влияние искусственного выкидыша на женский организм. Акушерство и гинекология, 1936, № 1, стр. 98—100.
- Зе л и н с к и й В. В. О применении вяжущих веществ при трихомонадном кольпите. Акушерство и гинекология, 1953, № 6, стр. 62—64.
- Ка м и н с к а я Р. М. Фитонцидный препарат из можжевельника. Новости медицины, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 24—26.
- Ки ш и н е в с к а я Р. Я. Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы диатермией. Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 180—192.
- Ко з л о в а В. И. Опыт лечения трихомонадного кольпита и воспалительных эрозий шейки матки синтомициновой эмульсией. Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 85—86.
- Ко л е с о в А. П. Лечение трихомонадных кольпитов фитонцидами лука, чеснока и редьки. Новости медицины, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 22—23.
- Ко р о т к и н Н. И. и А д а м с к а я К. Б. Клинические наблюдения трихомонадного кольпита и воспалительных эрозий шейки матки синтомициновой эмульсией. Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 85—86.
- Ла з а р е в Н. В. и Ла з а р е в а А. П. Экспериментальные исследования о влиянии предварительной рентгенизации на развитие воспалительного процесса. IV Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов, т. IV, в. IV, 1927, стр. 363.
- Ла з а р е в Т. Э. Новокаиновый блок зон Геда в терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1937, № 1, стр. 46—50.
- Л ю б о м у д р о в а Е. Ф. и П в а н о в а А. И. Применение акрихина для лечения трихомонадных кольпитов. Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 84—85.
- Ма ж б и ц А. М. Перфорация гнойника из женской половой сферы в мочевой пузырь. Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 310—320.
- Ма р к а р я н П. А. Скипидар при лечении аднекситов. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 632—634.
- Ми р о н о в М. М. Консервативное лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 310—322.
- Ми х а й л о в В. П. К методике рентгенотерапии воспалительных заболеваний женских половых органов. Русская клиника, 1925, № 16, стр. 1—5.
- Ми х а й л о в В. П. Динамика воспалительного процесса женских половых органов. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 582—584.

- Морозова А. Н. и Савельева З. Д. К вопросу о рентгенотерапии воспалительных заболеваний женской половой сферы. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 428—436.
- Найдич М. С. К вопросу о топографии и морфологии нервных элементов матки женщины. Гинекология и акушерство, 1929, № 4, стр. 443—459.
- Найдич М. С., Березова Л. Л., Крутикова К. А., Рысь И. М., Сапожников В. И. Гинекологические заболевания в связи с искусственным абортom. Гинекология и акушерство, 1935, № 6, стр. 71—76.
- Панцевич И. Ф. Рефлекторная терапия при острых воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 63—64.
- Петров-Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов, Медгиз, Л., 1952.
- Петров Д. Г. и Лысенко Е. В. Плазмотерапия воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 45—47.
- Печерский В. Ф. Трихомонадные уретриты у мужчин. Советская медицина, 1951, стр. 21—23.
- Писемский Г. Ф. Заболевания маточных труб. Глава 30-я в руководстве по женским болезням Л. А. Кривского, Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 821—843.
- Плотников Н. В. Связь заболеваний женской половой сферы и червеобразного отростка. Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 1.
- Пойзнер Б. С. и Кулакова А. А. Об источниках инфекции и путях распространения трихомоноза человека. Акушерство и гинекология, 1952, № 6, стр. 47—50.
- Полубинский В. А. Воспалительные заболевания женской половой сферы, Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 6—14.
- Полубинский В. А. и Беккер С. М. Лечение острых воспалительных заболеваний верхних половых путей. Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 102—117.
- Полубинский В. А. и Протас Л. Р. Лечение рентгеновскими лучами гинекологических воспалительных заболеваний. Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 174—179.
- Попова-Дюмина А. Р. Аутогемотерапия при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935, стр. 133—141.
- Пшеничникова А. С. и Пинкус Б. Б. Применение биогенных стимуляторов в терапии воспалительных гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология, 1951, № 6, стр. 28—30.
- Пшеничникова А. С. Опыт лечения фитонцидами трихомонадных кольпитов. Акушерство и гинекология, 1953, № 6, стр. 71—76.
- Разенков И. П. Качество питания и функции организма, Медгиз, М., 1946.
- Ревякина С. А. Вагитрибузное введение пенициллина при гнойном перитоните. Советская медицина, 1952, № 1, стр. 32—33.
- Решетова С. А. Терапия трихомонадных кольпитов диатермией солнечного сплетения. Новости медицины, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 26—31.
- Рицк Л. О. Лечение больных с эрозиями матки наложением околоплодной оболочки на тканевой дефект. Акушерство и гинекология, 1953, № 6, стр. 67—68.
- Робачевский Г. Ф. Проблема трихомоноза и организация борьбы с трихомонадными заболеваниями женщин. Акушерство и гинекология, 1952, № 6, стр. 43—47.
- Ровинская П. В. Лечение воспалительных заболеваний в гинекологии экстрактами из листьев алоэ. Акушерство и гинекология, 1949, № 1, стр. 55—56.
- Родина В. Я., Санцырева И. Ф., Стуккей К. Л. О действии некоторых фитонцидных препаратов на влагалищную трихомонаду. Новости медицины, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 18—21.
- Руфанов И. Г. Обмен витамина С и лечение препаратами шиповника больных с общими и местными инфекциями. Труды Всесоюзной конференции по витаминам, Изд. Академии наук СССР, 1940, стр. 238—236.
- Рябов Г. З. Трихомонадные заболевания и методы их лечения, Акушерство и гинекология, 1952, № 6, стр. 53—55.
- Сапожкова В. А. Трихомоноз беременных женщин и послеродовая заболеваемость. Акушерство и гинекология, 1953, № 5, стр. 36—38.
- Сапожников В. И. Сочетание заболеваний половых органов женщины с аппендицитом. Глава в руководстве для врачей И. Л. Брауде «Оперативная гинекология», Медгиз, 1952, стр. 552—556.
- Славянский К. Ф. Частная патология и терапия женских болезней, т. 1—2, СПб, 1888—1897.
- Соломинский Б. Н. Лечение эрозий шейки матки жидкостью Гордеева № 2, Советская медицина, 1951, № 8, стр. 16—18.

- Сыроватко Ф. А. и Кремер П. Б. К вопросу о внутрикостном переливании крови и кровозамещающих жидкостей в акушерско-гинекологической практике. *Акушерство и гинекология*, 1950, № 1, стр. 18—20.
- Тедор Л. Б. Рентгенотерапия острых и подострых воспалений женской половой сферы. *Журнал акушерства и женских болезней*, 1925, № 5, стр. 461—472.
- Тураев Г. В. и Макарова З. А. Лечение трихомонадного кольпита препаратом из медвежьего лука. *Новости медицины*, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 15—18.
- Улезко-Строганова К. П. Патолого-гистологические изменения фаллопиевых труб и яичников в связи с характером инфекции. *Сборник трудов ЦНИАГИ*, Л., 1935, стр. 43—47.
- Фертаг Л. М. Клиническая гематология гинекологических воспалительных заболеваний. *Сборник трудов ЦНИАГИ*, Л., 1935, стр. 49—60.
- Фой А. М. Терапия фитонцидами трихомонадного кольпита. *Новости медицины*, в. 34, Изд. АМН СССР, 1953, стр. 2—8.
- Харитонов М. А. Аутогемотерапия воспалительных заболеваний половых органов. *Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров*, Л., 1935, стр. 336—363.
- Шолянский Г. М. Роль вегетативной нервной системы в патологии и терапии некоторых гинекологических заболеваний, Л., 1939.
- Штернгерц И. С. Об окраске трихомонад. *Акушерство и гинекология*, 1953, № 3, стр. 67.
- Юрьевский С. Г. Наблюдения над *Trichomonas vaginalis* у беременных. *Гинекология и акушерство*, 1931, № 1, стр. 105—112.
- Ягунов С. А. и Яковлев И. И. Классификация воспалительных заболеваний женской половой сферы. *Журнал акушерства и женских болезней*, 1934, № 4, стр. 277—280.
- Шадрина М. Г. и Шапиро С. Н. Лечение больных трихомонадным кольпитом в условиях амбулатории. *Акушерство и гинекология*, 1952, № 6, стр. 50—53.
- Яковлев И. И. и Либов Б. А. Трудоспособность при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. *Сборник трудов ЦНИАГИ*, Л., 1935, стр. 15—32.
- Шамшина Т. М. Сравнительная оценка эффективности применения жидкости Гордеева и новокаинового блока при хронических цервицитах и длительно не заживающих эрозиях. *Акушерство и гинекология*, 1954, № 6, стр. 69—72.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ЖЕНСКАЯ ГОНОРРЕЯ

Женская гоноррея—общее инфекционное заболевание, вызываемое гонококком Нейссера; передается женщине обычно при половом сношении с мужчиной, больным гонорреей.

Мужчины, страдающие острой гонорреей, редко заражают женщину, так как, вследствие сильных болей при мочеиспускании и гнойных истечений из уретры, они знают о своем заболевании и поэтому избегают половых сношений. Женщины часто не знают о своей болезни, ибо процесс у них в ряде случаев протекает без каких-либо резких признаков. Но в большинстве случаев острая стадия гонорреи вызывает известные симптомы, которые должны обратить на себя внимание женщины. Отмечались случаи, когда мужчина после длительного сожительства с женщиной, больной гонорреей, внезапно заболел острой гонорреей. Как будет видно из дальнейшего, это наблюдается главным образом при хронической форме женской гонорреи, которая под влиянием разных причин может обостриться, особенно в начальном ее периоде.

В результате обострения гонорреи у больной усиливаются катарральные явления, гонококки размножаются и вместе с гнойными выделениями

выносятся из глубины тканей на поверхность слизистых оболочек мочеполювых органов и при половом акте попадают в мочеполювые органы мужчины.

Гонококковая инфекция может передаваться и не половым путем, а через загрязненные выделениями руки или предметы домашнего обихода (таз, ванна, губка, мочалка и т. п.), которыми пользовались больные. Внеполовой способ заражения гонореей наблюдается чаще у девочек, чем у взрослых женщин (см. ниже). Широкому распространению заражения внеполовым способом препятствует следующая биологическая особенность гонококков: эти микробы плохо переносят высыхание и погибают вне организма уже через несколько часов. Если же гной, содержащий гонококков, остается во влажном состоянии (в теплой воде, влажное пятно на белье), то гонококки могут сохранить свою жизнеспособность даже в течение суток.

Симптомы хронической гонорреи могут быть настолько незначительны, что не только женщина, но и исследующий ее врач могут не подозревать наличие гонорреи. Если в выделениях не обнаруживаются типичные гонококки, то и микроскопическое исследование не всегда проливает свет на характер инфекции. В ряде случаев клинические признаки болезни могут отсутствовать. Такое явление объясняется наличием латентной гонорреи. Под этим термином понимают заболевание, при котором самое тщательное исследование в течение более или менее длительного времени не обнаруживает гонококков, между тем как в мелких осумкованных очагах в том или ином органе мочеполювого тракта, обычно в шейке матки, в железах ее слизистой оболочки таится инфекция, которая в благоприятных условиях может проникнуть на поверхность слизистой оболочки и лишь тогда ее можно будет выявить путем микроскопического исследования. При таком понимании латентной гонорреи ее легко отличить от хронической гонорреи, при которой всегда имеются хотя бы незначительные признаки болезни.

Возможность оставаться совершенно бессимптомной отличает женскую гоноррею от мужской. Восходящая мужская гоноррея распространяется преимущественно по мочевым путям, не затрагивая органов брюшной полости, тогда как восходящая гоноррея женщины не только поражает внутренние полювые органы, но распространяется на брюшину и органы брюшной полости. Поражение брюшины представляет тяжелое осложнение при восходящей женской гоноррее. Такие функции женского организма, как менструальная и детородная, особенно если они протекают ненормально, часто служат первым толчком к развитию восходящей гонорреи. Последствием такого течения гонорреи может быть длительная инвалидность, внематочная беременность, бесплодие и пр.

Факторами, оказывающими влияние на распространение гоноррейного процесса в женском организме и локализацию в нем очагов воспаления, являются не только морфологические и биологические особенности гонококков, но прежде всего реакции организма на внедрившуюся в него специфическую инфекцию.

Биологические и морфологические особенности гонококков. При изучении биологических и морфологических особенностей гонококка и ответных реакций организма человека на внедрение его выявляется клиническая картина, вызываемая в организме женщины при заболевании гонорреей, и определяется методика лечения. Примечательной особенностью гонококка является невосприимчивость к нему животного организма: это типичный паразит слизистых оболочек



Рис. 19. Вверху показана форма деления гонококков; внизу гонококки, окрашенные по Граму и расположенные внутри- и внеклеточно [Букура (С. Bucura)].



Рис. 23. Туберкулез матки и маточной трубы [Франкль (O. Frankl)].

К стр. 103

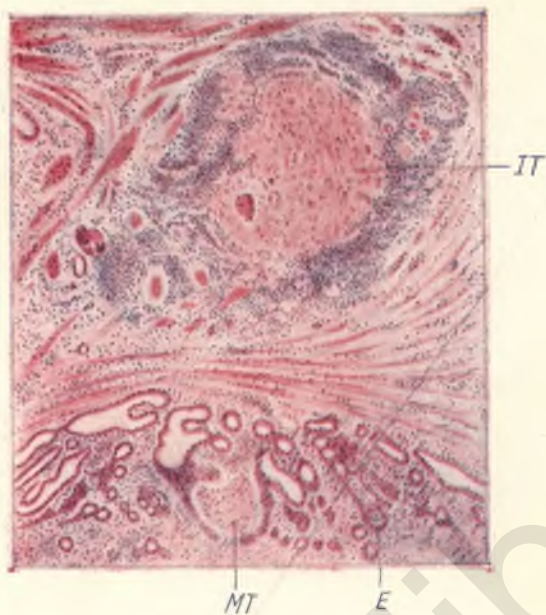


Рис. 24. Туберкулез маточной трубы. Микроскопическая картина.

MT—бугорок в слизистой оболочке трубы; *E*—разрастание эпителиальных клеток; *IT*—бугорок в мышечном слое маточной трубы [Франкль (O. Frankl)].

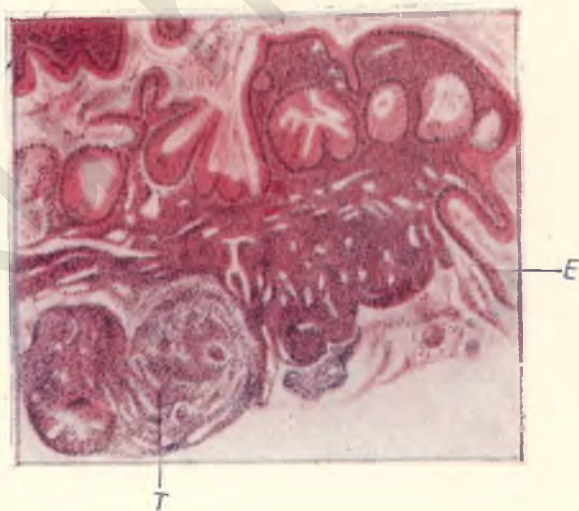


Рис. 25. Туберкулезная эрозия влагалищной части матки. Микроскопическая картина.

E—эрозивная железа; *T*—бугорок [Франкль (O. Frankl)].



Рис. 26. Вверху—вагинальная часть матки поражена актиномикозом; внизу—наружный маточный зев, пораженный актиномикозом [Дэвис (Davis)].

человека. Достоин внимания и то, что не все слизистые оболочки человека одинаково восприимчивы к внедрению гонококка и что внедрение это происходит при отсутствии какого-либо повреждения слизистой оболочки. Особенно восприимчивы к гонококкам слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием или так называемым переходным эпителием—слизистая оболочка мочеиспускательного канала, выводных протоков вестибулярных желез, вульварных крипт, парауретральных ходов, эпителиальный покров слизистой оболочки шеечного канала, его желез и слизистая оболочка тела матки. Гонококки развиваются и на оболочках, покрытых эндотелием,—на брюшине, синовиальных оболочках суставов, эндокарде, зародышевом эпителии яичника.

Гонококк является диплококком, т. е. состоит из двух половин (сегментов), имеющих форму кофейных бобов, обращенных друг к другу своими слегка вогнутыми поверхностями, между которыми имеется светлая прослойка (щель). Обе половины типичного гонококка имеют одинаковую величину и форму и расположены симметрично; наблюдаются и атипические формы гонококков, особенно при хронической гоноррее. Такие атипические так называемые дегенеративные формы гонококков имеют размеры то значительно больше обычного, то меньше, линии деления слабо или совсем не видны. Иногда несколько гонококков сливаются воедино и образуют большой шар. Дегенеративные формы гонококков обесцвечиваются при окраске по Граму; они плохо окрашиваются метиленовой синькой и этот упрощенный метод бактериоскопического исследования мало способствует их выявлению. Гонококки атипические (типа Аша), согласно данным некоторых авторов, обладают такой же вирулентностью, как и типичные; другие авторы считают их псевдогонококками и не признают за ними свойств, присущих настоящим гонококкам. Поэтому, если в выделениях больной будут обнаружены атипические гонококки, рекомендуется сделать посев отделяемого.

Гонококки размножаются характерным образом: они делятся в направлении, перпендикулярном к щели, разделяющей их на две половины (рис. 19). Это ведет к плоскостному распространению гонококков и скоплению их в группы в виде пчелиного роя. В выделениях больных гонорреей встречаются единичные разбросанные экземпляры или группы гонококков, лежащие между клеточными элементами; они могут находиться и внутри клеток (в сегментированных нейтрофильных лейкоцитах). Внутри одноядерных лейкоцитов гонококки не встречаются.

Признаки и течение гонорройного процесса у женщин. Появление первых признаков гонорреи обычно ощущается женщиной через 2—3 дня после полового сношения, при котором произошло ее заражение. Но эти признаки могут обратить на себя внимание и позже, что в значительной мере зависит от первоначальной локализации гонорройного воспалительного процесса. Так, локализация острого гонорройного процесса в мочеиспускательном канале, вызывая жжение, резь и учащенные позывы к мочеиспусканию, может обратить на себя внимание раньше, чем патологический характер выделений при первоначальном поражении слизистой оболочки канала шейки матки. Объективное исследование может обнаружить признаки инфекции еще раньше, чем у больной появятся жалобы.

Так как разнообразные признаки, вызываемые гонорройной инфекцией, зависят от стадии процесса, от его распространенности и главным образом от локализации воспалительного процесса, то целесообразно рассмотреть симптоматику в зависимости от этих обстоятельств.

По клиническому течению гонорройного процесса у женщин мы различаем: 1) гоноррею нижнего отдела мочеполовых органов (поражение мочевого органа, половых органов до внутреннего зева шейки матки и прямой кишки) и 2) гоноррею верхнего отдела половых органов или восходящую гоноррею.

ГОНОРРЕЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Острая стадия гонорреи нижнего отдела мочеполовых органов. Гонорройная инфекция обычно вызывает воспаление шейки матки или мочеиспускательного канала, в некоторых случаях поражает оба органа одновременно или последовательно—один несколько раньше другого. Клиническое течение заболевания не имеет характерных черт, свойственных именно гонорройной инфекции. Картина заболевания может указать на несомненное воспаление этих органов, а для того чтобы установить гонорройную этиологию заболевания, необходимы бактериологические (или бактериоскопические) исследования. Во время острой стадии гонорреи эти исследования обычно дают положительный результат.

Гонорройный уретрит. Гонококковая инфекция редко минует мочеиспускательный канал женщины. Обычными симптомами являются резь и жжение при мочеиспускании, учащенные позывы, иногда чувство давления в области мочевого пузыря. Признаки уретрита резко выражены только в начале острого периода. Благодаря анатомическим особенностям женского мочеиспускательного канала (он короче, шире, более прост по строению и поэтому лучше оmyвается струей мочи, нежели мочеиспускательный канал мужчины), вышеуказанные признаки у большинства женщин исчезают уже через несколько дней. Слизистая оболочка в области наружного отверстия мочеиспускательного канала покрасневшая и отечная, несколько выпячивается, как при вывороте.

При исследовании пальцем, введенным во влагалище, стенка мочеиспускательного канала оказывается более или менее инфильтрированной. Из наружного отверстия канала уже при легком надавливании выделяется капля гноя. Однако такая картина наблюдается не всегда. Иногда с самого начала уретрит протекает вяло, как бы принимая сразу хронический характер; под влиянием половой жизни, менструации, беременности, при переутомлении клиническая картина может стать ярче.

При хроническом уретрите стенки мочеиспускательного канала уплотнены, наружное отверстие расширено, иногда в просвете имеются папилломатозные разрастания. В этих случаях необходим тщательный осмотр области наружного отверстия уретры с его парауретральными ходами, криптами и лакунами, где часто скрываются невымываемые струей мочи гонококки, которые являются причиной реинфекции и повторных рецидивов уретрита. Мочевой пузырь очень редко подвергается гонорройной инфекции, исключением является область треугольника (*trigonum Lieutaudii*). Гонорройный тригонит нередко сопровождается гонорройным уретритом.

Гонорройный эндцервицит. При остром гонорройном эндцервиците слизистая оболочка шеечного канала несколько выпячивается в просвет канала. Она резко гиперемирована, отечна, кровоточит при дотрагивании. При исследовании зеркалами вокруг наружного маточного зева обнаруживается циркулярная эрозия; но картина ее не специфична для гонококковой инфекции. Вопрос об этиологии процесса решает-

ся на основании микроскопического исследования шеечного секрета. И все же клиническое течения эндоцервицита позволяет в некоторых случаях почти безошибочно распознать гоноррею: так, например, если эндоцервицит возник без того, чтобы ему предшествовала травма (зондирование, расширение шеечного канала, выскабливание матки), можно с большой долей уверенности думать о гоноррее. Гонорройный эндоцервицит, как правило, болей не вызывает и лишь в редких случаях больные жалуются на тупые боли в области крестца. Обычны жалобы на выделения. В острых случаях гонорреи при осмотре шейки в зеркалах видны слизистогнойные выделения из наружного маточного зева и, как уже было указано, эрозия вокруг него. Эта эрозия со временем может уменьшиться или принять распылчатую форму. В хронических случаях на влагалищной части матки часто развивается фолликулярная эрозия, вся шейка уплотнения и становится регидной. Количество выделений в хронической стадии заболевания может уменьшиться вследствие сдавления желез шейки матки инфильтратом, но даже скудные и прозрачные выделения могут поддерживать существование эрозии.

Первичная локализация воспалительного процесса в уретре или в шейке матки зависит от ряда причин. Если первое половое сношение является источником инфекции, то поражается главным образом уретра; если же заболевание возникает у рожавшей женщины с широким преддверием влагалища и зияющим маточным зевом, мочеиспускательный канал может вначале остаться неповрежденным, а содержащая гонококков сперма может непосредственно попасть в шеечный канал и вызвать воспалительный процесс его слизистой. Первичное поражение уретры или шейки зависит не только от состояния половых органов женщины, но и от стадии гонорреи мужчины. При острой стадии гонорреи мужчины и наличии у него течи инфекция прежде всего попадает на отверстие уретры женщины, а при хронической гоноррее, когда течи нет и гонококки выделяются только со спермой, они могут попасть непосредственно в шеечный канал, где находят благоприятные условия для своего развития. При развитии же гонорройного заболевания поражается весь нижний отдел мочеполовых органов, независимо от того, была ли инфицирована сначала уретра или шейка матки.

Гонорройный проктит. Эта форма заболевания имеет важное значение потому, что, не вызывая жалоб, не распознается и в связи с этим не проводится соответствующее лечение. Гонорройный проктит служит поэтому частым источником рецидивов гонорройного поражения мочеполовых органов женщины. Иногда в острой стадии гонорройного процесса прямой кишки женщина жалуется на жжение, зуд и ощущение жара в области заднего прохода, усиление и учащение позывов к дефекации, изредка на боли при испражнении. Субъективные признаки вскоре проходят и, если не будет проведено лечение, процесс переходит в хроническую стадию. Иногда при осмотре обнаруживают ссадины и экзематозные изменения вокруг заднего прохода; испражнения в ряде случаев покрыты слизистогнойными выделениями.

Гонорройный вульвит. Как первичная локализация воспалительного процесса гонорройный вульвит встречается только у девочек; у женщин он возникает вторично. В острой стадии отмечается отечность и припухлость всей вульвы, кожа которой покрыта липким отделяемым. Внутренние поверхности больших срамных губ, малые губы и слизистая оболочка влагалища гиперемированы сплошь или на отдельных участках. Пораженные ткани болезненны при дотрагивании; на них

легко образуются эрозии и трещины. Паховые лимфатические узлы часто увеличены. Больные жалуются на липкие бели, жжение и зуд, иногда на боли, усиливающиеся при ходьбе. При лечении все явления быстро проходят.

При хроническом вульвите на внутренних поверхностях малых губ или между клитором и уретрой имеются ограниченные участки покраснения слизистой оболочки. Точечные покраснения соответствуют воспаленным отверстиям выводных протоков мелких желез преддверия влагалища.

Гонорройный бартолинит. Бартолинит обычно является вторичной локализацией гонорройной инфекции; гонококк попадает в отверстие выводного протока бартолиновой железы и вызывает воспалительный процесс протока, выводное отверстие которого закупоривается, а проток заполняется патологическим секретом. На месте протока прощупывается флюктуирующая опухоль, болезненная при пальпации. При движениях больной боль усиливается. Если эта опухоль нагноится, то образуется абсцесс, который носит название ложного абсцесса бартолиновой железы; температура повышается; в нижней трети вульвы на соответствующей стороне, реже на обеих, определяется крайне болезненная опухоль, которая иногда выпячивает внутреннюю поверхность (реже наружную) большой срамной губы. Кожа над опухолью краснеет, становится отечной, но остается подвижной.

Если к гонококковой инфекции присоединяются гноеродные микроорганизмы, то может нагноиться и сама бартолинова железа и окружающая ее клетчатка—это уже будет истинный абсцесс. При истинном абсцессе бартолиновой железы отек и инфильтрация усиливаются и распространяются на всю соответствующую половину вульвы. Боли не утихают ни днем, ни ночью и проходят лишь после самопроизвольного или искусственного вскрытия абсцесса. На месте вскрывшегося абсцесса может остаться свищевой ход.

Часто бартолинит принимает хроническое течение, причем нередко наблюдаются повторные обострения. В результате воспаления может возникнуть ретенционная киста.

Гонорройный кольпит. Различают первичное и вторичное поражение влагалища. Первичный вагинит является характерной локализацией гонорройного воспалительного процесса у девочек. Он очень редко наблюдается у взрослых женщин и то лишь при особых условиях, например, при беременности.

Возникновению вторичного гонорройного вагинита благоприятствует мацерация слизистой оболочки влагалища обильными выделениями при эндоцервиците и изменение флоры влагалища. В противоположность этому общепринятому мнению Н. З. Иванов считал на основании микроскопического исследования кусочков, взятых из стенки влагалища у женщин, страдавших гонорреей в острой или хронической стадии, что первичный гонорройный вагинит наблюдается и у взрослых женщин.

В острой стадии первичного или вторичного вагинита женщины жалуются на обильные, гнойные, разъедающие, желтые выделения из влагалища, иногда на жжение и ощущение напряженности во влагалище. Слизистая оболочка влагалища значительно гиперемирована, покрыта гнойным налетом; при исследовании пальцем ощущается отечность и шероховатость. На второй неделе процесс начинает стихать, количество выделений уменьшается, они становятся слизисто-гнойными, жжение и боль проходят.

Хроническая стадия гонорреи нижнего отдела мочеполовых органов. При переходе острой стадии гонорреи через подострую в хроническую

проявления инфекции (как в субъективном отношении, так и при объективном обследовании больной) становятся менее выраженными. Инфекция гнездится главным образом в вестибулярных железах, парауретральных ходах, выводных протоках бартолиновой железы и особенно в железах слизистой оболочки канала шейки матки.

Выявление гонококков в хронической стадии заболевания обычно представляет трудности, так как они располагаются в глубине тканей и их удается обнаружить главным образом при помощи одного из методов провокации или путем посева.

Как мы уже говорили, кроме хронической формы гонорреи, имеется еще и так называемая латентная форма, протекающая совершенно без всяких симптомов. При этой форме очаги, в которых гнездятся гонококки, могут находиться в любом участке мочеполовых органов, но наиболее излюбленным местом являются железы слизистой оболочки шейки матки.

Распознавание гонорреи нижнего отдела мочеполовых органов и прямой кишки

Основной задачей является определение гоноррейной этиологии заболевания. Необходимо также установить: 1) больна ли женщина открытой формой гонорреи, т. е. имеются ли у нее в выделениях гонококки, которые при контакте с другим лицом могут вызвать у него заболевание; 2) ограничен ли процесс нижним отделом или он уже распространился за внутренний маточный зев (восходящая гоноррея); 3) можно ли считать женщину, перенесшую гоноррею, свободной от гоноррейной инфекции (определение излеченности). Что касается первого вопроса, то его можно решить только на основании микроскопического исследования выделений, полученных из мочеиспускательного канала, из канала шейки матки, прямой кишки, парауретральных ходов, выводных протоков бартолиновых желез и т. д. Если гонококк будет обнаружен, это будет доказательством (документацией) гоноррейной этиологии заболевания. При отрицательном результате исследование следует повторить, так как даже в острой стадии заболевания далеко не всегда при первом исследовании удастся обнаружить гонококка.

Техника взятия и окрашивания мазков, взятых из мочеиспускательного канала и из канала шейки матки. Перед взятием выделений из мочеиспускательного канала больная не должна мочиться по крайней мере 1—2 часа. Наружные половые органы должны быть очищены от выделений марлевым или ватным тампоном (сухим, а если выделения густые, то тампон надо смочить 2—4% раствором борной кислоты или раствором сулемы). Двумя пальцами левой руки раскрывают половую щель, обнажают наружное отверстие мочеиспускательного канала и новым тампоном повторно очищают его от выделений.

При остром уретрите отделяемое для микроскопического исследования можно получить следующим образом: во влагалище вводят указательный палец правой руки и слегка выдавливают из уретры ее содержимое; первую каплю гноя удаляют, а для исследования берут вторую каплю. При хроническом уретрите в уретре имеется мало выделений, поэтому рекомендуется пальцем, введенным во влагалище, промассировать сначала мочеиспускательный канал, а затем ввести в канал платиновую петлю или узкую тупую ложечку (можно желобоватый зонд) и, извлекая инструмент, снять со слизистой оболочки канала ее отделяемое.

Чтобы получить мазок из шейки матки, вводят во влагалище зеркала, обнажают наружный маточный зев, очищают его от выделений тампоном, смоченным спиртом, и, протерев затем досуха, вводят в нижний отдел шеечного канала стерильный инструмент (платиновую петлю, тупую ложечку, желобоватый зонд), которым берут мазок. Мазки надо брать не только из уретры и шеечного канала, но и из прямой кишки (см. ниже). Во время маточных кровотечений мазков брать не следует. Мазки, повторяем, надо брать обязательно со слизистой оболочки, конечно, это не значит, что надо соскабливать поверхностный слой слизистой, так как таким грубым способом можно вызвать распространение воспалительного процесса в глубину и за пределы его локализации. Важно не только правильно взять материал для исследования, но и умело размазать каплю на стекле. Г. А. Бакшт и А. И. Петченко, придавая большое значение цитологической картине мазка при диагнозе гонорреи, рекомендуют размазывать каплю гноя концом петли, так как при размазывании капли ребром петли растираются форменные элементы. При амбулаторном обследовании, когда желательнее получить как можно скорее хотя бы ориентировочный ответ, можно приготовить для препарата одно стекло для окрашивания метиленовой синькой, другое для окраски по Граму. Если при эндоцервиците обнаружить гонококка в выделениях из шейки не удастся, а в выделениях из уретры он найден, специфичность эндоцервицита не должна вызывать сомнения.

На основании изучения бактериоскопической и цитологической картины мазков из уретры и шеечного канала при воспалительных заболеваниях женских половых органов, в частности, при гоноррее, Г. А. Бакшт предложил следующую схему.

Картина 1 (K_1)—обилие сегментированных лейкоцитов, небольшое количество «гибнущих» лейкоцитов, утративших оболочку и часть протоплазмы, но сохранивших ядра и свое сегментарное строение; гонококки в большем или меньшем количестве, другая флора отсутствует.

Картина 2 (K_2)—та же цитологическая картина, но без наличия гонококков. Картина подозрительная своей чистотой, т. е. отсутствием посторонней флоры, которая, вероятно, вытеснена необнаруженным, но, очевидно, участвующим в процессе гонококком. Картина 2 характерна для скрытой гонорреи и требует повторных исследований после менструации и провокации.

Картина 3 (K_3) резко отличается от двух первых характером лейкоцитов: ядра утратили свой сегментарный характер и приняли неопределенное очертание, граница между ядром и протоплазмой смазана; сегментированные лейкоциты встречаются редко. Обильная флора мазка из шеечного канала (кокки, бациллы, палочковидные формы) напоминают третью и четвертую степень чистоты влагалищной флоры. Картина 3 для гонорреи не характерна, а при имеющейся гоноррее может служить признаком начавшегося выздоровления. Эта картина все же не дает права отрицать наличие гонорреи; в сочетании же с отрицательной реакцией при введении гоновакцины и высоким лейкоцитозом крови можно со значительной долей уверенности считать заболевание негонорройным.

Изучая цитологию мазков, А. И. Петченко (см. литературу) наблюдал, что в период обострения гонорреи в мазке обнаруживается до 70% свежих нейтрофилов, дегенеративные формы составляют меньшинство; в течение этого периода часто не удается обнаружить гонококков. После того как острые явления стихнут, количество свежих и дегенеративных нейтрофилов становится приблизительно равным, в мазках легко обнаружи-

вается гонококк. По окончании инфекционного периода, при переходе гонорройного процесса в постгонорройный катарр шейки матки количество свежих нейтрофилов резко уменьшается и появляется посторонняя флора.

Не придавая решающего значения цитобактериоскопическим картинам при диагностике гонорреи, надо все же согласиться с Г. А. Бакштом, что они являются вспомогательным и ориентировочным средством для выявления гонорройной этиологии воспалительных процессов женских половых органов.

Для распознавания гонорройного проктита приходится прибегнуть к бактериоскопическому исследованию отделяемого прямой кишки. Для его получения была предложена специальная тупая ложечка. К отделяемому, полученному с помощью этой ложечки, часто примешивается кал, поэтому лучше пользоваться методом А. Г. Кана. В прямую кишку вводят на глубину в 3—4 см стеклянный (клизирный) наконечник с широким центральным отверстием. Из кружки Эсмарха или из резиновой груши вливают 50—80 мл теплого физиологического раствора. К наружному концу наконечника подставляют прокипяченный стакан; наконечник отводят, жидкость, содержащая отмытые от стенок прямой кишки продукты воспаления—гноя и слизи, вытекает через трубочку в стакан. Из промывной жидкости вылавливают комочки мутной слизи и кладут их на предметное стекло.

Мазки можно приготовить двумя способами: 1) стекло с отделяемым окрашивают эозином и синькой (ориентировочный препарат, одновременно выявляющий и эозинофилов); 2) препарат окрашивают по Граму.

Мазки высушивают сначала на воздухе, а затем над спиртовой горелкой (стекло быстрым движением проводят 3 раза над пламенем). Мазки, зафиксированные таким образом, сохраняются в неизменном виде довольно долго.

При хронических процессах, особенно при рецидивирующей гоноррее, большое значение имеет бактериоскопическое исследование отделяемого из парауретральных ходов, находящихся в задней стенке мочеиспускательного канала, из лакун и крипт, расположенных вокруг наружного отверстия канала, а также отделяемого из выводных протоков бартолиновой железы. Отрицательный бактериоскопический анализ на гонококков может стать положительным при применении одного из видов провокации.

Пр о в о к а ц и я. Естественной провокацией является менструация, поэтому следует брать мазки в предменструальные дни, когда гиперемия и разрыхление тканей способствуют усилению трансудации и вымыванию гонококков на поверхность слизистой оболочки.

Надо упомянуть, что некоторые клиницисты рекомендуют во время менструации брать ежедневно мазки, так как в этот период чаще удается обнаружить гонококков.

Местное воздействие при искусственной провокации может быть механическим, термическим и химическим. Наиболее распространено химическое воздействие; для этой провокации предложены: 1% раствор азотнокислого серебра, 5% раствор протаргола, 25% раствор Люголя, 10% раствор перекиси водорода. В пене, образующейся при смачивании шейки матки перекисью водорода, можно обнаружить гонококков, иногда даже после того, как выделения высохнут.

Для термической провокации были предложены термические бужи, горячие спринцевания, поясные (сидячие) ванны, диатермия (И. И. Фейгель применял двухчасовую диатермию и получил большее количество

положительных анализов на гонококков, чем при обычном методе диагностики).

Для фототактической провокации применяется лампа Ландекера. Если имеется гонококковый процесс, то после 30-минутного освещения в выделениях из шейки появляется огромное количество лейкоцитов, а при следующем облучении—и гонококки. При негонорройном процессе большое количество лейкоцитов держится недолго, выделения становятся серозными и затем совсем исчезают.

Применение лампы Ландекера с провокационной целью дало 37% положительных результатов при латентной гоноррее (В. А. Полубинский). Этот же автор сообщает о более высоком проценте (55) выявления гонококков при интрацервикальной провокации цинковым ионофорезом.

К методам общей провокации относится алиментарная провокация, т. е. употребление острых, раздражающих слизистую оболочку веществ (селетка, пиво). Кушнер рекомендует следующий комбинированный метод провокации: большой внутримышечно вводят 40 млн. убитых гонококков, а шейку матки и уретру смазывают раствором следующего состава: йода 1 г; иодистого калия 2 г; глицерина 100 г; кроме этого, больной дают селедку и пиво. Затем в течение 3—5 дней исследуют отделяемое уретры и шейки матки.

Вакцинация способствует вымыванию гонококков на поверхность и вызывает очаговую реакцию.

Методы провокации несомненно способствуют выявлению гонококков в большом проценте сомнительных случаев (по данным А. И. Петченко, даже в 47%). Ряд авторов (И. Г. Бурлаков, А. С. Жарковская, А. И. Дмитриев, А. Э. Мандельштам, С. М. Беккер и др.) считает, что лучшим методом вакцинодиагностики является внутрикожный, а особенно регионарный интрамукозный (в слизистую оболочку шейки матки). Этот метод горячо рекомендуют А. И. Петченко, И. Г. Бурлаков и др. при хронической гоноррее, как с диагностической, так и с лечебной целью, главным образом при восходящей гоноррее (см. ниже). Анализируя результаты вакцинодиагностики гонорреи, А. И. Петченко приходит к следующим выводам: 1) вакцинодиагностика является одним из основных клинических методов диагностики гонорреи в инфекционной стадии (регионарный метод) или в постинфекционной (кожный метод); 2) наличие триады (положительная реакция на введение вакцины, картина 2 в мазках, сочетание ускоренной РОЭ с нормальным лейкоцитозом) позволяет поставить диагноз гонорреи почти со стопроцентной уверенностью; в практике гинеколога эта триада настолько убедительна, что может служить основанием для специфической терапии; 3) сочетание положительной реакции с характерной для гонорреи картиной крови позволяет ставить предварительный диагноз в тех случаях, когда вследствие слабости больной или имеющегося кровотечения невозможно взять мазки.

Впрыскивание гоновакцины в слизистую оболочку шейки матки часто сопровождается сильной реакцией, иногда наступающей уже через 10—20 минут и выражающейся в потрясающем ознобе, общем плохом самочувствии, головной боли, тошноте, рвоте, явлениях со стороны кишечника. Такое состояние может держаться в течение нескольких дней. Поэтому ни в коем случае нельзя применять этот метод в условиях амбулатории или женской консультации.

Тот факт, что среди женщин, страдающих воспалительными процессами, некоторые болели гонорреей, заставляет всегда думать о возможности такой этиологии. Поэтому, выслушивая жалобы

больной, врач должен обратить внимание на дизурические явления (жжение, резь, учащенные позывы к мочеиспусканию), а также на наличие выделений (бели), которых прежде у больной не было, на то, что имевшиеся выделения стали обильнее, приобрели слизисто-гнойный характер и желтоватый или зеленоватый цвет. Следует также уточнить, чувствует ли больная резь и жжение только во время мочеиспускания или вне связи с ним, а из-за обильных, пенистых, разъедающих выделений, характерных для трихомонадного кольпита, который иногда сочетается с гонорройной инфекцией.

Данные объективного обследования мочеполовых органов усиливают и подкрепляют подозрение на наличие гонорреи, но решает вопрос опять-таки бактериоскопическое исследование. В условиях работы на участке врач должен установить связь с ближайшей лабораторией и организовать пересылку в лабораторию стекол с мазками для бактериоскопических анализов. Если имеется сильное подозрение на гонококковую инфекцию, а повторные анализы дают отрицательный результат, необходимы дополнительные исследования: посев выделений или серологический анализ.

Посев выделений. Для того чтобы отличить гонококка от других, морфологически с ним сходных грамотрицательных диплококков, например, менингококка, катаррального микрококка, надо получить культуру гонококка. Для этого прибегают к бактериологическому исследованию путем посевов на соответствующих питательных средах.

Для выращивания культуры гонококков пользуются питательными средами, содержащими нативный животный блок, как, например, сыворотка крови человека, асцитическая жидкость и др. В лабораторной практике для культивирования гонококков обычно применяют асцит-агар или асцит-бульон с рН = 7,4—7,5. На простом агаре в отличие от других кокков гонококки не размножаются.

Методика исследования: материал, взятый из пораженных очагов стерильной платиновой петлей, переносят с соблюдением правил лабораторной техники на поверхность асцит-агара, в асцит-бульон, в пробирки с простым агаром и с простым бульоном (т. е. без асцитической жидкости). Все пробирки помещают в термостат и сохраняют в нем при температуре 37—37,2°. Колонии гонококков имеют вид мелких точечных возвышений, слегка мутноватых или совершенно прозрачных, напоминающих росинки. В асцит-бульоне гонококки развиваются преимущественно на дне пробирки и дают слегка сероватого цвета осадок. В некоторых лабораториях пользуются и биохимическими тестами (А. Г. Кан).

Сообщить больной о имеющемся у нее гонорройном заболевании врач может лишь тогда, когда он будет в этом уверен. Каждый участковый врач должен прежде всего обстоятельно обследовать больную и только в случае сомнения направить ее в венерологический диспансер.

ВОСХОДЯЩАЯ ГОНОРРЕЯ

Распространение гонорройного воспалительного процесса за пределы внутреннего маточного зева (восходящая гоноррея) означает резкий поворот в развитии болезни и ее клинической картине. Заболевание, сопровождавшееся лишь незначительными жалобами, особенно при локализации процесса только в шейке матки, переходит в тяжелое страдание (боли, лихорадочное состояние, нарушение менструальной функции и пр.) и ухушает прогноз главным образом в отношении детородной функции.

Что касается распознавания восходящей формы гонорреи, то в острой стадии диагностика облегчается при анализе клинической картины болезни. Во многих случаях диагноз возможен и без соответствующих лабораторных исследований. Так, например, достаточным доказательством восходящей гонорреи является характерная для этой формы клиническая картина—явления «острого живота»,—подкрепленная сведениями о том, что в выделениях больной в свое время были обнаружены гонококки. Можно быть уверенным в гонорройной этиологии заболевания при возникновении характерной клинической картины также у женщины, муж которой болеет или болел открытой формой гонорреи. Восходящая гоноррея иногда непосредственно следует за воспалением нижнего отдела мочеполовых органов женщины, но нередко между этими периодами проходят месяцы и даже годы. Толчком к возникновению восходящей гонорреи может явиться нарушение гигиены менструального периода, эксцессы в половой жизни, применение таких противозачаточных средств, как внутриматочные смазывания и впрыскивания, аборт и др. Несомненно, что смазывания слизистой оболочки шеечного канала дезинфицирующими средствами или введение их в полость матки с целью лечения при острой гоноррее нижнего отдела может способствовать возникновению восходящей гонорреи.

Гонорройный эндометрит. Гонорройная инфекция тела матки возникает, как правило, при распространении процесса из шейки матки. Если на самоизлечение гонорройного эндометрита рассчитывать нельзя, то возможность самоизлечения гонорройного эндометрита вполне реальна: гонококки, проникшие в полость матки, размножаются главным образом по поверхности слизистой оболочки матки и проникают между цилиндрическими клетками эпителия в подэпителиальный слой эндометрия, где очень быстро скопляются лейкоциты, которые выходят отсюда на поверхность слизистой оболочки. При этом процессе поверхностный эпителий местами отторгается. Железы и более глубокие слои стромы остаются свободными от гонококков (в лимфатических сосудах можно видеть кое-где скопления лейкоцитов). В таком виде слизистая оболочка матки остается до наступления менструации, а во время нее воспалительные очаги, расположенные в поверхностных слоях эндометрия, отторгаются вместе с его функциональным слоем, в результате чего становится возможным самоизлечение. Но, повидимому, это происходит не всегда после первого менструального цикла, так как нередко после окончания менструации в базальном слое эндометрия можно обнаружить скопления лейкоцитов и базальных клеток, свидетельствующих о поражении глубоких слоев слизистой оболочки матки специфическим процессом.

Восходящая гоноррея в большинстве случаев не органичивается полостью матки, а распространяется на маточные трубы и сопровождается при этом обычно столь бурными перитонеальными явлениями, что мало опытный врач может предположить наличие разлитого перитонита.

Гонорройный сальпингит. При гонорройном поражении маточных труб обычно в процесс вовлекаются обе трубы. Прежде всего возникает гиперемия, отек, обе трубы увеличиваются. Воспалительный процесс вызывает в их слизистой оболочке утолщение складок, особенно многочисленных в ампулярной части трубы. Вначале серозное, а затем гнойное отделяемое вытекает из еще открытого абдоминального конца трубы и в процесс вовлекается тазовая брюшина, прилежащая к трубе. В результате этого абдоминальное отверстие трубы закрывается. Воспаление брюшины, как правило, ограничивается областью таза. Очень

узкий маточный конец трубы вследствие воспалительного отека и инфильтрации стенок трубы также становится непроходимым.

При благоприятном течении инфекции и своевременно начатом лечении продукты воспаления рассасываются, и процесс может закончиться

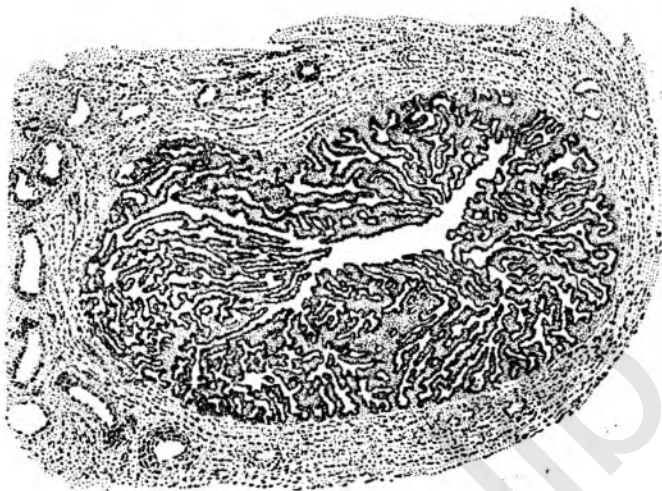


Рис. 20. Нормальная слизистая маточной трубы на поперечном разрезе. }

полным выздоровлением (восстановление просвета маточной трубы и ее нормальной функции) (рис. 20).

В случае дальнейшего развития процесса воспалительная инфильтрация стенок трубы постепенно распространяется вглубь, складки сли-

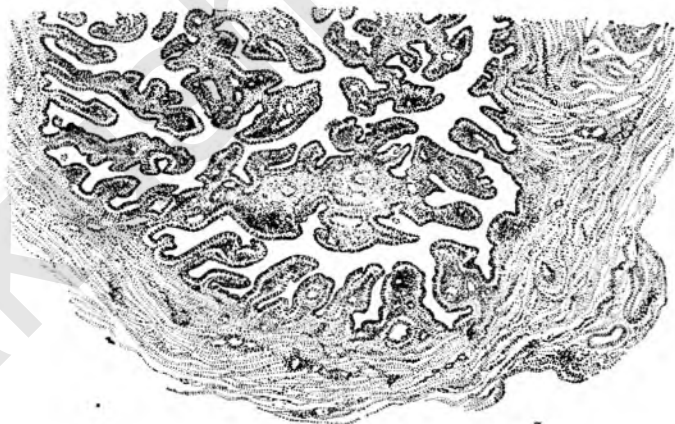


Рис. 21. Микроскопическая картина гонорройного эндосальпингита при наличии воспалительных инфильтратов в мышечной оболочке маточной трубы [Букура (С. Bucura)].

зистой оболочки утолщаются и приобретают колбасовидную форму (рис. 21 и 22). Эпителий, покрывающий верхушки складок слизистой оболочки маточной трубы, слущивается, верхушки складок, лишенные эпителиального покрова, слипаются и срстаются. В результате могут возникнуть

замкнутые полости с гнойным содержимым—пиосальпинкс. Пиосальпинкс часто принимает характерную форму реторты, срастается с сальником, мочевым пузырем, петлями кишок. В подобных случаях иногда происходит прорыв гнойного содержимого опухоли в полые органы, которые таким образом инфицируются. В результате могут образоваться незаживающие свищевые ходы.

Особенно тяжелые последствия вызывает прорыв пиосальпинкса в свободную брюшную полость, что, к счастью, бывает очень редко и лишь при особых обстоятельствах, например, при том или ином виде травматического повреждения, к которому надо отнести и половой экспесс.

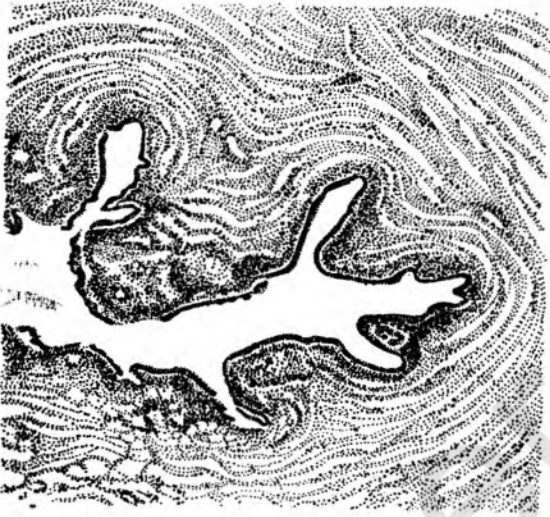


Рис. 22. То же при большом увеличении (см. рис. 21). Эндосальпингит, местами имеется дефект эпителиальных клеток. Подэпителиальные клеточные элементы проникают в мышечную оболочку маточной трубы [Букура (С. Висига)].

Гонорройная инфекция может проникнуть по лимфатическим путям в околоматочную клетчатку и вызвать ее воспаление. Подобное осложнение наблюдается главным образом при смешанной инфекции.

Образование замкнутого гнойника маточной трубы (пиосальпинкса) иногда ведет к ликвидации инфекционного процесса: гонококки погибают, содержимое гнойника становится стерильным и постепенно рассасывается; инфильтрация стенок маточной трубы также может рассосаться, но в большинстве случаев мешчатая опухоль полностью не исчезает, а остается в виде сактосальпинкса. Последний

при сохранившейся местами слизистой оболочке трубы и продолжающейся в ней секреции может превратиться в гидросальпинкс.

Гонорройный оофорит. При гонорройном процессе тазовой брюшины часто в воспалительную опухоль придатков матки вовлекается и яичник. Процесс может непосредственно перейти на корковый слой яичника, но может распространиться на яичник из матки и труб по лимфатическим путям.

Воспалительный процесс влечет изменения различной тяжести: в силу первоначальной гиперемии он может ускорить созревание фолликулов и вызвать явления полигиперменорреи. При дальнейшем развитии заболевания может возникнуть нагноение, абсцессы, разрушение яичниковой ткани с ее фолликулярным аппаратом. Если корковый слой обоих яичников подвергся разрушению в своей значительной части, может наступить гипоменоррея или аменоррея—в качестве временного или постоянного состояния. Если к гонококкам присоединяются и другие патогенные микроорганизмы (смешанная инфекция при воспалительном процессе наблюдается в 40—55% по С. М. Беккеру, в 31—48% по В. А. Полубинскому и С. Сазонову), но воспалительный процесс чаще может привести к образованию абсцесса и полному разрушению яичниковой ткани.

В острой стадии гонорреи распознавание специфического характера воспаления облегчается наличием гонококка в отделяемом из уретры, канала шейки матки и прочих очагов локализации «открытой» формы заболевания. За гонорройную этиологию воспаления может до некоторой степени говорить быстрое распространение процесса на придатки с обеих сторон, особенно в тех случаях, когда при двуручном гинекологическом исследовании обнаруживаются утолщения в области истмической части маточных труб. Лихорадка редко сопровождается ознобом; он появляется при образовании гнойников. Пульс обычно ритмичный, ускорен соответственно температуре тела. Лейкоцитоз повышен; РОЭ ускорена. Иногда наблюдается тошнота и рвота, но они не бывают длительными.

Путем наружного исследования живота у большинства больных обнаруживается некоторое напряжение прямых мышц в нижней части живота (стойкой контрактуры не наблюдается) и симптом Щеткина-Блюмберга.

С помощью двуручного исследования выявляются признаки воспаления нижнего отдела мочеполового тракта. С обеих сторон матки определяются воспалительные опухоли ее придатков. Величина этих опухолей имеет лишь относительное значение для оценки тяжести заболевания: нам, как и многим авторам, приходилось наблюдать большие воспалительные опухоли, не вызывавшие резких болей, и, наоборот, гонорройный сальпингит может сопровождаться значительными болями, а при исследовании обнаруживается небольшая опухоль. Надо думать, что воспалительные опухоли остаются небольшими в тех случаях, когда абдоминальное отверстие трубы рано закрывается, непосредственное поступление содержимого трубы из него в брюшную полость прекращается и новые воспалительные очаги в тазу не развиваются.

Воспалительные опухоли придатков обычно неподвижны и очень болезненны при пальпации. Контуры опухоли, особенно верхние ее границы, неясно очерчены вследствие образовавшихся сращений с другими органами. Во многих случаях эти опухоли располагаются позади матки и лучше контурируются со стороны или задне-боковых сводов влагалища, или прямой кишки. Если опухоль лежит впереди, она может занять пузырно-маточное пространство, тогда она определяется со стороны переднего или передне-бокового влагалищного свода.

При прорыве пиосальпинкса в мочевой пузырь гной появляется в моче в большом количестве.

Д и ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а. Как уже указывалось, острая форма восходящей гонорреи часто сопровождается столь бурными перитонеальными явлениями, что у врача может возникнуть подозрение на наличие разлитого перитонита, между тем в клинической картине имеются существенные различия.

Приводим дифференциально-диагностические различия между разлитым перитонитом (непуэрпериального происхождения) и тазовым перитонитом (гонорройного происхождения). (см. табл. на стр. 86).

Д и ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а м е ж д у г о н о к к о в ы м п е р и т о н и т о м и о с т р ы м а п п е н д и ц и т о м. Острый аппендицит, нередко сочетающийся с гонорройного и негонорройного происхождения воспалением внутренних женских половых органов, характеризуется внезапной коликообразной болью, тошнотой, рвотой. В анамнезе нередко имеются указания на уже бывшие приступы. В острой стадии боль наступает внезапно и распространяется по всему животу, а позже локализуется в нижнем правом квадранте и сопровождается повышенной

Разлитой перитонит	Газовый перитонит
<p>Общее состояние плохое, резкий упадок сил, лицо бледное, взгляд выражает беспокойство, страх смерти, глаза впавшие</p>	<p>Общее состояние нетяжелое, бледности нет (при высокой температуре лицо может быть порозовевшим), глаза не запавшие</p>
<p>Пульс частый, не соответствует температуре. Быстрое падение кровяного давления</p>	<p>Пульс учащен, соответствует температуре. Падения кровяного давления не наблюдается</p>
<p>Мучительная тошнота, рвота, икота</p>	<p>Умеренная тошнота; рвоты и икоты нет</p>
<p>Постоянные, постепенно нарастающие боли во всем животе, резко усиливающиеся при малейшем движении больной в постели</p>	<p>Резкие коликообразные боли во всем животе имеются только в начале заболевания, затем боли ослабевают и сосредоточиваются внизу живота</p>
<p>Вздутие живота и напряжение прямых мышц (контрактура). Весь живот резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный; при наружном исследовании контуры воспалительной опухоли не определяются</p>	<p>Вздутие живота и напряжение прямых мышц выражены слабо и имеются только внизу живота. При наружном исследовании намечаются контуры воспалительной опухоли</p>
<p>При большом выпоте в отлогих местах живота имеется притупление, проясняющееся при перемене положения больной</p>	<p>Этого признака нет</p>
<p>Нарастающее малокровие. Иногда процент гемоглобина повышен вследствие сгущения красной крови за счет быстрого обезвоживания организма. Гиперлейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг, исчезновение эозинофилов, лимфоцитопения, весьма значительное ускорение РОЭ</p>	<p>Резкого малокровия нет. Гиперлейкоцитоза нет или он умеренный. РОЭ ускорена</p>
<p>Отхождение газов и появление стула даже при благоприятном течении заболевания наступают не скоро</p>	<p>Отхождение газов и появление стула наступают вскоре</p>

кожной чувствительностью. Для дифференциального диагноза важно, что при воспалении отростка боль при пальпации обнаруживается в илеоцекальной области, а при заболевании придатков значительно ниже— в малом тазу. При одновременном заболевании аппендицитом и аднекситом между указанными двумя зонами локализации болей остается свободное безболезненное пространство—признак, отмеченный А. П. Гридневым. При аппендиците влажная или прямокишечное исследование не обнаруживает патологических изменений в тазу и лишь иногда отмечается отечность и мягкая резистентность справа от матки. При остром аппендиците ускорение пульса—явление обычное, но значительного повышения температуры при этом может и не быть. При острой восходящей гоноррее и тазовом перитоните явления острого живота, особенно метеоризм, тошнота и рвота, стихают быстрее. При перфоративном аппендиците температура тела и лейкоцитоз выше, а РОЭ более ускорена, нежели при аппендиците, не осложненном перфорацией. Тошнота, рвота, ригидность мышц брюшной стенки также сильнее выражены при перфоративном аппендиците. Ряд авторов (Ю. Ю. Джанелидзе, А. П. Гриднев, К. Н. Рабино-

вич и др.) подчеркивает, что дифференциальный диагноз между аппендицитом и воспалением придатков матки на почве гонорреи иногда так труден, что точно устанавливается только при чревосечении.

Диагноз восходящей гонорреи, повторяем, становится яснее, если при гинекологическом исследовании обнаруживаются ясные признаки гонорреи нижнего отдела мочеполовых органов или воспалительные опухоли придатков матки.

Распознавание гонорройной этиологии в хронических случаях воспаления внутренних половых органов женщины

Диагностика может быть очень трудной, так как обнаружить гонококка в мазках при хронической гоноррее удается, согласно данным А. П. Кушелевского, лишь в 23—25%.

Из клинико-лабораторных методов исследования большое значение имеют серологические реакции. Наиболее широкое распространение получили реакции связывания комплемента (реакция Борде-Жангу) и реакции на антиген (реакция Лисовской-Фейгеля).

Реакция Борде-Жангу основана на способности гонококка вызывать в организме образование специфических антител. Поэтому при обработке сыворотки крови женщины, больной гонорреей, гонококковым антигеном происходит связывание и отклонение комплемента. Метод не свободен от недостатков: иногда даже при наличии в организме гонококка, но при слабом поступлении в кровь продуктов его жизнедеятельности (гонококкового эндотоксина) реакция может быть отрицательной. Это бывает в тех случаях, когда выделения, содержащие гонококков, свободно вытекают из очага поражения, недолго задерживаясь в организме, вследствие чего всасывание эндотоксина в кровь не происходит или оно замедляется и происходит в незначительном количестве, как, например, при неосложненном гонорройном воспалительном процессе широкой и короткой женской уретры, а иногда при эндоцервиците. Плотная капсула вокруг воспалительного очага в маточной трубе или в каком-либо ином отрезке полового тракта также может служить препятствием к всасыванию эндотоксина. Положительный результат реакции не может служить абсолютным доказательством наличия гонорреи; иногда положительная реакция наблюдалась при беременности и при других обстоятельствах.

А. Г. Кан, Б. А. Русакова, М. М. Гужанская и др. в 1—3% случаев наблюдали положительную реакцию у здоровых женщин. Наиболее раннее появление реакции большинство авторов относит к концу второй или к началу третьей недели с момента заражения, т. е. ко времени появления в крови антител. Мнения авторов относительно чувствительности реакции Борде-Жангу значительно расходятся. Так, при неосложненной гоноррее процент положительных реакций колеблется от 27 до 70. При осложненной гоноррее и наличии в организме хронического очага процент положительных реакций значительно повышается, составляя 80—90. Особенно высок этот процент в тех случаях, когда гонококк попадает в кровяное русло и дает метастазы в суставах.

Производя реакцию Борде-Жангу, необходимо соблюдать следующие условия: кровь у больной надо брать натощак; при высокой температуре брать кровь для исследования нельзя; желательно ставить реакцию с тремя антигенами; ставить реакцию у беременных надо в первую половину и лучше в первые 3 месяца беременности (А. М. Королева и А. Н. Морозова). А. П. Кушелевский указывает, что перед постановкой реакции кишечника следует очистить с помощью клизмы или слабительного;

запретить употребление спиртных напитков за 2—3 дня до взятия крови и не брать кровь у беременных при наличии повышенной температуры.

Для выполнения реакции берут из вены 5—6 мл крови. Реакция бывает более резко выраженной, если кровь получена путем скарификации шейки матки (А. Г. Кан).

И с с л е д о в а н и е н а г о н о к о к к о в ы й а н т и г е н (реакция Лисовской-Фейгеля). Эта реакция основана на том же принципе отклонения комплемента, но производится как бы в обратном порядке: вместо определенного поливалентного гонококкового антигена используют отделяемое из очага поражения (выделения из уретры или из канала шейки матки), а антителом служит сыворотка лошади, иммунизированной гонококками.

В настоящее время метод получения материала для производства реакции упрощен: на шейку матки надевают алюминиевый колпачок, в который стекает отделяемое из канала шейки матки. Затем содержимое колпачка выливают на предметное стекло, материал высушивают и подвергают серологическому исследованию. Методика приготовления антигена в лаборатории и постановка самой реакции производится по инструкции от 26/III 1951 г., утвержденной Министерством здравоохранения СССР.

По данным И. И. Фейгеля, на 855 обследований, проведенных у женщин, страдавших воспалительными заболеваниями половых органов, реакция на гонококковый антиген оказалась положительной у 702. Среди этих 855 женщин у 244 (28,55%) был обнаружен гонококк; у 29 из них (около 11%), несмотря на наличие гонококков, реакция на антиген оказалась отрицательной. Положительная реакция на антиген наблюдалась более чем в 2 раза чаще положительной реакции Борде-Жангу и почти в 3 раза чаще положительных результатов бактериоскопии.

На основании своих клинических и лабораторных исследований авторы, работавшие в этой области, приходят к заключению, что реакция на антиген, производимая с соблюдением всех деталей, представляет весьма ценное средство для диагностики женской гонорреи, особенно ее хронических и латентных форм.

Обе приведенные выше серологические реакции (Борде-Жангу и Лисовской-Фейгеля) являются весьма ценными диагностическими методами в неясных случаях. Но ни одна из этих реакций не может служить единственным критерием при окончательном решении вопроса об этиологии или активности процесса.

К л и н и ч е с к о е и с с л е д о в а н и е к р о в и при гонорройном воспалении часто показывает лишь небольшие изменения со стороны красной крови и небольшой лейкоцитоз, причем сдвиг лейкоцитарной формулы влево также невелик. Некоторые авторы считают особенностью гонорройного процесса повышение количества эозинофилов в крови, тогда как при септическом процессе их число уменьшается.

Несоответствие между значительно ускоренной РОЭ и нормальным количеством лейкоцитов характерно для острой стадии восходящей гонорреи. При затихании процесса 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 не будет характерной для гонорреи вследствие высокого лейкоцитоза и некоторого сдвига лейкоцитарной формулы влево. Как только острый период стихнет («начинающаяся стабилизация»), картина крови постепенно становится характерной.

ЛЕЧЕНИЕ

Методы лечения гонорреи излагаются на основании личного опыта и в соответствии с инструкцией¹.

Применяются различные методы и средства, способствующие повышению сопротивляемости организма в борьбе с инфекцией, созданию неблагоприятных условий для существования микробов и ликвидации гонококковой инфекции. Это достигается применением пенициллина и сульфаниламидных препаратов, специфической и неспецифической иммунотерапии, различных методов местного воздействия на пораженные органы, физиотерапии. Лечение при гоноррее нижнего отдела мочеполовых органов, несмотря на более легкое клиническое течение, не менее сложно, чем при гоноррее верхнего отдела. Восходящая гоноррея нередко является следствием неправильного лечения гонорреи нижнего отдела, что указывает на необходимость тщательного выполнения всех мероприятий при последней форме заболевания.

Существенная разница в методике лечения обуславливается стадией процесса. В острой стадии заболевания огромное значение имеет соблюдение полного покоя, особенно при локализации воспалительного процесса в бартолиновой железе или при восходящей гоноррее. Методика введения лекарственных веществ и их дозировка также не всегда одинаковы: так, например, основным методом пенициллинотерапии при гоноррее являются внутримышечные инъекции, но при наличии осумкованного очага целесообразно еще и введение пенициллина в полость гнойника после его опорожнения. Большое значение в лечении хронического эндоцервицита приобретают инъекции пенициллина в подслизистую оболочку шейного канала. При хронической гоноррее верхнего отдела половых органов целесообразно сочетать пенициллинотерапию с различными методами теплового лечения.

Пенициллинотерапия. При острой неосложненной гоноррее рекомендуется курсовая доза в 400 000 единиц, а при сочетании пенициллина с сульфаниламидами доза понижается до 300 000 единиц.

Пенициллин и сульфаниламидные препараты применяют одновременно. При восходящей гоноррее, а также при хронической гоноррее курсовая доза пенициллина должна быть не ниже 500 000—600 000 единиц.

Курсовые дозы пенициллина у детей должны быть такие же, как и у взрослых.

Пенициллин вводят разовыми дозами по 50 000 единиц с интервалами в 3 часа. В целях уменьшения количества инъекций и удлинения интервалов между ними рекомендуется вводить пенициллин с собственной кровью больной, а также и другие апробированные дюрантные препараты пенициллина.

Методика введения пенициллина с собственной кровью больной такова: 200 000 единиц пенициллина растворяют в 1 мл физиологического раствора. Раствор набирают в шприц, смешивают с 5 мл крови, добытой из локтевой вены больного, и вводят внутримышечно. Промежутки между инъекциями составляют 10—12 часов.

¹ Инструкция и схемы лечения гонорреи утверждены Министерством здравоохранения СССР 1/X 1951 г. В их составлении принимали участие профессора: П. А. Белошапко, К. Н. Жмакин, М. А. Заиграев, А. А. Лебедев, Н. М. Овчинников, И. М. Породоминский и доцент Б. Ф. Печерский, под общей редакцией А. А. Студницина—начальника отдела по борьбе с кожными и венерическими заболеваниями Министерства здравоохранения СССР.

В хронических случаях гонорреи целесообразно воспользоваться регионарным введением пенициллина в сочетании с внутримышечным. Два раза с интервалом в 3—4 часа вводят 150 000 единиц пенициллина в подслизистую шейки матки и 50 000 единиц в подслизистую уретры. Одновременно делают внутримышечно 3 инъекции пенициллина по 100 000 единиц с интервалом в 3 часа.

Противопоказаний к применению пенициллина при гоноррее не существует.

Если в воспалительном процессе женских половых органов принимает участие смешанная инфекция (гонококки и гноеродные микробы), мы не ограничиваемся дозировками, приведенными выше, и рекомендуем начинать лечение большими дозами пенициллина (по 100 000—150 000 единиц внутримышечно через каждые 3—4 часа). Таких больных обычно помещают для лечения в стационар.

Лечение сульфаниламидными препаратами. Несмотря на большие успехи пенициллинотерапии при гоноррее, применение сульфаниламидных препаратов не потеряло своего значения. В настоящее время сульфаниламидотерапия проводится главным образом при повторных курсах в тех случаях, когда первый курс пенициллинотерапии оказался безрезультатным вследствие обнаруженной пенициллиноустойчивости гонококков. Ряд авторов указывает, что комбинированная пенициллино-сульфаниламидотерапия дает лучшие результаты, чем один пенициллин. Так как сульфаниламиды обладают только бактериостатическим свойством, то, особенно при неправильной дозировке, они даже благоприятствуют переходу гонорройного процесса в латентную форму.

В начале заболевания, применяя правильную дозировку сульфаниламидного средства, можно с помощью одного этого препарата ликвидировать заболевание, но при хронической гоноррее, а также при вялом течении процесса в нижнем отделе мочеполового тракта необходимо одновременно с сульфаниламидами применять и методы, стимулирующие организм. В качестве таковых при хронической и даже подострой стадии болезни применяется аутогемотерапия. Ослабленным с пониженным содержанием гемоглобина больным назначаем повторные переливания малых доз (100—150 мл) донорской крови соответствующих групп. При локализации процесса в литреевских железах уретры, парауретральных ходах показано одновременно и местное лечебное воздействие.

При хронической гоноррее, наряду с сульфаниламидами, можно применять для стимуляции организма вместо переливания крови так называемые биогенные стимуляторы по методу акад. В. П. Филатова. С этой целью целесообразно вводить водные экстракты консервированных тканей, а также экстракты из листьев алоэ. В хронических случаях, главным образом при восходящей гоноррее, часто приходится прибегать и к специфической иммунотерапии (гонококковая вакцина).

Из всего сказанного ясно вытекает, что при восходящей гоноррее в хронической стадии, особенно при наличии воспалительных ооухолей придатков матки, при инфильтрации маточной стенки, применение одних лишь сульфаниламидов недостаточно.

В инструкции сказано: «При гонорройной инфекции применяются следующие сульфаниламидные препараты: белый стрептоцид, сульфидин, сульфазол, норсульфазол или сульфадiazин.

Белый стрептоцид назначают по 3—4 г в сутки (по 0,5 г 6—8 раз в сутки) в течение 10—12 дней.

Сульфадиазин, сульфазол, норсульфазол и сульфидин назначают в количестве 20 г в 4 дня, по 1 г 5 раз в день через каждые 4 часа с расчетом, чтобы ночной перерыв не превышал 7—8 часов. Сульфадиазин, норсульфазол и сульфазол менее токсичны, чем белый стрептоцид и сульфидин и более легко переносимые препараты».

Противопоказания к применению сульфаниламидных препаратов: 1) резко выраженные заболевания сердечно-сосудистой системы и крови; 2) активный туберкулез легких; 3) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени; 4) нефрозо-нефриты, базедова болезнь, эпилепсия и тяжелые эндокринные заболевания; 5) все виды патологической беременности, сопровождающиеся токсикозами.

Побочные явления при лечении сульфаниламидными препаратами (общая слабость, головокружение, отсутствие аппетита, небольшая головная боль) не могут препятствовать продолжению лечения этими лекарственными веществами.

При сильных головных болях, появлении рвоты, кожных высыпаниях (кореи и скарлатиноподобных, крапивнице и т. п.), при чувстве онемения в конечностях, резком учащении пульса, повышении температуры (38—39°), явлениях желтухи или цианоза лечение сульфаниламидными препаратами следует временно прекратить.

К тяжелым побочным явлениям, при которых дальнейшее лечение сульфаниламидными препаратами противопоказано, относятся невриты, агранулоцитоз и сульфгемоглобинемия.

Сульфаниламидные препараты, за исключением белого стрептоцида, обладают также склонностью вызывать камнеобразование (из кристаллов тех же препаратов) в мочевых путях.

При возникновении побочных явлений следует назначить больному обильное питье, очистительную клизму и слабительное.

После 3—4-дневного перерыва лечение сульфаниламидными препаратами можно возобновить. В этих случаях следует тщательно следить за мочой (появление белка, эритроцитов и т. п.). Если при повторном назначении препарата побочные явления возникают вновь, дальнейшее применение сульфаниламидов противопоказано.

Иммунотерапия является вспомогательным методом лечения при гоноррее и применяется лишь наряду с другими методами с целью повышения реактивной способности организма в борьбе с инфекцией. Специфическую иммунотерапию при лечении гонорреи пенициллином мы применяем лишь в хронической стадии болезни. Одним из наиболее «мягких» методов иммунотерапии, не вызывающих значительного обострения даже в подострых стадиях гонорройного воспалительного процесса женских половых органов, является аутогемотерапия. Мы видели прекрасный эффект лечения этим методом у больных, страдавших маточными кровотечениями при воспалительных процессах внутренних половых органов специфического (гонорройного) и неспецифического происхождения.

Аутогемотерапия. Согласно инструкции «кровь берут шприцем из локтевой вены больного в количестве 3—5 мл и вводят в ягодичную область. Повторные инъекции производят с промежутками в 1—2 суток. Каждую последующую дозу повышают в $1\frac{1}{2}$ —2 раза. При лечении собственной кровью больного клинические реакции (общая, температурная и очаговая) обычно отсутствуют. По своей терапевтической эффективности аутогемотерапия уступает вакцине и молоку, но в отличие от этих препаратов обладает выраженным обезболивающим действием, наступающим через 5—6 часов после инъекции».

Вакциноотерапия. В инструкции сказано: «Гоновакцина применяется поливалентная; она готовится из 8—12 штаммов. Титр изготавливаемой в СССР вакцины—от 200 млн. до 1 млрд. микробных тел в 1 мл. На каждой ампуле указаны титр и срок годности вакцины».

Реакция организма на введение вакцины тем интенсивнее, чем она свежее.

Вакцину впрыскивают внутримышечно в ягодичную область или внутрикожно.

Реакция на введение вакцины бывает общей, температурной, очаговой и местной.

Начальная доза вакцины при острой неосложненной гоноррее 250—300 млн. микробных тел. При острой осложненной гоноррее следует начинать вакцинацию с меньших доз (150—200 млн. микробных тел). При осложнениях, сопровождающихся высокой температурой, нарушением общего состояния, резкой болезненностью в пораженном органе, необходимо воздержаться от применения вакцины. Инъекции гоновакцины делают с интервалами в 1—3 дня в зависимости от реакции, а дозы увеличивают на 150—200 млн. микробных тел.

При торпидно протекающих и хронических формах гонорреи у женщин большое распространение получил способ очаговой вакцинации в подслизистую шейки матки, уретры и прямой кишки. Вакцинацию начинают с малых доз: от 40 млн. микробных тел, постепенно повышая до 150—200 млн. Этот метод вакцинации сопровождается очень бурной общей реакцией (потрясающий озноб, повышение температуры до 39° и выше, общее недомогание), которая наступает через 20—30 минут после введения вакцины; его следует применять только в условиях стационара и строго учитывать противопоказания к вакцинации.

Противопоказаниями к вакцинации являются: активный туберкулез, органические поражения сердечно-сосудистой системы, тяжелые заболевания почек и печени, истощение и тяжелая анемия.

Л а к т о т е р а п и я. Молоко готовят ех тепроге, кипятят его в колбе или пробирке 5—10 минут, остужают, набирают в шприц через иглу из глубоких слоев и вводят внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодицы. Начальная доза, в зависимости от остроты процесса, 1—2 мл. Инъекции делают через 2—4 суток, в зависимости от реакции; каждую последующую дозу увеличивают на 2—3 мл и постепенно доводят до 5—10 мл.

У больных с торпидной формой гонорреи, слабо реагирующих на вакцину и молоко, может быть с успехом применено комбинированное лечение вакциной и молоком. Обычно вакцину и молоко набирают в один шприц и впрыскивают внутримышечно. При этом начальные дозы должны быть несколько меньше соответствующих доз каждого препарата, примененного в отдельности; первоначальная доза: 1 мл молока +100 млн. микробных тел. Дальнейшее повышение дозы—в зависимости от реакции.

Молоко может быть с успехом применено в комбинации с собственной кровью больного. Смесь молока с кровью вводят в пропорции 3:1 (на 3 мл кипяченого молока 1 мл собственной крови больного).

Противопоказания к применению молока те же, что и при вакцинации.

Лечение гонорреи нижнего отдела

При этой форме гонорреи проводится лечение антибиотиками, сульфаниламидами, иммунотерапия по методике, изложенной выше. В ряде случаев целесообразно местное применение лечебных средств.

Методы местного воздействия. Эти методы являются одним из видов общей терапии. Они оказывают свое воздействие на нервнорецепторный аппарат и рефлекторно вызывают тканевую реакцию. Конечно, нельзя отрицать и непосредственного воздействия на пораженные ткани, но это отступает на второй план.

Лечение гонорройного уретрита. Лечение гонорройного уретрита в острой стадии заключается в ежедневных промываниях уретры большим количеством теплого ($38-40^{\circ}$) раствора марганцовокислого калия в концентрации 1:10 000—1:6000. Чем острее воспалительные явления, тем слабее должна быть концентрация раствора. Промывания производят в лежачем положении на гинекологическом кресле с помощью стеклянного наконечника, который вводят в уретру приблизительно на глубину 1 см. Учитывая дугообразную изогнутость уретры женщин, наконечник направляют сначала вниз, а затем прямо. Противопоказанием к промыванию является значительно выраженный воспалительный процесс в уретре, явления периуретрита, уретроцистит.

В подострой стадии после промывания уретры производят инстилляцию 1—2% раствором протаргола, 1—2% альбаргина и т. д. При хроническом гонорройном уретрите уретру смазывают 1—2% раствором азотнокислого серебра. При плотном инфильтрате производят массаж уретры с последующим смазыванием чистым ихтиолом. Манипуляции делают через день.

При наличии выделений из парауретральных ходов последние следует подвергнуть электрокоагуляции или прижиганию ляписом на тонком зонде. Техника этого приема: накаляют конец зонда и касаются им палочки ляписа; на конце зонда образуется ляписная полуда, ею и производят прижигание.

Лечение гонорройного бартолинита. Больная должна принимать ежедневно теплые сидячие ванны. В подострых и хронических случаях хороший эффект оказывает местная аутогемотерапия (область бартолиновой железы смазывают иодной настойкой и в толщину губы над и под инфильтратом вводят кровь, взятую из локтевой вены больной в количестве 1—2 мл). Процедуру проводят 2—3 раза с двухдневными интервалами.

При развившемся абсцессе бартолиновой железы производят широкий разрез по внутренней поверхности большой губы, после чего полость абсцесса рыхло тампонируют марлей. При рецидивирующем абсцессе железы показана ее экстирпация.

Лечение гонорройного эндоцервицита. Местное лечение в острой и подострой стадии сводится к применению ежедневных влагалищных ванночек с 3% раствором протаргола или альбаргина. В хронической стадии смазывают цервикальный канал раствором Люголя или же 2—5% раствором азотнокислого серебра. Смазывание канала производят через 2—5 дней. В упорных случаях эндоцервицита хороший эффект оказывает регионарное введение вакцины или собственной крови больной в шейку матки.

При наличии *ovula Nabothi* их следует вскрывать скальпелем или скарификатором или же разрушать диатермокоагуляцией или гальванокаустикой.

Лечение гонорройного проктита. Во всех стадиях заболевания назначают свечи с протарголом (по 0,02 г протаргола на свечу). В ампулу прямой кишки из спринцовки или груши вводят 5—10 мл 2—5% раствора протаргола или колларгола через день.

В затянувшихся случаях показана регионарная вакцинотерапия (начальная доза вакцины 100 млн. микробных тел), смазывание пораженных участков через ректоскоп или ректальное зеркало 1—2% раствором азотнокислого серебра через день. Трещины, экскориации прижигают 3—5% раствором азотнокислого серебра.

Лечение восходящей гонорреи (эндометрит, аднексит, пельвеоперитонит)

При острой восходящей гоноррее показано постельное содержание, свечи с белладонной; при кровотечениях—постельное содержание, внутрь 10% раствор хлористого кальция по 3—4 столовые ложки в день или внутривенно 10 мл такого же раствора, а также жидкий экстракт калины (Extr. Viburni fluidum) по 30—40 капель 3 раза в день. Одновременно применяют и аутогемотерапию.

Местное воздействие на уретру и шейку матки в острой стадии восходящей гоноррее противопоказано. Лечение при восходящем гонорройном процессе сводится к назначению пенициллина или сульфаниламидных препаратов в сочетании с иммунотерапией. В острой стадии следует применять аутогемотерапию, начиная с 5 мл. После уменьшения воспалительных явлений можно перейти к вакцинотерапии (первоначальная доза 150—200 млн. микробных тел), а затем, в случае необходимости, и к лактотерапии (1—3 мл).

Местно на живот в острой стадии—холод. В подострой стадии при отсутствии перитонеальных явлений (отрицательный симптом Блюмберга-Щеткина) холод заменяют теплом, постепенно усиливая его (согревающие компрессы, грелки). В дальнейшем переходят к физиотерапии, причем в подострой стадии предпочтительнее ионофорез хлористым кальцием, а в хронической—парафин, озокерит, ионофорез иодистым калием, диатермия. В дальнейшем при наличии остаточных явлений целесообразно грязелечение.

Следует упомянуть, что еще недавно, до широкого внедрения в медицинскую практику пенициллинотерапии, мы воздерживались при лечении женской гонорреи от применения методов иммунотерапии в острой стадии болезни и использовали ее только в хронической стадии. Исключение мы допускали только для аутогемотерапии, но и ее начинали в подострой стадии процесса. Такая осторожность необходима, чтобы максимально предупредить возможность перехода гонорреи нижнего отдела в гоноррею верхнего отдела женских половых органов (матки и маточных труб).

Лечение гонорреи во время менструации

Менструация не является противопоказанием к назначению иммуносульфаниламидо- и пенициллинотерапии, которые применяются в тех же дозах и по той схеме, что и вне менструации. С целью профилактики восходящей гонорреи назначают белладонну внутрь или в свечах. Местное лечебное воздействие во время менструации на шейку матки прекращают, а на уретру и другие органы продолжают.

Лечение гонорреи у беременных

Беременность не является противопоказанием к пенициллино- и сульфаниламидотерапии. Иммунотерапия при беременности допускается, но проводить ее следует осторожно, во избежание бурных реакций. Это достигается применением аутогемотерапии или же гоновакцины в пониженных дозах (начиная от 100—150 млн. микробных тел и постепенно повышая дозу). В первые 2—3 месяца беременности лучше обходиться без вакцинотерапии. Не разрешаются местные манипуляции, которые могут вызвать сокращение матки, например, внутришеечное смазывание и пр.

О женщинах, болевших гонорреей во время беременности, нужно сообщать в родильный дом для соответствующей изоляции, специального наблюдения за ними до и после родов и тщательного контроля за состоянием новорожденного.

Лечение гонорреи в послеродовом периоде

Иммуно-, сульфаниламидо- и пенициллинотерапия проводится обычным путем. При назначении сульфаниламидов следует тщательно следить за состоянием ребенка. В случае появления беспокойства или диспепсии у ребенка прием матерью сульфаниламидных препаратов должен быть немедленно прекращен. Местное лечение уретры и прямой кишки проводят по общим правилам, но не ранее 10 дней после родов, лечение же шейки матки—не ранее 3—4 недель после родов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Прежде всего должно быть доказано отсутствие гонококков в выделениях, добытых из мочеиспускательного канала, канала шейки матки (у беременных из влагалища), а также из всех каналов, где был обнаружен гонококк до или во время лечения.

Известны случаи, когда после 70—80 отрицательных анализов в мазках вновь обнаруживались гонококки. Данные клинического обследования и самочувствие больной еще не указывают на излечение. Даже повторные бактериоскопические исследования выделений, дающие отрицательный результат, не гарантируют исчезновения гонококков. В связи с этим для окончательного решения вопроса применяется так называемый метод провокации (см. выше).

В инструкции сказано: «К установлению излеченности следует приступить через 7 дней после окончания лечения. После обследования больной и микробиологического анализа выделений из уретры, шейки и других очагов заболевания производят комбинированную провокацию: инъекцию гоновакцины или молока в двойных терапевтических дозах, смазывание уретры раствором Люголя, а цервикального канала—3—5% раствором азотнокислого серебра. В течение 3 дней исследуют мазки из указанных выше органов. При отсутствии гонококков больную оставляют до ближайшей менструации без лечения. Во время менструации снова берут мазки, а по ее окончании необходима провокация с исследованием отделяемого в течение 3 суток. Такие обследования производят в течение 3 месяцев, после чего при благоприятных результатах клинического и лабораторного обследования больную снимают с учета.

Критерием излеченности восходящей гонорреи является отсутствие болей, нормальный менструальный цикл и отсутствие явных пальпаторных изменений со стороны внутренних половых органов.

Если при отсутствии воспалительных явлений со стороны нижнего отдела полового аппарата остались небольшие безболезненные уплотнения или спайки во внутренних гениталиях, такую больную следует считать свободной от гонорреи.

Отрицательные результаты исследования на гонококк еще не говорят о том, что дальнейшее лечение излишне, так как и после исчезновения гонококков могут остаться анатомические изменения или функциональные расстройства, требующие того или иного лечения.

Морфологический состав выделений, взятых для исследования, важен постольку, поскольку наличие в них большого количества лейкоцитов может указывать на имеющихся где-то в глубине гонококков и, следовательно, заставляет производить дальнейшие настойчивые поиски. Отсутствие лейкоцитов хотя и не говорит об излечении, но указывает на имеющуюся тенденцию к выздоровлению.

ЛИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРРЕИ У ЖЕНЩИН

Согласно инструкции, после подозрительного полового сношения рекомендуются следующие мероприятия: наружные половые части тщательно обмывают теплой водой с мылом; женщина мочится; затем производят спринцевание влагалища раствором марганцовокислого калия с последующей инстилляцией в уретру 1—2% раствора азотнокислого серебра; шейку матки и слизистую оболочку влагалища смазывают 2—3% раствором азотнокислого серебра и этим же раствором смазывают наружные половые части. Одновременно следует принять все необходимые меры для профилактики сифилиса.

ГОНОРРЕЯ ДЕВОЧЕК

Обычно девочка заражается гонорреей при контакте с больной матерью или няней, с которой спит в одной постели или пользуется общим полотенцем, губкой при туалете половых органов. Заражение может произойти и через общую ванну. Наблюдались случаи заражения гонорреей при попытке растления.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Наиболее частой локализацией воспалительного процесса при гоноррее девочек является влагалище. Можно считать доказанным, что гонококковая инфекция поражает не только вульву и влагалище, но и мочеиспускательный канал и прямую кишку. Вопрос о частоте гонорройного поражения шейки матки является спорным: по данным одних авторов, эндоцервицит у девочек встречается в виде исключения, а по данным А. Г. Кана, применявшего при исследовании особый инструмент—педокольпоскоп, это заболевание у девочек встречается в 73%. Переход гонорреи нижнего отдела в верхний бывает у девочек очень редко: процесс протекает вяло, иногда принимает хроническую форму и может проявиться в период созревания. При вульвовагинитах у девочек наблюдались такие осложнения, как офтальмобленоррея и, правда, редко, артрит.

РАСПОЗНАВАНИЕ

Гоноррея у девочек распознается теми же методами, что и у взрослых. Для бактериоскопического исследования берут мазки из уретры, влагалища и прямой кишки. Выжимать выделения из уретры надо тонким бужом, расширителем или мизинцем, введенными в прямую кишку (Г. А. Бакшт и А. И. Петченко). Для исследования выделений из влагалища С. Г. Хаскин предложил метод, аналогичный методу диагностики гонорройного воспаления прямой кишки по Глингару: влагалище промывают небольшим количеством (5 мл) физиологического раствора,

вытекающую жидкость собирают в приставленное к промежности часовое стекло; вылавливают из жидкости комочки и хлопья, переносят их на предметное стекло и соответствующим образом окрашивают для микроскопического исследования. Наиболее простым методом исследования для выявления гонорройного поражения прямой кишки является «промывной» метод, рекомендуемый А. Г. Каном: нижний отдел прямой кишки промывают физиологическим раствором, нагретым до температуры тела, посредством катетера с двойным током, из промывной жидкости пинцетом вылавливают плавающие в ней гнойно-слизистые комочки или набирают их пипеткой и переносят на предметное стекло. Если такого катетера нет, то из резинового баллона в прямую кишку вливают 30—50 мл теплого физиологического раствора, а затем в нее вводят стеклянную трубочку с центральным отверстием (клизтирный наконечник); под наружный конец трубочки подставляют простерилизованный стакан, в который собирают обратно вытекающую жидкость.

Трактовка полученных данных бактериоскопического исследования, равно как и диагностика гонорройного процесса затрудняются, если в обильном гнойном отделяемом не находят гонококков или если в скудном слизисто-гнойном отделяемом обнаруживают атипичных по форме диплококков. В таких случаях надо повторить исследование или сделать посев.

Гноевидные выделения у девочек могут быть и не гонорройного происхождения; они появляются при анемии, скрофулезе, диатезе, при глистах, а также после перенесенных инфекций, как скарлатина, корь, дифтерия, выделения могут быть вызваны неопытным содержанием наружных половых органов и мастурбацией. И все же если у девочки появляются гнойные выделения, надо настойчиво искать гонококков; если анализ даст отрицательный ответ на наличие глистов и при этом имеется эозинофилия, это также может говорить в пользу скрытой гонорреи.

ЛЕЧЕНИЕ¹

Еще недавно гоноррея девочек считалась одним из самых трудных и плохо поддающихся лечению видов инфекции. Теперь с введением пенициллинотерапии мы получили высокоэффективный метод лечения. Конечно, тонизирующие и общеукрепляющие организм ребенка средства не потеряли своего значения. Дети обычно хорошо переносят пенициллинотерапию и лишь в редких случаях в результате ее возникают побочные явления (повышение температуры, общее недомогание, дерматиты).

Весьма важными факторами при лечении являются: свежий воздух, солнце, легкая и питательная пища, забота о нормальной функции кишечника.

В острой стадии заболевания показан постельный режим и стационарное лечение. В подострой и хронической стадии лечение можно проводить амбулаторно.

Пенициллино- и сульфаниламидотерапия показала во всех стадиях заболевания. Пенициллин применяется в тех же дозах, что и у взрослых.

Сульфаниламидные препараты (сульфидин, сульфазол, норсульфазол, сульфодимезин) назначают с учетом возраста и общего состояния ребенка—

¹ Дано в соответствии с инструкцией и схемами лечения гонорреи, утвержденными Министерством здравоохранения СССР 1/X 1951 г.

по 0,1—0,15 г в сутки на 1 кг веса дробными дозами 5 раз в день с интервалами в 3 часа в течение 5 дней.

При неуспехе пенициллино- и сульфаниламидотерапии применяют гоноувакцину (начальная доза 50—100 млн. микробных тел) или молоко (начальная доза 0,5—1 мл) с последующим назначением пенициллина или сульфаниламидов.

Местное лечебное воздействие обязательно во всех стадиях заболевания, за исключением случаев, когда проводится пенициллинотерапия. При этом местное воздействие проводится лишь тогда, когда после пенициллинотерапии воспалительные явления не подверглись обратному развитию.

Местное лечебное воздействие в острой стадии заключается в теплых сидячих ванночках из отвара ромашки или раствора марганцовокислого калия (1 : 10 000) в течение 10—15 минут 2—3 раза в день. После ванночки наружные половые части следует осушить и припудрить тальком. В подострой и хронической стадии влагалище промывают через тонкий резиновый катетер раствором марганцовокислого калия с последующей инстилляцией протаргола (1—2% раствор) или азотнокислого серебра (0,25—1% раствор) в количестве 3—5 мл. Инстилляцию азотнокислым серебром производят через день. Одновременно в уретру вкапывают глазной пипеткой 3—4 капли 0,5—2% раствора протаргола или 0,25—0,5% раствора азотнокислого серебра.

При наличии проктита в прямую кишку вводят 5—10 мл 1—3% раствора протаргола или же смазывают стенки мазью Микулича.

В упорно протекающих случаях вагинита рекомендуется смазывать через уретроскопическую трубку слизистую заднего свода и по мере удаления уретроскопа слизистую остальной части влагалищной стенки раствором Люголя на глицерине, 50% ихтиол-глицерином или 10% раствором протаргола. В случае поражения шейки матки следует смазывать и ее теми же препаратами под контролем глаза.

При длительно протекающей хронической гоноррее у детей более старшего возраста можно использовать диатермию (абдоминально-сакральную), способствующую рассасыванию воспалительных инфильтратов.

КРИТЕРИЙ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Необходимы повторные лабораторные исследования мазков после провокаций.

Провокация производится комбинированно: инъекция гоноувакцины (150—200 млн. микробных тел) и смазывание влагалища и вульвы раствором Люголя; в уретру инстилляруют 2—3 капли 0,5—1% раствора азотнокислого серебра; такой же концентрации ляпис в количестве 10—15 мл вводят в прямую кишку. На 2-й, 3-й, 4-й день после провокации берут мазки из уретры, влагалища и прямой кишки. Провокация производится по одному разу в месяц в течение 3 месяцев после лечения.

При благоприятных результатах повторных исследований и отсутствии клинических признаков заболевания ребенок считается выздоровевшим и может быть допущен в детский коллектив.

ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРРЕИ У ДЕТЕЙ

Согласно инструкции, для ограждения детей от заболевания гонорреей необходимы профилактические мероприятия как в семье, так и в детских учреждениях.

Профилактика в быту сводится к следующему: дети должны спать отдельно от взрослых, иметь индивидуальную ночную посуду, а также индивидуальные губки, мочалки и полотенце для подмывания.

Профилактика в детских учреждениях состоит в том, что персонал должен приступать к работе после осмотра венерологом и в дальнейшем ежемесячно подвергаться такому осмотру. Детей также нужно осматривать перед поступлением и во время нахождения в детском учреждении. Заболевшие и подозрительные на гоноррею дети должны быть изолированы.

Индивидуальная ночная посуда в детских учреждениях обязательна. Подмывание детей производят текущей струей воды при помощи ватного тампона; ни в коем случае нельзя пользоваться при этом общими мочалками или губками. Большое значение в профилактике имеет санитарно-просветительная работа среди персонала и матерей.

ЛИТЕРАТУРА

- А р у т ю н о в В. А. Кожные и венерические болезни, Медгиз, 1948.
- А р у т ю н о в В. А. Лечение гонорреи и сифилиса пенициллином, растворенным в камполеоне. Вестник венерологии и дерматологии, 1950, № 5, стр. 52—54.
- Б а к ш т Г. А. и П е т ч е н к о А. И. Гоноррея женщины. Воронеж, 1936.
- Б а р а н о в с к а я Д. С. Частота и клиника поражения прямой кишки при женской гоноррее. Акушерство и гинекология, 1948, № 6, стр. 36—37.
- Б р а у д е И. Л. Консервативное лечение женских болезней, Медгиз, 1939.
- Б у б л и ч е н к о Л. И. К вакцинотерапии женской гонорреи. Гинекология и акушерство, 1931, № 2, стр. 187—192.
- Б у н и м о в и ч Д. И., М о н о с о в а Ф. М. и Р о с с и я н с к а я Э. Л. Предварительные данные о лечении сульфидином осложненной гонорреи у женщин. Акушерство и гинекология, 1940, № 5, стр. 34—35.
- Б у р л а к о в И. Г. О местной вакцинации при воспалительных процессах женской половой сферы. Гинекология и акушерство, 1930, № 6, стр. 465—482.
- В а с и л ь е в а-Ч е б о т а р е в а А. А. Значение гормональных факторов в женской гоноррее. Вестник венерологии и дерматологии, 1945, № 3, стр. 20—23.
- В е с е л о в а А. В. Дальнейшие наблюдения над влажным способом лечения гонорройных вагинитов. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 538—540.
- Г и л л е р с о н А. Б. Опыт пенициллинотерапии сульфамидоустойчивых форм женской гонорреи. Акушерство и гинекология, 1945, № 4, стр. 47—53.
- Г о л о т и н а Э. С., М е щ а н и н о в а Е. А., Р е з н и к о в а А. И. Действие пенициллина на гонококков, чувствительных и резистентных к сульфамидным соединениям. Вестник венерологии и дерматологии, 1949, № 1, стр. 33—35.
- Г о л о т и н а Э. С., М е щ а н и н о в а Е. А., Р е з н и к о в а А. И. К механизму действия пенициллина при гонорройной инфекции, Вестник венерологии и дерматологии, 1950, № 4, стр. 29—32.
- Г р и н е р С. А., Я к у б о в и ч Э. А., В а р ф о л о м е е в а А. А. Реакция Борде-Жангу при женской гоноррее в крови из вены и из шейки матки. Акушерство и гинекология, 1936, № 9, стр. 1090—1095.
- Г у с е в а Е. Б. Лечение женской гонорреи раствором серсбра в малых концентрациях. Акушерство и гинекология, 1939, № 2, стр. 54—57.
- Д а х ш л е г е р Е. К. Клиника гонорреи у лиц, инфицированных одним и тем же штаммом. Вестник венерологии и дерматологии, 1946, № 2, стр. 54—56.
- Д а ш к о в с к а я В. Н. Гистопатология гонорройных эндоцервицитов, леченных электрокоагуляцией. Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 48—53.
- Д е г т я р ь А. Я. и Д о м б р о в с к а я Б. Р. Изменение морфологии гноя и крови при женской гоноррее. Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 94—96.
- Д е м б с к а я В. Е. Теоретические обоснования для применения стрептоцида при женской гоноррее. Акушерство и гинекология, 1939, № 10, стр. 17—21.
- Д е м б с к а я В. Е. Женская гоноррея и специфические методы лечения, Изд. «Практическая медицина», 1926.
- Д м и т р и е в А. И. и К а н а А. Г. Лечение гонорреи стрептоцидом, Медгиз, 1939.
- Д м и т р и е в А. И. Химиотерапия гонорреи, Медгиз, М., 1940.

- Д у б н о в М. В. Диагностика и лечение женской гонорреи. Акушерство и гинекология, 1940, № 12, стр. 60—63.
- Е в н и н И. А. Актуальные вопросы борьбы с гонорреей женщин и мероприятия по привлечению гинекологов к участию в этой борьбе. Акушерство и гинекология, 1940, № 5, стр. 38—41.
- Е г о р о в М. В. К вопросу о лечении диатермией осложненной гонорреи у женщин. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 556—560.
- Е л и с т р а т о в а М. Ф. и К а б а ч н и к С. Под-ионотерапия при подострой восходящей гоноррее. Гинекология и акушерство, 1935, № 1, стр. 58—65.
- Е л и с т р а т о в а М. Ф. Гоноррея у женщин. Справочник по венерическим и кожным болезням. Медгиз, 1945.
- Е л к и н М. В. Гоноррея женщин и ее лечение, Изд. «Практическая медицина, Л., 1926.
- Ж у р а в с к и й П. В. Дополнение к статье «Новый метод одновременной окраски препаратов для лабораторной диагностики трихомонад и гонококков». Акушерство и гинекология, 1954, № 1, стр. 64—65.
- З а и г р а е в М. А. Пенициллин при хронической сульфамидорезистентной гоноррее у мужчин. Вестник венерологии и дерматологии, 1940, № 1, стр. 29—32.
- И в а н о в Н. З. Анатомические и клинические наблюдения над распространением в женских половых органах воспалительных процессов вообще и гонорройных в частности. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 520—527.
- И о г а н с е н А. А. К вопросу об остром гонорройном уретрите. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 527—531.
- К а г а н о в и ч И. И. и Т р а х т е н б е р г С. В. Лечение гонорройных эндоцервицитов и уретритов инъекциями пеницилина в пораженный орган. Вестник венерологии и дерматологии, 1949, № 1, стр. 46—47.
- К а м и н е р В. С. О лечении женщин пенициллином. Вестник венерологии и дерматологии, 1947, № 2, стр. 35—37.
- К а н А. Г. Гонорройные заболевания женского организма, Медгиз, М., 1950.
- К а н А. Г. и К а у ф м а н С. А. Сульфидиотерапия гонорреи женщин. Акушерство и гинекология, 1950, № 5, стр. 30—33.
- К а п л у н Э. М. Провокация скрытых форм цервикальной гонорреи 10% раствором поваренной соли. Акушерство и гинекология, 1950, № 1, стр. 47—48.
- К а р з а н о в а В. А. Водно-лаолино-масляная эмульсия пеницилина при лечении гонорройной инфекции. Вестник венерологии и дерматологии, 1949, № 1, стр. 18—20.
- К а у ф м а н С. А. Клинические наблюдения над действием белого стрептоцида при гоноррее женщины. Акушерство и гинекология, 1939, № 5, стр. 70—73.
- К в а т е р Е. И., Т р а х т е н б е р г С. В., К а г а н о в и ч И. И. Диагностика и терапия хронической цервикальной гонорреи. Гинекология и акушерство, 1934, № 2, стр. 3—42, 1935, № 1, стр. 49—53.
- К в а т е р Е. И. и К а г а н о в и ч И. И. Лечение женской гонорреи местным применением пеницилина. Советская медицина, 1948, № 12, стр. 26—27.
- К в а т е р Е. И. Течение менструального цикла у женщин, больных гонорреей. Советская медицина, 1940, № 1, стр. 28—32.
- К в а т е р Е. И. Основные вопросы борьбы с гонорреей женщины. Советская медицина, 1949, № 10, стр. 36—38.
- К а р ы ш е в а К. А., Ш е р м е т В. Г. и Ч е р е м и н с к а я К. С. Лечение женщин и девочек пенициллином. Вестник венерологии и дерматологии, 1946, № 6, стр. 36—38.
- К р е н ц е л ь Ф. П. и Л и н д е Е. И. К вопросу о клиническом исследовании ретикуло-эндотелиальной системы у больных гонорреей женщин. Гинекология и акушерство, 1928, № 5, стр. 545—561.
- К у ш е л е в с к и й А. П. Восходящая гоноррея. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 5, стр. 630—633.
- К у ш е л е в с к и й А. П. Оценка критериев излеченности гонорреи в акушерстве и гинекологической практике. Труды института акушерства и гинекологии, т. I, Изд. АМН СССР, 1948, стр. 270—275.
- К у ш е л е в с к и й А. П. К вопросу о диагностике гонорройного воспаления мочеполовой сферы женщины. Гинекология и акушерство, 1930, № 3, стр. 328—340.
- К у ш е л е в с к и й А. П. К вопросу о распознавании и лечении гонорреи у девочек. Гинекология и акушерство, 1928, № 5, стр. 243—259.
- К у ш н и р М. Г. Основы современной диагностики и терапии гонорреи женских половых органов. Гинекология и акушерство, 1928, № 5, стр. 519—544.

- Кушнир М. Г. К патологической анатомии гонорреи женской половой сферы. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 259—260.
- Ландесман А. У. и Эйнох А. И. Реакция оседания эритроцитов при гоноррее у женщин. Гинекология и акушерство, 1931, № 5, стр. 410—413.
- Лапидус Н. А. и Евнин И. А. Значение бактериологических и бактериоскопических исследований выделений из шейки матки во время менструации. Акушерство и гинекология, 1940, № 12, стр. 53—54.
- Левенсон Н. А. и Шистер Ц. С. Цитология гноя и лейкоцитарная картина крови при женской гоноррее. Гинекология и акушерство, 1931, № 5, стр. 413—417.
- Левин Л. М. Гонококковый эндотоксин и его применение для диагностики гонорройных заболеваний. Госмедиздат УССР, Киев, 1941.
- Лельчук П. Я. Вопросы диагностики гонорреи у женщин. Сборник трудов института акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, в. VIII, 1948, стр. 5—55.
- Лельчук П. Я. Пенициллинотерапия женской гонорреи, там же, стр. 77—81.
- Линде Е. И. Гонорройный эндоцервицит. Гинекология и акушерство, 1935, № 5, стр. 81—84.
- Линде Е. И. Современное лечение женской гонорреи. Советская медицина, 1948, № 9, стр. 27—28.
- Лисовская С. Н. Определение гонококкового антигена в моче больных гонорреей. Вестник венерологии и дерматологии, 1927, № 11, стр. 1403—1407.
- Лисовская С. Н. О причинах, обуславливающих неправильные ответы на гонококковый антиген. Вестник венерологии и дерматологии, 1948, № 5, стр. 32—35.
- Львов Н. А. Диагностическое значение реакции Борде-Жангу в клинике женской гонорреи. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 502.
- Львов Н. А. Клинические наблюдения при лечении гонорройных поражений женской половой сферы по Безредке, Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 552—556.
- Метальников Б. П. и Кислова Т. А. Стрептоцидотерапия в комбинации с вакциной при цервикальной гоноррее. Сборник трудов Горьковского института венерологии и дерматологии, 1940, № 7, стр. 256—258.
- Морковникова А. Г. и Беляева Т. М. Цитобактериоскопия выделений из уретры при гоноррее женщин. Сборник трудов Института акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, 1948, стр. 61—67.
- Николаев Н. М. и Миесерова Е. К. О механизме действия стрептоцида на организм. Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 12—16.
- Никольский В. В., Залесский М. А. и Чухраева М. И. Динамика изменений pH и содержания белка в выделениях гонорройных больных под влиянием пенициллино-сульфамидотерапии. Сборник трудов Института акушерства и гинекологии, Ростов-на-Дону, 1948, стр. 88—94.
- Овчинникова М. Д. Цитология гонорройного гноя у родильниц. Сборник трудов Медицинского института, Ростов-на-Дону, 1949, стр. 289—291.
- Папитов М. Е. Клиническое значение реакции Борде-Жангу при восходящей гоноррее женщины. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров (Ленинград, 1926 г.), Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 565—569.
- Певзнер З. З. Лечение гонорреи женщин сульфадиазином и пенициллином. Труды Института акушерства и гинекологии, Изд. АМН СССР, 1948, стр. 259—264.
- Петченко А. И. Вакцинодиагностика женской гонорреи в условиях стационара. Гинекология и акушерство, 1931, № 5, стр. 84—92.
- Петченко А. И. Аутогемстерапия в шейку матки при женской гоноррее. Акушерство и гинекология, 1936, № 2, стр. 230—234.
- Петченко А. И. Дополнительные методы диагностики женской гонорреи, Л., 1938.
- Петровых А. И. К вопросу о гонорройных поражениях суставов у женщин и их лечение. Гинекология и акушерство, 1931, № 5, стр. 407—410.
- Порудоминский И. М. и Петченко А. И. Гоноррея мужчин и женщин. Медгиз, М., 1947.
- Порудоминский И. М. Гоноррея, Медгиз, М., 1952.
- Пшеницына К. А. и Орлова Р. С. Применение пенициллина в акушерстве и гинекологии при послеродовых заболеваниях и при гоноррее. Акушерство и гинекология, 1948, № 6, стр. 22—25.
- Савицкая О. Ю. и Добров Б. М. О динамике реакции на гонококковый антиген при лечении гонорреи у женщин. Акушерство и гинекология, 1950, № 1, стр. 48—51.

- Софронова О. А. Опыт пенициллинотерапии женской гонорреи. Вестник венерологии и дерматологии, 1948, № 6, стр. 56—58.
- Сперанский В. А. Пенициллинотерапия сульфамидоустойчивых форм гонорреи. Вестник венерологии и дерматологии, 1949, № 1, стр. 25—27.
- Туранова Е. Н. Комбинированная пенициллино-сульфамидотерапия гонорреи у девочек. Вестник венерологии и дерматологии, 1948, № 1, стр. 36—39.
- Фейгель И. И. Диагностика женской гонорреи реакцией на гонококковый антиген, Медгиз, М., 1941.
- Фейгель И. И. и Добров Б. М. Усовершенствование диагностики гонорреи у женщин при помощи реакции на гонококковый антиген. Акушерство и гинекология, 1949, № 6, стр. 40—43.
- Фейгель И. И. и Добров В. М. О некоторых мероприятиях, упрощающих постановку реакции на гонококковый антиген. Акушерство и гинекология, 1945, № 4, стр. 53—55.
- Фрайман С. А. О специфичности реакции Борде-Жангу, Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 90—93.
- Фролов Ф. Ф. Пенициллин в аутокрови при лечении гонорреи, Вестник венерологии и дерматологии, 1950, № 4, стр. 48—50.
- Фронштейн Р. М. Вакциноотерапия и вакцинодиагностика гонококковых заболеваний. Дисс., М., 1916.
- Харченко А. М. Сравнительная оценка некоторых методов пенициллинотерапии гонорреи у женщин. Вестник венерологии и дерматологии, 1950, № 5, стр. 54—56.
- Ходяцкий Г. В. Значение реакции оседания эритроцитов при гонорройных заболеваниях верхнего полового тракта женщины, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, № 1, стр. 37—40.
- Хитрова Е. И. К вопросу о диагностике и лечении женской гонорреи, Акушерство и гинекология, 1947, № 3, стр. 43—44.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Первые попытки изучения бугорчатки относятся приблизительно к XVII веку. Первое сообщение о туберкулезе маточных труб и яичников было сделано в 1744 г. Однако учение о туберкулезе женских половых органов получило достаточное развитие лишь во второй половине прошлого века. В настоящее время громадное большинство авторов не сомневается, что первичный туберкулез женских половых органов—очень редкое заболевание. Гораздо большее клиническое значение имеет вторичный туберкулез женских половых органов, под которым понимают заболевание туберкулезом женских половых органов, распространившееся на них тем или иным путем из других органов, уже пораженных этим процессом.

Ч а с т о т а п о р а ж е н и я. Литературные данные по этому вопросу разноречивы. Из цифр, приведенных Н. И. Горизонтовым, видно, что на патологоанатомических вскрытиях частота туберкулеза половых органов у женщин, по данным разных авторов, колеблется в весьма широких пределах—от 1 до 29,4%. Такую разницу в частоте поражения Н. И. Горизонтов объясняет неоднородностью проводимых исследований. Одни авторы черпали свои данные из протоколов вскрытия, другие лично исследовали трупы на секционном столе; ряд авторов производили специальные исследования женских половых органов—макроскопическое и микроскопическое. Данные о частоте туберкулеза женских половых органов, полученные путем клинического обследования или при чревосечении, также колеблются в широких пределах.

Секционный материал ряда авторов говорит о том, что в громадном большинстве случаев туберкулез женских половых органов возникает из туберкулезного очага в легких. Отсюда туберкулезные бактерии занос-

сятся током крови в капиллярную сеть главным образом маточных труб, причем именно из брюшного конца. Из этих капилляров туберкулезные бактерии проникают в просвет трубы и вызывают в слизистой оболочке маточной трубы образование первых бугорков. В дальнейшем процесс уже распространяется по всей толще стенки трубы. Частоту заболевания половых органов при наличии туберкулеза легких у женщины Н. И. Горизонтов на материале клиники В. С. Груздева (Казань) определяет в 9,5%, а другие авторы—даже в 25%.

На основании литературных данных и нашего личного опыта можно заключить, что среди женщин, страдающих воспалительными процессами внутренних половых органов, больные туберкулезом половых органов составляют немалый процент.

По Н. И. Горизонтову, частота поражения туберкулезом различных отделов полового аппарата женщины такова: маточные трубы—87,16%, матка—47,8% (рис. 23), причем тело матки вовлекается в процесс гораздо чаще (85,4%), нежели шейка (14,6%), яичники—15,4%, влагалище—6,7%. Заболевания же наружных половых органов наблюдались гораздо реже. Приблизительно такие же цифры сообщают В. А. Покровский, Л. Г. Степанов и др. Следовательно, наибольшее практическое значение при изучении туберкулеза женских половых органов имеет туберкулез маточных труб и тела матки.

В огромном большинстве случаев туберкулез внутренних половых органов женщины возникает вследствие заноса инфекции гематогенным и лимфогенным путями. Туберкулез маточных труб очень часто (более чем в половине случаев) сочетается с туберкулезом брюшины. На основании этого некоторые авторы считали, что поражение брюшины туберкулезом представляет результат туберкулеза маточных труб. Против этого взгляда говорит, однако, то, что туберкулез брюшины у мужчин наблюдается даже чаще, чем у женщин, хотя у первых половые органы более изолированы от брюшной полости. Разумеется, что туберкулез брюшины может возникнуть и как проявление общего милиарного туберкулеза, и как вторичное заболевание, сопровождающее туберкулезный процесс любой локализации, например, в кишечнике, в мезентериальных лимфатических узлах и т. д. Заболевание труб и яичников туберкулезом чаще бывает двусторонним. Вторичный туберкулез женских половых органов, по Н. И. Горизонтову, почти одинаково часто поражает как один, так и несколько половых органов. Среди случаев изолированного поражения органов чаще отмечается туберкулезный процесс труб—40,8%, а среди случаев комбинированного поражения—маточных труб и матки—32,9%.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РАСПОЗНАВАНИЕ

Туберкулез женских половых органов наблюдается у женщин всех возрастов, но все же большей частью встречаются больные зрелого возраста (В. А. Покровский). Нередко у этих больных наблюдаются явления инфантилизма; больные часто страдают аменореей, дисменореей, первичным бесплодием. Заболевание отмечается и у нормально менструирующих девушек и женщин. В редких, правда, случаях отмечались даже меноррагии. Среди больных встречаются нередко и женщины, имевшие беременности.

Туберкулезный процесс женских половых органов в большинстве случаев отличается медленным течением. Нередко заболевание протекает при нормальной или незначительной температуре, но наблюдаются и слу-

чаи высокого подъема температуры. Болей может и не быть даже при выраженном туберкулезном процессе, но все же большинство больных жалуется на постоянные ноющие боли внизу живота, особенно по ночам. При двуручном исследовании обычно обнаруживают почти безболезненные, но утолщенные маточные трубы, а также малобезболезненные опухоли придатков матки. Часто появление «спонтанных болей», при двуручном исследовании безболезненных или мало болезненных опухолей придатков матки вызывает большое подозрение на туберкулезное поражение, особенно в тех случаях, когда температура повышена, питание понижено и, что очень важно, имеются туберкулезные очаги в других органах. В этих случаях тепловые процедуры успеха не дают; больные туберкулезом плохо их переносят. Иногда туберкулез женских половых органов сопровождается резко выраженными признаками: температура повышается и долго держится на высоких цифрах, появляется озноб, боли в животе усиливаются, наступает резкое похудание, и болезнь ведет к гибели больной.

Р а с п о з н а в а н и е. Наряду с огромными успехами, достигнутыми в СССР в борьбе с туберкулезом, распознавание туберкулеза женских половых органов представляет еще большие затруднения. Туберкулез наружных половых органов, влагалища, влагалищной части матки легко может быть распознан при помощи биопсии. Но эта локализация туберкулезного процесса наиболее редкая. Гораздо труднее распознать наличие туберкулезного поражения маточных труб (придатков матки)—наиболее частой локализации туберкулеза женских половых органов. Причина этих затруднений кроется в большом сходстве объективных данных, полученных при исследовании больных, страдающих воспалительными процессами матки и ее придатков нетуберкулезного происхождения, с данными исследования при туберкулезе этих органов. При влагалищном или прямокишечном исследовании могут быть обнаружены четкообразные узелки в области маточно-крестцовых связок или брюшины прямокишечно-маточного углубления (дугласов карман); эти узелки характерны для туберкулеза половых органов. Однако подобные утолщения можно обнаружить и при хроническом перитоните нетуберкулезного происхождения, и при эндометриозах, и при метастазах рака яичников. Клинико-лабораторные методы исследования не всегда помогают дифференциальному диагнозу. Туберкулинодиагностика в виде кожной реакции имеет значение главным образом в раннем детском возрасте. У взрослых чаще применяют подкожный метод введения туберкулина, так называемую пробу Коха или внутрикожную пробу Манту. Но и эти пробы не обеспечивают правильного диагноза туберкулеза женских половых органов. То же можно сказать и о данных морфологического исследования крови (повышенный лимфоцитоз).

С п е ц и а л ь н ы е м е т о д ы и с с л е д о в а н и я ж е н с к и х п о л о в ы х о р г а н о в н а т у б е р к у л е з. На основании того факта, что при локализации туберкулезного процесса в половых органах женщины почти в половине случаев имеется туберкулезный эндометрит, некоторые авторы пытались обнаружить туберкулезных бактерий в выделениях из матки. По В. А. Покровскому, ни бактериологические, ни бактериоскопические методы исследования не дают удовлетворительных результатов.

Исключением могут явиться лишь тяжелые казеозные формы туберкулеза половых органов, так как при этом часто наблюдается казеозное поражение эндометрия.

Среди других специальных методов исследования более эффективным является пробное выскабливание слизистой полости матки. Но и этот метод может иметь диагностическое значение не более чем в половине случаев туберкулеза половых органов. Затем, а это главное, метод не безопасен: ведь выскабливание может служить толчком к распространению туберкулезного процесса за пределы его первоначальной локализации в половых органах и даже, как указывает В. А. Покровский, повести к развитию генерализованного милиарного туберкулеза. «Не надо забывать,—писали мы в 1939 г.,—что выскабливание может повести к значительным осложнениям в том случае, если опухоли придатков матки, 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». Хотя эти строки мы писали и не так давно, но они уже устарели. Со времени широкого применения сульфаниламидов и антибиотиков можно с меньшим риском предпринять, если это необходимо, диагностическое выскабливание.

Последующий опыт показал, что при подозрении на туберкулезное поражение матки и ее придатков, особенно в тех случаях, когда заболевание сопровождается обильными маточными кровотечениями вследствие казеозного поражения слизистой оболочки матки (или, наоборот, длительной аменореей, характерной для больших туберкулезом), диагностическое выскабливание дает возможность в половине подозрительных на туберкулез случаев подтвердить этот диагноз на основании гистологического исследования эндометрия. При введении профилактически до и после выскабливания антибиотиков и при правильном отборе больных (отсутствие острого и подострого течения процесса) опасность выскабливания значительно снижается. Поэтому огульно отказываться от диагностического выскабливания не следует. Ведь при раннем распознавании туберкулеза половых органов возможно своевременно применить полноценные современные методы лечения, в связи с чем больная сильно выиграет в сроках лечения и стойкости полученных результатов. Однако, повторяем, наиболее частой и наиболее тяжелой формой туберкулеза женских половых органов является поражение придатков матки. Доступ же к ним (для того, чтобы можно было произвести гистологическое исследование пораженной ткани) может открыть только чревосечение (рис. 24 и 25). При туберкулезном перитоните, которым часто сопровождается туберкулез придатков матки, во многих случаях мы наблюдали слабовыраженное напряжение брюшной стенки, диффузно распространяющееся по всему животу. Наличие этого признака помогало нам неоднократно распознать характер воспалительного процесса придатков матки.

Таким образом, диагноз туберкулеза женских половых органов, и особенно туберкулеза придатков матки, в большинстве случаев может быть поставлен лишь предположительно. При наличии данных, позволяющих исключить другие причины воспаления внутренних половых органов, как роды, аборт, гоноррея, диагноз туберкулеза становится более вероятным. Значительным подтверждением диагноза туберкулезного поражения придатков матки является сочетание воспалительной опухоли придатков с туберкулезным асцитом (туберкулез брюшины). Наличие туберкулезных очагов в легких, кишечнике, забрюшинных лимфатических узлах также помогает установить наличие туберкулеза половых органов. Воспалительные процессы придатков матки, мало болезненных при

пальпаций, несмотря на лихорадочное течение и прогрессивно увеличивающиеся размеры, усиливает подозрение на туберкулезное поражение.

В последнее время в связи с успешным применением при туберкулезных процессах стрептомицина появилась возможность диагностировать туберкулезный характер воспаления придатков матки еще *ex juvantibus*. Особенно показательны те случаи, когда воспалительные опухоли придатков матки совершенно не поддавались систематическому противовоспалительному лечению (в том числе и пенициллином), а после перехода на лечение стрептомицином наступало улучшение общего состояния больной, а также заметное уменьшение, а иногда и исчезновение опухолей придатков матки. В этих случаях наличие туберкулеза женских половых органов становится вполне вероятным.

ПРОГНОЗ

Если туберкулезный процесс ограничивается только половыми органами, то, по мнению большинства авторов, прогноз может считаться вполне удовлетворительным. О том, что при туберкулезе половых органов имеется склонность к излечению, свидетельствуют те процессы, которые нередко встречаются в пораженных туберкулезом маточных трубах, как, например, обильное отложение извести. Несомненно, что и при туберкулезе брюшины может наступить даже самоизлечение (К. К. Скробанский). К сожалению, бывают и рецидивы. Предсказание омрачается при наличии таких симптомов, как высокая температура, озноб, обильный ночной пот, отсутствие аппетита, прогрессирующее похудание, что обычно зависит от развития процесса в других очагах или вспышки заболевания. Некоторые авторы считали, что туберкулез половой сферы редко ведет к возникновению милиарного туберкулеза. В большинстве случаев милиарный туберкулез развивается после длительного и тяжелого течения процесса, когда на первом плане были признаки пельвеоперитонита.

ПРОФИЛАКТИКА

Как мы уже говорили, туберкулез женских половых органов является в громадном большинстве случаев вторичным процессом. Поэтому и профилактика его должна состоять главным образом в предупреждении туберкулезного поражения любой локализации, а если заболевание уже возникло, в быстрейшей его ликвидации. В результате повышения материального и культурного уровня жизни народа, развития учения о туберкулезе, проведения оздоровительных и специальных противотуберкулезных мероприятий в нашей стране непрерывно снижается заболеваемость и смертность от туберкулеза. Все это предопределяет успехи и в деле профилактики генитального туберкулеза у женщин.

Напомним, что первичное туберкулезное поражение женских половых органов наблюдается как исключение. Однако развитие процесса возможно при половой жизни с мужчиной, страдающим туберкулезом половых органов, так как в сперме при этом в ряде случаев содержатся туберкулезные бактерии. Такое заражение обычно можно предотвратить, употребляя мужской презерватив. Существует еще опасность поражения женских половых органов при несоблюдении правил личной гигиены, если содержащиеся в мокроте туберкулезные бактерии попадают с загрязненных предметов или рук на наружные половые органы или в преддверие влагалища. Вызвать туберкулезный процесс этих органов они

могут лишь при наличии поврежденного эпителиального покрова; подобные случаи наблюдались крайне редко. И, наконец, опасными в смысле заражения туберкулезом могут быть всякого рода половые извращения, при которых мокрота может попасть на половые органы женщины.

ЛЕЧЕНИЕ

Во второй половине прошлого столетия, т. е. на заре развития учения о туберкулезе женских половых органов, после кратковременного периода почти исключительно консервативного лечения стали применять под влиянием исмекской акушерско-гинекологической школы преимущественно хирургические методы лечения. В настоящее время большинство советских акушеров-гинекологов обычно пользуется консервативными методами лечения и лишь в редких случаях применяет хирургические методы, но всегда в сочетании с консервативными.

Немалую роль в постепенном отходе гинекологов от хирургических методов лечения при туберкулезе придатков матки сыграли встречавшиеся после чревосечений тяжелые осложнения. Так, например, наблюдались случаи развития милиарного туберкулеза после операции, переход латентной формы туберкулеза в активную или появление новых очагов. Чрезвычайно тяжелым осложнением являлись кишечные свищи, иногда возникавшие даже тогда, когда стенка кишки совсем не была травмирована. Следует отметить, что такие тяжелые осложнения наблюдались главным образом при радикальных операциях, когда хирург стремился удалить пораженные органы полностью. При удалении лишь легко доступных образований летальность была меньше, но операция приносила пользу лишь тогда, когда целиком удалялась хорошо изолированная, подвижная опухоль придатков с творожистым или гнойным содержимым.

Значительное влияние на переход врачей к преимущественно консервативным методам лечения при туберкулезе женских половых органов оказало введение в гинекологическую практику (начало двадцатых годов нынешнего века) лечения воспалительных процессов и туберкулеза женских половых органов малыми дозами рентгеновых лучей.

Приводим сводную статистику Б. А. Архангельского о результатах рентгенотерапии при туберкулезе женских половых органов: «На 209 случаев туберкулезных процессов придатков и брюшины исцеление наступило после применения рентгенотерапии в 129 случаях, что составляет 62%, и улучшение в 55 случаях—26%». Отрицательная сторона рентгенотерапии—возможность последующей аменорреи у этих больных значения не имеет, так как часто больные туберкулезом страдали аменорреей и до лечения рентгеновыми лучами. Следует отметить, что для больных туберкулезом аменоррея даже может иметь положительное значение, так как устраняет ежемесячные потери крови, ослабляющие истощенный организм больной, кроме того, при применении малых доз рентгеновых лучей аменоррея после выздоровления или улучшения иногда проходит и у больной вновь начинаются менструации. Что касается бесплодия как последствия лечения рентгеновыми лучами, то эта опасность невелика, ибо туберкулез маточных труб—наиболее частая локализация процесса при генитальном туберкулезе—является основной причиной бесплодия таких больных.

Консервативные методы лечения получили еще большее распространение за последние годы, когда появилась широкая возможность применять в комплексном лечении стрептомицин. Но и в настоящее время при

ярко выраженном консервативном направлении в лечении генитального туберкулеза могут встретиться случаи, когда будет показано хирургическое вмешательство. Так, например, при асцитической форме туберкулезного перитонита, особенно при нарастающем асците, надо сделать пробное чревосечение. Эта операция дает, по Р. В. Кипарскому, в $\frac{2}{3}$ случаев клиническое излечение. Правда, в последнее время имеются указания, что и при консервативном методе лечения достигаются не худшие результаты (Ф. А. Михайлов). Все же в некоторых неясных случаях применение такой простой операции, как пробное вскрытие брюшной полости, поможет провести дифференциальный диагноз между туберкулезным процессом и новообразованием (папиллярная киста, рак яичника и т. д.). Более редким показанием к операции является отсутствие успеха при систематическом, длительном (многие месяцы) консервативном комплексном лечении.

Как и всегда, при решении вопроса об операции важно установить отсутствие противопоказаний: острая или подострая стадия болезни, наличие слипчивого перитонита, резкое истощение, сопутствующее прогрессирующему легочному процессу, и т. д.

Успех лечения при туберкулезе во многом зависит от того, является ли в данный момент этот процесс в половых органах единственным активным очагом или у женщины имеются одновременно туберкулезные поражения легких или других органов. Составляя план лечения больной, необходимо учитывать ее общее состояние, степень интоксикации и истощения, которые в большинстве случаев зависят от тяжести первичного процесса, особенно если поражены легкие. Туберкулезный очаг в женских половых органах в большинстве случаев отличается доброкачественным течением и лишь в весьма редких случаях становится источником милиарного туберкулеза. Поэтому при тяжелом состоянии больной необходимо направить все усилия на борьбу с туберкулезным поражением легких, кишечника или иного источника этого тяжелого состояния. Хорошо известно, какое значение корифеи отечественной медицины (М. Я. Мудров, С. П. Боткин, А. А. Остроумов, Г. А. Захарьин и др.) придавали индивидуальному подходу к лечению больных. Но и при максимальной индивидуализации в основу лечения больной туберкулезом должен быть положен гигиенико-диететический режим. Благоприятные климатические условия, режим работы, хорошая бытовая обстановка, санаторно-курортное лечение, а при необходимости и госпитализация—все эти факторы являются основными в комплексном лечении больных туберкулезом и в том числе страдающих туберкулезом половых органов.

Лечение больных туберкулезом женских половых органов химическими препаратами и антибиотиками. При лечении туберкулеза как легких и других органов, так и гениталий широко применяется в последнее время стрептомицин. Он оказывает не только выраженный бактериостатический эффект, но влияет благоприятно и на течение специфического воспалительного процесса, особенно в стадии инфильтрации. Эффект лечения увеличивается при одновременном применении стрептомицина и натриевой соли парааминосалициловой кислоты (ПАСК), которая также задерживает рост туберкулезных бактерий, способствует нормализации обменных процессов, уменьшению клинических симптомов и рассасыванию инфильтратов. По мнению ряда исследователей, при сочетанном применении стрептомицина и ПАСК клинический эффект наступает сравнительно быстро, и, что особенно важно, этим лечением удается предот-

вратить развитие устойчивости туберкулезных бактерий к стрептомицину, которая обычно наступает при длительном применении одного лишь стрептомицина. При совместном же применении препаратов ослабляется токсическое действие на организм стрептомицина, которое проявляется у больных в виде дерматитов, головной боли, сердцебиения, вестибулярных симптомов, понижения слуха, боли в суставах и т. п. ПАСК дают взрослым в количестве 8—12—16 г в сутки (по 2—3—4 г на прием 4 раза в день через полчаса после еды). Препарат мало токсичен; если возникают побочные явления (понижение аппетита, тошнота, дерматит и т. п.), следует уменьшить дозу и в очень редких случаях приходится прекратить его применение. Длительность лечения 2—3 месяца в зависимости от успеха лечения и переносимости препарата.

При некоторых формах туберкулеза применяют тибон (тиосемикарбазон альдегид); по А. Е. Рабухину и др., он эффективен главным образом при туберкулезе слизистых и серозных оболочек: у больных с туберкулезом мочевого пузыря исчезают дизурические явления, а при туберкулезе кишечника прекращаются боли в кишечнике и диспептические явления. Тибон в больших дозах вызывает токсические явления (тошнота, головокружение, кожная сыпь), в отдельных случаях наблюдается альбуминурия, желтуха, агранулоцитоз и т. п., ввиду чего необходимо тщательное предварительное и последующее систематическое исследование функционального состояния печени и почек.

А. Е. Рабухин рекомендует следующую методику лечения: по 0,01—0,015 г тибона на прием два раза в сутки в течение 2 недель, затем в течение 2 недель по 0,025—0,03 г; после этого дозу увеличивают до 0,05—0,075 г и т. д. Наибольшая суточная доза препарата не должна превышать 0,2—0,3 г. При тяжелых формах туберкулеза следует применять меньшие дозы препарата. Продолжительность лечения около 2—4 месяцев. Если возникнут токсические явления, лечение надо прекратить. При комбинированном со стрептомицином лечении дозы химиотерапевтических препаратов можно уменьшить.

Методика лечения стрептомицином. Основным методом введения в организм стрептомицина являются внутримышечные впрыскивания. Суточная доза у взрослых составляет 500 000—1 000 000 единиц (0,5—1 г). Как показали клинические и экспериментальные данные, стрептомицин можно вводить в 1—2 приема, а в тяжелых случаях эту же дозу вводить в 3 приема каждые 8 часов.

Что касается продолжительности срока стрептомицинотерапии, то его приходится индивидуализировать, исходя из возраста больной, веса тела, тяжести заболевания и, конечно, переносимости лечения. В среднем лечение стрептомицином длится около двух месяцев; в течение этого периода взрослым больным вводят 30—60 г препарата, а детям—20—30 г.

При туберкулезе придатков матки, когда к специфической инфекции присоединяется неспецифическая (после аборта, патологических родов) или гонококковая, хорошие результаты дает лечение стрептомицином в сочетании с пенициллином. Клинический опыт показал, что лечение при гнойных опухолях придатков матки внутримышечными впрыскиваниями пенициллина оказывается иногда мало успешным, так как пенициллин недостаточно или совсем не проникает через капсулу гнойника; поэтому при сочетанном лечении стрептомицином и пенициллином больных туберкулезом придатков матки с образованием в последних гнойных полостей пенициллин следует вводить по возможности непосредственно в полость гнойной опухоли. Целесообразно ли вводить также и стрептоми-

цин в полость гнойной опухоли, покажут последующие исследования. Введение стрептомицина в каверну легкого, в пораженный туберкулезным процессом мочевой пузырь или в почечную лоханку не дало еще ободряющих результатов. Так по крайней мере видно из большинства литературных сообщений. Правда, имеются и наблюдения, указывающие на преимущества введения стрептомицина непосредственно в туберкулезный очаг. По наблюдениям Н. Н. Гринчара (Московский областной туберкулезный институт), внутримышечные введения стрептомицина дают положительные результаты лишь в небольшом проценте случаев. Быстрое выведение стрептомицина из организма при этом способе введения препарата побудило автора прибегнуть к местному введению препарата, т. е. непосредственно в очаг поражения. Н. Н. Гринчар применял этот способ у больных костно-суставным туберкулезом, туберкулезом почек, брюшины, кишечника, а также при туберкулезных плевритах. К аналогичному заключению пришла и М. С. Ермина (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР), применявшая стрептомицин у женщин, страдавших туберкулезом гениталиев. Хотя наблюдений у автора мало—всего пять, все же она высказывает мнение, что при поражении эндометрия, слизистой оболочки влагалища и покрова наружных половых органов местное применение стрептомицина более эффективно, чем внутримышечное. Количество применяемого при этом препарата значительно меньше. У одной больной, у которой лечение стрептомицином дало хороший результат, препарат вводили 6 раз в неделю в шейку и тело матки в количестве 0,2 г и один раз в неделю внутримышечно по 1 г; за 75 дней лечения больная получила 25 г стрептомицина. Другой больной проводилось комбинированное лечение: по 0,1 г стрептомицина ежедневно ей вводили в слизистую шейки матки, сводов и верхнюю треть влагалища и по 0,9 г внутримышечно. Всего больной было введено 40 г стрептомицина за 54 дня. У третьей больной после четырехкратного обкалывания язв вульвы (одномоментно по 0,15 г стрептомицина; всего 0,6 г) особого улучшения не наступило, а через полтора месяца язвы стали уменьшаться и через два—почти исчезли.

Заканчивая обзор методов лечения больных туберкулезом антибиотиками и химиотерапевтическими препаратами, необходимо подчеркнуть, что, несмотря на весьма значительные успехи такого лечения при различных формах и локализациях туберкулеза, эти средства ни в коем случае не могут заменить других, а особенно основных гигиено-диетических методов с климато- и физиотерапией в больничных и санаторных учреждениях. Стрептомицинотерапия не может полностью заменить также и хирургических методов лечения, к которым она может служить подготовительным и завершающим актом.

На течение туберкулезного процесса большое влияние оказывает состояние центральной нервной системы; так, тяжелые переживания и потрясения могут резко изменить течение туберкулезного процесса, задержать или приостановить клиническое выздоровление, тогда как благоприятное состояние нервной системы может значительно ускорить наступление выздоровления.

Лечение при изолированном туберкулезном процессе влагалищной части матки, влагалища или наружных половых органов, как и распознавание этих редких форм заболевания, занимает особое место. Благодаря доступности очагов можно не только с достоверностью поставить диагноз путем биопсии и гистологического исследования, но в план общего комплексного лечения включить также и местные процедуры. Можно

применить обкалывание очага растворами стрептомицина, уничтожение его при помощи электрокоагуляции или введение во влагалище препаратов радия и мезотория, а при туберкулезе вульвы—лечение рентгеновыми лучами. Результаты лечения от этого улучшаются, продолжительность его укорачивается, а стойкость результатов увеличивается.

Чтобы правильно судить об эффективности лечения больших туберкулезом, недостаточно руководствоваться только клиническими тестами. По определению В. Л. Эйниса, основной задачей лечения большого туберкулезом является восстановление нарушенной работоспособности, а в последующем сохранение достигнутых результатов лечения.

Что касается результатов комплексного лечения при туберкулезе женских половых органов, то для окончательных выводов еще требуются длительные наблюдения, так как иногда могут возникнуть рецидивы заболевания под влиянием различных факторов, как, например, травмы или острого инфекционного заболевания.

В детородном возрасте при ранних стадиях заболевания, когда изменения в половых органах еще обратимы, одной из задач лечения является нормализация специфических физиологических функций женского организма, как овариально-менструальной и детородной, если они были нарушены. Если лечение (без применения рентгеновых лучей и радиоактивных препаратов) будет эффективным, необходимо (консультативно с фтизиатром) установить, разрешается ли больной беременность или же еще имеются к этому противопоказания.

ЛИТЕРАТУРА

- Архангельский Б. А. Лучи Рентгена и радия в гинекологии и акушерстве. Госиздат, М.—Л., 1928.
- Бобров Н. Н. и Клебанова А. А. Лабораторные методы исследования на туберкулез. Глава в справочном руководстве для врачей «Туберкулез», Медгиз, М., 1952.
- Брауде И. Л. К вопросу о клинической диагностике туберкулеза придатков матки. Гинекология и акушерство, 1928, № 2, стр. 118—125.
- Горизонтов Н. И. Материалы к учению о вторичной бугорчатке женских половых органов. Дисс., Казань, 1909.
- Гринчар Н. Н. Местное применение стрептомицина при генитальном туберкулезе женщины. Клиническая медицина, 1948, № 10, стр. 23—30.
- Ермина М. С. Опыт применения стрептомицина при генитальном туберкулезе женщины. Акушерство и гинекология, 1950, № 5, стр. 56—59.
- Кипарский Р. В. Бугорчатка женских половых органов. Глава XVIII в руководстве по женским болезням Л. А. Кривского, Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 475—495.
- Милевская Ю. Л. Случай запущенного туберкулезного перитонита, излеченного стрептоцидом. Клиническая медицина, 1949, № 1, стр. 90—91.
- Петрова Е. Н. К вопросу о гистопатологии половых органов у женщин, умерших от экстрагенитального туберкулеза. Труды акушерско-гинекологической клиники I МГУ, 1930, стр. 184—202.
- Покровский В. А. Генитальный туберкулез. Воронежское областное книгоиздательство, Воронеж, 1947.
- Попов И. К вопросу о первичном туберкулезе родовых путей. Дисс., СПб, 1898.
- Скробанский К. К. Учебник гинекологии, Медгиз, М., 1946.
- Степанов Л. Г. Туберкулез женских половых органов. Глава в справочном руководстве для врачей «Туберкулез», Медгиз, М., 1952, стр. 297—299.
- Трус М. В. и Стукалова Б. Я. Влияние стрептомицина на туберкулезных бактерий. В сб.: Стрептомицин в терапии туберкулеза, Труды АМН СССР, в. 5, 1949, стр. 10—34.
- Турдакова М. А. Применение пневмоперитонеума при туберкулезных поражениях женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1954, № 6, стр. 72—77.
- Шаталова О. С. Туберкулинодиагностика. Глава в справочном руководстве для врачей «Туберкулез», Медгиз, М., 1952, стр. 55—59.

- Эйнис В. Л. Туберкулез. Клиника, профилактика, лечение, Биомедгиз, 1934.
- Эйнис В. Л., Лемберский И. Г. и Лункевич А. М. Ближайшие результаты лечения туберкулеза парааминосалициловой кислотой и в комбинации со стрептомицином. Проблемы туберкулеза, 1950, № 5, стр. 30—36.
- Ягунов С. А. К вопросу о лечении туберкулеза женских половых органов кварцевой лампой. Гинекология и акушерство, 1931, № 1, стр. 37—51.

АКТИНОМИКОЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Актиномикоз—хроническое инфекционное заболевание, вызванное внедрением в организм лучистых грибов, или актиномицетов, стал предметом широкого научного исследования с конца прошлого века. Литература по актиномикозу, в которую внесен значительный вклад отечественными авторами, все еще бедна сообщениями об актиномикозе женских половых органов. Так, например, в многотомнике Гальбана-Зейтца (Halban-Sjitz), изданном в 1926 г., приводится всего лишь 50 случаев актиномикоза женских половых органов, опубликованных в мировой литературе. К концу 1930 г. Лодде (Lohde) опубликовал 65, а к 1934 г.— 77 случаев актиномикоза женских половых органов. Более поздние данные указывают, что актиномикоз женских половых органов встречается чаще, чем это предполагалось. Так, по Г. О. Сутееву (1951), на 405 бельных актиномикозом мужчин и женщин процесс локализовался у 9 женщин в половых органах. Одно из этих наблюдений было опубликовано Г. О. Сутеевым, другое—П. З. Котлярчуком, остальные приведены в диссертации В. П. Карасева.

Актиномикоз протекает нередко под видом неспецифического гнойного воспалительного процесса придатков матки и тазовой клетчатки. Специфическая этиология обычно не распознается ни во время болезни, ни на сперационном столе, ни даже при вскрытии трупа, если не производится гистологическое исследование препарата или бактериологическое исследование гноя. Однако даже при микроскопическом исследовании истинный характер процесса может остаться нераспознанным, если исследуемый препарат не содержит грибка в форме друз.

Актиномикоз женских половых органов в большинстве случаев представляет вторичное заболевание, развившееся при наличии первичного очага где-либо в организме. По литературным данным, актиномикоз женских половых органов возникает обычно контактным путем вследствие перехода процесса из кишечника, в частности, из слепой кишки. Много споров вызывает вопрос о возможности проникновения лучистого грибка через влагалище и матку восходящим путем; повидимому, если это и происходит, то весьма редко. Возможен и гематогенный путь проникновения грибка в женские половые органы. Что касается лимфогенного пути, то многими авторами он отвергается на том основании, что величина друз препятствует такому распространению инфекции. Однако Г. О. Сутеев указывает, что это возражение «полностью отпадает, если учесть чрезвычайную морфологическую изменчивость микроорганизма, бациллярную форму его в качестве анаэроба, неустойчивость его мицелия, способность его распадаться на бациллярные элементы и образовывать споры».

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

На местах внедрения грибка в ткани образуется специфическая гранулома. Узелок состоит из грануляционной ткани с круглыми эпителиоидными клетками, с очажками липоидоза. По периферии узелка идет

процесс превращения грануляционной ткани в фиброзную, тогда как в центре имеется нагноение. С развитием актиномикоза образуются плотные инфильтраты с многочисленными гноиниками, сообщаемыми между собой и нередко открывающимися свищевыми ходами наружу.

Для актиномикоза характерен резко выраженный фибросклероз тканей, обуславливающий «деревянную» плотность инфильтрата. Следует, впрочем, отметить, что фибросклероз сопутствует актиномикозу не всегда. При актиномикозе, как и при туберкулезе, возможны самые разнообразные клиничко-морфологические проявления.

Из внутренних половых органов актиномикоз чаще поражает яичники и маточные трубы, значительно реже—матку (рис. 26). При поражении тазовой клетчатки (параметрит, парацеллюлит, парапроктит) картина актиномикоза в ряде случаев настолько характерна, что заболевание можно было бы назвать актиномикозом клетчатки. От обычного гнойного параметрита актиномикотический параметрит отличается склонностью к безудержному распространению и образованию свищевых гнойных ходов.

Исключительно редко встречается изолированное поражение лучистым грибом наружных половых органов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РАСПОЗНАВАНИЕ

Иногда заболевание начинается с острого приступа болей в животе, сопровождающихся высокой температурой, рвотой и другими перитонеальными симптомами. В других случаях заболевание развивается медленно, а иногда обнаруживается лишь тогда, когда больная прощупывает у себя в животе опухоль. Боли иногда ощущаются в илеоцекальной области или в паховой, в крестце, а иногда, особенно в начале болезни, распространяются по всему животу. Интенсивность болей также бывает различной—от легко переносимых до резких, заставляющих больную лечь. Если боли локализируются внизу живота справа, актиномикоз придатков матки может симулировать аппендицит; со временем в этой области может появиться опухоль. Это очень характерно для актиномикоза, развивающегося из илеоцекальной области. Диагноз облегчается, если опухоль увеличивается и распространяется на соседние области. В ряде случаев наблюдается размягчение, гнойное расплавление опухоли и склонность ее к прорыву наружу, реже—в соседний полый орган (мочевой пузырь, прямую кишку).

Впрочем, описанная картина далеко не типична для клиники актиномикоза внутренних женских половых органов. Нередко симптомы этого заболевания несколько не отличаются от столь часто наблюдающегося неспецифического воспалительного процесса иной этиологии.

Р а с п о з н а в а н и е. Обычно различают две формы актиномикоза женских половых органов: открытую и закрытую. При открытой форме, когда имеется свищевой ход, из которого выделяется гнойная жидкость, полученный гной подвергают микроскопическому исследованию. При закрытой форме гной добывают, вскрыв или пунктируя гноиник. Если при исследовании обнаруживаются типичные для актиномикоза друзы или мицелий, диагноз считается установленным. Следует заметить, что друзы, представляющие колонии грибка, иногда встречаются в актиномикотическом гною в виде мелких желтоватых крупинок, что и может навести на мысль о наличии актиномикоза. Однако для точного установления

диагноза необходимо микроскопическое исследование гноя, поскольку в нем могут быть крупинки иного происхождения (фибрин, некротическая ткань и т. д.). Очень важно исследовать под микроскопом свежий гной, так как через несколько часов колонии могут потерять свой типичный вид.

Если типичная картина актиномикоза под микроскопом не обнаруживается, то в подозрительном случае может понадобиться бактериологическое исследование путем посевов на соответствующие питательные среды.

При закрытой форме актиномикоза точный диагноз до недавнего времени считался невозможным, если нельзя было произвести микроскопическое исследование как гноя из глубоко лежащего гнойника, так и соскоба грануляций или биопсию подозрительного кусочка ткани. Из клинических симптомов, позволяющих заподозрить, но отнюдь не поставить точный диагноз, можно указать на прогрессирующее развитие воспалительного инфильтрата, несмотря на правильное применение всего комплекса противовоспалительного лечения. Особенно подозрителен на актиномикоз неуклонно растущий инфильтрат или опухоль при отсутствии острых выпяшек воспаления, при явлениях подострого, или, лучше сказать, «субхронического», течения болезни. Подозрение усиливается, если отсутствуют другие этиологические моменты, которыми можно было бы объяснить столь длительное течение болезни. Особенно подозрительна на актиномикоз «деревянная» или «каменная» плотность инфильтрата, его склонность распространяться по клетчатке из глубины таза в подвздошные области или, наоборот, спускаться отсюда на тазовое дно, где инфильтрат может замуровать прямую кишку. Следует подчеркнуть, что для актиномикоза характерна склонность к образованию отдельных гнойных свищевых ходов, открывающихся на брюшную стенку, промежность, ягодицы или во влагалище.

Как указывает Г. О. Сутеев, известного внимания заслуживает картина крови у больных актиномикозом при прогрессирующем течении болезни, хотя она и неспецифична и наблюдается также и при других заболеваниях. Вторичная анемия с нарастающим падением количества гемоглобина и эритроцитов нередко отмечается при локализации актиномикоза в грудной и брюшной полости. Количество лейкоцитов может оставаться нормальным, но иногда наблюдается гиперлейкоцитоз, что, повидимому, объясняется присоединением вторичной инфекции. Число эозинофилов у большинства больных ниже нормы или же они совсем отсутствуют. Количество лимфоцитов обычно ниже нормы, а в далеко зашедших случаях отмечается прогрессирующая лимфопения; содержание моноцитов часто повышено, нередко наблюдается сдвиг влево. РОЭ зависит от общего состояния организма и вирулентности инфекции.

Благодаря новейшим открытиям в области актиномикоза (Н. А. Красильников, С. Ф. Дмитриев, Г. О. Сутеев и др.) получены чрезвычайно ценные данные, касающиеся этиологии, патогенеза, диагностики и лечения актиномикоза.

Полученный С. Ф. Дмитриевым актинолизат—фильтрат лизирующихся культур актиномицетов, выделенный от больных и обладающий антигенным, а также алергизирующим свойством, может быть использован как для диагностики, так и для специфического лечения при актиномикозе.

В поисках наиболее рациональных методов диагностики актиномикоза Г. О. Сутеев провел наблюдение над реакцией фиксации комплемента и

аллергической внутрикожной пробой у больных, страдающих актиномикозом, и у лиц с другими заболеваниями. Наиболее отчетливые результаты дала серологическая реакция с сывороткой больных актиномикозом (80% положительных результатов). Дальнейшая разработка методов иммунодиагностики актиномикоза производилась Д. И. Асниным.

Методика постановки кожно-аллергической реакции с актинолизатом и оценка его результатов, по Д. И. Аснину, были следующими:

«Актинолизат вводится в кожу сгибательных поверхностей обоих предплечий в дозе 0,3 мл. Для контроля в кожу тех же предплечий на расстоянии 8—10 см от места первых инъекций вводят в той же дозе обычный стерильный мясо-пептонный бульон (рН=7,4—7,2). На месте каждой инъекции тотчас же появляется белый округлой формы волдырь диаметром 0,5—0,75 см, поверхность которого имеет вид „лимонной корки“. Волдырь быстро утолщается и через 1—2 часа исчезает; вскоре в окружности места введения актинолизата появляется зона эритемы яркокрасного цвета, округлых очертаний, размером от 1,5 до 4 см в диаметре, которая в зависимости от реактивности организма держится в течение 3—9 часов, затем начинает постепенно бледнеть и в случае отрицательной реакции окончательно исчезает. При положительной реакции эритема после некоторого побледнения опять становится яркой и стойкой. Эритема, возникшая на месте введения бульона (контроль), как правило, начинает бледнеть через 2—6 часов и совершенно исчезает через 8—12 часов. Результат читается через 24 часа.

Реакция отрицательная. В этих случаях через 24 часа на месте инъекции обнаруживается только точка от введения иглы без всяких воспалительных явлений.

Реакция сомнительная. При этом на месте введения актинолизата появляется едва заметная эритема бледнорозового цвета. Сомнительной реакцией является и такая, которая дает почти одинаковые проявления на месте введения актинолизата и бульона (контроль).

Реакция слабоположительная. При этом отмечается разных размеров зона отчетливой эритемы розового цвета, иногда с едва заметным фиолетовым оттенком.

Реакция положительная. Эритема яркорозового или темнокрасного цвета, небольшой отек кожи, при пальпации незначительная болезненность.

Реакция резко положительная. Эритема красного или яркочерного цвета, отек кожи, при пальпации болезненность. В центре эритемы может быть небольшая папула мягкой консистенции, красного цвета, величиной от просяного зерна до чечевицы» (Г. О. Сутеев).

Кожные пробы с актинолизатом, поставленные Д. И. Асниным у 450 больных актиномикозом, дали в 87,5% положительные результаты; из этого числа 33,67% кожных проб были слабо положительными. Описанный метод весьма доступен. Однако не следует его переоценивать, так как иногда реакция бывает отрицательной, особенно в тяжелых случаях.

Применение новых диагностических методов исследования больных при малейшем подозрении на актиномикоз несомненно обеспечит ранее распознавание актиномикоза женских половых органов, особенно при закрытых формах процесса.

Необходимо в то же время подчеркнуть, что в некоторых сомнительных случаях для точного диагноза может потребоваться применение всего комплекса современных методов исследования, т. е. посев добытого гноя на соответствующие питательные среды, кожная проба с актинолизатом и серологическая реакция с актинолизатом в качестве антигена.

ЛЕЧЕНИЕ

Как специфическое средство против актиномикоза издавна применяется иодистый калий, часто в сочетании с хирургическим лечением. Некоторые авторы в течение длительного времени давали в больших дозах иод.

С начала XX века с успехом стали применять рентгенотерапию, особенно при кожном и шейно-лицевом актиномикозе (П. С. Григорьев, С. И. Спасокукоцкий, Г. О. Сутеев и Б. М. Иоффе, Б. Л. Осповат и др.). Впрочем, в настоящее время Г. О. Сутеев предпочитает при всех формах актиномикоза только иммунотерапию (см. ниже), дополняя ее в случае надобности другими методами лечения, и предостерегает от применения рентгенотерапии при актиномикозе внутренних органов, особенно легких.

В случае, описываемом нами ниже, применялась рентгенотерапия, но тем не менее процесс безудержно прогрессировал и лечение осталось безрезультатным. В настоящее время, когда при актиномикозе внутренних половых органов женщины со значительным успехом используются другие виды лечения, рентгенотерапию следует считать не только неэффективной, но и противопоказанной.

Пенициллиноterapia. В литературе действие пенициллина при актиномикозе у человека оценивается различно.

Как указывает Б. Л. Осповат в своей монографии «Актиномикоз в хирургической клинике», до последнего времени большинство авторов считало, что прямого действия на возбудителя актиномикоза пенициллин не оказывает и что благоприятное действие его при этом заболевании представляет результат влияния на кокковую флору, которая столь часто встречается при актиномикозе. «Наш личный опыт,—пишет Б. Л. Осповат,—не оставляет сомнений в специфическом влиянии пенициллина при актиномикозе. Ряд наших больных мы с полным успехом лечили пенициллином и при отсутствии вторичной инфекции. При этом нужно указать, что полное излечение зависит не только от дозировки и достаточной длительности лечения, но и от штамма актиномицета».

Обобщая свои наблюдения над лечением актиномикоза пенициллином, Г. О. Сутеев в монографии «Актиномикоз» (1951) указывает: «Пенициллин, по нашим наблюдениям, является мощным, но отнюдь не радикальным, а только подсобным средством терапии лучисто-грибковой болезни». Не отрицая благоприятного действия пенициллина при актиномикозе, автор подчеркивает что «оно зависит в первую очередь от ликвидации вторичной инфекции, а также от ряда факторов со стороны макроорганизма». Весьма сдержанно высказывается о пользе пенициллинотерапии при актиномикозе Н. А. Иванова. Вообще все данные, которые мы нашли в доступной нам литературе по вопросу о пенициллинотерапии актиномикоза, относятся к области терапии и хирургии, но не к области гинекологии.

Как известно, в последнее время для лечения воспалительных процессов женских половых органов широко и с успехом используется пенициллинотерапия. Однако при гнойных опухолях—придатков матки, при осумкованных гнойных скоплениях в области тазовой брюшины (тазовый перитонит), тазовой клетчатки (парацеллюлит, гнойный параметрит), при абсцессе бартолиновой железы, словом, при всех осумкованных гнойных процессах внутренних и наружных женских половых органов, так же как и при других гнойных процессах, с которыми встречается акушер-гинеколог (гнойный мастит и пр.), пенициллинотерапия оказывается часто недостаточно эффективной. Если при внутримышечном введении пенициллина в достаточной дозе, с правильными промежутками и наблюдается улучшение общего состояния и замедляется или останавливается распространение воспалительного процесса на соседние органы и ткани, все же сам гнойник еще долго остается почти или совсем без изменений. Это

и понятно, так как пенициллин, вводимый в организм, не проникает через капсулу гнойника в его полость. В большей степени это следует ожидать при гнойных процессах, возникших на почве актиномикоза, который в большинстве случаев характеризуется образованием плотной фиброзной капсулы вокруг специфической грануломы. Поэтому, учитывая патологоанатомическую характеристику актиномикотического процесса с образованием «деревянного» инфильтрата, включающего гнойные ходы, надо полагать, что успех пенициллинотерапии при актиномикозе женских половых органов будет тем больший, чем доступнее будет введение антибиотика непосредственно в полость гнойника или в область очага.

Гемотерапия в сочетании с пенициллинотерапией. В тяжелых случаях актиномикоза, когда реактивная способность организма резко понижена, Г. О. Сутеев прибегает к гемотерапии, если нет противопоказаний. Он применяет небольшие восходящие дозы одногруппной крови—от 100 мл с последующим прибавлением 25 мл на каждое переливание. Дойдя до 150 мл, дозу больше не повышают.

Мы не имеем опыта в лечении актиномикоза женских половых органов переливаниями крови, однако, начиная с 1947 г., широко применяем этот метод при лечении воспалительных процессов женских половых органов иной этиологии.

Мы убедились, что переливание крови представляет мощный фактор неспецифической стимуляции организма при воспалении женских половых органов; при остром воспалении эффект переливаний сказывался в дезаллергизации организма. Об этом свидетельствовало улучшение общего самочувствия больных, падение температуры, иногда критическое, но в большинстве случаев литическое, улучшение картины крови. Что касается хронического воспаления, то даже при наличии гнойных опухолей придатков матки переливание малых доз крови оказалось не только не противопоказанным, но весьма целесообразным, особенно при длительном лихорадочном течении.

Все это, а также безрезультатность прежних методов лечения актиномикоза внутренних женских половых органов, сообщения ряда авторов об эффективности пенициллинотерапии при поражении лучистым грибом дают основание уже теперь рекомендовать при актиномикозе введение пенициллина в сочетании с переливаниями небольших доз одногруппной крови и другими мероприятиями, способствующими поднятию реактивности организма.

Лечение актинолизатом. Полученный С. Ф. Дмитриевым актинолизат может быть применен не только для диагностики, но и для специфического лечения актиномикоза. Г. О. Сутеев первый применил актинолизат у больных актиномикозом и разработал методику этого лечения. В дальнейшем эта методика была модифицирована Д. И. Асвиным (1949).

Актинолизат вводят два раза в неделю. «Мы,—пишет в своей монографии Г. О. Сутеев,—пользуемся модификацией внутрикожного способа, предложенного Т. Г. Сутеевой. Как и при способе Д. И. Асвина, препарат вводится в кожу обоих предплечий. Первая инъекция делается в дозе 0,3 мл актинолизата в кожу внутренней сгибательной стороны левого предплечья. При втором введении препарата инъекцию делают в дозах по 0,5 мл в каждую из двух точек того же предплечья. При третьем введении инъекции делают в тех же точках: в две точки левого и в одну точку правого предплечья. Начиная с четвертого введения, препарат в дозах по 0,5 мл вво-

дится в каждую из двух точек обоих предплечий (общая разовая доза 2 мл). На курс требуется 20—25 инъекций.

Между курсами иммунотерапии, независимо от метода введения актинолизата, делают перерыв на 1—2 месяца, так как препарат обладает и отдаленным терапевтическим действием. После инъекции актинолизата могут наблюдаться кратковременные реакции: местная, очаговая и изредка общая. Побочного действия препарата не отмечено. Количество курсов иммунотерапии зависит от давности и формы болезни. Для излечения шейно-лицевого актиномикоза обычно требуется проведение двух-трех, редко больше курсов лечения, хотя улучшение болезненного процесса происходит значительно раньше. Эффективность лечения тем выше, чем оно раньше начато.

Лишь в одном из семи описанных В. П. Карасевым случаев актиномикоза женских половых органов было с успехом проведено лечение актинолизатом, причем последующее наблюдение длилось 5 лет.

В доступной нам литературе мы не нашли сообщений о результате лечения другими авторами актиномикоза женских половых органов актинолизатом. Сообщения, касающиеся других клинических дисциплин, настолько хорошо характеризуют метод лечения актинолизатами, что, по нашему мнению, необходимо изучить его и в гинекологической практике.

Хирургическое лечение. Как уже указывалось, актиномикоз внутренних женских половых органов является вторичным заболеванием при наличии первичного очага, преимущественно в илеоцекальной области. Звиду того что при этом процессе очень часто поражаются большие отрезки ретроперитонеальной и тазовой клетчатки, радикальная операция становится невозможной. Разумеется, при появлении флюктуирующего абсцесса (обычно на почве вторичной инфекции) может потребоваться его вскрытие. В гинекологической практике при высоко расположенном абсцессе и появлении зыбления над пупартовой связкой разрез следует вести по брюшной стенке параллельно этой связке; при параметрите и паравагините, когда флюктуация отчетливо определяется через влажную стенку, разрез приходится вести через влагалище; при этом необходимо учитывать опасность повреждения соседних органов—мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки и кровеносных сосудов. В некоторых случаях разрез лучше заменить пункцией, что значительно безопаснее, с последующим отсасыванием гноя и введением пенициллина в полость гнойника.

В 1945—1946 гг. мы имели возможность наблюдать двух больных актиномикозом женских половых органов.

1. Больная А., 48 лет, поступила в гинекологическое отделение 16/VII 1946 г. с диагнозом гнойного параметрита.

Менструации с 17 лет, семь беременностей: двое родов (в 1924 г. закончились наложением щипцов, в 1928 г. осложнились послеродовым заболеванием) и пять искусственных абортов (последний 10 лет назад). Считает себя больной с 19/1 1946 г. Заболела остро (сильные боли в животе); с подозрением на аппендицит была направлена в хирургическую клинику. Там диагноз аппендицита был отвергнут, и больную перевели в одну из гинекологических клиник с диагнозом воспаления придатков. 2/II больная была выписана из клиники с нормальной температурой.

В середине февраля опять появились сильные боли, повысилась температура. При гинекологическом исследовании был обнаружен параметрит. Больную направили в гинекологическую клинику, где она находилась 3 месяца; применялся пенициллин, стафилофаг и холод. Состояние больной не улучшалось, температура доходила до 40°. Назначена рентгенотерапия и проведено 14 сеансов, но ввиду усилившейся слабости больной это лечение было отменено. Больная по собственному желанию выписалась из клиники с субфебрильной температурой.

16/VII 1946 г. больная в тяжелом состоянии поступила в гинекологическое отделение. Резкая анемия (38% гемоглобина), лихорадка, одышка. Диагностирован параметрит и гнойная опухоль придатков. Была назначена пенициллинотерапия и общее укрепляющее лечение: глюкоза, аскорбиновая кислота, сердечные средства, переливание эритроцитарной массы, камполон и пр. Лечение эффекта не давало, анемия нарастала, состояние больной ухудшалось. Опухоль в нижней части живота, главным образом слева, постепенно увеличивалась, стала бугристой. Появились отеки нижних конечностей, брюшной стенки, почечной области, наружных половых органов. В правой молочной железе также была обнаружена опухоль. Процент гемоглобина упал до 16, и 1/XI 1946 г. больная умерла.

П а т о л о г о а н а т о м и ч е с к и й д и а г н о з: хронический гнойный параметрит со спайками. Хронический лимфаденит забрюшинных желез. Абсцесс правой молочной железы. Жировое перерождение сердца и печени. Хроническое увеличение селезенки. Эмфизема, малокровие и отек легких. Двусторонний гидронефроз. Септикоциемия. Общее истощение.

При микроскопическом исследовании обнаружен актиномикоз.

2. Больная 37 лет поступила в гинекологическое отделение 22/IX 1945 г. с диагнозом двусторонних тубоовариальных опухолей, параметрита. В анамнезе брупеллез в 1941 г., ранение в мягкие ткани левого бедра в 1944 г., контузия в 1945 г. Считает себя больной около 2 месяцев. Жалоба на боли в паховой области, пояснице, боли в конце мочеиспускания. Общее состояние удовлетворительное. Субфебрилитет. Гемоглобина 48%, лейкоцитов 10 400; РОЭ 61 мм в час. Данные гинекологического исследования: влагалищные своды укорочены, через передний влагалищный свод определяется опухоль, как бы состоящая из двух слившихся частей. Опухоль болезненна при исследовании, величиной с мужской кулак, расположена на плотном инфильтрате, доходящем до стенок таза. Контур матки ясно не определяются, она отклонена кзади.

Была назначена аутогемотерапия, уротропин, хлористый кальций в вену, облучение кварцем области живота. Состояние больной улучшилось; температура стала нормальной, иногда незначительно повышается. Количество лейкоцитов изредка увеличивается, не превышая 10 000; РОЭ в пределах 52—64 мм в час. Опухоль стала мягче, но попрежнему фиксирована плотным инфильтратом к стенкам таза. Такое состояние длилось до середины декабря, когда боли усилились и обнаружено было увеличение опухоли. Последняя глубоко выпячивается во влагалище, нависает над шейкой матки и оттесняет ее кзади. 25/XII 1945 г. произведена пункция гнойника иглой со стороны влагалищного свода на месте его наибольшего зыбления. Шприцем извлечено 200 мл жидкого гноя. В полость гнойника введено 100 000 единиц пенициллина. При микроскопическом исследовании гноя были обнаружены типичные зерна актиномикоза. После пункции температура упала до нормы, общее состояние больной значительно улучшилось. Начато лечение озокеритом. Опухоль, фиксированная к стенке таза инфильтратом, уменьшилась вдвое. 16/1 1946 г. пункция была повторена: извлечено 40 мл жидкого гноя. В полость гнойника снова введено 100 000 единиц пенициллина. 24/1 больная была выписана в хорошем состоянии и направлена на амбулаторное лечение. В марте наступила беременность. 25/V 1946 г. больной был произведен аборт по медицинским показаниям. При гинекологическом исследовании до и после аборта никаких отклонений от нормы со стороны половых органов не было обнаружено. Аборт протекал без осложнений. Больная находилась под наблюдением 7 лет. Рецидив не наступил.

История болезни первой больной подтверждает известный факт, что актиномикоз женских половых органов распознается очень поздно, нередко лишь на вскрытии и при условии исследования гноя или пораженной ткани под микроскопом. Следует отметить острое начало заболевания, заставившее заподозрить аппендицит и направить больную в хирургическую клинику. Случай хорошо иллюстрирует полное отсутствие эффекта общей пенициллино- и рентгенотерапии.

История болезни второй больной может рассматриваться как пример губительного действия пенициллина на возбудителя актиномикоза. Не исключена и другая трактовка, а именно что здесь успеху лечения способствовало воздействие пенициллина на вторичную инфекцию, поскольку пенициллин вводился непосредственно в полость гнойника. Как бы то ни было, но этот пример показывает, что введение пенициллина в очаг играет важную роль при лечении гнойных процессов разной этиологии, в том числе и актиномикоза. Быстрое и радикальное излечение говорит

в пользу точки зрения Л. С. Салямон, И. Г. Руфанова и др., считающих, что пенициллин оказывает не только антимикробное действие, но и способствует усилению защитных реакций организма; в результате воспалительные инфильтраты быстро исчезают.

ЛИТЕРАТУРА

- А с н и н Д. И. Внутрикожная терапия актиномикоза. Советская медицина, 1949, № 11, стр. 23—24.
- А с н и н Д. И. Атипичные и редкие случаи актиномикоза. Акушерство и гинекология, 1950, № 6, стр. 51—52.
- Д м и т р и е в С. Ф. Лизис в проблеме актиномикоза. Медицинская паразитология, 1947, № 4, стр. 75—83.
- И в а н о в И. Н. Иммунотерапия актиномикоза. Врачебное дело, 1950, № 1, стр. 43—46.
- К а р а б а н о в а В. С. Об актиномикозе женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1953, № 6, стр. 51—55.
- К а р а с е в В. П. По поводу статьи д-ра Котлярчука «Актиномикоз фаллопиевой трубы». Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 78.
- К о т л я р ч у к П. З. Актиномикоз фаллопиевой трубы. Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8, стр. 64—65.
- К р а с и л ь н и к о в Н. А. Лучистые грибки и родственные им организмы. Изд. Академии наук СССР, М., 1938.
- К р а с и л ь н и к о в Н. А. Актиномицеты-антагонисты и антибиотические вещества. Изд. Академии наук СССР, М.—Л., 1950.
- М а ш к о в а Т. И. Два случая актиномикоза женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1952, № 6, стр. 73—76.
- О с п о в а т Б. Л. Актиномикоз в хирургической клинике. Медгиз, М., 1950.
- О с п о в а т Б. Л. Лечение висцерального актиномикоза пенициллином и вливаниями эритроцитарной массы. Клиническая медицина, 1951, № 1, стр. 49—54.
- С у т е в Г. О. Случай актиномикоза женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 76—78.
- С у т е в Г. О. Актиномикоз, Медгиз, М., 1951.

ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Как известно, острые инфекционные заболевания отражаются на состоянии организма и вызывают значительные изменения в его важнейших органах и системах.

Изменения в половых органах зависят не только от тяжести инфекции, но и от степени развития этих органов и их функционального состояния ко времени заболевания.

В детском возрасте, когда функциональные особенности женского организма (менструация, детородная функция) еще не проявились, изменения, происходящие в половых органах, особенно внутренних, ускользают от внимания лечащего врача. Исключение составляет иногда дифтерия (см. ниже). Между тем данные патологоанатомического исследования трупов девочек, погибших от этих инфекций, дают богатый материал для изучения разбираемого вопроса. Наши знания о влиянии острых инфекций на половые органы женщины дополняются многочисленными наблюдениями гинекологов, касающимися нарушений функциональной деятельности внутренних половых органов при этих инфекциях у взрослых женщин.

Поражение половых желез (яичников) при остром инфекционном процессе у девочек может повести к задержке развития (позднее наступление оварально-менструальной функции, инфантилизм и пр.).

В понятие о воспалении яичников К. Ф. Славянский ввел разделение на паренхиматозный и интерстициальный оофорит. При паренхиматозном

оофорите К. Ф. Славянский находил изменения в фолликулах в форме мутного набухания протоплазмы, потери ядра и мелкозернистого распада яйцевой клетки. Прежде всего он отмечал эти изменения в примордиальных фолликулах, а в тяжелых случаях паренхиматозного оофорита—также в созревающих и в зрелых фолликулах. При интерстициальном оофорите прежде всего поражалась строма. В ней наблюдались такие явления, как инфильтрация лейкоцитами, местами скопление гнойных клеток, гиперемии, кровоизлияния.

Паренхиматозный оофорит К. Ф. Славянский наблюдал при острых инфекциях, быстро приводивших к смерти, например, при холере, а интерстициальный—при послеродовых заболеваниях.

К. К. Скробанский исследовал яичники у 4 взрослых женщин и у ряда детей в возрасте от 1 года до 12 лет. Большинство детей погибло от смешанных инфекций (скарлатина+дифтерия), а остальные—от какой-либо их этих инфекций. В отдельных случаях наблюдался брюшной тиф, оспа и пр. Автор пользуется классификацией К. Ф. Славянского, а изменения, которые он находил в яичниках, описывает как паренхиматозный оофорит. Он также отмечал, что в первую очередь поражаются примордиальные фолликулы: процесс их гибели протекает по типу физиологической атрезии, только поражается большее количество фолликулов и гибель их наступает быстрее. В строме К. К. Скробанский никаких воспалительных изменений не наблюдал. Каких-либо специфических проявлений при различных инфекциях в пораженном яичнике также не было отмечено. По мнению автора, ни сила инфекции, ни ее продолжительность не имеют непосредственной связи со степенью поражения яичника: при бурно протекавших инфекциях или при присоединившейся вторичной инфекции, повлекшей за собой смерть, изменения в яичниках могут быть ничтожными, а иногда даже отсутствовать. К. К. Скробанский считает, что инфекционные заболевания отражаются на яичниках с таким же непостоянством, как и на прочих органах.

Мы лично наблюдали возникновение пузырно-влагалищного свища у взрослой женщины после того, как она перенесла сыпной тиф. М. Г. Сердюков видел атрезию влагалища у женщины после крупозного воспаления легких.

Солидный материал по разбираемому вопросу был собран сотрудниками нашей клиники Е. Ф. Беляевой и С. А. Александровой в прозектурах ряда детских учреждений. Эти работы показали, что изменения в половых органах девочек при острых инфекционных заболеваниях нельзя рассматривать во всех случаях как стойкие поражения.

Для иллюстрации приводим микрофотоснимки, любезно предоставленные нам проф. Е. Ф. Беляевой (рис. 27—38).

Гиперемия и кровоизлияния, особенно резко выраженные в матке и яичниках, являются преходящими и в большинстве случаев не оставляют стойких следов. Катарральные изменения слизистых оболочек шейки матки и ее тела были выражены настолько умеренно, что придавать им серьезное значение не было оснований. Прогностически авторы считали более важным изменения стенок сосудов, наблюдавшиеся при скарлатине: сужение просвета сосудов и даже полную их облитерацию. Обширное поражение сосудов матки, которое отмечается во втором периоде скарлатины, разумеется, должно отразиться на питании матки и, следовательно, на ее дальнейшем развитии. Отторгнувшийся эпителий влагалищной части матки и влагалища замещается таким же, но раздражение подлежащей стромы, в которой авторы наблюдали сильно выраженные проли-

феративные процессы, может задержать восстановление эпителиального покрова и вызвать слипание складок узкого детского влагалища. Такие процессы могут наступить при некрозах в подлежащей строме, которые наблюдаются при дизентерии. Десквамативные процессы в маточной трубе девочки могут вызвать слипание ее складок, особенно в узкой части—маточном конце, что в некоторых случаях наблюдали Е. Ф. Беляева и С. А. Александрова. Наиболее тяжелые по своим последствиям поражения авторы обнаруживали в паренхиматозном слое яичника, наиболее же резко это поражение было выражено в примордиальных фолликулах. Хотя авторы изучали очень тяжелые инфекционные заболева-



Рис. 27. Скарлатина. Передний свод влагалища девочки 3 $\frac{1}{2}$ лет. Подэпителиальная очаговая пролиферация, истончение и слущивание эпителия (микрофото).



Рис. 28. Скарлатина. Яичник. Резкая дегенерация и уменьшение примордиальных фолликулов (микрофото).

ния, окончившиеся смертью, все же ни разу все фолликулы не были поражены при этом в одинаковой степени. Так, наряду с патологически измененными фолликулами, имелись фолликулы без заметных поражений. Надо полагать, что в случаях выздоровления пораженных фолликулов было еще меньше. Авторы приходят к заключению, что только в единичных случаях при тяжелых инфекционных заболеваниях фолликулярный аппарат яичников может быть поражен в такой степени, что повлечет полное выключение функции яичников, однако временное угнетение этой функции после острых инфекционных заболеваний вполне возможно.

Выше мы указывали, что в клинике большинства острых инфекционных заболеваний у девочек участие половых органов в процессе ускользает от внимания лечащего врача. Иная картина наблюдается при дифтерии.

Наружные половые органы, так же как уши, глаза, кожные покровы, вовлекаются в процесс при дифтерии преимущественно вторично: они инфицируются загрязненными пальцами большей частью при расчесах, которые являются следствием зуда, вызываемого острицами. Дифтерийный налет и отек захватывают малые половые губы, внутренние поверх-

ности больших половых губ, область клитора и наружного отверстия мочеиспускательного канала; в связи с этим иногда наступают затруднения при мочеиспускании. В некоторых случаях процесс переходит на



Рис. 29. Скарлатина. Маточный конец трубы. Слущивание эпителия, обнаженные стромы. Слипание складок слизистой оболочки.



Рис. 30. Дифтерия. Влагалище девочки 1 года 4 месяцев. Покровный эпителий сохранился только в глубине складок. Очаговая круглоклеточная инфильтрация в строме (микрофото).

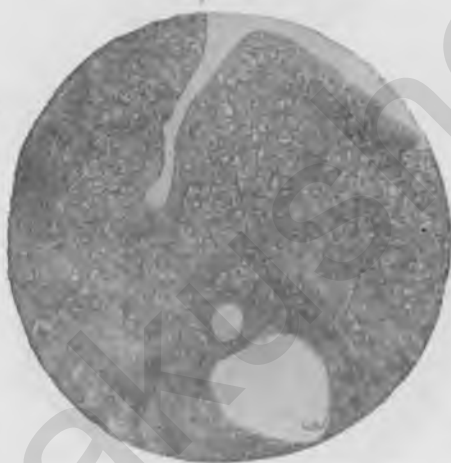


Рис. 31. Дифтерия. Яичник. Дегенерация примордиальных фолликулов, кистозное перерождение (микрофото).

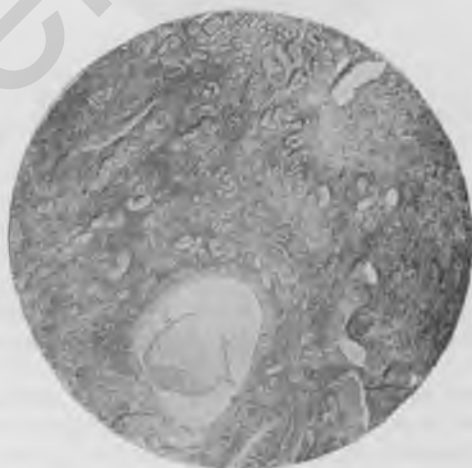


Рис. 32. Дифтерия. Яичник девочки 6 лет. Кровоизлияния в стенку и полость созревающего фолликула (микрофото).

промежность и заднепроходное отверстие или на стенку влагалища. Распространения процесса из влагалища в канал шейки матки обычно не наблюдается. В исключительных случаях такие же изменения и при тех же условиях могут возникнуть первично. Частота дифтерийных поражений женских половых органов, согласно секционному материалу Образцо-

вой детской больницы (Москва), составляла 0,5% от числа всех вскрытий трупов детей, больных дифтерией (М. А. Скворцов).

Патологоанатомическое исследование трупов девочек, погибших от острых инфекций, указывает, что в ряде случаев все половые органы уча-



Рис. 33. Дизентерия. Влагалище девочки 10 лет. Под эпителием разлитая инфильтрация (микрофото).

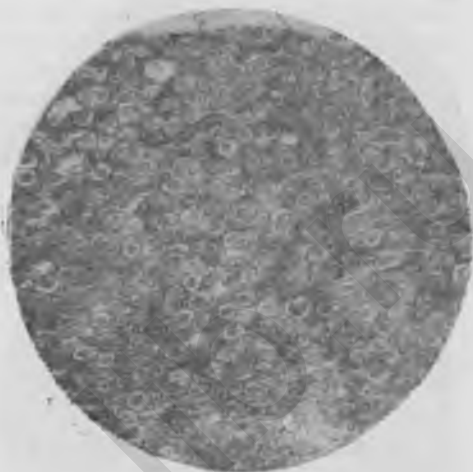


Рис. 34. Дизентерия. Яичник. Дегенерация примордиальных фолликулов, мутное набухание, кариолиз (микрофото).



Рис. 35. Дизентерия. Яичник. Свежее воспалительное сращение на поверхности (микрофото).



Рис. 36. Дизентерия. Маточная труба. Гиперемия. Десквамация эпителия (микрофото).

ствуют в той или иной мере в процессе, но значение этих поражений не одинаково. Для прогноза последующего развития и функций половых органов девочки, перенесшей острую инфекцию, большое значение имеет исходное состояние яичников. Излечение оофорита после гибели части пораженных фолликулов происходит, как указывалось, либо при полном,

либо при частичном восстановлении функции яичников. Стойкая и полная потеря функции яичников после острых инфекций наблюдалась лишь в редчайших случаях сплошного нагноения обоих яичников.

Мы полагаем также, что некоторые авторы преувеличивают значение острых инфекций в этиологии женского бесплодия. Если острым инфекционным процессом заболевает взрослая женщина, то вторичное поражение половых органов, особенно внутренних, может вскоре сказаться и на их функциях, в частности, на менструальной. Так, например, если женщина заболевает острой инфекцией в предменструальном периоде, то менструация может наступить у нее раньше ожидаемого срока. При этом



Рис. 37. Дизентерия. Матка. Резкий застой и кровоизлияния в мышечном слое (микрофото).



Рис. 38. Брюшной тиф. Граафов пузырек. Кровоизлияние в стенку граафова пузырька с отслойкой эпителиальной оболочки (микрофото).

часто наблюдаются мено- или метроррагии. Если же инфекция возникла вскоре после менструации, то прекратившееся кровотечение может возобновиться. Если острое инфекционное заболевание наступает у беременной, то во многих случаях беременность прерывается: либо наступают преждевременные роды, либо происходит выкидыш. По И. Новаку (I. Novák), прерывание беременности при острых инфекциях наблюдается в 30—80% всех случаев.

Родовая деятельность при наличии острых инфекций обычно не нарушается. Лишь в редких случаях, например, при скарлатине в стадии высыпания или при первичной малярии, наблюдается слабость родовой деятельности, вследствие чего родовой акт удлиняется (Г. А. Арешев, М. Л. Ренигер-Арешева).

Последовый период также протекает при большинстве острых инфекционных заболеваний без особых нарушений. В некоторых случаях (при тифах, кори, скарлатине, геморрагической форме ветряной оспы) в послеродовом периоде наблюдались сильные атонические кровотечения.

В тех случаях острых инфекций, когда к специфическим возбудителям присоединяются гноеродные кокки и развивается, следовательно, смешанная инфекция, часто возникают септические послеродовые заболевания. Иногда послеродовой период при скарлатине, дифтерии, гриппе и других

острых инфекционных заболеваниях осложняется обильными и длительными маточными кровотечениями. Ввиду ограниченного числа наблюдений трудно решить вопрос, является ли в подобных случаях единственной причиной кровотечения острая инфекция?

Так же, как острые инфекции вызывают нарушения менструальной функции или течения беременности, родов и послеродового периода, точно так же менструация, беременность и роды могут оказать неблагоприятное влияние на течение острого инфекционного заболевания. В частности, можно указать на гриппозную инфекцию, которая у беременных протекает значительно тяжелее, чем у небеременных. Отмечались случаи, когда в периоде выздоровления менструация вызвала новую вспышку инфекционного процесса; когда при тифозной инфекции в стадии выздоровления ожидаемая менструация не наступала в срок, а температура в эти периоды неоднократно поднималась. Кишечные кровотечения в предменструальном периоде, который сопровождается приливом крови к тазовым органам, могут усиливаться или вновь появляться, как это наблюдалось при брюшном тифе.

Считаем целесообразным отдельно остановиться на влиянии малярии и газовой гангрены.

М а л я р и я, как известно, встречается и в хронической форме, но начало болезни обычно носит присущий острому инфекционному заболеванию характер.

Изменения, происходящие в половых органах женщины при малярии, выражены не ярче, чем в других органах и системах. Тем не менее профилактика и лечение этой инфекции остаются актуальным вопросом в работе акушеров-гинекологов, так как у женщин, страдающих малярией, наблюдаются и нарушения овариально-менструальной функции, и патологическое течение беременности, родов и послеродового периода.

По Лаффону (Laffont), уже у Гиппократа имелись указания на вредное влияние малярии на половую сферу женщины. Так, Гиппократ отмечал, что женщины, страдающие малярией, реже беременеют, если же беременность у них наступала, то роды были тяжелыми.

Согласно современному опыту акушеров-гинекологов, можно утверждать, что в гинекологической практике наблюдаются случаи маточных кровотечений типа меноррагий, а иногда и менометроррагий, которые прекращаются после энергичного противомаларийного лечения. При затяжном же течении малярии, а особенно при «декомпенсированной форме» малярии, иногда наступала аменорея (М. Л. Ренигер-Арешева).

При сочетании малярии с беременностью последняя часто прерывается. Однако нередко беременность сохраняется и роды происходят в срок, особенно если было проведено своевременное и систематическое противомаларийное лечение. Отмечались также случаи смерти матери в родах или в послеродовом периоде, главным образом в тех случаях, когда женщина поступала на роды в «декомпенсированной форме» малярии или в «маларийной коме».

Особой формой общей септической инфекции, с которой изредка приходится встречаться акушеру-гинекологу (почти исключительно после криминального аборта), является г а з о в а я г а н г р е н а, вызываемая *Cl. perfringens*.

Инфекция проникает в ткани плодного яйца, затем в полость матки. В стенке матки развивается гангрена мышечных волокон, сопровождающаяся раздвиганием этих волокон пузырьками газа. Инфекция распространяется сначала по лимфатическим путям, а затем попадает и в кро-

веносные пути. В брюшной полости образуется серозно-кровянистый выпот.

Характерными признаками газовой гангрены является следующая «триада»: желтуха с бронзовым оттенком, гемоглобинемия и гемоглобинурия. При смешанной инфекции наблюдаются явления перитонита. Прогноз до настоящего времени сомнительный. Лечение антибиотиками. При ранней диагностике специфической инфекции (газовая гангрена) может потребоваться удаление инфицированной матки (А. В. Бартельс).

Из антибиотиков при газовой гангрене применяются биомицин и ауреомицин; при вторичной кокковой инфекции лечение антибиотиками сочетают с инъекциями пенициллина.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Б у н ь я т я Н. А. Опыт амбулаторного лечения малярии у беременных в консультации. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов (Ереван, 1936), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 327—330.
- В е р х о в с к а я А. И. К вопросу о лечении малярии при беременности. Казанский медицинский журнал, 1930, № 9, стр. 1061—1065.
- В о й н о - Я с е н ц к и й М. В. Беременность и малярия. Здравсохранение Таджикистана, 1940, № 1—2, стр. 23—25.
- Г у з и к о в П. А. Беременность и малярия. Журнал акушерства и женских болезней, 1926, № 5, стр. 591—602.
- Г у с е в а А. А. Функциональное состояние яичников при острых инфекционных заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1952, № 1, стр. 23—26.
- Г у с е в а А. А. и П р о к о п е н к о И. Г. Патологистологические изменения в женских половых органах при острых инфекционных заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1952, № 3, стр. 53—55.
- Д м и т р и е в М. Д. Клинические наблюдения над беременными и гинекологическими больными при малярии. Акушерство и гинекология, 1937, № 7, стр. 22—28.
- Д о б р о х о т о в а А. И. Болезни детского возраста, Медгиз, 1954.
- К и р е е в с к и й М. Н. Влияние малярии на течение послеродового и послеродового периодов. Труды II Закавказского съезда акушеров-гинекологов (Ереван, 1936), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 283—292.
- Л е в е н с о н Н. А. и С т р а в е ц Р. А. Дифтеритические поражения половых органов у женщин и детей. Гинекология и акушерство, 1935, № 6, стр. 86—91.
- Л а з о в с к и й Ю. М. Патологическая анатомия дифтерии, М., 1938.
- Л у р и я Р. А. О клинической классификации малярийных заболеваний. Советская медицина, 1938, № 10, стр. 8—11.
- П е т ч е н к о А. И. О влиянии акрихина на матку и о перспективах его применения в акушерстве. Советская медицина, 1941, № 7, стр. 24—25.
- Р е н и г е р - А р е ш е в а М. Л. Беременность и малярия. Армгиз, Ереван, 1944.
- С к в о р ц о в М. А. Патологическая анатомия важнейших заболеваний детского возраста, Медгиз, 1947.
- Ш и р о к о г о р о в И. И. Патоморфология малярии. Основы и достижения. Советская медицина, 1938, № 5.
- N o v a k I. Über die Beziehungen von Infektionskrankheiten zu normalen u. krankhaften Veränderungen des weiblichen Genitale. Biologie u. Pathologie des Weibes, Hdb. Halban-Seitz, 1928, Bd. V, T. 4, S. 650—697.

АНОМАЛИИ МЕНСТРУАЦИИ. КЛИМАКТЕРИЙ

— — — — — ◆ — — — — —

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Среди основных симптомов женских болезней первое место занимают маточные кровотечения. Не случайно корифей отечественной гинекологии В. Ф. Снегирев свой капитальный труд, широко охватывающий вопросы физиологии и патологии половой сферы и всего организма женщины, озаглавил «Маточные кровотечения». Справедливость требует отметить, что, несмотря на прогресс, который проделала гинекология как клиническая дисциплина со времени первого издания этой книги в 1885 г., все же этот труд и по настоящее время не утратил своей ценности. Посвящение книги корифеем русской гинекологии «Русскому земскому врачу, поставленному часто одиноко, вдали от опытного совета и помощи» еще раз подчеркивает то значение, которое В. Ф. Снегирев придавал борьбе с таким опасным врагом, как маточное кровотечение.

О п р е д е л е н и е п о н я т и я. Под термином «маточное кровотечение» прежде всего подразумеваются кровотечения, которые возникают вне беременности и либо появляются в периоды, когда физиологических кровотечений не должно быть, либо когда имеются чересчур обильные или слишком частые менструальные кровотечения, но все же циклические, либо кровотечения хотя и имеющие связь с менструацией (овуляцией), но наступающие беспорядочно, т. е. не имеющие определенной цикличности.

Слишком обильные менструации принято, как известно, называть гиперменорреей; слишком частые менструации — полименорреей. Ациклические кровотечения называются метроррагиями в отличие от патологических, но все же циклических кровотечений, которые по старой терминологии именовались в общем меноррагией. Ациклические кровотечения, связанные с патологической функцией яичников, называют, по предложению Шварцмана, менометроррагией, подчеркивая этим, что хотя кровотечения и наступают ациклически, но все же находятся в связи с функцией яичников, хотя и патологической.

По М. С. Малиновскому, меноррагии продолжительностью свыше 12 дней следует относить к метроррагиям, в крайнем случае к менометрор-

рагиям, так как такое кровотечение обуславливается не столько раневой поверхностью базального слоя слизистой оболочки с ее разорванными сосудами, сколько каким-то дополнительным фактором, не связанным с менструальным циклом.

Маточные кровотечения определяют, далее, по возрасту женщины, в котором они появляются. С этой точки зрения обычно различают следующие кровотечения: у новорожденных девочек, в периоде полового созревания женщины (пубертатные или ювенильные), у женщин в возрасте половой зрелости (во время беременности, родов, пуэрперия или вне их), наконец, предклимактерические, климактерические и постклимактерические. Наконец, маточные кровотечения бывают различных форм в зависимости от их этиологии и патогенеза. При этом необходимо оговориться, что хотя женщины и страдают маточными кровотечениями очень часто и уже в силу этого обстоятельства последние с давнего времени служат предметом внимания со стороны многочисленных исследователей, вопрос об этиологии маточных кровотечений до сих пор остается чрезвычайно спорным; почти каждый автор, писавший по этому вопросу, придерживается своих взглядов. Поскольку этиология и патогенез маточных кровотечений не всегда точно установлены, постольку неизбежно наблюдается спутанность и в вопросах терапии при них.

КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕ ОВАРИГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Согласно схеме Гальбана-Груздева¹, в первую группу маточных кровотечений входят кровотечения, причины которых лежат в местных изменениях матки и особенно эндометрия. Изменения эти связаны с различными заболеваниями матки— пороками развития, воспалительными процессами, новообразованиями, аномалиями положения и травматическими повреждениями. К этой группе относятся маточные кровотечения, развивающиеся в связи с беременностью, родовым актом и послеродовым периодом. Необходимо отметить, что в очень большом числе случаев кровотечений трудно, а иногда и невозможно разграничить влияние патологических изменений, локализующихся в самой матке, от влияния сопутствующих им поражений яичников и других заболеваний организма женщины. Из пороков развития матки главную роль в происхождении маточных кровотечений играет инфантилизм.

Влияние воспалительных заболеваний эндометрия и миометрия на происхождение маточных кровотечений в настоящее время расценивается гораздо меньше, чем это было до появления работ Гичмана и Адлера (Hitschmann u. Adler), доказавших, что изменения маточной слизистой, считавшиеся прежде характерными для гиперпластического эндометрита, на самом деле свойственны определенным фазам нормального менструального цикла. Тем не менее отрицать всякое значение воспалительных заболеваний матки в происхождении маточных кровотечений было бы крайностью. Несомненно, острый эндометрит, обычно возникающий на почве инфекции, может вызвать кровотечения типа метроррагии, вероятно, в силу присущей всякому воспалению активной гиперемии, а хронический эндометрит, сопровождающийся обычно гиперплазией маточной слизистой, может давать

¹ Приводимая классификация является наиболее принятой, несмотря на ее слабые стороны, с точки зрения современных представлений об этиологии и патогенезе маточных кровотечений. Несомненно, имеется настоятельная необходимость в разработке новой классификации маточных кровотечений.

кровотечения типа меноррагии. Некоторые гинекологи, например, Винтер (Winter), считают меноррагии даже наиболее выраженным симптомом эндометрита.

Необходимо упомянуть о гиперплазиях маточной слизистой, расположенных на отдельных участках и ведущих к образованию так называемых *слизистых полипов*. Подобно другим полипозным образованиям матки (субмукозные фибромиомы и саркомы), слизистые полипы вызывают кровотечения, причем эти кровотечения, обычно в виде метроррагий, бывают особенно обильными во время «рождения» полипа. Причиной этих кровотечений считают расстройства циркуляции крови в маточной стенке. С практической точки зрения важно иметь в виду, что слизистые полипы нередко служат причиной маточных кровотечений после наступления климактерического периода. Появление таких кровотечений часто свидетельствует о развитии злокачественного поражения матки. Из доброкачественных новообразований фибромиомы матки чаще других сопровождаются кровотечениями (см. ниже).

Маточные кровотечения иногда наблюдаются при *аномалиях положения* матки: ретродевиациях, выпадениях, а особенно при вывороте. Кровотечения при ретродевиации раньше авторы ставили в связь с венозным застоем, обусловленным перегибом, resp. перекручиванием маточных связок с проходящими в них сосудами. Р. Шредер объясняет их возникновение недостаточностью мускулатуры матки. При выпадении матки источником кровянистых выделений являются язвы типа пролежней, развивающиеся на поверхности влагалищной части матки. Выворот матки обычно сопровождается длительными кровотечениями типа метроррагии, в происхождении которых важную роль играет резкий венозный застой, обусловливаемый ущемлением широких маточных связок в так называемой воронке выворота. Кроме того, как и при рождении подслизистых фибромиом, вывороченное тело матки легко подвергается различным травматическим воздействиям, под влиянием которых нежная слизистая оболочка маточного тела легко изъязвляется и кровоточит.

Терапия маточных кровотечений, развивающихся вне беременности в связи с местными изменениями в матке. При кровотечениях, возникающих вследствие недостаточности мускулатуры недоразвитой матки, можно применить различные средства, вызывающие сокращения маточной мышцы: различные препараты спорыньи, жидкие вытяжки травянистого хлопчатника (*Gossypium herbaceum*), вытяжки из задней доли гипофиза (питуитрин). Полезны также средства, повышающие свертываемость крови, как жидкая вытяжка водяного перца (*Extr. fluidum Polygoni hydroperis*), соли кальция, настоек из обыкновенной крапивы (*Urtica dioica*) и др.

При кровотечениях, сопровождающих острый эндометрит, можно ограничиться назначением (кроме покоя и льда на живот) стиптицина по 0,05 г 3—4 раза в день *per os*.

Широко применяемые препараты спорыньи и ее производных (эрготин, секакорин и др.) вызывают главным образом тетанические сокращения маточной мускулатуры. Кроме того, они действуют сосудосуживающе и способны повышать кровяное давление, поэтому при гипертонии их применение противопоказано. Следует также иметь в виду, что после приема больших доз спорыньи и ее производных вслед за фазой сужения сосудов может наступить фаза их расширения, в результате чего кровотечение может возобновиться с еще большей силой. Поэтому

надо применять препараты спорыньи в малых дозах, но в течение более длительного времени. Чаще всего употребляют следующие препараты спорыньи: Pulv. Secalis cornuti 0,3—0,5 г 3—4 раза в день; мы очень охотно назначаем Extr. fluidum Secalis cornuti по 15 капель 3 раза в день; можно назначать спорынью в виде пилюль по следующей прописи:

Rp. Pulv. et extr. Secalis cornuti aa 3,0
 Pulv. Radix Rhei q. s.
 M. ut f. pil. N. 30
 DS. По 2 пилюли 3 раза в день после еды

Широкое распространение, как мы уже отмечали, имеет эрготин^е его можно применять в виде подкожных впрыскиваний (довольно болезненных) или пилюль, или раствора

Rp. Ergotini 3,0
 Sirup. simpl. 30,0
 Aq. fontanae ad 150,0
 MDS. По 1 столовой ложке через 3 часа

Очень охотно применяют при гиперменоррее канадский желтокорник (*Hydrastis canadensis*), который назначают за 7—8 дней до ожидаемой менструации и во время последней по 30—40 капель 3 раза в день после еды. Жидкий экстракт водяного перца дают внутрь по 30—40 капель 3—4 раза в день, а экстракт пастушьей сумки (*Extr. Bursae pastoris fluidum*)—по 25—30 капель 2—3 раза в день. Из средств, применяемых для повышения свертываемости крови, часто назначают соли кальция. Кальций можно вводить per os или внутривенно. Частое применение препаратов кальция вызывает запор, с которым следует бороться. В целях повышения свертываемости крови в настоящее время при маточных кровотечениях широко применяют антигеморрагический витамин К по 0,015 г 2 раза в день в течение 3—4 дней. Затем назначают перерыв на 4 дня, после чего прием витамина К возобновляется.

Во вторую группу маточных кровотечений, по схеме Гальбана-Груздева, входят кровотечения, возникающие на почве **общих заболеваний женского организма**. Сюда относятся прежде всего различные проявления геморрагического диатеза, особенно верльгофова болезнь и гемофилия. Значение гемофилии в этиологии маточных кровотечений до настоящего времени сомнительно. Некоторые авторы полагают, что гемофилия не играет никакой роли, да и самая возможность гемофилии у женщин возбуждает сомнение.

Среди болезней кроветворного аппарата авторами выдвигается в качестве предрасполагающих к маточным кровотечениям лейкопения, пернициозная анемия и хлороз. Штеккель (W. Stoeckel) считает, что лейкопения, как и пернициозная анемия, может вести к атоническим кровотечениям. По Кермаунеру (Tr. Kermauner), первая же менструация при миелоидной лейкопении может дать смертельное кровотечение. Из лечебных методов, заслуживающих применения при этой болезни, некоторые авторы рекомендуют покой, облучение рентгеновыми лучами и переливание крови. Ашнер (B. Aschner) утверждает, что хлороз при Hb 15—20% ведет к меноррагиям, преимущественно пубертатным, Гуггисберг (H. Guggisberg) же считает, что при этом заболевании маточные кровотечения наблюдаются редко. Для лечения кровотечений у больных хлорозом Гуггисберг рекомендует в качестве кровоостанавливающего большие дозы железа, питуитрин, рентгенизацию яичников и впрыскивания кровяной сыворотки.

К маточным кровотечениям типа метроррагий могут вести все острые инфекционные болезни: сепсис, тиф, грипп, холера, оспа, скарлатина и пр., причем кровотечения в этих случаях возникают либо на почве нарушения функций яичника, либо вследствие патологических изменений эндометрия. При послеродовом сепсисе атонические кровотечения бывают так часто, что являются почти патогномичными для данной болезни. Что касается хронических инфекционных болезней, то они также могут вести к маточным кровотечениям в форме меноррагий или метроррагий. На первом плане среди этих заболеваний следует поставить туберкулез и особенно сифилис. Многие авторы (А. А. Муратов, Н. В. Марков и др.) наблюдали у больных сифилисом женщин маточные кровотечения, не поддававшиеся никаким кровоостанавливающим средствам и быстро прекращавшиеся при специфическом лечении. Точно так же кровотечения могут быть вызваны интоксикациями как острыми и хроническими, так и на почве профвредностей. Меноррагии у женщин, работающих на табачных фабриках, Ю. Э. Гительсон объясняет именно дисфункцией половых желез, возникающей на почве отравления.

В третью группу маточных кровотечений, согласно классификации Гальбана-Груздева, включаются кровотечения, причиной которых являются нарушения со стороны нервной системы. Сюда относятся прежде всего нервно-психические травмы, лучшим средством лечения которых является психотерапия. К этой группе относятся и кровотечения, возникшие под влиянием соматических рефлекторных раздражений. А. А. Ануфриев описал случай наступления меноррагии у женщины после удаления зубов. Болевые раздражения со стороны кишок и других органов брюшной полости могут рефлекторным путем вызвать расширение капилляров эндометрия и на этой почве маточные кровотечения. В эту группу могут быть также отнесены мено- и метроррагии, вызываемые термическим раздражением, а также маточные кровотечения, наблюдавшиеся некоторыми авторами под влиянием мастурбации, прерванных половых сношений и т. п.

В четвертую группу маточных кровотечений Гальбан и Груздев включают кровотечения при застое крови вследствие пороков сердца и наличия опухолей вблизи матки; сюда же надо отнести и кровотечения, зависящие от анатомических и функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Среди этих заболеваний на первом плане стоят пороки сердца, особенно декомпенсированные. Хотя отдельные авторы и высказываются против большого значения болезней сердца и этиологии маточных кровотечений, в частности, постклимактерических, все же очень многие считают, что меноррагии и метроррагии развиваются на почве кардиопатий гораздо чаще, чем это считают. Отдельные авторы при пороках сердца наблюдали мено- и метроррагии почти у половины больных. Ряд авторов считает, что постклимактерические кровотечения часто возникают на почве расстройства кровообращения при заболеваниях сердца. Ювенильные маточные кровотечения ставят в связь с первым проявлением митрального стеноза. Несомненно, наилучшим лечением при маточных кровотечениях, зависящих от заболевания сердца, следует считать применение сердечных средств. В этиологии маточных кровотечений издавна большое значение приписывают артериосклерозу. Особенно велика его роль в происхождении преклимактерических, климактерических и постклимактерических меноррагий и метроррагий.

Из функциональных расстройств в сфере кровообращения особенно важное значение в происхождении маточных кровотечений приписывают

венозным застоям в области малого таза и гипертонии, от чего бы эти расстройства ни зависели. По Р. Шредеру, все состояния, ведущие к застою крови, особенно в нижней части тела, или обуславливающие гипертонию (пороки сердца с расстройством компенсации, хронический нефрит и нефросклероз, цирроз печени, хроническая индурация легких и т. п.), ведут сначала к меноррагиям, а потом к метроррагиям. При лечении в этих случаях главное внимание следует обратить на основное страдание.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ОВАРИГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Чрезвычайно важная роль в происхождении маточных кровотечений отводится современными авторами причинам, которые носят название **о в а р и г е н н ы х**.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ МЕТРОПАТИЯ

Основную группу кровотечений на почве дисфункции яичников составляет заболевание, известное под названием геморрагической метропатии (рис. 39). Это заболевание встречается нередко. Р. Шредер, например, наблюдал его у 0,8—1% всех гинекологических больных своей клиники.

По данным Е. И. Гуревич (клиника Р. В. Кипарского в Ленинграде), это заболевание имело у 0,5—1,2% всех амбулаторных больных.

Д. Л. Чернеховский предлагал называть это заболевание не геморрагической метропатией по Шредеру, а *ovario-metropathia haemorrhagica hormonalis*, стремясь в самом названии отразить представление о сущности заболевания.

В основе геморрагических метропатий лежит патологическое развитие фолликулов, ведущее к их персистенции. При нормальном овариальном цикле созревающий фолликул, достигнув определенной стадии зрелости, разрывается (лопается), а из клеток *membranae granulosaе* и *thecae internaе* развивается желтое тело. Затем начинается обратное развитие желтого тела и созревание фолликула следующего цикла и т. д. Соответственно фазам овариального цикла в эндометрии также происходят изменения; так, стадии созревания фолликула в яичнике соответствует стадия пролиферации в слизистой оболочке матки. При геморрагической метропатии фолликулы не достигают естественной стадии своего развития, заканчивающейся разрывом фолликула и образованием желтого тела. Гистологическое исследование яичников показало, что яичники при этом заболевании оказываются увеличенными вследствие наличия в них одной или нескольких небольших кист, которые являются фолликулами с хорошо сохранившимся в них слоем клеток *membranae granulosaе* и *thecae internaе*; свежих желтых тел в яичнике нет (рис. 40). Слизистая оболочка матки, полученная при выскабливании полости матки, отличается характерными чертами: соскоб обилен, выскобленные массы пропитаны кровью и внешне сходны с децидуальной оболочкой. Подчас даже может возникнуть подозрение на рак тела матки. Микроскопически соскоб имеет вид беспорядочной гиперплазии желез самой разнообразной формы, нередко с кистовидным расширением; признаки секреции отсутствуют. Слизистая оболочка (функциональный слой) местами некротизирована, сосуды затромбированы. Кровотечения в случаях геморрагической метропатии зависят главным образом не от менструальной фазы, а от отторжения некротизированных участков эндометрия.

Обычно матка увеличенная и сочная (иногда матка не увеличена). Обращает на себя внимание легкая проходимость шейного канала даже у не рожавших женщин. Кровотечения при геморрагической метропатии

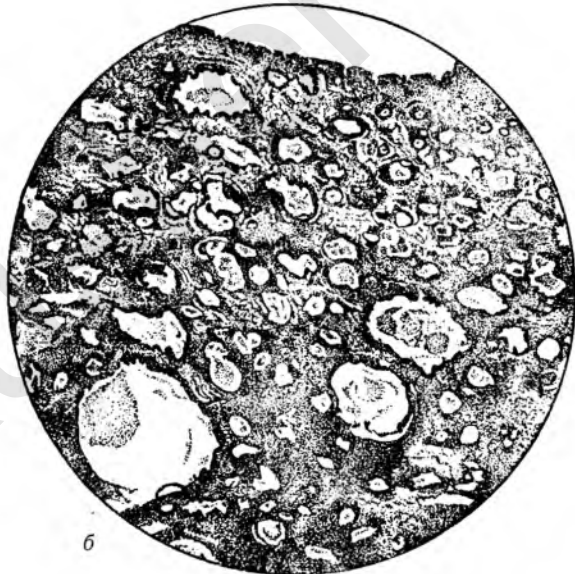
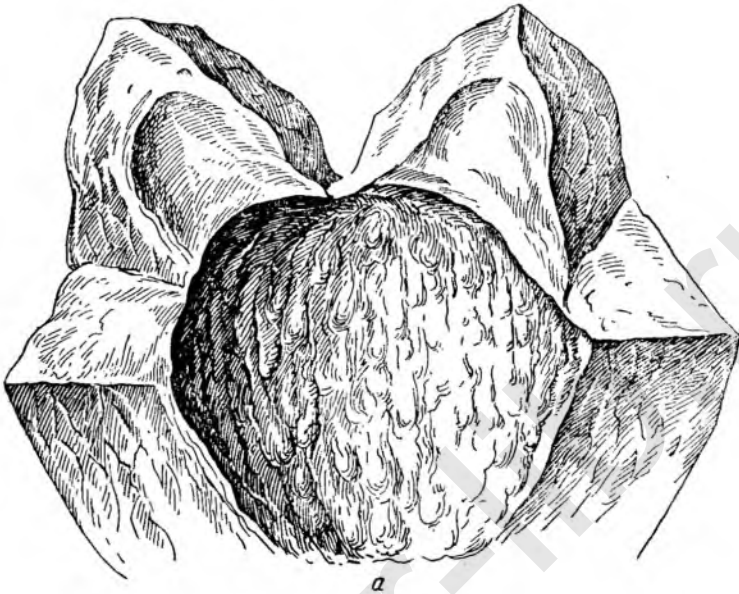


Рис. 39. Геморрагическая метропатия.

a—утолщение эндометрия (макроскопическая картина); *б*—кистозная гиперплазия эндометрия (микроскопическая картина) (Штенкель).

могут быть и такими обильными, что вызывают тяжелые анемии. В некоторых случаях кровотечения не интенсивны, но продолжаются чрезвычайно долго, имея вид незначительных кровянистых выделений.

Кровотечения при геморрагической метропатии обычно наступают после более или менее длительной задержки менструации, что и понятно: под влиянием персистирования фолликула истинная менструация выпадает, а кровотечение появляется в результате омертвения чрезмерно гиперплазированной оболочки слизистой матки. Возможно, что при наличии персистирующего фолликула преждевременно погибает яйцевая клетка.

Геморрагическую метропатию П. Г. Шушания рассматривает как однофазный патологически удлиненный менструальный цикл, так как при этом заболевании не существует второй фазы ни в яичнике, ни в матке, а имеется только первая фаза и то патологически изменена.

И. И. Фейгель и В. А. Покровский считают, что термин «персистирующий фолликул» не вполне правильно отражает анатомический субстрат, так как при этом заболевании часто находят фолликулы в стадии кистозной атрофии.

Наряду со случаями метропатии, сопровождающимися гиперплазией эндометрия и кистозными изменениями яичников, наблюдаются при таком же клиническом течении и иные анатомические субстраты—в яичниках находят желтые тела (А. Э. Мандельштам).

Несмотря на значительные успехи учения о причинах маточного кровотечения, обусловленного теми или иными нарушениями функции яичников, вопрос о так называемых функциональных маточных кровотечениях все еще нельзя считать полностью разработанным. Наблюдения показали, что функциональные маточные кровотечения могут быть при умеренном и слабом развитии эндометрия и даже при его атрофии. Объяснить причину возникновения кровотечения в подобных случаях довольно трудно вследствие ряда неясностей, касающихся механизма менструации.

Новейшие исследования показали, что менструация—в основном нервно-сосудистый феномен, в котором эндокринные железы играют важную, но не единственную роль. Весь этот сложный процесс находится под влиянием центральной нервной системы.

Твердо установлено, что менструации предшествует овуляция и что без овуляции нет менструации. Однако работами Гартмана (Hartman) доказано, что у человекообразных обезьян регулярные кровотечения бывают и тогда, когда в яичниках нет желтых тел (ановуляторные кровотечения). У обезьяны оплодотворение наступает только во время зимних циклов. Ановуляторные циклы, не сопровождающиеся оплодотворением, встречаются у обезьян не только в летние месяцы, причем чаще в пубертатном возрасте. Ряд наблюдений показал, что ановуляторные кровотечения бывают также и у женщин и главным образом в пубертатном и в климактерическом возрасте.

При функциональных кровотечениях в эндометрии иногда определяется секреторная фаза (большей частью недостаточно выраженная), что говорит о кровотечении овуляторного характера.

Особого внимания, по А. Э. Мандельштаму, заслуживают сосуды, состояние которых во многих случаях находится в соответствии с беспорядочной пролиферацией железистого эпителия. Изменения в сосудах были тщательно изучены Е. И. Гуревич и А. А. Куликовской. Эти авторы подчеркивают «беспокойство» сосудов (спастическое сокращение их, перемежающееся с паралитическим сужением просвета, выраженное фибринозно-гиалиновое перерождение стенок) как характерную картину в ряде случаев при беспорядочных кровотечениях, клинически напоминающих геморрагическую метропатию на почве персистенции фолликула.



Рис. 40. Ретенционные кисты яичника. Вверху ретенционная киста фолликула; внизу—ретенционная киста желтого тела [Яшке и Панков (R. Jaschke und O. Pankow)].

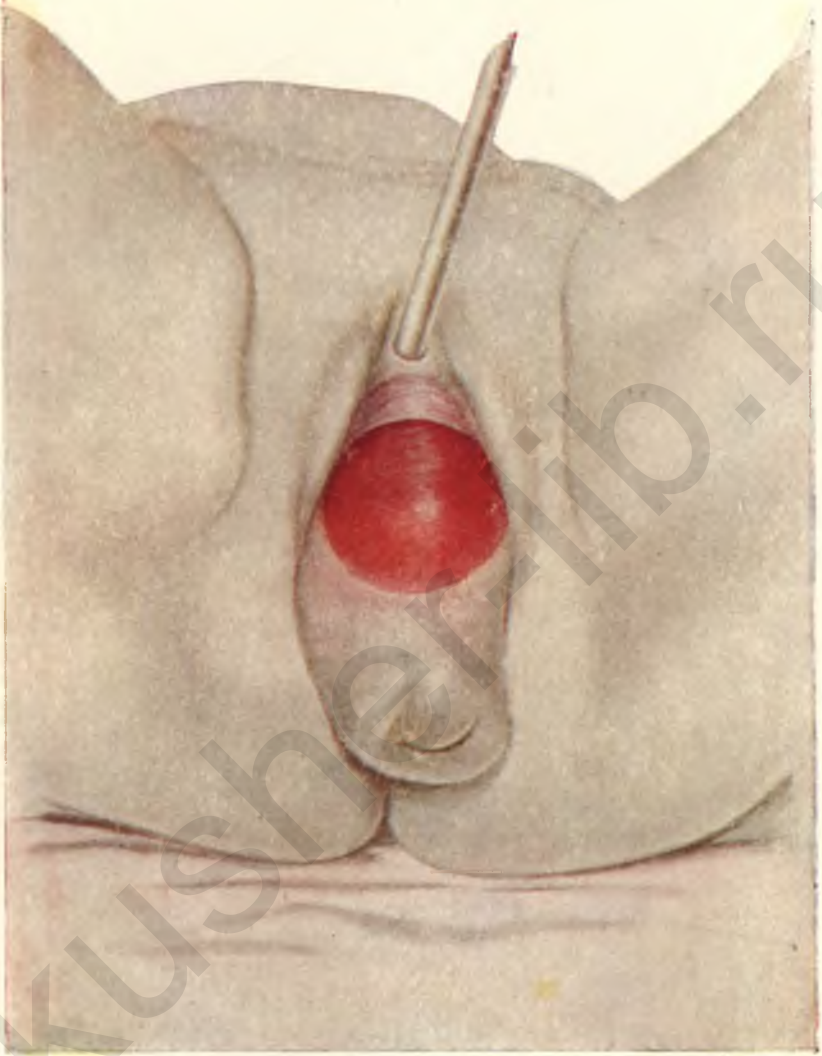


Рис. 49. Выпадение матки. Цистоцеле освещен из мочевого пузыря (диафаноскопическая картина).

ского эндометрита. Но, заподозрив наличие хронического эндометрита, прежде чем прибегнуть к выскабливанию, необходимо тщательным образом обследовать больную и, лишь убедившись в отсутствии противопоказаний (наличие воспалительного очага в матке или за ее пределами в тазу, на что указывает болезненность при пальпации, повышенная температура тела, ускоренная РОЭ), можно произвести операцию выскабливания.

При распознавании нарушенной функции яичников (как причины маточных кровотечений) некоторые современные авторы придают большое значение цитодиагностическому исследованию влагалищных мазков.

Методы лечения при маточных кровотечениях овариального происхождения. Кровотечение овариального происхождения очень редко бывает настолько обильным, чтобы потребовались экстренные меры. Если все же имеется значительная степень малокровия, больную надо уложить с приподнятым тазом и опущенной головой (без подушки) и затампонировать влагалище стерильным бинтом. В противоположность акушерским кровотечениям тампонировать матку не следует, тогда как влагалище и его своды должны быть туго затампонированы. Тампон оставляют на сутки и даже дольше; вместе с тампоном целесообразно ввести во влагалище 5—10 г белого стрептоцида.

Кроме кровоостанавливающих средств (холод на низ живота, витамин К, инъекции эрготина, питуитрина и пр.), нередко приходится прибегать к подкожному введению физиологического раствора поваренной соли, внутривенному введению глюкозы, переливанию донорской крови.

Резкая анемия при маточных кровотечениях типа мено- и метроррагий (геморрагическая метропатия) является обычно следствием не острых, а хронических кровотечений. К лечению больных при этих кровотечениях надо приступить тотчас, как только будет установлена этиология и поставлен точный диагноз, который, как мы уже указывали, может быть ясным только после пробного выскабливания. Считаем необходимым здесь же повторить, что, кроме своего огромного диагностического значения, выскабливание матки при геморрагической метропатии является в то же время и терапевтическим мероприятием, оказывающим непосредственное кровоостанавливающее действие, что является следствием удаления кровоточащей, некротизированной и гиперплазированной слизистой оболочки матки. Конечно, и энергичное сокращение матки, вызванное выскабливанием, имеет большое значение. Трудно себе представить, каким образом выскабливание матки может при овариальных маточных кровотечениях дать длительный эффект. И все же такой эффект иногда наблюдался. Об этом говорит наш личный опыт и литературные данные (Е. М. Шварцман, Г. К. Живатов). В то же время следует подчеркнуть, что бессмысленно прибегать к повторному выскабливанию, если результат недавно произведенного выскабливания оказался неудовлетворительным. Побудить к этому могло бы только доказательство, что причиной кровотечения послужили остатки плодного яйца в матке. Если же кровотечение, прекратившееся после выскабливания, вновь появится через несколько месяцев или даже лет, то следует вновь произвести выскабливание, особенно в климактерическом или предклимактерическом возрасте больной, когда причиной кровотечения нередко бывает начинающееся раковое новообразование.

В последние годы большое распространение получило лечение геморрагической метропатии прогестероном. Это синтетический кристаллический препарат, по своему химическому строению относящийся к стероидам, хорошо растворяется в растительных маслах (в воде он не растворяется). Прогестерон выпускают в виде масляных растворов в ампулах, содержащих 5—10 мг прогестерона в 1 мл. Вводят его внутримышечно или подкожно. Применяя прогестерон при функциональных маточных кровотечениях (геморрагическая метропатия, ювенильные и климактерические кровотечения), рассчитывают на вызываемые им характерные для секреторной фазы изменения в эндометрии, достигшем пролиферативной фазы и больше не развивающемся. В этих случаях проводят несколько курсов лечения через 15—20 дней в течение 6—8 дней по 5 мг ежедневно. Если больная страдает патологическим кровотечением, то применение прогестерона вне кровотечения может предотвратить его наступление.

Для тех же целей вместо прогестерона употребляют и другой синтетический препарат, обладающий действием гормона желтого тела, — прегнин. Преимуществом прегнина перед прогестероном считают его свойство сохранять активность и оказывать лечебное действие при приеме его внутрь в виде таблеток. При функциональных маточных кровотечениях прегнин назначают по 10 мг три раза в день в течение 3—5 дней. Во избежание рецидива рекомендуется спустя 15—20 дней после прекращения кровотечения провести повторный курс лечения в указанных дозах. При приеме прегнина следует задерживать таблетку во рту под языком до полного ее растворения. Препарат, всасываясь через слизистую оболочку рта, оказывает больший лечебный эффект, чем при всасывании из желудка и кишечника. (Прегнин выпускается в таблетках по 5 мг, в упаковке по 20 таблеток.)

Из других гормональных препаратов, предложенных для лечения геморрагической метропатии у женщин предклимактерического возраста, следует остановиться на так называемых андрогенных гормонах. Известно, что эти гормоны выделяются до полового созревания у детей—девочек и мальчиков—в одинаковых количествах с мочой. У женщин и после наступления половой зрелости некоторое количество этих гормонов сохраняется, а с наступлением климактерического периода их количество, по данным некоторых авторов, даже увеличивается. Если образование андрогенных гормонов в организме женщины патологически повышено, это ведет к морфологическим и функциональным изменениям, проявляющимся в угнетении овариально-менструальной функции. Это угнетение сопровождается атрофией органов женской половой сферы и развитием вторичных половых признаков мужского пола. Как показали экспериментальные исследования, андрогены и эстрогены, введенные в организм в больших дозах, влияют на переднюю долю гипофиза, подавляя образование гонадотропных гормонов. Уже имеются клинические наблюдения над результатами лечения при геморрагической метропатии андрогенами (П. Г. Шушания, Т. В. Труевцева).

Медицинская промышленность выпускает два андрогенных гормональных препарата: 1) тестостерон-пропионат и 2) метилтестостерон. Тестостерон-пропионат выпускают в масляных растворах (2,5 и 5%) в ампулах по 1 мл для внутримышечных инъекций, а метилтестостерон— в таблетках для приема внутрь. Таблетку кладут под язык, откуда она лучше всего всасывается через слизистую оболочку рта. Каждый препарат имеет свои преимущества: тестостерон-пропионат в 2—3 раза активнее,

и действие его продолжительнее, но зато применение метилтестостерона проще. Так как наш личный опыт еще не велик, а литературные данные скудны, мы не считаем возможным судить с достаточной серьезностью об эффективности лечения геморрагической метропатии этими препаратами и о сравнительных преимуществах каждого из них. Ясно лишь, что, исходя из уже известных биологических свойств андрогенов, вышеуказанные препараты не следует применять при кровотечениях у подростков и женщин молодого возраста.

Что касается применения андрогенных препаратов при лечении больных геморрагической метропатией в предклимактерическом возрасте, то мы считаем, что побуждающих причин к этому нет. Прежде всего нельзя утверждать, что опыт лечения при предклимактерической метропатии препаратами желтого тела принес разочарование и что поэтому необходимо изыскивать новые средства. Наоборот, если диагноз метропатии поставлен правильно, то большей частью лечение этими препаратами дает успех и нет оснований отказываться от него. Клинически анализируя причины неуспеха, нередко приходили к заключению, что причина кроется не в препарате, а в неправильном диагнозе, поэтому усилия гинекологов должны быть направлены в сторону улучшения диагностики.

В настоящее время действие препарата желтого тела уже хорошо изучено; какого-либо явного вреда он, насколько известно, не приносит. Утверждать то же самое в отношении андрогенных препаратов мы считаем преждевременным.

Лечение маммином. Многие гинекологи являлись приверженцами лечения маточных кровотечений, в том числе и кровотечений овариального происхождения, препаратами, изготовленными из молочных желез животных. Был распространен препарат, известный под названием маммофизин. Согласно нашим данным, маммофизин бывает эффективен при кровотечении. Другие же препараты, например, маммин, не давали ни постоянного, ни длительного эффекта. В настоящее время маммин не применяется. Следует, однако, заметить, что маммин еще недавно широко использовался практическими врачами для лечения маточных кровотечений. В последнее время значительное распространение имел метод аутомамминизации при лечении больных геморрагической метропатией.

Аутомамминизация. Метод основан на стремлении повысить функцию молочных желез—их секрецию и инкрецию (А. М. Мыкертчьянц, А. А. Келлат, С. А. Ягунов, В. И. Здравомыслов, С. К. Лесной, Ю. Желоховцев, Ш. Я. Микеладзе и др.), что должно вести к угнетению внутрисекреторной деятельности яичников, а в силу этого и к уменьшению или прекращению кровотечения. По М. А. Петрову-Маслакову, возникновение сокращений матки при раздражении молочных желез (или одних только сосков) установлено еще со времен Гипократа и многократно доказано в эксперименте и на практике (В. М. Бехтерев, Е. М. Курдиновский, М. С. Маргулис). Эта концепция выдержала как бы длительное испытание временем. Однако, согласно замечанию Е. М. Шварцмана, повышенная выработка молочными железами маммина при аутомамминизации еще точно не доказана. В основе остановки маточных кровотечений с помощью аутомамминизации лежит, повидимому, рефлекс с молочных желез на половые органы (яичники, матку), существование же такого рефлекса известно из повседневной акушерской практики (сокращение матки при кормлении грудью).

Диатермия и гальванизация молочных желез, примененные с гемостатической целью при подострых или хронических воспалительных заболеваниях придатков матки и околоматочной клетчатки, сопровождающихся

маточным кровотечением, кроме гемостатического эффекта, благотворно действуют и на течение основного заболевания, т. е. воспалительного процесса, и способствуют более быстрому рассасыванию экссудатов.

Основываясь на этих наблюдениях М. А. Петров-Маслаков относит аутомамминизацию к способам, действие которых реализуется нервнотрофическим влиянием на половой аппарат женщины и путем усиления рефлекторного воздействия на яичники и матку по старым филогенетическим связям. Поэтому название метода «аутомамминизация» не соответствует существу дела, так как никакой усиленной выработки маммина в этих случаях, повидимому, не происходит (А. В. Киричинский).

Если у больной, страдающей маточным кровотечением, имеются признаки неврастении, то гинеколог должен обратить на это самое серьезное внимание. В основу лечения должен быть положен регулярный образ жизни: больная должна избегать всего, что ведет к перенапряжению нервной системы. Хорошие результаты дает водолечение (солено-хвойные ванны, теплые ножные ванны, теплый душ). Курение категорически запрещается. Полезно принимать глицерофосфаты, витамины и пр. Хорошо действуют бромиды и кофеин. И. П. Павлов впервые объяснил действие бромида и установил, что вопреки господствующему представлению бромиды не угнетают возбуждающих процессов, а усиливают корковые процессы торможения, кофеин же ведет к повышению процессов возбуждения. И. П. Павловым было установлено, что действие бромида и кофеина в значительной степени зависит от типа нервной деятельности. Нарушение сна требует особого внимания врача; прогулки перед сном оказывают благотворное влияние. Если эти мероприятия не дают результата, приходится прибегнуть к назначению снотворных, как люминал, мединал, барбитал, нембутал и др.

П р и м е н е н и е в и т а м и н а С. По наблюдениям Г. А. Бакшта, тромбопения как причина «необъяснимых» функциональных кровотечений может встретиться и у взрослых женщин при отсутствии изменений в половом аппарате. В подобных случаях автор рекомендует применять массивные дозы витамина С (500—600 мг аскорбиновой кислоты внутривенно или 2000 мг внутрь). Успехи профилактики и лечения цыгги, сопровождающейся кровоизлияниями в кожу, мышцы, слизистые оболочки рта и кишечника, навели на мысль применить витамин С при маточных кровотечениях. Витамин С применялся в виде чистой аскорбиновой кислоты или концентратов, полученных промышленным путем из хвои, шиповника и других растений.

Исходя из того, что кровоточивость при цыгге зависит от повышенной проницаемости кровеносных сосудов (капилляров), некоторые гинекологи полагают, что механизм действия аскорбиновой кислоты при маточных кровотечениях таков же, как и при цыгге. Другие ограничивались констатацией эффективности лечения аскорбиновой кислотой при маточных кровотечениях, не вдаваясь в подробности их патогенеза и механизма действия витамина С.

Для решения вопроса об эффективности витамина С при маточных кровотечениях надо было изучить действие этого витамина в эксперименте на животных и в клинике. Такая работа была проведена сотрудником нашей клиники И. С. Краевской.

Эксперимент был поставлен на 100 самках морских свинок. Эти животные поражаются цыггой так же, как человек и обезьяна, тогда как другие млекопитающие и птицы не болеют цыггой.

Основным выводом экспериментальной части работы И. С. Краевской явилось то, что маточные кровотечения у морских свинок возникают лишь тогда, когда слизистая оболочка матки хорошо развита и сочна. Исходя из этого, можно предположить, что хотя гиповитаминоз С не является ведущей и основной причиной функционального маточного кровотечения, но состояние гиповитаминоза С может в какой-то степени обусловить симптом кровотечения, особенно если в слизистой матки имеются к этому располагающие условия. В связи с этим, применяя витамин С как лечебный фактор при маточных кровотечениях, едва ли можно рассчитывать на положительный эффект во всех случаях, как это утверждают некоторые авторы.

На основании проделанной работы И. С. Краевская приходит к заключению, что наблюдавшийся в некоторых случаях гиповитаминоз С является лишь осложняющим моментом данного заболевания, а не первопричиной его возникновения и что действие витамина С при функциональном маточном кровотечении может снять один из факторов, способствующих возникновению кровотечения.

Несомненно, обогащение витамином С организма больных, ослабленных маточными кровотечениями, способствует восстановлению нормальной жизнедеятельности организма и благодаря этому является весьма ценным добавлением к основным методам лечения при кровотечении.

В ряде маточных кровотечений оваригенного характера успех достигается урегулированием половой жизни. В подобных случаях врачу необходим большой такт, благодаря которому он сможет добиться полного доверия больной, что позволит ей быть совершенно откровенной с врачом в столь интимном вопросе, как половая жизнь. Слишком частые половые сношения, особенно же мастурбация, прерванное половое сношение или другие извращения его, несомненно, иногда усиливают и поддерживают гипер- и полименоррею.

Очень большое значение в борьбе с маточным кровотечением имеют меры, направленные на регулирование функции кишечника. Хронический аппендицит, колит, хронические запоры безусловно могут быть причиной или фактором, способствующим появлению маточного кровотечения.

Необходимо принимать во внимание и возможность маточных кровотечений психогенного характера. Иногда кровотечение прекращается под влиянием психотерапевтического воздействия.

Если испытанные методы лечения геморрагической метрорпатии у больных в предклимактерическом и климактерическом возрасте не дали эффекта, т. е. если кровотечения рецидивируют, угрожают здоровью и работоспособности женщины, то возникает вопрос о применении так называемых радикальных методов лечения, т. е. лучистой энергии, главным образом рентгенотерапии, или операции удаления матки. При выборе метода надо прежде всего помнить, что рентгенотерапия как таковая не дает летальности, поэтому она имеет преимущества перед операцией, особенно у больных, страдающих заболеваниями сердца, легких и др. Рентгенотерапия будет тем эффективнее, чем больная ближе к климактерическому возрасту, а также в тех случаях, когда, наряду с кровотечениями, имеются периоды аменорреи.

Противопоказанием к рентгенотерапии может служить неуверенность в диагнозе, подозрение на злокачественное новообразование, а также наличие какой-нибудь доброкачественной опухоли в тазу.

ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

При постановке диагноза так называемого ювенильного маточного кровотечения врач сталкивается с необходимостью несколько ограничить применение необходимых методов исследования, а особенно выбор методов лечения. На этом вопросе мы остановимся несколько подробнее.

Для постановки гинекологического диагноза у девственниц применяют исследование через прямую кишку. Если же это исследование окажется недостаточным и его необходимо дополнить осмотром шейки матки в зеркалах, а при подозрении на туберкулезное поражение эндометрия или наличие маточного полипа сделать еще и пробное выскабливание, то с наличием девственной плевы не приходится считаться. Если девственная плева имеет кольцевидное отверстие, то его можно медленно и очень осторожно растянуть, вводя в него расширители Гегара. При ригидной девственной плеве или при решетчатой ее форме можно, соблюдая все правила хирургической асептики, осторожно плеву рассечь и тотчас же после исследования наложить 1—2 тонких кетгутовых шва.

Влагалищное исследование девушки следует производить только с согласия родителей или родственников, которым разъясняют причину необходимости подобного исследования. Кроме того, рекомендуется само исследование девушки делать в присутствии третьего лица, что должно предохранить врача от нареканий или ложных обвинений со стороны больной или ее родственников (Е. М. Шварцман). Наличие ненарушенной девственной плевы и возраст не должны служить основанием для исключения кровотечения на почве беременности (выкидыш). Хотя такие случаи и редки, но забывать о них не следует. В тех случаях, когда причиной кровотечения являются внутренние болезни (порок сердца, заболевания почек, печени, крови и т. д.), лечение должно быть направлено на борьбу с основным заболеванием. В редких случаях причиной кровотечения может быть врожденный сифилис. А. Э. Мандельштам указывает, что ювенильные кровотечения могут быть следствием тромбозии.

В ряде случаев ювенильных маточных кровотечений мы видели успех от применения инсулина. Для непосредственного прекращения кровотечения применяют инъекции инсулина по 10—20 единиц в течение 2—3—4 дней. Инъекциям инсулина должна предшествовать нагрузка организма сахаром в количестве 30 г (сладкая вода). При такой дозировке инсулина изредка наблюдаются нерезкие болевые ощущения в области сердца.

Для уменьшения кровопотерь при последующих менструациях П. Я. Лельчук рекомендует лечение малыми дозами инсулина (5—6 единиц в день) в течение одного, а иногда и 2—3 месяцев. Исследования Лельчука и других авторов показали, что в этих случаях действие инсулина зависит от дозировки: его малые дозы стимулируют созревание фолликулов, а чрезмерно длительное применение препарата, так же как и большие дозы его, задерживает созревание фолликулов.

При ювенильных кровотечениях для непосредственного прекращения их широко пользуются препаратом из задней доли гипофиза (питуитрин). Питуитрин обладает способностью быстро сокращать маточную мышцу, а также гладкую мускулатуру других органов—кишечника, мочевого пузыря, повышать свертываемость крови и оказывать сосудосуживающее действие. Поэтому питуитрин нельзя давать больным с повышенным артериальным давлением, а также лицам, страдающим расстройствами сердечно-сосудистой системы. Так как в юном возрасте гипертония встречается

редко, то питуитрин при ювенильных кровотечениях можно назначать довольно широко, особенно для непосредственного прекращения кровотечения. Препарат задней доли гипофиза весьма активен и у некоторых больных вызывает неприятные побочные явления (чувство сердечной тоски, побледнение и даже обморочное состояние), поэтому применять его надо осторожно; подкожные впрыскивания препарата начинают с 0,5 мл, причем разовая доза не должна превышать 1 мл.

При обильном маточном кровотечении, преимущественно при пониженном артериальном давлении, можно испытать эффективность гормона надпочечников—адреналина в растворе 1 : 1000 в виде подкожных впрыскиваний в количестве 0,5—1 мл (1—2 раза в день) или в каплях (по 2—8 капель 3—4 раза в день).

При функциональной недостаточности щитовидной железы, что может быть причиной маточного кровотечения, применяется препарат из щитовидной железы—тиреоидин (Thyroidinum) в таблетках, содержащих 0,1 г препарата (один или два раза в день по одной таблетке). По Е. М. Шварцману, в некоторых случаях ювенильного кровотечения тиреоидин помогает в тех случаях, когда другие средства не дали результата. Но все же, прежде чем назначить этот препарат, следует выяснить, действительно ли у больной имеется гипофункция, что можно предположить на основании определения скорости свертывания крови. Свертываемость крови будет ускорена при гипофункции и замедлена при гиперфункции (К. К. Скробанский).

Некоторые авторы рекомендуют применять при маточных кровотечениях вытяжку из паращитовидных желез, повышающую содержание кальция и тромбокиназы в крови.

Паратиреоидин или паратиреокалин (Parathyroidinum, Parathyrocalcinum) выпускают в флаконах, содержащих 5 мл стерильного препарата; флакон имеет резиновый колпачок, через который иглой шприца набирают нужное количество препарата (колпачок предварительно протирают спиртом). Ежедневно в течение 1—1½ месяцев вводят подкожно 1 мл препарата (содержит 20 единиц паратиреоидина).

Хорошие результаты наблюдались при кровотечениях от приема внутрь 5—10% раствора хлористого кальция, например, в следующей прописи:

Rp. Calcii chlorati 20,0
Sirup. simpl. 40,0
Aq. destill. 400,0
MDS. По 1 столовой ложке каждые 2 часа

Диагноз «геморрагической метропатии» у женщин молодого и зрелого возраста может быть с уверенностью поставлен лишь, как мы уже указывали, после исследования полости матки путем зондирования и пробного выскабливания. Что касается методов лечения этих больных, то чем больная моложе, тем строже надо придерживаться требования не ограничиваться выскабливанием, а применять также соответствующую гормонотерапию и общеукрепляющие методы лечения (курортное лечение, перемена климата, отдых в лесистой местности, на берегу моря, пребывание в деревне, устранение условий, плохо влияющих на настроение больной). Следует запретить употребление крепкого кофе и чая, курение и т. п. Из гормональных препаратов как в предклимактерическом возрасте, так и в ювенильном хороший эффект дает прогестерон, а при наличии временной аменорреи—прогестерон с предварительной в течение 10—15 дней эстрогенной терапией (фолликулин, синэстрол и др.).

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ МЕТРОПАТИИ У ЖЕНЩИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Маточные кровотечения, напоминающие по своему характеру геморрагическую метропатию, встречаются не только в предклимактерическом и юношеском возрасте, но и у женщин зрелого возраста, живущих половой жизнью. У этих больных кровотечения часто связаны с беременностью (выкидыш, внематочная беременность, плацентарный полип), о чем всегда следует помнить. Воспалительные процессы и их последствия также могут быть причиной маточного кровотечения; кровотечения могут быть вызваны фибромиомой матки, опухолью яичников, раком матки, который не так уже редко встречается в этом возрасте. Обо всем этом надо думать, анализируя причины маточного кровотечения.

Кровотечения, принимающие характер менструаций или меноррагий, наблюдаются также при своеобразной опухоли—фолликуломе, или, как ее теперь обычно называют, гранулозноклеточной опухоли яичника.

ГРАНУЛОЗОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА (ТЕКОМЫ И ЛУТЕОМЫ)

Эти опухоли характеризуются тем, что, состоя из клеток, морфологически схожих с клетками нормально функционирующих яичников, обладают повышенной гормональной активностью. Клеточным элементам этих опухолей приписывают гормональные влияния (избыточная продукция фолликулярного гормона) на организм в виде его гиперфеминизации. Проявлением этого влияния служат меноррагии, наступающие у зрелых женщин, а у девочек—появление кровянистых выделений или кровотечений; такие же явления могут наблюдаться и у женщин после длительной менопаузы.

У одной больной, описанной В. С. Кандарацким, наоборот, была аменоррея, молочные железы увеличились так, как при беременности. Эти явления автор объясняет (на основании гистологического исследования слизистой оболочки матки) действием гормона лютеиновой природы, выделяемого опухолью. Возможно, что в данном случае, кроме фолликуломы, имелась и лютеома.

Несмотря на то, что многочисленные отечественные и зарубежные авторы изучали гранулозноклеточные опухоли—фолликуломы яичника,—все же и до сих пор еще не окончательно установлена степень их злокачественности. Одни авторы (К. П. Улезко-Строганова, А. Э. Мандельштам, М. Г. Кушнир, А. И. Гофман, Р. Ф. Бродский и др.) считают фолликулому злокачественной опухолью, другие (О. Тавилдаров, В. К. Лисовецкий, Ф. Е. Петербургский) относят ее к доброкачественным опухолям, не дающим после удаления рецидива. Отсюда и разногласия при выборе метода операции: в то время как одни авторы считают необходимым при наличии фолликуломы яичника применить радикальную операцию, как при раке, другие ограничиваются лишь удалением опухоли.

Мы полагаем, что при решении этого вопроса необходимо руководствоваться данными клинического исследования до операции, а также результатом осмотра опухоли и соседних с нею брюшных органов по вскрытии брюшной полости, если операция производится девочке или молодой женщине. Если же носителем опухоли является пожилая женщина, то следует применять радикальную операцию.

Весьма своеобразное гормональное влияние в сторону оужествления (дефеминизация, маскулинизация) оказывает редко встречающаяся опухоль—arrhenoblastoma, наблюдавшаяся у молодых менструирующих и даже рожавших женщин. После появления этой опухоли, развившейся из остатков мужских зародышевых желез (К. П. Улезко-Строганова), женщины приобретали мужской тип и переставали менструировать.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Адетов С. А. К вопросу о ювенильных маточных кровотечениях. *Акушерство и гинекология*, 1955, № 1, стр. 50—54.
- Бакиева Р. Г. Лечение маточных кровотечений никотиновой кислотой. *Акушерство и гинекология*, 1953, № 2, стр. 48—50.
- Беккер С. М. Маточные кровотечения. Изд. Центрального института акушерства и гинекологии, Л., 1940.
- Бродский Р. Ф. *Журнал акушерства и женских болезней*. 1926, XXXVII, кн. 2, стр. 156—161.
- Вартапетов Р. А. О терапии функциональных маточных кровотечений некоторыми гормонами и негормональными препаратами. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 1, стр. 23—25.
- Гендон З. Я., Лечение маточных кровотечений впрыскиваниями «лаковой крови». *Акушерство и гинекология*, 1933, № 3, стр. 65—68.
- Гиговский Е. Е. Геморрагическая метропатия. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 10, стр. 68—71.
- Гофман А. И. Гранулозноклеточная опухоль яичника. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 3, стр. 343—346.
- Гудим-Левкович Д. А. Маточные кровотечения в связи с геморрагическим диатезом и дисфункцией яичников. *Гинекология и акушерство*, 1923, № 4, стр. 15—29.
- Гуревич Е. И. Терапия маточных кровотечений. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 1, стр. 44—54.
- Гутнер М. Д. и Полуко К. И. К вопросу о гормонотерапии при функциональных (маточных) кровотечениях. Сборник научных трудов Краснодарского медицинского института, № 3, 1953, стр. 187—190.
- Довженко Т. И. К вопросу о патогенезе маточных кровотечений у женщин, страдающих персистирующим фолликулом. Военно-медицинская академия имени Кирова. Сборник рефератов научных работ за 1950 г., Л., 1953, стр. 137—138.
- Дозорцев А. Г. Л. Применение гормона желтого тела в акушерстве и гинекологии. *Советская медицина*, 1952, № 5, стр. 34—36.
- Зиньковецкий Я. Д. Лечение гинекологических кровотечений конгоротом. *Акушерство и гинекология*, 1939, № 7, стр. 37—45.
- Кандаратский В. С. К вопросу о гистогенезе, морфологии и клинике фолликуломы яичника. Труды Казанского медицинского государственного института, в. II, Татгосиздат, Казань, 1948, стр. 169—176.
- Кватер Е. И. Этиология и терапия так называемых функциональных маточных кровотечений. *Советская медицина*, 1950, № 2, стр. 26—36.
- Киршенблат Я. Д. и Соловьев В. С. Опыт гормональной терапии при нарушениях менструального цикла. *Акушерство и гинекология*, 1954, № 2, стр. 27—32.
- Колесов А. П. Лечение маточных кровотечений никотиновой кислотой. *Акушерство и гинекология*, 1947, № 4, стр. 57.
- Краевская И. С. Роль витамина С в этиологии и патогенезе маточных кровотечений. *Акушерство и гинекология*, 1939, № 10, стр. 10—17.
- Лельчук П. Я. Инсулинотерапия гинекологических кровотечений. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 1, стр. 19—22.
- Лельчук П. Я. К вопросу о лечении при ювенильных кровотечениях. *Акушерство и гинекология*, 1953, № 5, стр. 68—70.
- Лисовецкий В. К. К вопросу о так называемых гранулозноклеточных опухолях яичника. *Журнал акушерства и женских болезней*, 1933, № 1, стр. 23—33.
- Литвак Б. И. К вопросу о маточных кровотечениях при эссенциальной тромбопении. *Гинекология и акушерство*, 1933, № 1—2, стр. 54—59.
- Малиновский М. С. К вопросам расстройств менструального цикла. Сборник работ по акушерству и гинекологии, Медгиз, 1944.
- Мандельштам А. Э. К вопросу о фолликуломах яичника. *Вопросы онкологии*, 1934, т. V.
- Мандельштам А. Э. Гинекологическая диагностика. Изд. Центрального института акушерства и гинекологии, Л., 1940.
- Мандельштам А. Э. Об этио-патогенезе и терапии маточных кровотечений. *Акушерство и гинекология*, 1949, № 3, стр. 24—33.
- Мкеладзе Ш. Я. Лечение маточных кровотечений вибрационным массажем грудных желез. *Акушерство и гинекология*, 1938, № 5, стр. 66—67.
- Могилев М. В. К вопросу об обмене витамина С при маточных кровотечениях. *Акушерство и гинекология*, 1937, № 12, стр. 26—31.
- Николаев А. П. и Гуревич Л. И. Лечение маточных кровотечений конгоротом. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 9, стр. 1072—1077.

- Панцевич И. Ф. Наблюдения над действием аутомамминизации. Акушерство и гинекология, 1940, № 10, стр. 71—73.
- Петербургский Ф. Е. К вопросу об arthenoblastoma ovarii. Акушерство и гинекология, 1938, № 11, стр. 101—105.
- Петербургский Ф. Е. К вопросу о гранулозноклеточных опухолях яичника. Акушерство и гинекология, 1936, № 3, стр. 347—348.
- Петченко А. И., Гостева М. И., Андреева Н. Ф. Применение нового препарата пахикарпина в акушерстве и гинекологии. Акушерство и гинекология, 1953, № 5, стр. 55—58.
- Покровский В. А. Диагностика маточных кровотечений на основании гистологического исследования соскобов. Акушерство и гинекология, 1936, № 1, стр. 37—43.
- Покровский В. А. Функциональные маточные кровотечения и их лечение. Советская медицина, 1950, № 5, стр. 30—33.
- Слонцкий В. П. и Хмелевский В. Н. Лечение геморрагических метропатий типа Шредера ретроплацентарной кровью. Акушерство и гинекология, 1936, № 7, стр. 777—780.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. 4-е изд., Печатня А. И. Снегиревой, М., 1907.
- Турова А. Д., Вережинская В. В. и Лесков А. И. Барбарис амурский как маточное средство. Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 50—51.
- Труевцева Т. В. О применении метилтестостерона при некоторых гинекологических заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1950, № 5, стр. 19—22.
- Фейгель И. И. и Покровский В. А. К гистопатологии маточных кровотечений. Акушерство и гинекология, 1936, № 3, стр. 251—258.
- Шварцман Е. М. Лечение маточных кровотечений (менометроррагий). Фельдшер и акушерка, 1943, № 7, стр. 34—43.
- Шушанин П. Г. Лечение геморрагической метропатии мужским половым гормоном. Акушерство и гинекология, 1947, № 2, стр. 31—32.
- Шушанин П. Г. Лечение спермином некоторых гинекологических кровотечений. Советская медицина, 1952, № 2, стр. 22—23.
- Яропольская Г. Н. Опыт лечения гинекологических кровотечений витамином С. Акушерство и гинекология, 1937, № 4, стр. 25—30.

АМЕНОРРЕЯ

В свете современных данных о патогенезе и этиологии менструальных расстройств принятое деление их на аменоррею и кровотечения едва ли можно считать целесообразным и обоснованным. Общность в ряде случаев этиологического фактора, а также переход одной формы в другую дают основание рассматривать обе указанные формы менструальных расстройств как разное проявление одного и того же патологического процесса. Однако в целях дидактических сохранена принятая форма деления менструальных расстройств на кровотечения и аменоррею.

Аменоррея не представляет собой самостоятельного заболевания, а является симптомом, сигнализирующим о наличии в организме какого-то заболевания.

Отсутствие менструации (аменоррея) и ослабление ее (гипоменструальный синдром)¹—одно из наиболее часто встречающихся расстройств менструальной функции.

Различают аменоррею первичные у женщин, никогда не менструировавших, и аменоррею вторичные, возникающие у женщин, ранее правильно менструировавших.

¹ В гипоменструальный синдром входят следующие расстройства: 1) слабые, скудные месячные (гипоменоррея); 2) короткие, непродолжительные месячные (олигоменоррея); 3) редкие месячные—через 6—8 недель (опсоменоррея). Патогенетические факторы гипоменструального синдрома в основном те же, что и при аменоррее, только выражены слабее.

Как физиологическое явление аменоррея наблюдается у женщин в следующих случаях: 1) до полового созревания; 2) при беременности; 3) в период лактации; 4) при климаксе.

Как патологическое явление аменоррея возникает при наличии в организме патологических процессов местного и общего характера. Среди патологических процессов, локализующихся непосредственно в половых органах и вызывающих аменоррею, важнейшими являются: 1) аплазия (рудиментарное развитие) и гипоплазия матки, атрезии и другие пороки развития половых органов; 2) последствия внутриматочных вмешательств—облитерация полости матки после грубого выскабливания, после прижигания слизистой оболочки матки крепким раствором хлористого цинка, иода и т. п.; 3) глубокие воспалительные поражения эндометрия и придатков матки главным образом туберкулезной этиологии; 4) отсутствие матки или придатков как следствие хирургических вмешательств; 5) воздействие ионизирующего излучения (рентгеновых лучей и радиоактивных элементов).

В группу местных патологических процессов, вызывающих аменоррею, могут быть также отнесены и мочевые свищи, при которых аменоррея может быть обусловлена отравляющим действием мочи, воспалительными процессами в половых органах, а также общим ослабленным состоянием организма больной. После ликвидации свища менструации, как правило, восстанавливаются.

Среди патологических процессов общего характера, вызывающих аменоррею, важнейшими являются.

А. Общие заболевания: 1) острые инфекционные заболевания: тифы (сыпной, брюшной и возвратный), сепсис (внеполовой и половой), крупозная пневмония, дифтерия и т. п.; 2) хронические болезни, сопровождающиеся резким упадком питания,—туберкулез (легочный, кишечника и костей), малярия и др.; 3) хронические интоксикации, обусловленные профессиональными отравлениями (свинец, ртуть, мышьяк и т. п.); наркомании (морфинизм, кокаинизм и др.).

Б. Заболевания, обусловленные нарушением функции желез внутренней секреции: 1) яичников; 2) гипофиза; 3) надпочечников; 4) щитовидной железы; 5) поджелудочной железы.

В. Заболевания нервной системы: 1) психические заболевания; 2) психические травмы; 3) поражения периферических отделов нервной системы (нейродистрофические процессы).

Г. Заболевания, обусловленные нарушением условий питания, климата и других условий внешней среды.

По тяжести течения различают три формы аменорреи: 1) легкую (I степень), 2) средней тяжести (II степень), 3) тяжелую (III степень).

В основу приведенного сугубо условного деления положены три признака: а) длительность аменорреи, б) анатомические изменения в половых органах и в) явления выпадения функции яичников.

Для аменорреи I степени характерны: 1) длительность менее года; 2) отсутствие или незначительно выраженная гипоплазия матки (resp. атрофия) типа *uterus pubescens* (длина маточной полости вместе с шейкой 5—5,5 см); 3) отсутствие явлений выпадения функции яичника.

При аменоррее II степени отмечается: 1) аменоррея длительностью более года—до 2—3 лет; 2) гипоплазия (resp. атрофия) матки типа *uterus infantilis* (длина полости не более 3,5 см); 3) в некоторых случаях явления выпадения яичниковой функции.

Аменоррея III степени характеризуется: 1) полным отсутствием месячных—больная либо их не имела совсем (первичная аменоррея), либо менструации отсутствуют более 3 лет, 2) гипоплазией (resp. атрофией) матки типа *uterus foetalis* (длина полости матки 3,5 см и меньше) и 3) явлениями выпадения функции яичников (при вторичной аменоррее).

АМЕНОРРЕИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПОЛОВОМ АППАРАТЕ

Патогенез таких аменоррей различен и зависит от вызвавшего их патологического процесса. Отсутствие менструаций при аплазии и гипоплазии матки может зависеть от отсутствия или недостаточной функции яичников или от недоразвития эндометрия, или одновременно от того и другого.

Аплазии и гипоплазии матки часто комбинируются с недоразвитием влагалища и наружных половых органов.

Развитие аменоррей после внутриматочных вмешательств обусловлено некрозом эндометрия с последующей облитерацией полости матки, атрезией внутреннего зева и шейки матки.

Диагноз вторичной аменорреи в результате выскабливания является часто затруднительным и может быть установлен лишь путем углубленного собирания анамнеза и гистологических исследований. Нормальный менструальный цикл и активность детородной функции в прошлом, ежемесячные боли («*colicina menstrualis*»), отсутствие климактерического невроза, а также атрофических изменений в слизистой оболочке матки указывают на вторичную аменоррею.

Длительные повторные внутриматочные вливания иода вызывают атрофию слизистой оболочки матки и склеротические изменения в яичниках (И. Л. Брауде и Е. М. Шварцман).

Глубокие воспалительные поражения матки и придатков матки гонорройной (И. Л. Брауде, Е. И. Кватер и др.), туберкулезной (В. А. Покровский, Н. Я. Алексопольский) и сифилитической этиологии (Д. Л. Чернеховский, К. К. Скробанский, Н. М. Какушкин и др.) в отдельные периоды заболевания могут быть причиной аменорреи.

Профилактически при хирургическом удалении матки и обоих яичников рекомендуется оставлять хотя бы минимальную часть яичника и функционирующего эндометрия, чтобы ослабить тяжелые явления выпадения. В последнее время применяется метод пересадки кусочков эндометрия в канал шейки матки при надвлагалищном удалении матки и в слизистую влагалища при полной экстирпации матки (А. Э. Мандельштам, Н. П. Верхадкий и др.). Под влиянием рентгенотерапии по поводу различных заболеваний (например, фибромиомы, рака матки и др.) может наступить стойкая аменоррея (рентгеноменопауза).

АМЕНОРРЕИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИНТОКСИКАЦИЯМИ

Развиваются в результате воздействия инфекционного начала или токсинов или тех и других одновременно на функцию яичников (вторичные поражения яичников с последующим прекращением овуляции и менструации). В отдельных случаях при острых инфекционных заболеваниях преждевременно появляются менструации, иногда обильные и длительные. Это, по данным Е. Ф. Беляевой, наблюдается тогда, когда начало заболе-

вания совпадает с фазой пролиферации. По данным А. А. Гусевой, при общих инфекционных заболеваниях аменоррея возникает в случаях, сопровождающихся высокой температурой и бессознательным состоянием. При легких заболеваниях отмечались нормальные менструации или их запаздывание. В половых органах женщин, погибших от сыпного тифа, скарлатины, дифтерии, коклюша и других инфекционных заболеваний, была обнаружена дегенерация фолликулярного аппарата и гибель яйцевых клеток (Е. Ф. Беляева и С. А. Александрова).

Образующиеся иногда при дифтерии, оспе и других инфекциях атрезии влагалища и шейки матки, при которых менструальная кровь не может выделиться наружу, вызывают л о ж н у ю, или кажущуюся, аменоррею, т. е. такое состояние, когда овариально-менструальная функция протекает без внешнего проявления, т. е. без кровотечения.

Аменоррея, наблюдающаяся при хронических инфекционных процессах, в частности, при туберкулезе, протекает различно, в зависимости от тяжести и длительности заболевания (К. Н. Жмакин, А. С. Гурьян и др.). Аменоррея у женщин, страдающих ревматизмом, может быть объяснена гибелью фолликулов и склеротическими изменениями в яичнике, матке, трубах и в связочном аппарате [М. В. Александров, Кюстнер (Küstner) и др.]. Аменоррея наблюдалась у больных, страдавших бруцеллезом (Н. М. Саввич-Малхи, А. К. Малинин, С. М. Фензор, А. Г. Ташаева и др.), проказой (М. В. Курамшина), актиномикозом (И. Л. Брауде, В. И. Глухова, В. П. Карасев, Д. И. Аснин и др.) и др.

АМЕНОРРЕИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЕЗ ВНУТРЕННЕЙ СЕКРЕЦИИ

Изучены недостаточно, несмотря на то, что этому вопросу посвящено много исследований. Аменорреи могут зависеть от нарушений функции яичника, гипофиза, надпочечника, щитовидной и поджелудочной желез.

Тесная взаимосвязь между различными эндокринными железами часто затрудняет выявление основного патогенетического фактора, вследствие чего в ряде случаев можно говорить лишь о преимущественном нарушении функции той или иной железы. Особенно сложна дифференциальная диагностика при нарушении функции диэнцефало-гипофизарной системы (гипофиз и вегетативные центры промежуточного мозга) и надпочечников в комбинации с половыми железами.

Аменорреи, обусловленные преимущественным поражением яичников, встречаются наиболее часто. По данным Е. И. Гуревич, из 775 больных, страдавших нарушением функции яичников, аменоррея отмечена у 590 (76,1%). Больные с этой формой аменорреи могут быть (М. Л. Крымская) разделены на следующие группы.

Первая группа—больные с первичной, врожденной или рано наступившей гипофункцией яичников, выражающейся в резком недоразвитии половых органов, вторичных половых признаков и в первичной аменоррее. У больных этой группы часто отмечаются жалобы на приливы, головные боли, общую слабость и недомогание. Методами функциональной диагностики у этих лиц установлена овариальная недостаточность и повышенное выделение гонадотропных гормонов в моче.

Вторая группа—больные с неустановившимся менструальным циклом, с различной степенью недоразвития половых органов и с аменорреей

длительностью до 10 лет. Эта группа характеризуется меньшей степенью овариальной недостаточности, чем больные первой группы.

Третья группа больных, у которых до наступления аменорреи менструальный цикл был нормальным, отличается различной степенью гипоплазии матки и нередко выраженной недостаточностью эстрогенов.

К аменорреям, обусловленным нарушением функции яичника, относятся также аменорреи с персистирующим либо фолликулом, либо желтым телом. Первые встречаются сравнительно часто, они кратковременны и предшествуют кровотечению. При вторых желтое тело долгое время не регрессирует, начинают развиваться явления, свойственные беременности: аменоррея, гипертрофия эндометрия, увеличение и размягчение матки (гипергормональные аменорреи). У людей такая форма аменорреи не доказана.

Аменорреи, обусловленные преимущественным поражением гипофиза, встречаются при болезни Иценко-Кушинга, гипофизарно-половом ожирении, акромегалии и др.; такие больные подлежат специальному наблюдению и лечению у эндокринолога.

Аменорреи, обусловленные поражением надпочечников, встречаются сравнительно редко. Опухоль или гиперплазия коры надпочечника вызывает атрофию внутренних половых органов и образование аменорреи. Характер и степень развития последней зависят от периода жизни, когда начинается заболевание. Развитие патологического процесса в период полового созревания вызывает у женщин атрофию внутренних половых органов и молочных желез, аменоррею, усиленный гипертрихоз и вирилизм (оволосение лица—борода и усы). В моче таких больных в ряде случаев отмечается значительное содержание 17-кетостероидов (показатель повышенной деятельности коры надпочечников).

Аменорреи, обусловленные поражением щитовидной железы, встречаются довольно часто. По данным Н. М. Какушкина, Е. Я. Резницкой, С. К. Лесного и др., при дисфункциях щитовидной железы развивается преимущественно гипоменструальный синдром.

Аменорреи, обусловленные нарушением функции поджелудочной железы (в частности, при диабете), встречаются в 55,5—65% случаев всех этих нарушений (Н. М. Какушкин и Е. Я. Резницкая, В. А. Гринфельд и И. С. Гаргола). Длительность аменорреи у больных, страдающих диабетом, составляет у 55,5% от 3 до 6 месяцев, а у 44,5%—от 1 года до 5 лет. По данным упомянутых авторов, количество больных, страдающих аменорреей, увеличивается пропорционально росту содержания в крови сахара: при содержании сахара до 200 мг% аменоррея встретилась у 21,4% больных, а при наличии более 300 мг%—у 94,5%.

АМЕНОРРЕИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

У женщин, страдающих психическими заболеваниями, аменорреи отмечаются почти в половине случаев. Особенно часто встречаются аменорреи у больных с первичными острыми психозами и с психозами в стадии обострения. Эти аменорреи свидетельствуют о тесной взаимосвязи центральной нервной системы и овариально-менструальной функции.

Анализируя расстройства менструальной функции у психически больных женщин, Е. Д. Свет-Молдавская отмечает, что при различных психических заболеваниях патогенез аменоррей различен. Она выделяет два

типа аменоррей: 1) аменорреи больных, страдающих психозами и некоторыми формами эпилепсии, и 2) аменорреи больных с психозами ревматической этиологии, с инволюционными и алкогольными психозами. В эту же группу могут быть включены больные с психозами, развившимися в результате травматического повреждения мозга (ушибы, ранения и т. п.).

Для больных первой группы характерно: а) наличие в организме значительного количества эстрогенов (гиперэстрогения); б) отсутствие трофических расстройств со стороны половых органов, даже при наличии длительной аменорреи; в) резкая своеобразная диссоциация сексуальной и менструальной функции (гиперсексуальность на фоне аменорреи); г) возможность зачатия и нормального течения беременности.

Вторая группа больных характеризуется: 1) значительно пониженным количеством эстрогенов (гипоэстрогения); 2) наличием атрофических явлений со стороны половых органов; 3) одновременным увяданием овариально-менструальной и сексуальной функций.

Близки к аменорреям, наблюдающимся у психически больных, аменорреи, наступающие под влиянием психических травм (моральные потрясения, душевные переживания и т. п.).

Примером аменорреи нейро-психогенного происхождения являются «аменорреи военного времени», внезапно развившиеся в первые месяцы Великой Отечественной войны при отсутствии нарушений алиментарного фактора. Характерными моментами аменорреи нейро-психогенного происхождения являются: 1) внезапность наступления и прекращения без всякого лечения при хотя бы временном выключении нейро-психогенного фактора; 2) возможность зачатия и нормального течения беременности (В. П. Михайлов, Р. М. Израэльсон и Р. М. Бронштейн).

Многочисленные работы, посвященные изучению аменорреи военного времени, свидетельствуют, однако, о полиэтиологическом характере этой формы аменорреи (Е. И. Гуревич, А. Ю. Лурье, М. М. Круглова и др.). Основными патогенными факторами являются: 1) нервный фактор—психические травмы, особенно внезапно наступающие, связанные с войной; 2) нарушение питания (качественное и количественное) и изменение условий питания; 3) усиленная физическая нагрузка при одновременном ухудшении условий труда и быта.

Однако ведущее значение имеет нейро-психогенный фактор, который в одних случаях является причиной, вызывающей аменоррею, в других—фоном, на котором интенсивно проявляется действие других факторов: алиментарной дистрофии, физических напряжений и т. п. (В. П. Михайлов, И. И. Богоров и др.).

В развитии аменорреи немаловажную роль играют и повреждения периферических отделов вегетативной нервной системы. Работы Г. М. Шполянского, М. А. Петрова-Маслакова и др. показали, что раздражение и травмы периферической нервной системы вызывают в половой сфере дистрофические процессы, распространяющиеся и на вышележащие отделы нервной системы. По данным М. А. Петрова-Маслакова, повреждение нервов эндометрия при выкидышах вызывает расстройства не только половой функции и менструального цикла, но становится общим заболеванием организма женщины.

Аменорреи, внезапно возникающие при резком охлаждении, перегревании, повидимому, тоже могут быть объяснены нейродистрофическими процессами, возникающими в результате повреждения периферических отделов вегетативной нервной системы.

АМЕНОРРЕИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯМИ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

К ним следует отнести так называемые «голодные аменорреи», возникающие в результате резко выраженного недостатка питания как количественного, так и особенно качественного—значительный недостаток жиров, полноценных белков (растительных и особенно животных) и витаминов (особенно витаминов С и В). Примером этой формы является аменоррея, возникающая у женщин, страдающих алиментарным истощением. Для голодной аменорреи характерна массовость в период голода и быстрое снижение при улучшении условий питания (Е. И. Гуревич, К. Н. Цуцупльковская и др.). Отмечающиеся при голодной аменоррее изменения со стороны полового аппарата указывают на различную степень атрофии половых органов; слизистая оболочка вульвы и влагалища сухая, гладкая, тонкая, мало эластичная, легко ранима при малейшем насилии (введение зеркала, пальцевое исследование и т. п.). Размер матки значительно уменьшен: длина ее колеблется от 3 до 5 см (измерение зондом). Вследствие значительного развития соединительной ткани, матка становится плотной и мало эластичной. Потеря эластичности и тонуса связочного аппарата вызывает запрокидывание матки, способствует ее опущению и выпадению. Последнее часто сопровождается значительным расстройством мочеиспускания и появлением пролежней и язв (А. И. Петченко, Е. П. Мухина и др.). Яичник значительно уменьшен и уплотнен. Гистологическое исследование матки и яичников женщин, погибших от алиментарного истощения, свидетельствует о резко выраженных дистрофических изменениях в тканях и склерозе структурных элементов их. В крови большинства больных, страдающих голодной аменорреей, отмечено резко пониженное содержание витамина С (И. И. Богоров, М. З. Коган, А. И. Булавцева и др.), которому в настоящее время придается ведущая роль в метаболизме половых гормонов, в частности, в переходе мало активного эстрогена в активный эстрадиол (Е. И. Кватер). *Libido sexualis* при аменоррее резко понижено, явления выпадения отсутствуют.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение аменоррей должно быть направлено на ликвидацию основного заболевания, вызывающего аменоррею, и на устранение изменений, возникающих в организме в результате аменорреи.

Следует учесть, что в отдельных случаях, гегр. в острые периоды некоторых заболеваний (острые инфекционные заболевания, острые психозы, активный туберкулез, сепсис и т. п.), аменоррея является защитной реакцией организма («физиологическая мера борьбы», по И. П. Павлову) и не нуждается в лечебном воздействии впрямь до ликвидации острого периода заболевания.

Для лечения аменорреи могут быть использованы: гормоно- и диетотерапия, медикаментозная терапия, физические методы, курортные факторы на курортах и во внекурортных условиях, хирургические методы лечения.

Применение этих методов должно быть строго индивидуализировано в зависимости от особенностей каждого случая.

В первую очередь должны быть использованы: 1) рациональное питание—количественное и качественное, содержащее достаточное количество

полноценных белков (особенно животных) и витаминов (особенно В и С)¹; 2) общеукрепляющий режим (движения, спорт, организованный отдых и т. п.); 3) медикаментозные средства, укрепляюще действующие на организм женщины (препараты железа, мышьяка, рыбий жир и т. п.).

Гормонотерапия является одним из наиболее эффективных методов лечения. Она должна проводиться циклически в соответствии с фазами овариально-менструального цикла. В первую половину цикла—в фазу пролиферации, непосредственно после окончания менструации, в продолжение 15—20 дней (в зависимости от характера менструального цикла) назначают эстрогенные препараты²; после них в течение 6—8 дней применяют гормон желтого тела (прогестерон, прегнин).

Дозировка и способы применения гормональных препаратов различны в зависимости от характера и степени менструальных расстройств. У больных с пониженной функцией яичников (при гипо-, олиго-амеиоррее) дозировка не должна превышать 150 000—200 000 мышинных единиц эстрогенов на курс, а для гормона желтого тела—30—40 мг. Большим с первичной амеиорреей, с резко выраженными формами недоразвития (при гипогенитализме) инъекции гормональных препаратов могут быть заменены однократным введением под кожу таблетки диэтилстильбэстрола, содержащей 20 мг, т. е. 400 000 мышинных единиц. При таком способе введения образуется как бы депо эстрогена, оказывающего длительное действие.

Объективным показателем для определения дозы и срока лечения эстрогенными препаратами является цитологическая картина влагалищного мазка. Наличие I и II реакции влагалищного отделяемого является показанием для назначения более высоких дозировок и большей продолжительности лечения эстрогенами; III—IV или IV реакция служит показателем для прекращения дачи эстрогенных препаратов и для назначения препаратов желтого тела (А. П. Преображенский, С. К. Лесной и др.).

Лечение амеиорреи военного времени должно быть направлено на восстановление нормальной регуляции функции нервной системы, на восстановление обменных процессов и, в частности, гормональных нарушений. Активному комплексному физио-, гормоно-общеукрепляющему лечению подлежат женщины, у которых менструации не восстановились при исчезновении вызвавшего их фактора, и в первую очередь женщины, находящиеся в периоде формирования и полового созревания. Угнетение менструальной функции у последних может затормозить дальнейшее развитие их полового аппарата.

Лечение психически больных, страдающих амеиорреей, следует проводить с учетом ее патогенеза и стадии психоза. Лечение нужно начинать по выходе больной из острого психотического состояния в тех случаях, когда менструальная функция длительно не восстанавливается. При наличии амеиорреи первого типа применение эстрогенов противопоказано.

Методика, дозировка и показания к применению физических методов лечения при амеиоррее и гипогенитальном синдроме приведены в соответствующих главах настоящего руководства. Необходимо лишь отметить, что наиболее эффективным лечением больных амеиорреей является ком-

¹ Вопросы диетотерапии менструальных расстройств и, в частности, амеиорреи до настоящего времени недостаточно изучены.

² Среди эстрогенных препаратов различают стероиды, естественные гормоны (фолликулин-эстрон и эстрадиол-дипропионат) и нестероидные, синтетические (диэтилстильбэстрол, диэтилстильбэстрол-пропионат, синэстрол и октэстрол).

плексное лечение—гормонотерапия в комбинации с физическими методами лечения, в частности, грязями.

Хирургические методы лечения применяются в основном при аменорреях, обусловленных патологическими процессами непосредственно в половых органах: при атрезии отдельных участков полового аппарата, особенно при скоплении крови во влагалище или в матке (haematocolpos или haematometra). К хирургическому лечению аменоррей относятся: трансплантация яичников при полной экстирпации матки и пересадка эндометрия в канал шейки матки при надвлагалищном удалении матки; удаление опухолей яичника, кисты желтого тела при гипергормональной аменоррее и т. п., наконец, расширение шейки матки и выскабливание. Последние методы, ранее широко применявшиеся, оказались малоэффективными.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Объективным показателем эффективности лечения аменорреи и гипоменструального синдрома является восстановление нормальной менструальной функции при наличии вторичной аменорреи и наступление менструаций при первичной аменоррее. Показателем успешности лечения является также уменьшение и исчезновение жалоб, особенно так называемых «явления выпадения» (приливы, головокружения, упадок работоспособности, утомляемость и т. д.).

Наличие аменорреи и гипоменструального синдрома, не сопровождающихся анатомическими изменениями половой сферы, не вызывающих патологических изменений со стороны общего состояния и не снижающих трудоспособности женщины, требует регулярного врачебного наблюдения.

Прогноз определяется тяжестью основного заболевания, проявлением которого является аменоррея и ее степень. Наихудший прогноз при первичных аменорреях—лечение в этих случаях или малоэффективно или безрезультатно. Не лучше прогноз и при вторичных аменорреях III степени длительностью свыше 3 лет, трудно поддающихся лечению. Более благоприятен прогноз при вторичных аменорреях I и II степени. Особенно неблагоприятен прогноз при вторичной аменоррее на почве глубоких анатомических изменений в яичниках.

ЛИТЕРАТУРА

- Александровский Н. Я. Менструальный цикл и его нарушения у больных туберкулезом женщин. Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
- Брауде И. Л. Консервативное лечение женских болезней, 1939.
- Брауде И. Л. и Шварцман Е. М. Влияние иода на яичники. Гинекология и акушерство, 1929, № 1.
- Богоров И. И. К вопросу об изменениях в половых органах женщин при длительной аменоррее. Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады, в. II, 1945.
- Верхацик Н. П. Ауто трансплантация эндометрия как метод сохранения овариально-менструальной функции после удаления матки. Акушерство и гинекология, 1937, № 12.
- Гуревич Е. И. К вопросу о клинике и патогенезе аменорреи. Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады, в. II, 1945.
- Гуревич Е. И. Материалы к учению о менструальной функции. Дисс., Л., 1951.
- Гусева А. А. Функциональное состояние яичников при острых инфекционных заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1952, № 1.
- Какущкин Н. М. и Резницкая Е. Я. Аменоррея и эндокринопатия. Акушерство и гинекология, 1937, № 3.

- К в а т е р Е. И. Течение менструального цикла у женщин, больных гонорреей. Советская медицина, 1940, № 1.
- К в а т е р Е. И. Клинико-экспериментальные данные о роли витаминов, гормонов и химизма нервной деятельности в метаболизме эстрогенов. Акушерство и гинекология, 1946, № 6.
- К о г а н М. З. Витамины С в крови при аменоррее военного времени. Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады, в. II, 1945.
- К р ы м с к а я М. Л. К вопросу о функциональной диагностике и гормональной терапии некоторых форм аменорреи. Акушерство и гинекология, 1950, № 5.
- К р у г л о в а М. М. Аменоррея военного времени. Автореферат докторской диссертации, М., 1950.
- Л е с н о й С. К. Женская половая сфера при гипертиреозе и базедовой болезни. Проблемы эндокринологии, 1940, т. V, в. I.
- Л е с н о й С. К. Лечение гипоовариальных расстройств грязями и эндокринным препаратом. М., 1950.
- Л у р ь е А. Ю. Некоторые особенности овариально-менструальной функции у женщин в условиях настоящего времени (аменоррея, дисменоррея, меноррагия). Сборник работ по акушерству и гинекологии, М., 1944.
- М а л и н о в с к и й М. С. К вопросу о расстройствах менструального цикла. Сборник работ по акушерству и гинекологии, М., 1944.
- М а н д е л ь ш т а м А. Э. Трансплантация эндометрия в цервикальный канал влагалищным путем. Советская медицина, 1934, № 11—12.
- М а н д е л ь ш т а м А. Э. Функциональная диагностика. Центральный институт акушерства и гинекологии, Л., 1947.
- М и х а й л о в В. П. Некоторые данные по аменоррее. Сборник работ по акушерству и гинекологии, М., 1944.
- М у х и н а Е. П. Опушения и выпадения гениталий у женщины за период блокады Ленинграда. Сборник работ Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады, в. II, 1945.
- П е т р о в-М а с л а к о в М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. М., 1952.
- П р е о б р а ж е н с к и й А. П., Петрова Е. И. и Моисеенко М. Д. О клинико-диагностическом значении цитологической картины вагинального мазка у женщин. Гинекология и акушерство, 1947, № 5.
- С к р о б а н с к и й К. К. Значение эндокринных желез в физиологии и патологии женской половой сферы. М., 1939.
- Ц у ц у л ь к о в с к а я К. Н. Изменение женского полового аппарата под влиянием алиментарной дистрофии. Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады, в. II, 1945.
- Ш п о л я н с к и й Г. М. Роль вегетативной нервной системы в патологии и терапии некоторых гинекологических заболеваний. Л., 1939.

КЛИМАКТЕРИЙ

Климактерий (climax по-гречески—лестница), климактерический период, переходные годы женщины (но еще не старость!)—довольно длительный период. В течение его прекращается менструация, постепенно угасают функции яичников: внутрисекреторная (гормональная) и воспроизводительная (генеративная).

Климактерий у женщин, живущих в средней полосе РСФСР, наступает обычно в возрасте 46—47 лет. Если менструации прекращаются раньше 40 лет, то говорят о преждевременном климактерии. Иногда он наступает в возрасте около 50 лет и даже позже (см. Фибромиомы матки). Наблюдались случаи наступления климактерия в возрасте 60 лет. Длительность климактерического периода колеблется от 6 месяцев до 3 лет (К. К. Скробанский и др.).

Принято различать три фазы климактерического периода:

1. Полигормональная фаза—полифолликулиновая, гестр. полиэстрогенная, при которой происходит усиленное выделение эстрогена (фол-

ликулина). Организм наводнен эстрогеном, на почве чего наступает аменоррея или кровотечение и различные вегетативные нарушения.

2. Олигофолликулиновая фаза, характеризующаяся незначительным выделением фолликулина. В этот период обычно начинают отчетливо проявляться характерные явления «выпадения».

3. Полипролановая фаза—функции яичников угасают, функция передней доли гипофиза повышается, происходит усиленное выделение пролактина. Эстрогены не выделяются. Явления «выпадения» начинают затихать.

Изменения в организме. Постепенно начинают изменяться яичники: примордиальные фолликулы перестают развиваться и достигать зрелости граафова пузырька, утрачивают способность выделять годные к оплодотворению яйцевые клетки и образовывать нормальные желтые тела. Угасание деятельности яичников ведет к развитию сложного климактерического симптомокомплекса, различного по своему характеру и интенсивности, и находится в зависимости от индивидуальных особенностей женского организма.

Признаком наступившего климактерического периода являются расстройства менструации весьма различного характера: у одних женщин менструации наступают через более длительный промежуток—задерживаются, запаздывают; у других кровопотери становятся более обильными; у некоторых же менструации то задерживаются, то наступают раньше срока, обильные кровопотери перемежаются с малыми.

Пока не наступила стойкая менопауза, в яичнике можно еще найти зреющие фолликулы и желтые тела в разных стадиях развития. После полного прекращения менструации последнее желтое тело подвергается регрессивным процессам. При гистологическом исследовании яичников после наступления стойкой менопаузы обнаруживается постепенное уменьшение числа фолликулов в них. Паренхима яичников постепенно заменяется соединительной тканью, в которой имеются гиалиновые глыбки, особенно на местах бывших желтых тел. При этом весь яичник постепенно уменьшается, сморщивается, становится очень плотным и несколько бугристым. Но и после наступления стойкой менопаузы еще можно обнаружить в яичниках единичные фолликулы, которые обычно не развиваются полностью, желтые же тела, как правило, отсутствуют. В сосудах яичников также наблюдается перерождение и склероз.

Атрофическим процессам подвергаются и другие органы женской половой сферы. В результате сморщивания тканей маточные трубы становятся тоньше, складки слизистой оболочки трубы также постепенно атрофируются, просвет трубы сужается, местами в трубах появляется атрезия или полная облитерация их просвета.

Матка уменьшается, все слои ее становятся тоньше, полость сужается и укорачивается. Особенно резко изменяется эндометрий: функциональный слой становится тоньше, а затем атрофируется и базальный слой. Эпителий желез делается ниже, становится почти кубическим; постепенно железы исчезают, мерцание ресничек покровного эпителия прекращается вследствие продолжающейся атрофии стромы эндометрия, покровный эпителий слизистой оболочки матки у старых женщин располагается почти на мышечном слое матки. Влагалищная часть матки резко укорачивается, а иногда почти исчезает, просвет шейного канала сужается, подчас становится непроходимым. В подобном случае в полости матки, где еще сохранились железы, может скопиться немного секрета, который при проникновении инфекции становится гнойным: в результате может возникнуть

пиометра. Наличие же пиометры вызывает подозрение на злокачественное новообразование, так как нередко скопление гноя в матке образуется вследствие закупорки шеечного канала раковыми разрастаниями.

В климактерическом периоде параметрии укорачиваются, влагалищные своды уплощаются, а затем уже (в старческом возрасте) влагалище сужается, слизистая оболочка влагалища теряет свои складки и становится гладкой. Преддверие влагалища несколько суживается уже в климактерическом периоде, слизистая оболочка преддверия также начинает атрофироваться и становится легко ранимой. Наружные половые органы, особенно большие губы, становятся дряблыми, волосы на губах и лобке постепенно редеют и седеют.

Признаки и клиническая картина. Кроме указанных анатомических изменений, которые начинают развиваться в климактерическом периоде и ярко проявляются лишь в старческом возрасте, имеется еще ряд функциональных нарушений, которые характеризуют вторую стадию климактерии. Эти явления наступают в результате выпадения функции яичников (для краткости их называют «явления выпадения») и имеют характер общих расстройств. Одним из наиболее частых является расстройство вазомоторного аппарата, что проявляется внезапными приливами крови к голове, особенно к лицу, которое неожиданно краснеет. Часто это внезапное покраснение сменяется ненормальной бледностью. Приливы наступают по несколько раз в день без всякого заметного повода и держатся в течение нескольких секунд или минут; нередко они возникают ночью, прерывают сон. После ощущения жара, вызванного приливом, обычно выступает пот, иногда отмечается легкий озноб. В большинстве случаев пот покрывает лицо, волосистую часть головы, спину, иногда всю верхнюю часть тела и даже все тело. После таких приливов женщина испытывает чувство разбитости и усталости, у некоторых женщин «немеют» руки и ноги (ползают мурашки), наблюдаются цианоз и похолодание рук и ног; иногда приливы сопровождаются головокружением и шумом в ушах. По временам отмечается мелькание в глазах, нарушение сердечной деятельности в виде ускорения или замедления пульса, нередко к этим явлениям присоединяется чувство тревоги и безотчетной тоски. Иногда ощущается боль в области сердца и по ходу сосудов (вазалгии). Отмечается неустойчивость артериального давления и наклонность к гипертонии.

Со стороны дыхательного аппарата наблюдаются приступы затрудненного дыхания, напоминающие бронхиальную астму. Нередки нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: ощущение сухости во рту, особенно у нервных женщин, которым в силу профессиональных обязанностей приходится много говорить (например, у педагогов), часто развивается запор, сопровождающийся метеоризмом, потерей аппетита, изжогой, отрыжкой, в редких случаях рвотой. Иногда запор сменяется поносом секреторного характера (усиленное отделение слюны, напоминающее птиализм при беременности, также относится к неврозам секреторного характера). Отмечаются боли в крестце и внизу живота, которые в сущности не стоят в прямой связи с климактерием, а представляют результаты потери тонуса тканей, энтероптоза, подагры, ревматизма и т. д. Со стороны мочевого пузыря наблюдаются иногда учащенные позывы на мочеиспускание, недержание мочи (моча подтекает по каплям при смехе, кашле, небольшом напряжении). При цистоскопическом исследовании никакие патологические изменения не обнаруживаются, лишь иногда гиперемия шейки мочевого пузыря. Эти расстройства, повидимому, связаны с ослаб-

лением мышечного тонуса, а, быть может, и со спазматическими сокращениями гладких мышечных волокон. Наблюдаются и подагрические явления в суставах (*arthritis deformans*), суставы пальцев опухают и утолщаются. Некоторые женщины жалуются на расстройства нервной системы: на головную боль, мигрень со рвотой, бессонницу, которая у одних женщин сопровождается приступами жара и профузным потом с различными болевыми ощущениями, у других же наступает без видимой причины. Иногда женщина долго не засыпает, в некоторых случаях засыпает нормально, но спит беспокойно, то и дело пробуждаясь, встает усталая, в плохом настроении, «нервничает». «Нельзя, — говорит Гентер, — провести строгую границу между физиологическим климактерием и явлениями явно патологическими». Особенно тяжело переносят климактерический период неврастенические женщины. Иногда у них развивается депрессивное состояние, переменчивое настроение, склонность к слезам без особых на то причин и т. п. Интенсивность нервно-психических расстройств в значительной степени зависит от индивидуальных особенностей характера женщины: чем уравновешеннее и спокойнее женщина, тем легче проходит у нее климактерический период. У очень многих женщин особых расстройств в периоде климактерия совсем не бывает; некоторые женщины даже становятся более спокойными. Если и имеются явления выпадения, то у огромного большинства они лишь незначительно расстраивают общее состояние. Через некоторое время и эти небольшие явления проходят и наступает стойкая менопауза (третья фаза климактерия). В редких случаях явления «выпадения» бывают так интенсивны, что приходится применять лечебное воздействие.

Лечение. В целях предупреждения и лечения многочисленных явлений, свойственных климактерию, женщине в этом периоде ее жизни следует соблюдать известный режим в отношении диететики и личной гигиены. Не следует употреблять пищевых веществ, возбуждающих нервную систему, например, алкоголь, кофе, крепкий чай, пряности. Курение должно быть запрещено. Пища должна быть разнообразной, однако не следует допускать преобладания белковых, особенно мясных блюд и экстрактивных веществ, например, крепких бульонов. Наиболее полезна молочно-растительная диета, содержащая в достаточном количестве витамины. Ввиду склонности многих женщин к ожирению полезно некоторое ограничение пищи, особенно мучных и жировых продуктов: сала, жирного мяса, жирной птицы, пирожных, сдобного теста и т. д. Само собой понятно, что при наличии упадка питания, а тем более истощения, количественные ограничения пищевых продуктов теряют смысл, а калорийность, вкусовые качества пищи, а также обстановка приобретают особое значение. Против запоров помогает однодневная простокваша и кефир, фрукты (чернослив, яблоки).

Для предупреждения и ослабления приливов к голове полезны легкие слабительные (чайная ложка английской соли, сернокислой магнезии, полстакана баталинской воды натощак, александрийские стручки). Особое значение имеет регулярное и обильное опорожнение кишечника при помощи легких слабительных при повышенном артериальном давлении. Е. М. Шварцман рекомендует легкое слабительное следующего состава:

Rp. Corticis Frangulae cons.
Foliorum Sennae cons.
Herbae Millefolii cons.
Rhisomatis Graminis cons. aa
MDS. Одну чайную ложку на стакан воды

При резком метеоризме полезно назначение животного угля (*carbo animalis* по 0,5 г 2—3 раза в день).

Пребывание на свежем воздухе и неутомительная физкультура также оказывают благотворное влияние. При резко выраженных приливах, поте, головокружении, бессоннице, повышенной возбудимости нервной системы, сердцебиении прекрасное действие оказывают гидротерапевтические процедуры: ежедневные обтирания водой комнатной температуры, теплые ванны 35—36° в течение 15 минут; ванны с сосновым экстрактом, с солью, углекислые ванны или ванны с кислородом. Летом разрешается купание в реке или в море. Жительниц умеренного климата, не говоря уж о северянках, отнюдь не следует направлять в жаркое время на южные курорты. Несмотря на все положительные стороны курортного лечения, пребывание этих больных на юге не только не приносит пользы, но в большинстве случаев ведет к ухудшению общего состояния. Рекомендуется пребывание в деревне, в доме отдыха, в санатории общего типа. В случаях переутомления благотворно влияет отдых даже в домашней обстановке.

При лечении явлений выпадения врач должен, независимо от степени страдания, внушить больной, что климактерические явления не представляют начало какого-либо самостоятельного заболевания, что это не болезнь, а проходящие явления, которые рано или поздно пройдут даже без лечения и что наилучший эффект получится при соблюдении того режима (диететико-гигиенического), о котором говорилось выше.

При тяжелых явлениях выпадения во II фазе, не поддающихся действию режима и гидротатических процедур, можно прибегнуть к инъекциям фолликулина; можно вводить эстрогены, в частности, синэстрол, и через рот, так как он всасывается слизистой оболочкой рта, что делает его применение особенно удобным. Таким образом, при угасании функции яичников легко обеспечивается заместительная терапия. Эстрогены являются средством для улучшения общего состояния женщины. Но здесь же следует указать, что такое улучшение отмечается лишь тогда, когда яичниковая функция угасла быстро и уже проявились клинические симптомы вегетоневроза. Эстрогены в первой фазе климактерического периода противопоказаны. В случае обильных кровотечений приходится прибегать и к выскабливанию и к другим мероприятиям для остановки кровотечения и борьбы с анемией. При кровотечениях всегда следует исключить самопроизвольный выкидыш.

Из всего вышесказанного ясно вытекает, что при климактерии гормональную терапию фолликулиновыми препаратами, а особенно синэстролом (он подкупает удобством применения через рот в виде таблеток), следует проводить только после тщательного осмотра больной гинекологом, который должен исключить наличие противопоказаний к применению эстрогенов (метроэндометрит, миоматозные узлы и т. п.). При кровотечениях, характерных для начального периода климактерия (расстройства менструального цикла), показано применение прогестерона (см. Маточные кровотечения).

При резких явлениях вегетоневроза в позднем периоде климактерия дозировка эстрогенов и длительность применения их требуют особого внимания врача.

НЕКОТОРЫЕ БОЛЕЗНЕННЫЕ ФОРМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НЕВРОЗАМИ

ВАГИНИЗМ (vaginismus)

Этим термином обозначают тетаническое сокращение мускулатуры тазового дна, в частности, *m. constrictor cunnii*, при попытках к половому сношению. При вагинизме иногда наблюдается и судорожное сокращение мышц конечностей.

Этиология. Еще недавно на вагинизм, весьма затрудняющий половой акт, смотрели как на явление чисто рефлекторного характера: считали, что вагинизм возникает вследствие повышенной болезненности наружных половых органов при наличии на их покровах ссадин, трещин изъязвлений, рубцов и т. п. Полагали также, что известное значение может иметь сильное наклонение таза, вследствие чего вся вульва перемещается кзади; половой орган мужчины, упираясь в область клитора и наружного отверстия уретры, травмирует их, и половой акт становится болезненным. Возможность этих форм вагинизма, по Е. М. Курдиновскому, не подлежит сомнению, и они являются так называемым ложным вагинизмом. Истинный же вагинизм [патогенез и терапия его разработаны Вальтардом (M. Walthard)] проявляется независимо от большей или меньшей чувствительности наружных половых органов и, что весьма характерно, при полном отсутствии каких бы то ни было изменений в них (часто при целой девственной плеве). Такие случаи, несомненно, чисто психогенного происхождения. Судорожные сокращения мышц тазового дна могут возникать не только при попытках к половому сношению, но уже при одной мысли о нем: достаточно женщине подумать, что половой акт вызовет боль, как у нее возникает ответная реакция—рефлекторное сокращение мышц не только всей поперечнополосатой мускулатуры тазового дна, но и гладких мышц влагалища, что ведет к временному функциональному стенозу его. Само собой разумеется, что наличие ссадин, оставшихся после неудавшейся попытки к половому сношению, усиливает этот рефлекс—получается своего рода порочный круг. То или иное отношение мужа в момент полового сближения имеет очень большое значение. При осторожном и бережном подходе (когда муж сознательно считается с женской психикой) легко преодолевается некоторое, отчасти естественное, психологическое противодействие (особенно при первом половом сношении, а также в зависимости от окружающей обстановки) и не воз-

никает повода к выявлению указанных психопатологических задатков. Наоборот, грубый подход мужа, особенно в состоянии опьянения, действует на женщину, как сильная психическая травма, как «резкий диссонанс, стоящий в полном противоречии со всеми заранее сложившимися у нее представлениями и иллюзиями» (Е. Курдиновский). В далеко зашедших случаях вагинизма постепенно может развиться как вторичное явление психологическая импотенция у мужа. А при недостаточной потенции мужа исключается возможность половой жизни.

Лечение. В соответствии с психогенным происхождением вагинизма в основу лечения его должно быть положено психическое воздействие на больную. Но одновременно необходимо лечить ссадины, часто имеющиеся в преддверии влагалища, главным образом в области задней спайки и девственной плевы. Попытки к половому сношению должны быть временно прекращены и применены все мероприятия, назначаемые при легких случаях вульвита. При этом хорошо влияют анестезирующие мази (5—10% анестезиновая или 2—3% кокаиновая мазь), так как они устраняют судорожные сокращения, препятствующие заживлению трещин и изъязвлений, имеющихся на слизистой оболочке. В более тяжелых случаях вагинизма гинекологическое исследование затруднено, так как больная волнуется при одном приближении врача, сводит бедра, что исключает возможность не только исследовать ее, но и осмотреть наружные половые органы. В этих случаях врач должен проявить большой такт, выдержку и спокойствие. Успокаивая больную и отвлекая в сторону ее внимание, часто удается почти незаметно для больной раскрыть половую щель и ввести палец во влагалище. Вальтард рекомендует следующий прием: больная сильно напрягает мышцы брюшной стенки; при этом расслабляется мускулатура тазового дна, что облегчает введение пальца во влагалище. Такое безболезненное или почти безболезненное введение разрывает цепь сложившихся у женщины представлений; иногда при следующих сеансах уже удается ввести во влагалище второй палец и даже узкое влагалищное зеркало. Это убеждает женщину, что с ее стороны препятствий к половому сношению не имеется. Если причиной или благоприятствующим условием к возникновению вагинизма служит недостаточная потенция мужа, то психотерапевтическому воздействию должен подвергнуться одновременно и муж больной.

В тяжелых и упорных случаях вагинизма устранить судорожное состояние мышц удастся лишь насильственным растяжением; но так как оно сопровождается резкими болями, его следует делать под наркозом, причем лучше под общим. Этот же метод применяется при наличии очень плотной девственной плевы, не уступающей напору полового органа вполне potentного мужчины.

Техника растяжения пальцами проста: через отверстие в девственной плеве вводят указательный палец одной руки и им отгесняют кзади край кольца девственной плевы. Благодаря этому удается ввести указательный палец второй руки или средний палец уже введенной руки. Пальцами растягивают отверстие в плеве в разных направлениях, в результате чего она надывается так же, как при нормальном половом акте. Расширение надо производить осторожно, но достаточно энергично, так, чтобы к концу манипуляции можно было ввести даже 4 пальца (2 пальца левой и 2 пальца правой руки).

Расширить вход во влагалище можно и оперативным путем, но иссекать при этом девственную плеву не следует, так как образовавшийся в результате иссечения рубец сузит вход во влагалище.

Из хирургических методов целесообразен метод Поцци (Pozzi), заключающийся в рассечении слизистой оболочки вместе с подлежащим мышечным слоем (*m. constrictor cunni*, *m. transversus perinei*) по средней линии, наподобие срединного разреза, применяемого при родах (*perineotomia mediana*, *episiotomia posterior*). Продольный разрез зашивают в поперечном направлении; получается то же, что и при незашитом разрыве промежности первой степени. После заживления раны больная с целью убедиться, что для полового акта никаких препятствий нет, вводит себе в присутствии врача самый большой номер расширителя Гегара.

Общукрепляющее лечение также имеет большое значение и его следует проводить с самого начала.

ЗУД ВУЛЬВЫ (PRURITUS VULVAE)

Э т и о л о г и я. Зуд вульвы представляет один из признаков воспалительного заболевания, например, трихомонадного кольпита, часто он сопровождается и расстройством обмена веществ, например, диабет. Наблюдается при желтухе как местное проявление общего зуда, причем у некоторых больных он выражен наиболее резко именно в области вульвы. Иногда зуд вульвы вместе с общим зудом имеет место во время менструации и беременности, являясь в этих случаях заболеванием общего характера, обусловленным изменениями в обмене веществ и в деятельности органов внутренней секреции (Е. М. Курдиновский). Так как зуд вульвы чаще отмечается в климактерическом и предклимактерическом периодах, во время угасания функции яичников, то некоторые авторы относят его к заболеваниям овариогенного происхождения (недостаточность функции яичников или их дисфункция). В редких случаях зуд может быть вызван некоторыми лекарственными веществами, например, белладонной, мышьяком, аспирином, ртутными препаратами, ихтиолом, лизолом, лизоформом и т. д. В подобных случаях говорят об аллергии. Ввиду того что зуд иногда возникает после кастрации хирургическим путем или с помощью глубокой рентгенотерапии, возникает предположение о наличии гиперсекреции щитовидной железы или плюригландулярной недостаточности.

П р и з н а к и и д а н н ы е о б ъ е к т и в н о г о и с с л е д о в а н и я. Зуд может отличаться различной интенсивностью; иногда это лишь неприятные ощущения в области вульвы, иногда же это мучительный зуд, не дающий покоя ни днем, ни ночью. Особенно усиливается зуд при согревании, в постели; он бывает так силен, что больные не могут удержаться от расчесывания. Моча, попадая на поврежденные места кожи, вызывает ощущения жжения и зуда.

Изменения, которые находят при гинекологическом осмотре, различны в зависимости от этиологии зуда. Иногда выявить причину зуда несложно, например, при вульвите, вызванном трихомонадами или грибковым кольпитом, гнойным эндоцервицитом и эндометритом; иногда этиология выясняется после анализа мочи или кала. Только при неврогенной форме зуда изменений на коже нет, если не считать следов расчесов, которые представляют уже результат зуда (вторичное явление); в качестве вторичного явления в дальнейшем могут возникнуть также изъязвления, фурункулы и тому подобные заболевания.

Д и а г н о з обычно не представляет трудностей, но распознавание истинной причины зуда, столь необходимое для радикального лечения, не всегда легко. Прежде всего при наличии у больной жалоб на зуд необходимо исследовать мочу, так как частой причиной зуда является гликозу-

рия. Далее, надо убедиться в отсутствии паразитов или глистов, особенно оксиур, а также в том, что больная не страдает белями, что во влагалище нет трихомонад, нет пиурии, т. е. следует убедиться в отсутствии всех причин, которые могут вызвать вульвит.

Постановке диагноза способствует тщательный анамнез, подробное гинекологическое исследование, анализы мочи и кала, а главное, правильная оценка общего состояния нервной системы больной. У старых женщин зуд нередко предшествует краурозу вульвы, являющемуся, по мнению ряда авторов, предстadium рака вульвы.

Лечение. Так как точное определение истинных причин зуда не всегда возможно, то большей частью приходится сначала прибегать к симптоматическому лечению. В качестве такового мы охотно пользуемся следующим методом: сбриваем или состригаем волосы на наружных половых органах, промываем вульву тепловатой водой с настоем ромашки, обсушиваем ее и припудриваем присыпкой следующего состава:

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

На ночь (обычно больные больше всего страдают от зуда в тепле) применяют присыпки или мази, содержащие болеутоляющие средства— кокаин, анестезин, мезотан и пр., например:

Rp. Cocaini hydrochlorici 0,3
Mentholi 0,5 (1,07)
Saloli
Ol. Olivarum aa 2,0
Lanolini ad 40,0

Так как под влиянием тепла зуд усиливается, то следует рекомендовать больным ночью накрываться легким одеялом. Пища должна быть преимущественно растительной, бедной солями и пряностями; от употребления кофе, крепкого чая, алкоголя и от курения следует воздерживаться. При бессоннице назначают снотворные (веронал 0,3—0,5 г; трионал 0,5—1 г; люминал 0,15 г; нембутал 0,1 г и пр.).

Одним из старых средств, дающим иногда хороший результат, является смазывание зудящих участков 2—5—10% раствором азотнокислого серебра, водной настойкой, хлороформом, карболовой кислотой (кристаллической) (не при диабете!). Так как эти средства не являются обезболивающими, то их действие основано, очевидно, главным образом на прижигающих и вяжущих свойствах. Наиболее действенное средство, повидимому, азотнокислое серебро. Если на коже имеются трещины или эрозии, то прижигания вызывают резкую боль, правда, быстро проходящую. Прижигания делают ежедневно или с промежутками в несколько дней. Часто после нескольких прижиганий наблюдается уже благоприятный результат. При зуде у беременных с успехом применялась аутогемотерапия; этот же метод рекомендуют и при зуде в климатическом возрасте в сочетании с теплыми, а также углекислыми ваннами индифферентной температуры.

Зуд, как и экзему вульвы (хроническая форма), лечат в упорных случаях малыми дозами слабо фильтрованных рентгеновых лучей. Наружные половые органы сразу освещают большим полем; лучи фильтруются 3—4 мм алюминия. Обычно достаточно одного сеанса. Повторное освещение производят не ранее чем через 10—14 дней. Непосредственно после освещения явления раздражения часто усиливаются, особенно зуд, но в ближайшие же два дня исчезают. Через 3—4 дня все изменения кожи про-

ходят. Нередко через большой или меньший промежуток времени заболевание рецидивировует.

Применяют также и лучи радиоактивных препаратов. Действие лучевой терапии объясняют прямым влиянием лучей на нервные окончания. При неврогенной форме зуда мы наблюдали хорошие результаты при применении тугой новокаиновой блокады (0,25% раствор новокаина). В некоторых случаях новокаиновую блокаду приходится повторять.

При зуде в климактерическом периоде эффективны эстрогенные препараты. При не поддающемся лечению зуде (главным образом у пожилых женщин) можно испробовать хирургическое вмешательство—резекцию срамного нерва (Е. Е. Гиговский).

ЛИТЕРАТУРА

- Б а ш к о в а Э. Состояние вегетативной нервной системы при климактерическом неврозе. Неврология и психиатрия, 1927, № 2.
- Б л о ш а н с к и й Ю. М. О функциональном состоянии центральной нервной системы в течение овариально-менструального цикла. Акушерство и гинекология, 1952, № 6.
- Г е н т е р Г. Г. Сlimax. БМЭ, т. 13, 1930.
- Г и г о в с к и й Е. Е. Резекция срамных нервов как один из методов лечения зуда наружных половых органов. Акушерство и гинекология, 1947, № 3.
- Г р ж е б и н З. Pruritus cutaneus. БМЭ, т. 27, 1933.
- Г у р т о в о й Б. Л. Лечение зуда женских наружных половых органов. Советская медицина, 1951, № 3.
- К а п л а н А. Л. К вопросу о рентгенотерапии климактерических явлений выпадения. Русская клиника, 1927, № 38.
- К у р д и н о в с к и й Е. М. Pruritus vulvae, БМЭ, т. 27, 1933.
- К у д и н а В. И. Резекция срамных нервов при зуде промежности. Акушерство и гинекология, 1936, № 12.
- Л о б а н о в с к а я Л. И. Лечение климактерических расстройств октэстролом. Акушерство и гинекология, 1952, № 1.
- М а л е в а М. И. Роль яичников при маточных кровотечениях в климактерическом возрасте. Гинекология и акушерство, 1932, № 3.
- Т р е т ь я к о в В. В. Новокаиновый блок нервной системы при лечении зуда наружных половых органов. Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- Т р у е в ц е в а Г. В. Гормональное лечение при климактерических и посткастрационных ангионеврозах. Акушерство и гинекология, 1954, № 2.
- Ч е р т о к Р. А. и П е н ь к о в а Г. Действие гормонов передней дозы гипофиза на нефункционирующие яичники женщины. Гинекология и акушерство, 1935, № 4. (См. также литературу к разделам Маточные кровотечения и Аменорея).

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МАТКИ

Из неправильных положений матки, которые могут иметь самостоятельное значение, укажем на ее ретрофлексию и ретроверсию. При обеих аномалиях тело матки отклонено кзади, влагалищная часть матки обращена кпереди. Если при этом продольная ось всей матки (тела и шейки) образует почти прямую линию, то говорят о ретроверсии (рис. 41).



Рис. 41. Ретроверсия матки.

Если тело матки перегнуто в области внутреннего маточного зева кзади, а шейка переходит в тело под углом, то говорят о ретрофлексии. Обе эти формы часто сочетаются одна с другой и тогда говорят о ретроверсии-флексии матки (рис. 42). Мы их будем рассматривать совместно, обозначая для краткости общим термином р е т р о д е в и а ц и я.

История развития учения о ретродевиациях может служить ярким примером того, как углубление наших знаний в области физиологии и



Рис. 42. Ретроверзия-флексия матки.

патологии женского организма коренным образом изменяет взгляды на значение подобной аномалии и на показания к лечению при ней.

Ретродевиация может быть подвижной и фиксированной.

ПОДВИЖНАЯ РЕТРОДЕВИАЦИЯ МАТКИ

Еще сравнительно недавно подвижная ретродевиация рассматривалась как самостоятельная нозологическая единица. Все жалобы общего и местного характера, все субъективные ощущения, с которыми женщины, имеющие подвижную ретродевиацию, обращались к гинекологу, врачи относили именно за счет ретродевиации. Среди симптомов особенно выделялись боли в крестце, дисменоррея, обильные менструации, ощущение тяжести в животе, дизурические явления, хронический запор и т. п. Из общих симптомов отмечались головные боли, усталость, бессонница, явления со стороны сердца и желудка (ощущение тяжести в области желудка, тошнота, наклонность к рвоте и пр.). Но уже тогда некоторые гинекологи отмечали, что у очень многих женщин с этой аномалией положения матки описанные симптомы отсутствовали. Возникла мысль о значении психического и нервного компонента в клинической картине у тех женщин с ретродевиацией, у которых на первом плане были общие симптомы.

Обращали на себя внимание и другие факты из гинекологической практики, указывавшие, что только наличием ретродевиации не может быть объяснен сложный симптомокомплекс, наблюдаемый при ней. Так,

мы видели случаи, когда после операции по поводу этой аномалии все тягостные симптомы исчезали, а при контроле обнаруживался рецидив ретродевиации. То же можно было наблюдать и при консервативном лечении ретродевиации: после приведения матки в нормальное положение и применения пессария болезненные явления исчезали, а при проверочном гинекологическом исследовании матка оказывалась вновь в ретродевиации.

По мере углубления наших знаний в области функциональных неврозов и их связи с половой сферой женщины, подвижную ретродевиацию перестали рассматривать как самостоятельное заболевание. Женщины с подвижной ретродевиацией, у которых среди жалоб видную роль играют общие симптомы, часто страдают энтероптозом, костный скелет у них нежный и тонкий, грудная клетка удлиненная. У них нередко находят опущение желудка, иногда опущение почки, а с нервно-психической стороны—возбудимость и раздражительность. Для оценки значения подвижной ретродевиации важен тот факт, что она обнаруживается приблизительно у четверти всех женщин, значительная часть которых ни на что не жалуется. Вместе с тем в отдельных случаях подвижная ретродевиация матки может все же вызывать болезненные явления, требующие врачебного вмешательства: нарушение менструальной функции, выражающееся в дисменоррее и менорагиях, зависящих от застойных явлений в ретрофлексированной матке. На почве ретродевиации иногда возникают обильные выделения (fluor). Некоторые авторы относят самопроизвольные и привычные выкидыши за счет имеющейся ретродевиации. В отдельных случаях женщины с ретродевиацией жалуются на боли во время полового акта, что может происходить от того, что вместе с маткой в прямокишечно-маточное углубление глубоко опустились и яичники. Давление шейки на мочевой пузырь и давление тела матки на прямую кишку также могут вызывать у женщин с повышенной чувствительностью неприятные ощущения. Таким образом, при ряде симптомов ретродевиации может возникнуть вопрос об исправлении этого ненормального положения матки. Что касается общих явлений, то они обычно исчезают или ослабевают под влиянием общеукрепляющего неврологического лечения. Но если такое лечение, что бывает в редких случаях, не помогает, можно попытаться повлиять на общее состояние женщины, приведя матку в нормальное положение.

Р а с п о з н а в а н и е. Диагноз ретродевиации устанавливается путем обычного двуручного гинекологического исследования.

Перед этим исследованием мочевой пузырь и прямая кишка должны быть по возможности полностью опорожнены. Мысль о наличии ретродевиации возникает уже тогда, когда с помощью введенного во влагалище одного или двух пальцев, выявляется, что влагалищная часть матки находится ниже ее нормального положения. При этом наружный маточный зев обращен не кзади, а кпереди, по направлению к лону. При двуручном влагалищном исследовании пальцы одной руки, введенные в передний влагалищный свод, сходятся с пальцами другой руки, лежащей выше лона, тело же матки, которое по своей форме и консистенции дает столь характерное при пальпации ощущение, здесь не прощупывается. Если же пальцы внутренней руки ввести в задний влагалищный свод, то между пальцами обеих рук ясно прощупывается тело матки, лежащее в ретродевиации. Что касается яичников, то при этом положении матки они, повторяем, часто лежат в прямокишечно-маточном углублении (дугласов карман)—опущение яичников.

Диагностика ретродевиаций обычно не представляет затруднений. Однако наблюдаются и диагностические ошибки. Так, например, были случаи, когда за тело матки принималась лежащая позади матки беременная маточная труба, а при попытке перевести «тело матки» в нормальное положение происходил разрыв плодовместилища. Новообразования (фибромиомы матки, кисты яичника и т. п.) также могут симулировать запрокинутое кзади тело матки.

Наибольшие трудности возникают при распознавании фиксированных ретродевиаций. При наличии обширных сращений матка плохо контурируется, она кажется увеличенной, производимые при исследовании манипуляции вызывают болезненные ощущения, особенно при свежих сращениях. При подробном обследовании женщины (температура, пульс, морфологический состав крови, РОЭ и т. д.), а особенно тазовых и брюшных органов должно выясниться, не страдает ли больная воспалительным процессом в острой или подострой стадии, при котором противопоказано применение даже мало травмирующих манипуляций в области тазовых органов, так как это может вызвать обострение процесса, еще не закончившегося образованием соединительнотканых тяжей и брюшинных спаек.

Так как подвижная ретродевиация матки в громадном большинстве случаев не требует исправления, что следует подчеркнуть, то торопиться с решением вопроса о местном лечении не следует. Если наступает беременность при подвижной ретродевиации, матка в большинстве случаев на III—IV месяце принимает нормальное положение. Переходу беременной матки из ретродевиации в нормальное положение может способствовать регулярное лежание беременной на животе—спиною кверху (2—3 раза в день в течение 1—2 часов). В редких случаях беременная матка остается в ретродевиации, что иногда чревато осложнениями: матка может ущемиться, причем, заполняя малый таз, она сдавливает спереди шейку мочевого пузыря и внутреннее отверстие мочеиспускательного канала, а сзади—прямую кишку.

При давлении влагалищной части матки на шейку пузыря и на уретру мочеиспускание становится затрудненным, а иногда и невозможным. Моча, скопляясь в пузыре, растягивает его так, что верхняя граница пузыря поднимается до пупка и даже выше: мочевой пузырь без принятия соответствующих мер непрерывно наполняется мочой и, наконец, наступает момент, когда он должен либо разорваться, либо, что обычно наблюдается в таких случаях, моча начинает просачиваться наружу по каплям через растянутую и отечную уретру. Тогда образуется картина так называемой парадоксальной ишурии.

Лечение. Основное положение, что подвижная ретродевиация матки не может быть рассматриваема как самостоятельная нозологическая единица и как таковая далеко не всегда вызывает болезненные симптомы, уже говорит о том, что при отсутствии жалоб предпринимать какое-либо лечение, направленное на ликвидацию этой аномалии, в большинстве случаев не следует.

При наличии жалоб главным образом общего характера надо прежде всего испробовать общеукрепляющее лечение. Если, кроме жалоб общего характера, имеются и нарушения менструальной функции (полигиперменоррея, дисменоррея и т. п.), не обусловленные наличием еще каких-либо патологических явлений, например, нарушением функции щитовидной железы, заболеваниями селезенки и т. п., может возникнуть вопрос о выведении матки из ретродевиации в нормальное положение.

Приемы для приведения матки в нормальное положение. Выведение подвижной матки из ретродевиации в нормальное положение комбинированным ручным способом. Больная с опороченными мочевым пузырем и прямой кишкой лежит на гинекологическом кресле (если кресла нет, то на кушетке или на обычном столе). Приготовив руки для исследования, врач вводит во влагалище указательный и средний пальцы одной руки и, достигнув шейки, старается отеснить этими пальцами влагалищную часть матки кзади, или же, введя пальцы в задний влагалищный свод, отодвигает тело матки, лежащее в крестцовой впадине, как можно выше и кпереди. Одновременно наружной рукой через брюшную стенку врач захватывает дно матки и выводит ее в нормальное положение антеверзии. При плотной матке точкой приложения для внутренних пальцев будет служить передняя поверхность шейки, надавливая на которую, пальцы будут отеснять ее кзади, а это будет способствовать выведению тела матки кпереди. При наличии мягкой матки надо ввести пальцы в задний влагалищный свод и ими, особенно средним пальцем как более длинным, поднять и отодвинуть тело матки кпереди. Большое значение имеет работа наружной руки: это основной прием, решающий успех репозиции матки. Для того чтобы наружная рука могла глубоко проникнуть в брюшную полость и захватить тело запрокинутой матки, мышцы брюшной стенки должны быть расслаблены. Поэтому надо принять меры к тому, чтобы не вызвать рефлекторного сокращения мышц брюшного пресса. Для этого рука, находящаяся снаружи, не должна быть холодной, направлять ее в глубину надо не сразу, а постепенно, круговыми движениями от средней линии к паховым областям, начиная с легкого поглаживания брюшной стенки. Внимание больной надо отвлечь успокаивающим разговором.

При резко выраженной ретродевиации, когда задний влагалищный свод вышячен упирающимися в него задней стенкой и дном матки, процесс выведения тела матки должен состоять из четырех приемов. **Первый прием:** 1—2 пальца вводят в задний влагалищный свод (рис. 43) и осторожно приподнимают тело матки, запрокинутое в прямокишечно-маточное углубление (дугласов карман); наружную руку со стороны брюшной стенки одновременно направляют навстречу выводимой матке. **Второй прием:** пальцы внутренней руки приподнимают тело матки как можно выше над входом в таз (рис. 44); наружной рукой захватывают дно матки. **Третий прием:** пальцами, лежащими во влагалище, отодвигают шейку матки кзади, а наружную руку продвигают круговыми движениями по дну матки к ее задней поверхности (рис. 45). **Четвертый прием:** шейку матки сильно отодвигают кзади, а тело матки еще сильнее наклоняют к лону (рис. 46). По существу четвертый прием является продолжением третьего, поэтому некоторые авторы говорят о трех приемах. Приподнимать дно матки из дугласова кармана и отодвигать шейку кзади можно одновременно, причем указательный палец или средний, введенный в прямую кишку, давит на дно матки, а большой палец, введенный во влагалище—на ее шейку. Можно указательный палец ввести во влагалище, а средний—в прямую кишку (Д. О. Отт).

Если запрокинутую, но подвижную матку вывести ручными приемами не удастся (ожирение брюшной стенки), то это можно сделать пулевыми щипцами или маточным зондом.

Репозиция матки пулевыми щипцами производится следующим образом: влагалищную часть матки захватывают щипцами за переднюю губу маточного зева и максимально низводят по направ-

лению к преддверию влагалища. Щипцы держат в правой руке; вследствие низведения матки пальцы, введенные во влагалище, теперь легко достигают дна матки и приподнимают ее тело. Захваченную щипцами и низведенную шейку быстрым дугообразным движением отодвигают к заднему своду, в то время как пальцы, введенные во влагалище, лежат неподвижно и служат упором для перевода тела матки кпереди. При значительно удлиненной шейке матки, а особенно в тех случаях, когда тело матки размягчено, оно (тело матки) не следует за движениями шейки, поэтому хорошего результата метод не дает.



Рис. 43. Выведение подвижной ретрофлексированной матки комбинированным ручным способом. *Первый прием.*

Для репозиции матки маточным зондом существуют четкие противопоказания: 1) подозрение на беременность или наличие ее и 2) подозрение на инфекцию или паличие ее. Кроме того, необходимо также учесть, что применение маточного зонда для приведения матки в нормальное положение не безопасно, так как такая манипуляция может осложниться прободением матки. Поэтому многие авторы вообще отказались от этого метода.

Применение влагалищных пессариев (колец) имеет целью только удержать в нормальном положении выведенную из ретродевиации матку, использовать же пессарии для выполнения репо-

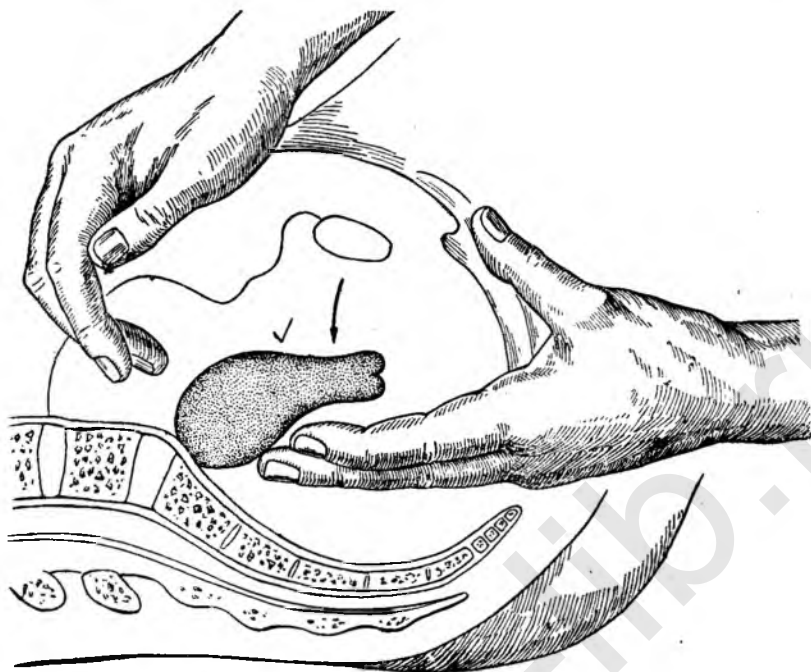


Рис. 44. Выведение подвижной ретрофлектированной матки комбинированным ручным способом. *Второй прием.*

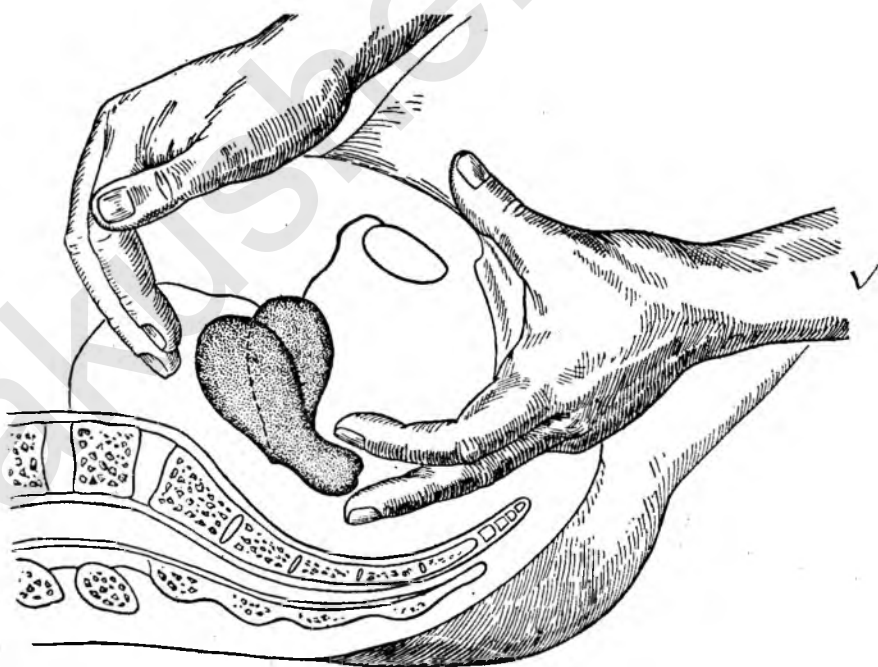


Рис. 45. Выведение подвижной ретрофлектированной матки комбинированным способом. *Третий прием.*

зиции не следует. Еще недавно лечение, направленное на ликвидацию ретродевиации матки, занимало видное место в гинекологии: с этой целью применялись pessaries различной формы, изготовленные из целлулоида, твердого каучука, пластмассы и т. п. Пессарии из каучука и целлулоида применялись охотно, так как, подержав их недолго в кипятке, кольцу можно было придать необходимую для данной больной форму.

Из многочисленных моделей пессария мы применяем при подвижной ретродевиации или пессарий Годжа, имеющий меньший изгиб (рис. 47),

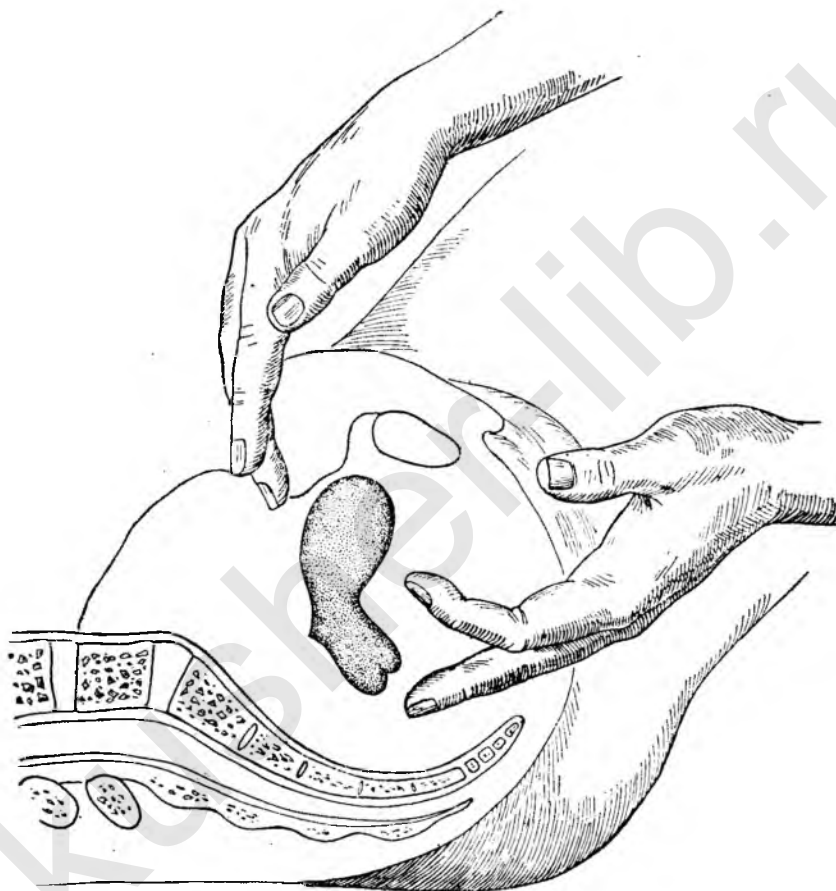


Рис. 46. Выведение подвижной ретрофлексированной матки комбинированным способом. Четвертый прием.

или пессарий Томаса с большим изгибом. Пессарий Годжа представляет изогнутое овальное кольцо, напоминающее по форме латинскую букву S, причем на всем своем протяжении имеет одинаковую толщину, а в пессарии Томаса задняя часть (дуга) толще передней (клюв). Размер пессария зависит в каждом отдельном случае от ширины влагалища. У нерожавших женщин применяют пессарии, начиная с № 7, а у рожавших—с № 8. Пессарий вводят во влагалище так, чтобы широкая задняя часть (дуга) легла в задний влагалищный свод и вытягивала его вверх, а передняя, загнутая книзу (клюв), упиралась бы в доно. В результате влагалищная

трубка вытягивается в длину, особенно хорошо pessarium Годжа, зато pessarium Томаса дает более мощную опору для тела матки.

Вводя pessarium во влагалище, врач держит его за узкий конец чуть наискось и отодвигает им заднюю спайку, чтобы не травмировать отвер-

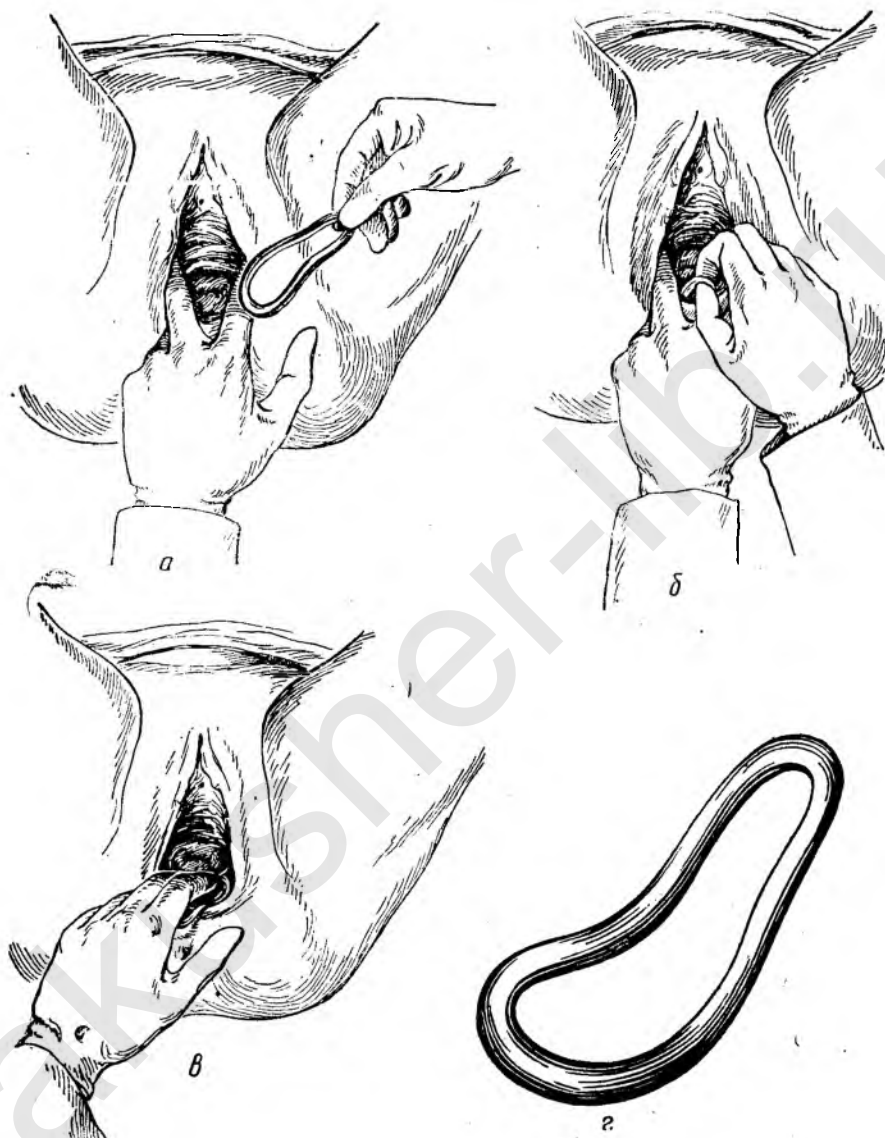


Рис. 47. Применение pessария Годжа для поддержания матки в нормальном положении.

a—перед введением pessария половую щель раздвигают двумя пальцами левой руки; *b*—пessарий введен правой рукой под шейку матки; *c*—пessарий продвигают двумя пальцами левой руки в задний влагалищный свод; *d*—пessарий Годжа.

стия мочеиспускательного канала. Введя pessарий до середины влагалища, его поворачивают так, чтобы он лег параллельно задней влагалищной стенке, затем его продвигают вглубь заднего влагалищного свода до тех

пор, пока влагалищная часть матки не окажется внутри кольца, а более широкая задняя дуга пессария—в заднем влагалищном своде. Пессарий, который не выпадает при обычных занятиях больной, при дефекации и умеренном напряжении брюшного пресса, наиболее подходящий для нее, а чтобы убедиться, что этот пессарий не оказывает чрезмерного давления на стенки влагалища и на соседние органы, можно применить следующий прием: после того как будет введен пессарий, женщине предлагают быстро сесть с перекрещенными бедрами и наклоненным вперед туловищем и сильно потужиться; если пессарий не слишком велик, то при натуживании никаких болезненных ощущений не будет. Если в последующие дни пессарий не беспокоит женщину и не выпадает, его можно оставить для постоянного ношения. Может случиться, что при контрольном исследовании пессарий окажется лежащим неправильно, матка вместе с пессарием вновь запрокинулась или больная предъявляет жалобы на боли, на помехи при мочеиспускании, дефекации, половом акте—в таком случае надо сменить пессарий на более подходящий. При правильно подобранном пессарии женщина не только может продолжать свои обычные занятия, но ей рекомендуется заняться лечебной физкультурой, если даже она этим прежде не занималась.

Женщины, носящие пессарий, должны ежедневно спринцеваться слабым дезинфицирующим раствором. Если больная страдает густыми выделениями, то рекомендуются спринцевания раствором очищенной соды (1—2 чайные ложки соды на 4 стакана теплой воды), если выделения гнойные, то после спринцевания с содой, которая очищает слизистые оболочки от густых выделений, рекомендуется сделать еще спринцевание дезинфицирующим или вяжущим раствором (борной кислоты 2 чайные ложки на 4 стакана воды; боровской жидкости 1—2 столовые ложки на 4 стакана воды; квасцов 1 чайная ложка на 4 стакана воды; марганцовокислого калия 2—3 кристаллика на 4 стакана воды; неочищенного древесного уксуса 1—2 столовые ложки на 4 стакана воды; сернокислого цинка 1 чайная ложка на 4 стакана воды и т. д.). Так как эти спринцевания приходится делать в течение длительного времени, то полезно менять или чередовать лекарственные средства. Если наступает беременность, то спринцевания надо делать очень осторожно, а иногда от них лучше вовсе отказаться, особенно если на основании анамнеза можно предположить возможность выкидыша. Беременная носит пессарий только до начала IV месяца. Дольше носить пессарий излишне, так как увеличенная матка уже не может запрокинуться. Оставлять же во влагалище беременной женщины инородное тело уже становится не только нецелесообразным, но и вредным.

При ношении влагалищного пессария необходимо не реже чем через каждые 4 недели (независимо от того, менструирует женщина или нет) вынуть пессарий, промыть его и продезинфицировать, влагалище осмотреть в зеркалах. Если признаков давления на стенках влагалища не будет обнаружено, то пессарий можно вновь ввести. Если пессарий покроеся солями или станет шероховатым, его надо заменить новым.

Срок ношения пессария по поводу ретродевиации составляет приблизительно 1—2 года (В. С. Груздев). В большинстве случаев матка и после удаления пессария остается в правильном положении.

Больная, страдающая запором, должна соблюдать соответствующую диету или принимать легкие слабительные; она должна приучить себя к регулярному мочеиспусканию. Применение пессария может сочетаться с неоперативными методами лечения, как, например, с гормонотерапией,

а иногда и с оперативными—с выскабливанием слизистой полости матки. При длительной застойной гиперемии на почве ретродевиации эндометрий подвергается гиперплазии, поэтому мено- или метроррагии могут продолжаться и после репозиции матки; они также могут наступить и после выскабливания, если матка осталась в неправильном положении.

Неправильные положения матки являются следствием ряда недочетов анатомио-физиологического порядка, среди которых недоразвитие и функциональная слабость органов и тканей, нарушение трофики и т. п. играют большую роль.

Дальнейшее развитие лечебной физкультуры дает основание возлагать большие надежды на то, что и в профилактике и лечении ретродевиаций матки будут достигнуты такие успехи, которые сделают применение пессариев совершенно излишним. Но в настоящее время полностью от них отказаться еще нельзя.

ФИКСИРОВАННАЯ РЕТРОДЕВИАЦИЯ МАТКИ

Такая девиация имеет гораздо большее клиническое значение, чем подвижная, что обуславливается не неправильным положением матки, а тем воспалительным процессом, который привел к ее фиксации. Любые вмешательства для исправления положения матки во время острой или подострой стадии воспалительного процесса категорически противопоказаны. Если у больной хроническое воспаление тазовой брюшины и, наряду со спайками, фиксирующими матку, имеются еще и другие воспалительные очаги (хроническое воспаление маточных труб, яичников и пр.), то устранение только спаек не принесет больной существенного облегчения. В таких случаях необходимо длительное, настойчивое, планомерное консервативное лечение, направленное на ликвидацию всех имеющихся очагов. Если же такое лечение не даст результата, то может быть показано хирургическое лечение (брюшностеночное чревосечение).

Устранение сращений, фиксирующих матку в положении ретродевиации. Из консервативных методов лечения применяется главным образом гинекологический массаж. Если большая непосредственно перед назначением массажа подвергалась систематическому лечению физическими методами (ионофорез, диатермия, грязелечение и т. п.) и оно не вызвало обострения воспаления, можно приступить к массажу. Если же такого предварительного лечения не было или оно было проведено уже несколько месяцев назад, то, несмотря на отсутствие клинических симптомов воспаления, целесообразно, перед тем как применить массаж, снова провести хотя бы непродолжительный курс физических методов лечения. Это будет пробой, позволяющей исключить возможность вспышки воспалительного процесса. Кроме того, предварительное или одновременное с массажем лечение физическими методами может улучшить непосредственные результаты массажа.

Принцип массажа при фиксированной ретродевиации матки заключается в том, чтобы теми же методами, которые используются для выведения запрокинутой матки, проникнуть между маткой и крестцом и подвергнуть растяжению имеющиеся спайки. Главную роль играет внутренняя рука: указательным и средним пальцами, введенными во влагалище, медленно поднимают со стороны заднего влагалищного свода запрокинутое и фиксированное в дугласовом кармане тело матки по направлению к брюшной стенке. Внимательно следя за выражением лица больной и руководствуясь ее ощущениями, можно довольно правильно судить, с

какой силой следует приподнимать матку, не вызывая при этом нежелательной реакции. Растяжение спаек производят ежедневно, по 5—10 растяжений за сеанс. Если никаких осложнений не наступит, можно несколько усилить растяжения; иногда через 15—20 сеансов, а в некоторых случаях и раньше спайки настолько растягиваются и истончаются, что двуручным способом удается перевести матку в нормальное положение. Если такой успех не будет достигнут, а воспалительный процесс не обострится, можно несколько видоизменить методику растяжений, а именно, обхватив наружной рукой дно матки со стороны брюшной стенки еще до полного выведения матки в нормальное положение, начинают медленно растягивать спайки одновременно обеими руками: наружной рукой со стороны брюшной стенки и внутренней рукой со стороны влагалища. Массирующие движения, способствующие улучшению кровообращения и рассасыванию соединительной ткани, развившейся в результате воспаления, лучше выполняет наружная рука. Надо принять во внимание, что влияние массажа на бедные сосудами тяжи и спайки значительно слабее, чем на богатые сосудами ткани, и что успех лечения зависит не только от технических приемов.

Некоторые авторы при наличии широких плоскостных сращений предлагают следующий технический прием: начав растяжение широких плоскостных спаек со стороны влагалища, врач предлагает больной быстро податься тазом вперед и немного при этом его приподнять. В этот момент врач быстро, но без толчков, продвигает пальцы внутренней руки через задний влагалищный свод по направлению к заднему дугласову карману. При этих движениях пальцы внутренней руки легко достигают уровня дна матки, которое теперь можно отодвигать в требуемом направлении и таким образом растягивать имеющиеся сращения. Изучив в свое время эту методику, мы убедились, что она действительно во многих случаях позволяет достигнуть более скорого успеха, нежели другие способы. Но мы наблюдали, правда, немногочисленные случаи, когда в результате первых сеансов возникали явления, которые мы считали результатом частичного разрыва спаек во время их растяжения. Это делает вышеописанную методику более рискованной, чем медленное растяжение спаек.

К сожалению, не у всех больных при фиксированной ретродевиации удается устранить спайки, удерживающие матку в неправильном положении. Если систематически и длительно применяемые консервативные методы не приводят к желаемым результатам, то при наличии значительных жалоб приходится прибегнуть к хирургическому лечению. Наиболее частым путем является брюшностепочный, который, наряду с разъединением спаек, приведением матки в антеверсию и фиксацией ее в этом положении, дает возможность обследовать всю брюшную полость и исправить другие недочеты.

Нередко исправление неправильного положения матки хирургическим способом производится попутно или дополнительно с основной операцией на внутренних женских половых органах, предпринятой по тем или иным показаниям. Иногда операцию фиксации матки мы производим при основной операции не только потому, что матка лежит неправильно, но и с чисто профилактической целью, когда имеются основания полагать, что в результате основной операции возникнут сращения, вследствие которых матка может оказаться в ретродевиации. Это может понизиться при операции на придатках матки или при консервативной операции на самой матке, если произвести перитонизацию так тщательно, чтобы предотвратить образование спаек, невозможно.

ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Этиология и патогенез. В возникновении этого вида смещения большую роль играет родовая травма, особенно повреждение тазового дна с его мощной мышечно-фасциальной опорой, представленной системой леваторов и урогенитальной диафрагмой. Тяжелые физические напряжения в раннем послеродовом периоде, при еще расширенном *hiatus genitilis* и недостаточном сопротивлении повышенному внутрибрюшному давлению со стороны поврежденного или растянутого поддерживающего и подвешивающего аппарата также способствуют опущению матки и влагалища. Но не всегда это опущение связано с родовым актом. Известны случаи опущения и выпадения матки и влагалища у нерожавших женщин и даже у молодых девушек (К. П. Фирсова, А. И. Крупский, В. М. Касогледов, Н. В. Улитин и др.). Причиной этого бывает врожденный паралич мышц тазового дна. Для проверки рентгенологически определяют, нет ли в данном случае расщепления позвонков, которое может быть скрытым (*spina bifida occulta*) и вести к параличу нервных стволов сакрального отдела спинного мозга и к недостаточной иннервации мышц тазового дна. Предрасполагающим моментом к опущению и выпадению матки может быть инфантилизм и недостаточность мышечно-связочного аппарата, которая бывает не только врожденной, но и возникает под влиянием факторов, неблагоприятно действующих на женский организм, как в периоде его роста, так и в зрелом возрасте, особенно у пожилых женщин при наличии атрофии половых органов. Резкое похудание на почве недостаточного питания и тяжелого физического труда также благоприятствует возникновению пролапса.

В. С. Груздев, анализируя амбулаторный материал Казанской клиники за 22 года ее работы, указывает, что увеличение числа больных с выпадением матки в течение первой мировой войны зависело от тяжелых условий жизни женщины и недостаточного питания. В частности, крестьянки, заменяя ушедших на войну мужей, должны были заниматься тяжелым физическим трудом. Эти два фактора—тяжелый физический труд и пониженное питание—и явились, по мнению В. С. Груздева, причиной роста данного заболевания.

Непосредственной причиной, вызывающей опущение и выпадение матки и влагалища, является длительное или часто повторяющееся повышение внутрибрюшного давления, как это наблюдается при подъеме или ношении тяжести, при запорах и т. п. Некоторые анатомические и анатомо-топографические условия могут также оказывать влияние на развитие этого заболевания. Так, например, если матка расположена в так называемом среднем положении или в положении ретроверзии, то влагалищная часть матки в стоячем положении женщины оказывается висящей над щелью между леваторами (*hiatus genitilis*); вследствие этого при каждом повышении внутрибрюшного давления матка вклинивается в эту щель и опускается ниже. В этих случаях мочевой пузырь, лежащий над *hiatus genitilis*, особенно при широко зияющей щели вследствие расслабления или повреждения мышц леваторов, может постепенно опускаться, выпирая вперед переднюю стенку влагалища. Возникает цистопеле (рис. 48 и 49). В случае резко выраженной ретроверзии матки, когда тело ее плотно прилегает к тазовому дну, а высоко над щелью между леваторами лежит только влагалищная часть матки, при наличии неповрежденных мышц тазового дна и промежности опущение и выпадение матки может и не произойти. Если тело матки фиксировано сращениями, то при повышении внутри-

брюшного давления оно мало опустится, но в щели между леваторами влагалищная часть матки ущемляется, вследствие чего она гипертрофируется и удлиняется. В некоторых случаях может одновременно развиваться и цистоцеле, и гипертрофия шейки. Иногда под влиянием длительного внутрибрюшного давления даже при нормальном положении матки образуется ректоцеле (рис. 50, 51).

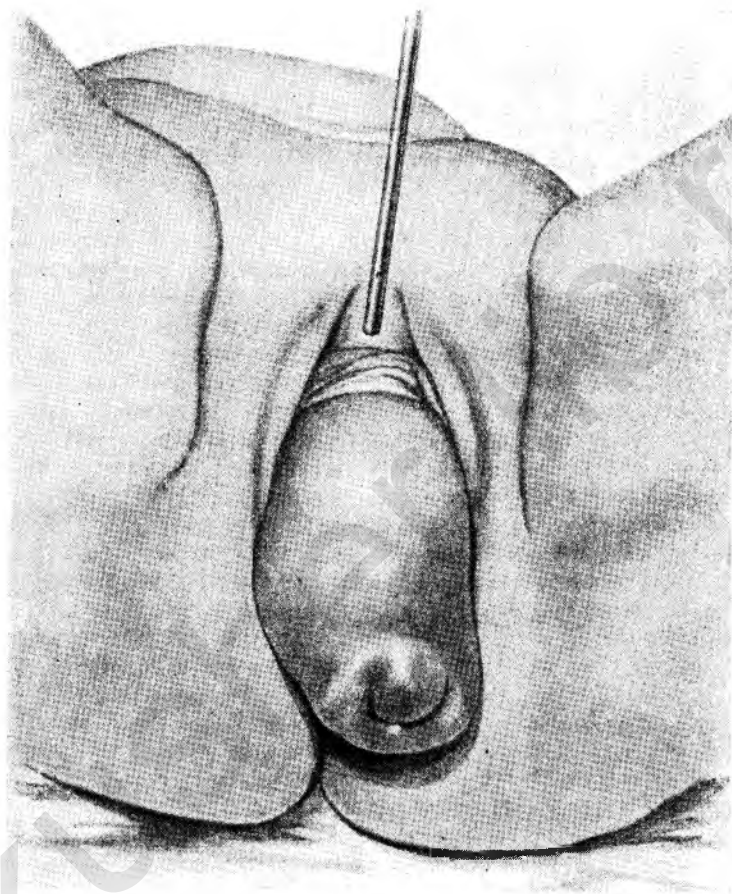


Рис. 48. Выпадение матки. Через стенку цистоцеле виден конец металлического катетера, введенного в мочевой пузырь.

Клиническая картина опущения и выпадения матки и стенок влагалища. Как уже выше указывалось, заболевание в громадном большинстве случаев развивается медленно. Соответственно медленно возникают и прогрессируют и жалобы больной. Вначале больные жалуются на такое ощущение, как будто у них что-то выходит из влагалища, а также на давление внизу живота, затем появляются боли в крестце, расстройства мочеиспускания. Самым тягостным симптомом является недержание мочи: больная хорошо удерживает мочу в состоянии относительного покоя, но при кашле, резких движениях, при натуживании полностью удерживать мочу не может. Это

не только ограничивает круг ее практической деятельности, но и предрасполагает к кожным заболеваниям наружных половых органов (экзема, пиодермия), а в холодное время года—к «простудным» болезням. В редких случаях при больших цистоцеле наблюдается частичная задержка мочи, что может повести к нарушению функций мочеточников и даже к изменениям в почках.

При наличии большого выпадения в выпавших органах происходят трофические изменения, нарушается крово- и лимфообращение, возникает отечность, пролежни, изъязвления (рис. 52), в исключительно редких случаях—выворот выпавшей матки (рис. 53). Менструальная функция, как правило, не изменяется и только в очень редких случаях менструация усиливается на почве застойных явлений. Половая жизнь обычно не нарушается; у нерожавших пожилых женщин при сморщивании стенок влагалища возможность половой жизни при опущениях и выпадениях даже облегчается вследствие того, что в горизонтальном положении пролапс легко вправляется. У женщин детородного возраста наступившая беременность может беспрепятственно продолжаться, так как после четырех месяцев беременности матка уже не помещается в малом тазу и, поднимаясь в брюшную полость, тянет за собой выпавшие органы. Наступает как бы самоизлечение пролапса, правда, временное, так как в послеродовом периоде пролапс неуклонно возвращается к прежнему состоянию, а иногда в связи с родовой травмой даже увеличивается. У женщин зрелого возраста, страдающих выпадением половых органов и одновременно медленно растущей фибромиомой, расположенной в теле матки, также наблюдается самоизлечение. Если опухоль не требует хирургического вмешательства, то лечение пролапса хотя бы временно становится излишним. Если такое сочетание наблюдается у женщины, находящейся в предклимактерическом возрасте, то при условии систематического наблюдения можно иногда воздержаться в течение многих лет от хирургического вмешательства. Но это возможно только при редких случаях выпадения.

Р а с п о з н а в а н и е полного выпадения влагалища и матки обычно очень просто. Различие между выпадением матки и ее выворотом видно из рис. 52 и 53.

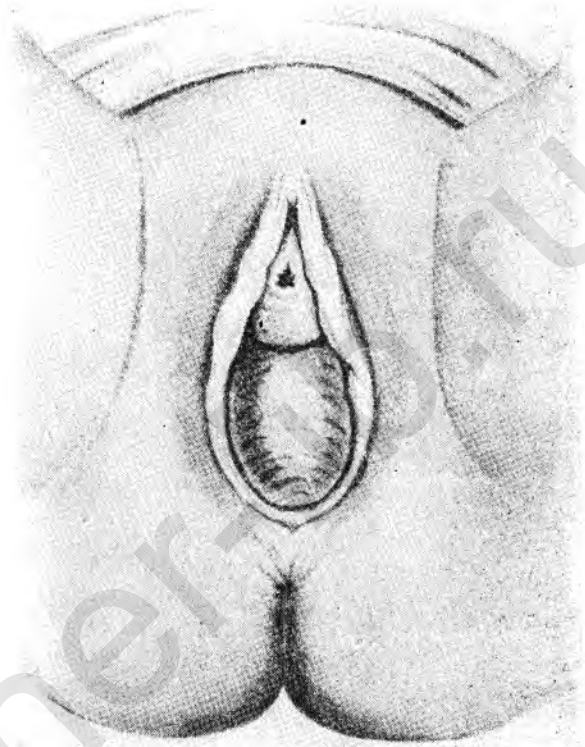


Рис. 50. Ректоцеле.

Маточные трубы и яичники, увлекаемые выпадающей маткой, опускаются глубоко в дугласов карман. Выпадение матки и влагалища может сопровождаться общим птозом, грыжей брюшной стенки, выпадением прямой кишки.

Прогноз. Несмотря на серьезные расстройства, которые часто сопровождают опущения и выпадения внутренних половых органов жен-



Рис. 51. Прием, обнаруживающий наличие ректоцеле.

щины, этот вид смещения не угрожает жизни больной, но понижает ее трудоспособность и во многих случаях лишает ее возможности выполнять самую легкую работу, связанную с напряжением брюшной стенки.

Профилактика.

Огромное значение для профилактики опущения и выпадения влагалища и матки имеет отсутствие чрезмерной физической нагрузки при выполнении той или иной работы, правильное использование дородового и послеродового отпусков, бережное ведение родов, применение акушерских операций только по строжайшим показаниям (особенно опасно форсированное родоразрешение при помощи «высоких щипцов»), своевременное зашивание разрывов, произошедших при родах, а главное — укрепление организма женщины, что достигается соблюдением определенного режима, занятиями физкультурой и спортом.

Лечение. Методика лечения в значительной мере зависит от степени смещения влагалища и матки.

Если имеется только опущение, то прежде всего необходимо устранить все моменты, благоприятствующие дальнейшему развитию смещения. При резком похудании женщины надо усилить питание, провести медикаментозное (мышьяк, железо), санаторное, курортное лечение.

Большую роль в лечении больных играет лечебная физкультура. Существенную часть ее составляют гимнастические упражнения, направленные на укрепление мышц тазового дна и связочного аппарата матки.

По старому методу Тур-Брандта в комплекс упражнений входит основной прием под названием «поднимание матки». Техника этого приема такова: большая с опорожненными мочевым пузырем и кишечником лежит на невысокой, твердой кушетке с приподнятой головой и верхней частью туловища. Помощник садится сбоку больной и

введенными во влагалище пальцами продвигает матку к брюшной стенке навстречу рукам массирующего врача, другую руку он кладет ладонью на живот пальцами вниз; через брюшную стенку он пальцами нащупывает место перехода тела матки в шейки и подает матку массирующему. Массирующий становится сбоку кушетки и упирается одним коленом о кушетку между ногами больной. Сложив руки ладонями вверх, он погружает концы пальцев между симфизом и передней поверхностью матки в глубину таза и захватывает концами пальцев матку в области внутреннего зева. Таким образом, матка как бы ложится передней поверхностью на его ладони. Захватив матку, врач поднимает ее насколько возможно выше. Если этот подъем удался, помощник ощущает, что шейка матки уходит вверх. Максимально приподняв матку, врач удерживает ее в этом положении несколько мгновений, а затем медленно опускает. Этот прием повторяют до трех раз; болевых ощущений у больной не должно быть. Если нет помощника, то врач подводит матку вплотную к брюшной стенке, а затем захватывает ее обеими руками, что по способу Тур-Брандта без помощника сделать довольно трудно.

Согласно современным взглядам на преобладающее значение дефектов тазового дна в патогенезе опущения и выпадения матки и влагалища, а также на тесную анатомо - функциональную связь, существующую между связочным аппаратом матки и тазовым дном, следует применять упражнения, максимально использующие работу мышц тазового дна, особенно лева-

торов. Этот метод высоко ценили и многие основоположники неоперативных методов лечения опущения и выпадения половых органов (В. Ф. Снегирев, Д. О. Отт, Н. И. Рачинский, М. М. Ремизов и др.). С этой целью можно рекомендовать следующие упражнения: больная лежит на кушетке, голова ее и верхняя часть туловища приподняты, ноги согнуты в коленях; крестец во время упражнений приподнят, женщина упирается о кушетку локтями и ступнями, колени и ступни прижаты друг к другу. Врач, обхватив колени больной с внутренней стороны, старается их развести, больная оказывает сопротивление (рис. 54, а). Когда колени будут разведены, больная старается их вновь сблизить, при этом врач оказывает противодействие (рис. 54, б). Это упражнение повторяют несколько раз с короткими паузами. Втягивание заднего прохода при положении больной на кушетке со скрещенными ногами также вызывает работу леваторов. Рекомендуется еще следующее упражнение: больная лежит на спине, положив ногу на ногу, и быстро приподнимает крестец, при этом также получается ощущение



Рис. 52. Пролежни (трофические язвы) на влагалищной части матки при ее выпадении.

ние втягивания заднего прохода. Это упражнение больная делает 2—3 раза подряд по 3—4 раза в день.

Из соответствующей литературы известно, что при нерезко выраженном выпадении эти мероприятия дают хороший эффект. Мы лично неоднократно убеждались в этом, однако успех бывает лишь тогда, когда больная и врач проявляют огромную выдержку и настойчивость.

При полном выпадении матки и влагалища наиболее эффективным методом лечения все же является операция, однако отрицательной ее



Рис. 53. Выворот выпавшей матки.

стороной является известный процент летальности. Иногда у оперированных женщин наблюдаются и рецидивы выпадения, которые могут быть следствием применения неподходящей для данной больной методики операции.

Иногда женщины, страдающие выпадением, особенно в пожилом возрасте, не желают подвергнуться операции, кроме того, могут быть и противопоказания к ней. В связи с этим в настоящее время гинеколог не может ограничиться только хирургическими методами лечения при выпадениях и ему приходится применять и неоперативные методы лечения даже при полном выпадении.

Из неоперативных методов лечения прежде всего мы остановимся на применении влагалищных pessaries (колец). Из них наиболее распространен pessary Майера (рис. 55). Он имеет форму кольца, изготавливается из различных материалов, например, из резины (упругой). Такой pessary, благодаря тугй эластичности, при введении во влагалище сжимается пальцами вводящей руки; ему легко придать форму овала, что значительно облегчает введение в косом положении. Большим недостатком pessaria из резины, особенно не вулканизированной, является его способность вызывать катарр слизистой оболочки влагалища, сопровождающийся гнойными выделениями с неприятным запахом. Поэтому резиновые пес-

сарии не рекомендуются, а надо применять только твердые пессарии с гладкой, полированной (зеркальной) поверхностью, так как они значительно меньше раздражают слизистую оболочку влагалища. Материалом для пессариев может служить твердый каучук, целлулоид, пластмасса и др.

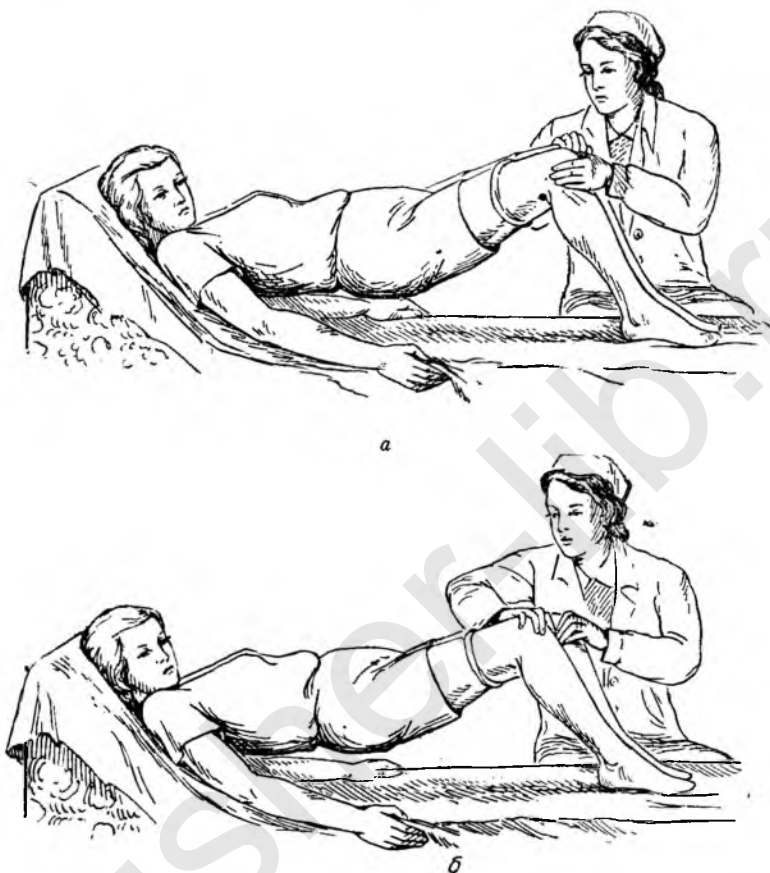


Рис. 54, а, б. Упражнение приводящих и отводящих мышц бедер для укрепления мышц тазового дна.

Кольцевидный пессарий вводят в косом направлении, а уже во влагалище его переводят в поперечное, таким образом влагалищная часть матки оказывается лежащей в просвете кольца. Действие кольцевидного пессария заключается, во-первых, в растяжении влагалищных сводов в поперечном направлении и в некотором приподнятии выпадающей матки, во-вторых, и это главное, он служит своего рода мостом, перекинутым в поперечном направлении через далеко разошедшиеся в стороны ножки леваторов, между которыми образовался широкий мышечно-фасциальный дефект тазового дна. Из сказанного видно, что применение такого пессария аналогично некоторым видам протезирования, принятым в хирургической, онкологической и стоматологической практике.

Кольцевидные пессарии хороши главным образом при умеренных выпадениях. При очень большом выпячивании передней стенки влагалища вместе со стенкой мочевого пузыря (цистоцеле) следует предпочесть блюдцеобразный пессарий Шатца (рис. 56).

Женщина, носящая пессарий, должна ежедневно производить влагалитчные спринцевания слабым дезинфицирующим раствором и не реже одного раза в месяц подвергаться осмотру гинеколога, который вновь вводит пессарий только после тщательной его дезинфекции. Если при

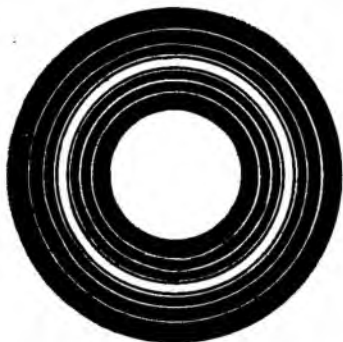


Рис. 55. Кольцевидный пессарий Майера.



Рис. 56. Блюдцевидный пессарий Шатца.

осмотре больной обнаружится пролежень, то пессарий не вводят до полной ликвидации этого пролежня. Во время перерыва в ношении пессария женщина должна воздерживаться от значительных напряжений брюшного пресса.

ЛИТЕРАТУРА

- Г а м б а р о в Г. Г. О девиациях и выпадениях матки. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 176—193.
- Г и м м е л ь ф а р б Г. И. К вопросу о девиациях матки кзади. Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1927 г.), Изд. «Научная мысль», Киев, 1928, стр. 453—464.
- Г и т е л ь с о н Ю. Э. Опущения и выпадения матки и их лечение. Советская медицина, 1939, № 12, стр. 17—19.
- Г р у з д е в В. С. К патогенезу пролапсов женского полового аппарата. Гинекология и акушерство, 1924, № 2, стр. 145—152.
- Д з н е л а д з е А. Г. Выпадение матки и влагалища. Грузмедгиз, Тбилиси, 1948.
- И л ь к е в и ч В. Я. и Н е к р а с о в С. Н. Гимнастика в послеродовой период как метод борьбы с ретродевиациями матки и влияние ее на течение пuerпериаума. Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1927 г.), Изд. «Научная мысль», Киев, 1928, стр. 464—470.
- К е л л а т Г. А. Девиации матки, по данным родильного дома имени Грауэрмана. Там же, стр. 485—494.
- К а к у ш к и н Н. М. Основные принципы в терапии опущений и выпадений матки и влагалища. Труды VI Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров, М., 1925, стр. 23—25.
- К р у п с к и й А. И. К вопросу об этиологии выпадений матки и влагалища. Там же, стр. 34—74.
- Т и к а н а д з е И. Е. Лечение ретродевиаций матки по способу Marcel Senéchal. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 204—206.
- У л и т и н П. В. К каузистике выпадений матки у девушек. Журнал акушерства и женских болезней, 1926, № 5, стр. 623—627.
- Ф и р с о в а К. П. Об этиологии и лечении полного выпадения матки. Труды VI Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1925, стр. 135—137.
- Ч е р т о к Р. А. Retroflexio-versio uteri, по материалам клиники Г. Ф. Писемского. Труды I Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1927 г.), Изд. «Научная мысль», Киев, 1928, стр. 514—527.
- Ш а х м а х т и н с к а я А. Х. Девиации у женщин, работающих на нефтяном производстве. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов (Ереван, 1936 г.), Изд. Наркомздрава Армянской ССР, Ереван, 1937, стр. 194—198.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Доброкачественные новообразования наружных половых органов, если они мешают женщине своей величиной или расположением, требуют принятия соответствующих мер. Лечение в этих случаях, как правило, должно быть хирургическим. Для иллюстрации сказанного приводим фотоснимок огромной папилломы малой половой губы (рис. 57). На рис. 58 изображены кисты влагалища, развившиеся из эмбриональных остатков гартнерова хода.

Из доброкачественных опухолей внутренних женских половых органов, всегда подлежащих хирургическому лечению, прежде всего укажем на кисты яичников (рис. 59). Вид живота женщины при сильном ожирении может навести на мысль о наличии опухоли (рис. 60). Большой живот может быть у женщины при расхождении прямых мышц живота (рис. 61); при наличии послеоперационной грыжи (рис. 62), при воспалительной опухоли придатков матки (рис. 63).

Доброкачественные опухоли матки, часто встречающиеся в гинекологической практике, как будет видно из дальнейшего изложения, в зависимости от их течения могут подлежать или хирургическому, или неоперативному лечению.

ФИБРОМИОМА МАТКИ

Доброкачественное мышечное новообразование—миома встречается главным образом в периоде половой зрелости женщины. Среди миом различают: фибромиомы, которые встречаются часто, и аденомиомы, которые наблюдаются гораздо реже (см. Эндометриоз). В возрасте старше 35 лет эти новообразования наблюдаются приблизительно у 20% женщин. Имеются указания на наследственное предрасположение к фибромиомам; так, например, нам, как и многим гинекологам, приходилось наблюдать фибромиому в одной семье у матери и у ее дочерей. Фибромиомы развиваются обычно в теле матки.

Большое клиническое значение имеет расположение узлов опухоли по отношению к стенке матки (рис. 64). Различают подслизистые узлы, развивающиеся в сторону слизистой оболочки матки, подсерозные, развивающиеся в сторону брюшной полости, и внутрстеночные (интрамуральные,

интерстициальные), расположенные в толще маточной стенки. Опухоли, исходящие из боковой стенки (ребра матки, развивающиеся в направлении широких связок и расположенные между листками брюшины этих связок,

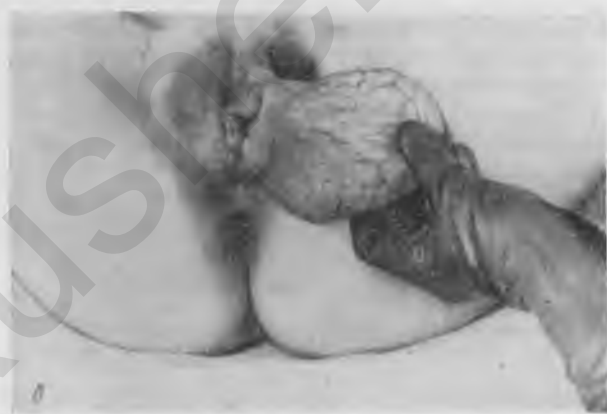


Рис. 57. Папиллома исходит из левой срамной губы.

носят название межсвязочных (интралигаментарных). Узлы опухоли, в зависимости от своего расположения, дают различную клиническую картину; прогноз и линия поведения врача также будут различными.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

В большинстве случаев опухоль состоит из множественных узлов, в более редких случаях — лишь из одного. Количество узлов имеет значение для диагностики и выбора метода лечения, особенно хирургического.

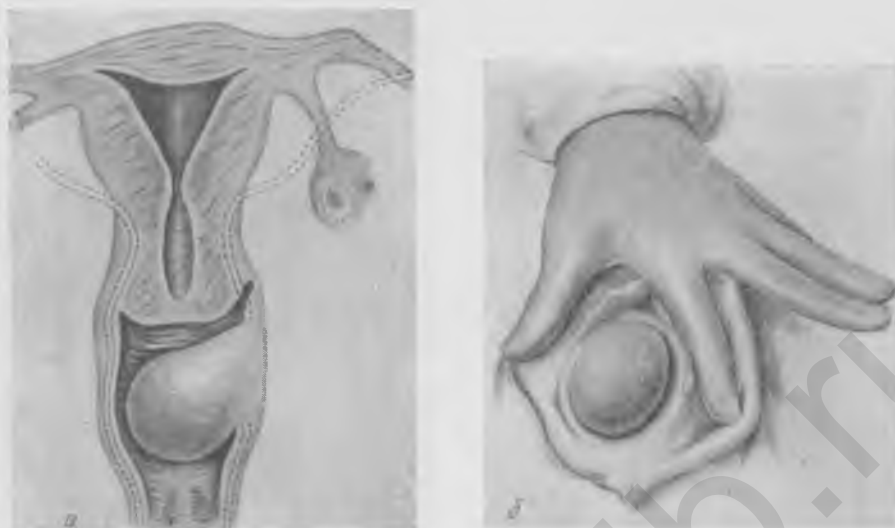


Рис. 58. Киста влагалища (а) развилась из остатков гартнерова хода. Киста влагалища видна в преддверии влагалища (б).



Рис. 59. Гигантская киста яичника.



Рис. 60. Живот при ожирении.
а—вид спереди, б—вид сбоку.



Рис. 61. Живот при расхождении прямых мышц живота.



Рис. 62. Живот при послеоперационной грыже живота.



Рис. 63. Живот при воспалительной опухоли придатков матки.



Рис. 64. Типичные локализации фибромиом матки.

Величина фибромиомы, ее консистенция, структура, форма, цвет бывают разными.

Окраска фибромиомы зависит от количества мышечных элементов, содержащихся в ней (в количественном соотношении с соединительнотканными). Чем больше в опухоли мышечных волокон, тем она мягче; чем больше в ней соединительнотканых волокон, располагающихся вокруг отдельных мышечных пучков в виде капсулы, тем опухоль тверже и окраска ее на разрезе светлее. Изменения в окраске опухоли, в ее консистенции и структуре могут быть вызваны наличием большего или меньшего количества кровеносных и лимфатических сосудов, а также регрессивными процессами, происходящими в опухоли.

В капсуле большого миоматозного узла проходят большие кровеносные сосуды, от которых отходят тонкие веточки, питающие более мелкие узлы, входящие в состав большого. Вообще же миоматозная ткань не богата сосудами, поэтому на разрезе она обычно бледнее мышцы тела матки. Нередко в сосудах, особенно венозных, наблюдается расширение и стаз. Это может повести к расстройству кровоснабжения тканей опухоли, к тромбозам, геморрагиям и к образованию полостей, наполненных кровью. Так как в миомах имеются широко развитые лимфатические сосуды, то при затрудненном оттоке лимфы происходит ее застой, лимфатические сосуды расширяются и в опухоли образуются кистозные полости. Это вызывает изменения в структуре, величине, консистенции опухоли и в ее окраске на разрезе.

Нередко изменения возникают в опухоли вследствие асептического некроза, что может повести к образованию в опухоли полости, наполненной жидким содержимым. Миомы с жидким содержимым образуются, по К. П. Улезко-Строгановой, из более молодых форм миом, имеющих строение по типу более юной мышечной ткани и отличающихся более быстрым ростом. В таких опухолях кровообращение нарушается скорее и возникает венозный отек со всеми его последствиями. Жидкость, наполняющая полости, может быть серозно-кровянистой, иногда содержит хлопья фибрина. Миоматозная ткань подвергается и другим видам перерождения как, например, фиброзно-гиалиновому. Если в опухоли отлагаются соли кальция, она становится твердой, как кость, и при исследовании ее приходится распиливать, так как разрезать не удается.

Что касается изменений, часто наблюдающихся в эндометрии при наличии в матке фибромиомы и проявляющихся в виде гиперплазии, то в настоящее время можно считать установленным, что эти гиперплазии представляют физиологические изменения слизистой оболочки, обусловленные функциональным состоянием яичников. Участки эндометрия, растянутые растущим подслизистым узлом, могут атрофироваться; эпителиальный покров этого участка становится тоньше, трубчатые железы, имеющиеся в слизистой оболочке, лежат на большем расстоянии друг от друга, нежели обычно, вследствие чего слизистая оболочка становится относительно бедной железами. На других участках эндометрия, особенно в нишах между подслизистыми узлами фибромиомы, обычно наблюдается значительная гиперплазия слизистой оболочки, являющаяся часто источником профузного кровотечения при менструации.

К. П. Улезко-Строганова считает, что циркуляторные расстройства, сопровождающиеся застойными явлениями и отеком, служат также причиной наблюдаемых иногда при миомах гиперплазий слизистой оболочки и даже воспалительных явлений в ней, возникающих именно как следствие нарушения в ней кровообращения.

Изменения в яичниках при фибромиомах матки. Уже давно замечено, что при фибромиомах матки возникают изменения в яичниках, например, их увеличение в результате малокистозной атрезии фолликулов, появление в яичниках большого количества фиброзных тел, являющихся продуктом усиленной атрезии фолликулов, способствующих гиперплазии эндометрия. Подобные изменения в яичниках мы часто наблюдали при операциях по поводу фибромиомы матки, что, полагаем, связано с нашими строгими требованиями в отношении показаний к хирургическому лечению при этих опухолях. Таким показанием чаще всего являются маточные кровотечения, если они не поддаются консервативным (неоперативным) методам терапии.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И РАСПОЗНАВАНИЕ

Следует подчеркнуть, что фибромиомы матки, медленно развиваясь, в течение длительного времени могут совсем не вызывать каких-либо патологических явлений или признаков заболевания. Иногда фибромиома обнаруживается совершенно случайно: при диспансеризации, при прохождении курортной комиссии, при чревосечении, предпринятом по совершенно иным показаниям, при патологоанатомическом вскрытии трупа женщины, никогда не подвергавшейся гинекологическому исследованию.

Если врач случайно обнаруживает фибромиому у женщины, не предъявляющей никаких жалоб, то прежде всего возникает вопрос, нуждается ли эта женщина вообще в каком-нибудь лечении. Чтобы ответить на этот вопрос, надо учитывать следующее: фибромиома—это доброкачественная опухоль, в громадном большинстве случаев растущая медленно, и носительница фибромиомы может вступить в климактерический период, не испытав никаких страданий, связанных с наличием этой опухоли. С наступлением же климактерического периода обычно начинается медленное обратное развитие опухоли. Здесь следует сказать, что у женщин, имеющих фибромиому, климактерический период часто наступает значительно позже обычного и менструации бывают у них до 50—52 лет. Некоторые авторы указывают, что позднее наступление стойкой аменорреи наблюдается у женщин, которые страдают маточными кровотечениями в связи с фибромиомой матки, тогда как при наличии бессимптомной фибромиомы стойкая аменоррея наступает в обычные сроки.

В литературе описаны различные направления в лечении больных фибромиомой матки, что зависит от периода развития гинекологии, от опыта автора и владения им оперативной техникой.

В настоящее время большинство гинекологов не считают показанием к хирургическому вмешательству наличие «бессимптомной фибромиомы» матки. Если течение заболевания бессимптомно, то в громадном большинстве случаев речь может идти не о лечении в прямом смысле, а лишь о режиме, которого больная должна придерживаться. Самый термин «бессимптомная фибромиома», нередко применяемый гинекологами, не должен служить целям клинической классификации этих опухолей. Такое течение заболевания может продолжаться определенный период, в ряде случаев весьма краткий. Поэтому носительница фибромиомы, не требующая в данный момент никакого лечения, должна все же оставаться под наблюдением врача (осматриваться не реже 3—4 раз в год).

Линия поведения врача должна быть иной, если «бессимптомная фибромиома» обнаруживается у женщины, не имеющей ребенка, у которой

бывшие беременности заканчивались выкидышами, для объяснения которых других причин, кроме наличия опухоли, нет. Точно так же иного отношения требует «бессимптомная фибромиома», достигшая больших размеров, например, величины 4—5-месячной беременности, или если опухоль и невелика, но расположена под слизистой оболочкой матки (что может угрожать бесплодием).

Режим, рекомендуемый женщине, имеющей «бессимптомную фибромиому». При «бессимптомной фибромиоме» нет надобности накладывать на женщину каких-либо запретов или значительных ограничений на работе, в семейных отношениях и т. п. Ввиду того что рост опухоли в значительной мере зависит от степени кровенаполнения в тазу, следует уделить внимание моментам, способствующим правильному кровообращению, а также исключению тех факторов, которые вызывают или усиливают застойные явления в тазу. С этой точки зрения принесут пользу те виды физкультуры и спорта, которые отвечают указанным требованиям. Если же «бессимптомная фибромиома» расположена подбрюшинно и имеет ножку, то во избежание ее перекрута упражнения, связанные с резкими, а особенно вращательными движениями или прыжками, должны быть исключены.

В бальнеологической практике укоренилось отрицательное отношение к применению углекислых ванн по поводу различных заболеваний у женщин, имеющих фибромиому. При наличии «бессимптомной фибромиомы» этот взгляд неправилен. Если менструация и будет немного сильнее обычного, то для женщины, не страдающей малокровием, большого ущерба не будет, а улучшение состояния сердечно-сосудистой системы, наблюдающееся в результате применения углекислых ванн, может нормализовать кровообращение в тазу и способствовать даже замедлению роста опухоли. Точно так же мы считаем возможным и целесообразным применение серных ванн (Магеста), а особенно радоновых (Цхалтубо).

Применение же грязевых ванн мы считаем противопоказанным, так как гиперемия, возникающая в брюшной полости, часто вызывает усиление роста опухоли, учащение и усиление менструаций.

Признаки фибромиомы матки. Наиболее частым симптомом, сопровождающим фибромиому матки, является кровотечение. В большинстве случаев кровотечения носят характер меноррагий (гиперменоррея, полименоррея). Основная причина этих кровотечений связана, по общепринятому мнению, с морфологическими и функциональными изменениями яичников. Однако существуют и другие причины, вызывающие маточные кровотечения, как-то: плохая сократимость мышечной стенки измененной матки, большая поверхность эндометрия увеличенной матки, воспалительные процессы, нередко сопровождающие фибромиому. Прямого параллелизма между величиной опухоли и интенсивностью кровотечения нет; так, например, при больших, особенно подбрюшинных фибромиомах, менструации могут протекать вполне нормально, а маленькие подслизистые опухоли вызывают обильные меноррагии, а иногда и менометроррагии. Последние связаны либо с нарушением целостности капсулы опухоли, либо с начинающимся ее некрозом.

Когда меноррагии, сопровождающие фибромиому, бывают умеренными и не вызывают нарастающего малокровия, то это не предопределяет необходимости врачебного вмешательства, требует тщательного наблюдения и контроля за составом крови. Чтобы правильно судить о результатах анализа, надо исследование крови делать в одни и те же сроки овариально-менструального цикла.

Соблюдение этого правила позволяет правильнее судить о том, как справляется организм с повышенной кровопотерей во время менструации, чем при сравнении анализов крови, произведенных в разные сроки овариально-менструального цикла. Женщинам, страдающим гипертонической болезнью, у которых нередко бывают и фибромиомы, обильные менструальные кровотечения часто даже полезны, так как является естественным систематическим «кровопусканием» и не требуют лечебных мероприятий для их уменьшения.

Изучая причину отсутствия параллелизма между патологоанатомическими изменениями в матке при фибромиомах и интенсивностью маточных кровотечений, Г. А. Бакшт пытался выяснить, не является ли в отдельных случаях причиной сильных кровопотерь патологический состав крови или патологическое состояние кроветворных органов. Оказалось, что из 10 больных, страдавших циклическими маточными кровотечениями при наличии фибромиомы матки, только у двух имелось нормальное количество тромбоцитов, у остальных же оно было значительно снижено.

Мы не собирали цифрового материала по затронутому вопросу, но наблюдали отдельные случаи, когда у больных, страдавших кровотечениями при фибромиоме матки, действительно, было снижено количество тромбоцитов или уменьшена свертываемость крови, а при облучении селезенки рентгеновыми лучами состав крови улучшался, и кровотечения, причина которых приписывалась исключительно фибромиоме матки, прекращались.

Тяжелые менструальные кровопотери, особенно длительные, конечно, ведут к анемии. Кожа и видимые слизистые оболочки становятся бледными, но больные не только не худеют, а иногда даже полнеют, так как из-за кровотечений им приходится мало двигаться. Кожа лица принимает молочно-желтый оттенок, становится пастозной и как бы прозрачной. Содержание гемоглобина понижается. В результате кровопотерь возникает не только анемия, но и ряд общих расстройств: быстрая утомляемость, головокружение, сердцебиение и пр.

Кровотечения при фибромиоме могут сопровождаться болями, например, при рождении фиброзного полипа (рис. 65). Боли при фибромиоме могут появиться и вне зависимости от кровотечения, например, после предпринятого с диагностической целью зондирования или выскабливания, при котором была внесена инфекция, вызвавшая воспалительный процесс.

Тяжелые кровотечения наблюдаются при подслизистом расположении фибромиомы (рис. 66—68), особенно когда под влиянием маточных



Рис. 65. Фиброзный полип полости матки перед рождением в раскрывшийся канал шейки матки.



Рис. 66. Подслизистая фибромиома. Поверхность опухоли не имеет сращения со слизистой оболочкой матки.

10% и выше. Такие колебания зависят от тщательности исследования полученных препаратов, а также и от того, какие признаки положены автором в само определение некроза. Из 210 больных, оперированных в клинике П. П. Сидорова по поводу фибромиом, резко выраженные формы некроза были обнаружены в 7,7%. Материал П. П. Сидорова не подтверждает связи некроза с беременностью, родами и послеродовым периодом. Но, несомненно, клиническое течение некроза фибромиом при наличии беременности и особенно в послеродовом периоде может придать всему заболеванию острый характер, требующий срочной постановки диагноза и принятия немедленных мер—большой частью хирургического лечения.

Клиническими признаками некроза являются боли, внезапное увеличение опухоли, болезненность при пальпации, напряжение и болезненность мышечной стенки самой матки, повышение температуры тела, ускорение РОЭ.

сокращений опухоль рождается через раскрывающийся или раскрывшийся шейный канал, что происходит чаще при наличии подслизистой или стебельчатой фибромиомы. Происходящее при этом обильное кровотечение обусловлено большей частью нарушением кровообращения вследствие сдавления основания ножки опухоли маточной мускулатурой и некроза фиброзного полипа (рис. 69).

Некроз фибромиомы при межточном и субсерозном расположении опухоли. Считают, что некроз фибромиомы наступает чаще при беременности, в родах, в послеродовом периоде (рис. 70). По данным отдельных авторов, частота возникновения некроза в фибромиоме матки колеблется в пределах от 0,75 до



Рис. 67. Подслизистая фибромиома матки. Между поверхностью опухоли и слизистой оболочкой матки образовались спайки.

При отсутствии инфекции эти явления могут стихнуть. При большой опухоли к местным явлениям—боли и болезненности при пальпации — присоединяются общие явления: озноб, высокая температура, тошнота, рвота. Присоединившаяся инфекция вызывает бурные перитонеальные явления — потрясающий озноб с высокой температурой, резкие нарушения функции кишечника и желудка, иногда признаки непроходимости кишок. Подобные случаи наблюдаются редко.

Редкой казуистикой являются и такие осложнения, как внутрибрюшное кровотечение из разорвавшейся капсулы подсерозной фибромиомы или острый перекрут тела матки, содержащей большую окаменевшую фибромиому, вокруг атрофированной шейки матки у старой женщины (такая больная наблюдалась, например, у нас в клинике).

Подобная казуистика не представляет



Рис. 68. Подслизистая фибромиома в области дна матки. У основания опухоли начинается некроз.

ничего характерного для течения заболевания у женщин, страдающих фибромиомой матки.

Распознавание фибромиомы матки. Даже маленькие подсерозные узлы опухоли редко просматриваются при двуручном гинекологическом исследовании. Обычно опухоль ощущается как кругловатый плотный узел, тесно связанный со стенкой матки. Диагноз легко поставить, особенно при наличии двух, трех или более узлов. Если узлы расположены в толще маточной стенки, не выступают над ее поверхность, а матка только увеличена, но сохраняет обычную форму, диагностика труднее. Фибромиома



Рис. 69. Фиброзный полип на ножке в состоянии некроза.

растет, как мы же указывали, в большинстве случаев медленно, но бывают случаи и очень быстрого роста опухоли. К словам боль-

ной об ощущении быстрого увеличения опухоли надо относиться с осторожностью, так как за увеличение опухоли она может принять метеоризм, отложение жира в брюшной стенке, переполненный мочевой пузырь или предменструальное набухание, происходящее вследствие физиологического кровенаполнения всех органов и тканей, особенно тазовых. Надо помнить и о возможности быстрого увеличения опухоли и всей матки при наступлении беременности.

Быстрый рост опухоли может наблюдаться при развитии в ней саркомы (рис. 71—73). Но тогда, кроме быстрого роста, отмечается и значи-



Рис. 70. Красный некроз внутрисстеночного узла большой фибромиомы [Новак (E. Novak)].

тельное размягчение опухоли и, что имеет особенное значение для диагноза саркомы, общее плохое самочувствие больной, которое ничем другим объяснить нельзя. При определенных условиях (очень жирная брюшная стенка, неясная консистенция опухоли и пр.) можно смешать фибромиому матки с опухолью (кистозой) яичника. В связи с этим надо помнить, что фибромиома матки представляет множественную опухоль и в матке прощупывается обычно несколько узлов. Диагноз фибромиомы матки значительно облегчается, если удастся прощупать отдельно оба яичника; меноррагии свидетельствуют в пользу фибромиомы матки, наличие асцита—в пользу новообразования яичника. Зондирование матки при фибромиоме обнаруживает увеличенную, деформированную полость, при новообразованиях яичника полость матки не изменена. Для дифференциального диагноза между кистой и фибромиомой очень важно установить взаимосвязь между маткой и опухолью: так, при фибромиоме матки шейка обычно непосредственно переходит в опухоль, если же контуры матки отчетливы и позволяют установить, что непосредственного перехода шейки матки в опухоль нет, диагноз опухоли яичника подтверждается. Можно уточнить диагноз кистозы яичника путем рентгенологического исследования: если маточная труба той стороны, на которой имеется киста, проходима, то при помощи метросальпингографии можно отметить удлинение этой трубы.

Рождение подслизистого узла опухоли делает диагноз очевидным. Но в практическом отношении, т. е. для решения вопроса о методе операции (в таких случаях операция является единственным методом лечения), необходимо выяснить, как прикреплен узел к стенке матки, тонкая или толстая ножка, сидит ли опухоль на широком основании и не вызывает ли она начинающегося выворота, так называемого онкогенетического выворота матки.

Диагностика онкогенетического выворота матки может быть трудной, особенно для врача, незнакомого с патогенезом этого вида выворота. Онкогенетический выворот матки может произойти вследствие самопроизвольного рождения подслизистой фибромиомы. Если врач не произведет тщательного двуручного исследования после того как опухоль родилась во влагалище, выворот не будет распознан. При исследовании же на том месте, где должна находиться матка, наружная рука прощупывает нечто вроде воронки.

Для выяснения характера прикрепления узла к матке К. К. Скробанский рекомендует следующую несложную методику исследования: захватив рождающуюся мною крепкими пулевыми щипцами, пытаются повернуть ее по окружности. Опухоли, сидящие на широком основании, при этом не поворачиваются, сидящие же на ножке легко следуют за поворотом пулевых щипцов и могут быть повернуты иной раз более чем на 180°.

Диагноз наступившего некроза подслизисто расположенной фибромиомы значительно облегчается, вернее, некроз становится очевидным опять-таки при рождении подслизистого узла опухоли, когда на его



Рис. 71. Саркома в фиброматозной матке.



Рис. 72. Микроскопическая картина веретенообразноклеточной саркомы.

нижнем полюсе обнаруживаются поверхностные некротические участки ткани.

Распознавание перекручивания ножки подсерозной фибромиомы. Диагноз при этом обычно нетруден: внезапные резкие боли, сопровождающиеся увеличением опухоли и признаками раздражения брюшины с несомненностью говорят о перекручивании опухоли. Если врач ничего не знал о наличии подсерозной опухоли матки, то в первый момент он может подумать о перекручивании ножки опухоли яичника (кисты), что в гинекологической практике встречается чаще. Если при явлениях «острого живота» путем гинекологического

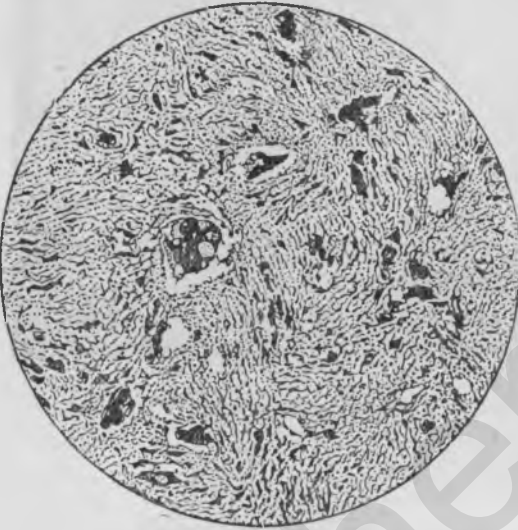


Рис. 73. Микроскопическая картина гигантоклеточной саркомы [Новак (E. Novak)].

исследования обнаруживается опухоль, до этого не вызывавшая никаких жалоб, то диагноз перекручивания не оставляет сомнения. Вопрос же о том, что перекручено, — ножка ли подсерозной фибромиомы или кисты яичника, в практическом отношении большого значения не имеет, так как и в том, и в другом случае нужна операция. Диагностика может быть затруднена при напряженной или жирной брюшной стенке, не позволяющей ясно прощупать опухоль.

В отличие от печеночной или почечной колики, приступ которой начинается с острой и резкой боли, сравнительно быстро проходящей, боли при перекручивании ножки непрерывно нарастают, точно так же, как

и явления раздражения брюшины (в ближайшие дни). При дифференциальном диагнозе между перекручиванием ножки опухоли и разрывом беременной трубы наличие острого малокровия и указания в анамнезе на задержку менструации будут говорить о внематочной беременности.

От прободного перитонита перекручивание ножки опухоли отличается не столь бурным развитием перитонеальных симптомов и менее тяжелой клинической картиной.

Дифференциальная диагностика между фибромиомой и беременностью. Иногда беременная матка и матка, содержащая фибромиому, настолько отличаются друг от друга, что дифференциальный диагноз не представляет затруднений. Но если матка при наличии фибромиомы сохраняет свою обычную форму и придатки отходят от матки на нормальном месте, то в первый момент врач может подумать о наличии беременности. При небольшом увеличении матки распознаванию беременности поможет хорошо известный акушерам-гинекологам признак Гегара. Иногда приходится прибегнуть к биологической реакции на беременность. При более поздних сроках беременности (вторая половина), внимательно выслушивая акушерским стетоскопом через брюшную стенку, можно услышать сердцебиение плода. Маточные шумы, совпадающие с пульсом, недоказательны для беременности, так как иногда они

прослушиваются и при больших опухолях матки. Второй, менее надежный признак беременности—толчкообразные движения плода, но при мертвом плоде этот признак отсутствует. Если плодное яйцо уже давно погибло, то и биологические пробы на беременность могут оказаться отрицательными. В подобных случаях надо терпеливо выжидать, так как если имеется мертвый плод, то либо наступит выкидыш, либо при несостоявшемся выкидыше матка начинает уменьшаться; если же это фибромиома, то матка не будет уменьшаться, а иногда даже начнет увеличиваться. Если в ранние сроки фибромиома матки иногда маскирует беременность, то



Рис. 74. Атипическое расположение фибромиомы.
Позадидшеечная фибромиома.

в более поздние сроки беременность нередко скрывает наличие фибромиомы и последняя впервые обнаруживается после родов.

Атипически расположенные фибромиомы. Такие фибромиомы могут давить на соседние органы; так, позадидшеечно лежащая опухоль смещает мочевой пузырь вверх; большая опухоль, расположенная межсвязочно, своим давлением может нарушить функцию мочеточника. Наклонность к запорам, на которые жалуются больные, представляет следствие вялости кишок, а не результат их сдавления опухолью, как полагают больные, а иногда и врачи.

Во время менструации давление опухоли на соседние органы усиливается, так как опухоль переполняется кровью и увеличивается в объеме.

Г. Ф. Цомакион предлагает следующую классификацию атипических фибромиом матки:

Fibromioma retrocervicale (рис. 74). Опухоль, исходя из задней поверхности шейки матки или даже из ее тела, располагается в позадидшеечной клетчатке.

Fibroma retroperitoneale. Опухоль, исходя из шейки или даже тела матки, лежит в позадишеечной или позадибрюшинной клетчатке, отслаивая брюшину от позвоночника.

Fibroma antecervicale. Опухоль, исходя из передней стенки шейки матки или ее тела, располагается в позадипузырной клетчатке.

Fibroma subperitoneale. Опухоль, исходя из тела или шейки матки, отслаивает брюшину передней стенки живота.



Рис. 75. Атипическое расположение фибромиомы. Внутрисвязочная фибромиома.

Fibroma paracervicale. Опухоль, исходя из бокового отдела шейки матки, располагается в парацервикальной клетчатке.

Fibroma intraligamentosum (рис. 75). Опухоль, исходя из тела или шейки матки, расслаивает листки широкой связки, поднимаясь верхним своим полюсом в брюшную полость.

Признаки атипических фибромом. Наиболее характерным признаком атипических фибромом является неподвижность опухоли. Развиваясь подбрюшинно, опухоль вколачивается в таз, выпячивает влагалищные своды, смещает матку,

а с ней и соседние органы—мочевой пузырь, мочеточник, прямую кишку.

Смещение мочевого пузыря, поднятие дна его, а также уменьшение его емкости вследствие сдавления, деформации его шейки или мочеиспускательного канала—все это вызывает дизурические явления. Сдавления, смещения, перегиб мочеточников также ведут к нарушению их функции. Создаются условия для возникновения цистита, уретрита, гидро- или пиелонефроза и пиелонефрита. При сдавлении прямой кишки нарушается акт дефекации.

При шеечном расположении опухоли (рис. 76) многие больные жалуются на постоянные тупые боли внизу живота и в пояснице; меноррагии, столь частого и характерного симптома фибромиомы, может и не быть.

Атипическое расположение опухоли обычно не устанавливается при наружном исследовании больной; оно определяется путем внутреннего исследования: наряду с неподвижной опухолью, вколоченной в таз, отмечается выпячивание влагалищных сводов—характерный признак атипического расположения опухоли. При позадишеечном расположении опухоль (*fibroma retrocervicale*) выполняет прямокишечно-маточное углубление, выпячивает задний влагалищный свод, высоко поднимает матку, так что влагалище вытягивается и сужается, а влагалищная часть матки вместе с наружным маточным зевом приподнимается и прижимается к симфизу и с трудом достигается исследующим пальцем.

Дифференциальный диагноз между атипической фибромиомой матки и воспалительным процессом в тазу. Следует помнить, что края воспалительного инфильтрата не контурируются так отчетливо, как края фибромиомы матки, что воспалительный процесс распространяется диффузно в соседние с маткой ткани в том направлении, которое имеют широкие или маточно-крестцовые связки. Широкие связки одинаково хорошо прощупываются при исследовании через прямую кишку и через влагалище; что же касается маточно-крестцовых связок, то они лучше определяются при исследовании через прямую кишку. Воспаленная маточно-крестцовая связка утолщена, инфильтрирована и резко болезненна на всем своем протяжении. Воспалительный инфильтрат параметральной клетчатки широко распространяется на ребро матки, которое становится болезненным и лишается четкого контура.

Громадное значение для дифференциальной диагностики между атипически расположенной опухолью и воспалительным тазовым инфильтратом имеет, разумеется, изучение общего состояния организма женщины. За наличие воспалительного процесса прежде всего говорят признаки воспаления: повышенная температура тела, соответственное ускорение пульса, характер болевого синдрома, повышенный лейкоцитоз и ускоренная РОЭ. Дифференциальная диагностика затрудняется при сочетании опухоли с воспалительным процессом. Подобная комбинация чаще бывает при подслизистых фибромиомах, особенно при их стебельчатых формах, частым и ярким признаком которых является, как мы уже говорили, профузное кровотечение.



Рис. 76. Атипическое расположение фибромиомы. Шеечная фибромиома.

«МИОМНОЕ СЕРДЦЕ»

При фибромиоме матки у больных часто возникают расстройства сердечно-сосудистой системы, выражающиеся в цианозе, одышке, отеках, гипертонии и т. п. Эти явления чаще наблюдаются у обескровленных больных, а особенно ярко выражены при наличии огромных опухолей, которые вызывают смещение сердца и диафрагмы, чем затрудняется работа сердца.

Носительницы фибромиом нередко страдают гипертонией. Наблюдения, произведенные в клинике А. Л. Мясникова, указывают на исчезновение гипертонии у женщин после удаления фибромиомы. Другие авторы

[П. Штрассманн (P. Strassmann)] отрицают исчезновение гипертензии после удаления фибромиом.

Клинически и патологоанатомически у 40% больных, страдающих фибромиомой, обнаружены различные формы заболеваний сердца; чаще других наблюдаются поражения миокарда.

Отдельные исследователи расценивают эти изменения сердца как специфические для миомы и высказывают предположение, что одна и та же причина вызывает и возникновение опухоли, и расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы. Эта концепция и дала повод ввести термин «миомное сердце», довольно широко распространенный в литературе.

На VIII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов, состоявшемся в Киеве в 1928 г., проф. Д. И. Ширшов остановил внимание участников съезда на связи сердечно-сосудистой системы с миомами матки—вопросе, которому посвящена обширная литература. По мнению докладчика, чрезвычайно показательно, что иногда небольшие миомы, не дающие кровотечений, вызывают болезненные симптомы со стороны сердца, тогда как большие миомы, сопровождающиеся кровотечениями, таких явлений не влекут, и наконец, что с удалением миомы указанные явления постепенно сглаживаются и в легких случаях совершенно затихают.

Докладчик склонен искать разгадку вышеприведенных клинических явлений в особых биологических началах, образующихся в миомах и действующих на сердечно-сосудистую систему. Предложенные Д. И. Ширшовым для выявления различных пептидов химические реакции не выдерживают критики, так как с позиций биохимиков получение пептидов с помощью предложенных реакций невозможно (А. И. Серебров).

До сих пор время от времени появляются отдельные работы, поддерживающие взгляд Д. И. Ширшова. Сюда относится работа И. П. Никоненко из акушерско-гинекологической клиники в Сталино. Этот автор обследовал 125 больных с фибромиомой матки. Проводились клиническое и рентгенологическое исследование, электрокардиография, измерение артериального и венозного давления, функциональные пробы по Штанге и Кауфману.

Результаты исследования дают основание автору говорить о непосредственной связи между наличием фибромиомы и изменениями сердечно-сосудистой системы как функционального, так и в известной степени органического характера. Мы не можем утверждать,—заканчивает автор,— что такая связь имеется во всех случаях; наоборот, мы полагаем, что не всякая фибромиома вызывает изменения в сердечно-сосудистой системе. Однако мы считаем, что имеется категория фибромиом, которые, независимо от величины, расположения, интенсивности кровотечения, конституции больной и ее возраста, существуя длительное время, обуславливают токсические нарушения сердечно-сосудистой системы. Утверждать, что эти нарушения строго специфичны именно для «миомного сердца» мы не можем. Поэтому мы считаем, что «миомное сердце» существует только функционально, но не морфологически. Однако, поскольку эти нарушения не строго специфичны, наблюдаются не при всякой фибромиоме и обуславливаются токсическими влияниями, мы предлагаем термин «миомное сердце» заменить более соответствующим термином «миомотоксикоз сердца».

Громадное большинство исследователей (терапевты, кардиологи, акушеры-гинекологи) отрицает специфическую причину возникновения «миомного сердца» и наличие особого миомного токсина и считает, что все наблюдаемые при фибромиомах матки заболевания сердца—явления вторичного, преимущественно анемического или склеротического происхождения. Этой же точки зрения придерживаются и рентгенологи Ю. И. Ар-

кусский и Е. Р. Новотельнова, которые на основании литературных и собственных материалов приходят к заключению, что нет достаточных клинических и патологоанатомических данных для обоснования понятия «мионое сердце» и точно так же предлагают этот термин отвергнуть и говорить о сердце при миоме как о вторичном заболевании.

Как ни интересен этот вопрос в теоретическом аспекте, врачу важно прежде всего помнить, что носительницы фибромиомы матки в значительном проценте случаев по мере развития опухоли начинают страдать заболеванием сердца. Поэтому первые признаки нарушения сердечной деятельности сигнализируют необходимость приступить к лечению фибромиомы так называемыми радикальными методами. Состояние сердца должно также иметь решающее значение при выборе метода лечения в каждом отдельном случае, особенно, когда выбор делается между хирургическим и лучевым методом. И, наконец, состояние сердца может оказать влияние и на выбор методики самой операции, и на применение того или иного вида лучевой терапии, и даже на дозировку этих лучей, особенно при применении рентгеновых лучей (см. ниже).

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение при фибромиомах матки может быть симптоматическим, лучевым и хирургическим. В отличие от симптоматического, или паллиативного лечения, лучевые и хирургические методы называют радикальными.

Наиболее частым симптомом фибромиомы, рано обращающим на себя внимание женщины, нередко пугающим ее и заставляющим обратиться к врачу, являются, как мы видели, маточные кровотечения.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Если маточные кровотечения типа меноррагий не вызывают у больной значительного малокровия, а ввиду молодого возраста или по каким-либо другим причинам, например, наличия гипертонии, не следует добиваться полного прекращения менструаций, можно начать с симптоматического лечения с целью уменьшить менструальные кровопотери. В этих случаях оценивать успех лечения следует не только по самочувствию больной, но и по объективным признакам, в том числе по данным анализов крови, которые необходимо повторять не реже одного раза в два месяца. Так, например, если у больной первый анализ, обнаруживший умеренное малокровие, был сделан через 2 недели после окончания менструации, то последующие анализы надо производить, как мы уже указывали, опять-таки через 2 недели после окончания менструации.

Из лекарственных средств, применяемых при фибромиомах матки, большое распространение в прежние времена имели препараты спорыньи, которые и теперь не утратили своего значения. Кровопотери уменьшаются в результате сосудосуживающего действия спорыньи (остерегаться при гипертонии!), а также сокращающего ее действия на маточную мускулатуру, под влиянием чего уменьшается мышечная недостаточность, наблюдаемая при фибромиомах. Некоторые авторы обращают внимание и на свойство препаратов спорыньи оказывать парализующее действие на окончания симпатических нервов в кровеносных сосудах. Поэтому если больной введен эрготин для остановки обильного кровотечения, то для поднятия кровообращения ей нельзя уже вводить адреналин, так как там, где симпатические волокна парализованы, адреналин вызывает расслабление сосудов.

В этих случаях надо применять препараты задней доли гипофиза, которые в силу своего прямого возбуждающего действия на мускулатуру и после паралича симпатических нервных волокон вызывают новое сокращение сосудов и повышают кровяное давление (Лам). Необходимо еще указать, что спорынья оказывает сокращающее действие на сосуды легких. Вследствие этого кровяное давление в малом круге кровообращения увеличивается и при сердечной недостаточности может появиться одышка, цианоз и пр. При длительном применении спорыньи появляются признаки так называемого эрготизма.

Спорынью назначают по одной из следующих прописей:

- Rp. Inf. Secalis cornuti fluidi 8,0 : 180
 T-rae Cinnamonii 5,0
 Sir. cort. Aurant. 200,0
 MDS. По столовой ложке через 3 часа
- Rp. Pulv. Secalis cornuti 1,0
 D. t. d. N. 6
 S. По одному порошку 3 раза в день
- Rp. Extr. Secalis cornuti fluidi 15,0
 DS. По 15 капель 3 раза в день
- Rp. Extr. Secalis cornuti 0,25
 But. Cacao q. s.
 M. f. sup. D. t. d. N. 6
 S. Вводить по одной свече в прямую кишку
- Rp. Extr. Secalis cornuti
 Pulv. Secalis cornuti aa 3,0 (при наклонности к запорам
 Rad. Rhei 1,5)
 Massae pil. q. s.
 ut f. pil. N. 60
 DS. 3 раза в день по 1 пилюле. В течение года 5 раз повторить прием этой дозы

В некоторых случаях спорынья может и не оказать желаемого эффекта и даже усилить кровотечение; боли, сопровождающие иногда мено- и метроррагию, при фибромиомах могут усилиться. Это наблюдается при рождающихся подслизистых фибромиомах; кровообращение в опухоли нарушается вследствие растяжения или ущемления ее ножки в зеве, в опухоли появляются застойные явления, поверхность ее изъязвляется и к меноррагии присоединяются явления метроррагии на почве некроза опухоли. Поэтому у женщин с подслизистой фибромиомой следует избегать применения сокращающих матку средств. Если имеются противопоказания к немедленному вмешательству, мы стараемся уменьшить кровопотерю, назначая больной постельный режим, заботимся об уменьшении застойных явлений в тазу, регулируя действия кишечника и назначая соответствующую диету (ограничиваем употребление мяса, кофе, крепкого чая, пива, вина и пр.).

При внутриматочных фибромиомах больная должна принимать препараты спорыньи не во время менструации, а дней за 6—7 до ее наступления. С началом менструации прием спорыньи прекращается и вместо нее, особенно при подозрении на подслизистое расположение опухоли, мы назначаем хлористоводородный гидрастинин, вызывающий сужение сосудов своим раздражающим действием на вазомоторный центр. Большие дозы гидрастинина (0,05 г) повышают сократительную способность маточной мускулатуры и ее тонус, тогда как маленькие дозы (0,01—0,02 г) оказывают преимущественно сосудосуживающее действие. Поэтому при меноррагиях на почве подслизистой фибромиомы мы назначаем малые дозы гидрастинина по 3—4 раза в день уже за несколько (4—5) дней до наступления

менструации. Гидрастинин обладает кумулятивным действием, которое выражается в явлениях интоксикации. Поэтому не следует применять его в течение длительного промежутка времени.

- Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0,01
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день
- Rp. Hydrastinini hydrochlorici 0,02
Sacchari albi 0,3
M. f. pulv. D. t. d. N. 12
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

При наличии маточных кровотечений мы охотно назначаем стиптицин. Так как этот препарат обладает горьким вкусом, его выписывают в таблетках.

- Rp. Stypticini 0,05
D. t. d. N. 20 in tabul.
S. По 2 таблетки на прием 2 раза в день

Стиптицин вызывает сужение сосудов, поэтому при подслизистых фибромиомах рациональнее применять его, а не спорынью, которая, как уже указывалось, вызывает сокращения матки, усиливает имеющиеся боли, а иногда и кровотечения.

Из других кровоостанавливающих средств укажем на жидкий экстракт водяного перца (*Extr. Polygoni hydropiperis fluidum* по 40—50 капель 3—4 раза в день). По Н. П. Кравкову, этот препарат действует как кровоостанавливающее, влияя, повидимому, на вязкость и свертываемость крови.

Салициловые препараты уменьшают кровотечения и боли; аналогично действует морфин (при его длительном применении наступает даже аменорея). Конечно, прибегать к морфину для прекращения кровотечения при фибромиоме не следует.

Соли кальция, повышающие свертываемость крови, применяют внутрь в 3% растворе (*Sol. Calcii chlorati* по столовой ложке 3 раза в день, запивать молоком), в порошках (*Calcii lactici* 0,3 г принимать по 1 порошку 2—3 раза в день). Кальций назначают также в клизмах (5% раствор *Sol. Calcii chlorati* 1—2 столовые ложки для клизмы) и в форме внутривенных вливаний. Подкожно введенный 40% раствор желатинаты повышает свертываемость крови, но инъекции ее очень болезненны.

Многие гинекологи для ликвидации кровотечений применяют препараты молочной железы. Делают они это на том основании, что в этих препаратах содержатся гормоны молочной железы, экспериментальное введение которых в организм самки вызывает задержку развития ее половых органов. Многие авторы (Ф. В. Букоёмовский, А. М. Мыкертчянц и др.), применяя эти препараты, отмечали уменьшение опухоли, кровопотерю и боли. Эти препараты можно применять в течение длительного времени, так как они не оказывают вредного влияния на организм. Если опухоль не дает симптомов, эти препараты можно применять с профилактической целью.

Наиболее распространенным среди препаратов молочной железы является маммофизин (*Mammophysini*), применяемый в виде подкожных впрыскиваний (по 1 мл в день). Лечение аутомаммином, предложенное А. М. Мыкертчянцем и Т. А. Келлат, заключается в активной или пассивной гиперемии молочных желез при помощи горячих припарок, грязей, бировской банки, ионизации и пр.

Д. Л. Чернеховский на VIII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов сообщил о применении им внутриматочных вливаний 5% подной настойки

по методу Грамматикати 150 больным фибромиомой, причем у 50% были получены стойкие положительные результаты. На основании экспериментальных работ о влиянии на яичники введенного в организм иода (И. Л. Брауде и Е. М. Шварцман) можно предположить, что причиной благоприятного действия иода при кровотечениях в связи с фибромиомой матки в значительной мере является его угнетающее влияние на фолликулярный аппарат яичников, напоминающее действие рентгеновых лучей. Особенно эффективно, по данным Д. Л. Чернеховского и др., применение метода Грамматикати при фибромах, осложненных воспалительным процессом. Число вливаний колебалось от 30 до 120, производил их Д. Л. Чернеховский ежедневно.

Метод Грамматикати, как известно, имеет много отрицательных сторон: большое число сеансов, опасность проникновения иода в брюшную полость, что вызывает резкие боли, возможность внесения инфекции или распространение имеющейся. Подслизистое расположение опухоли может явиться препятствием к введению иода в полость матки, к равномерному распространению в ней иода и вызвать осложнения со стороны самой опухоли.

Так как успех лечения достигается приблизительно в половине всех случаев, то этот метод не выдвигается в первый ряд лечебных мероприятий при фибромиоме. В учреждениях, имеющих рентгеновские установки, метод Грамматикати не имеет сейчас широкого распространения.

Если диагноз фибромиомы был поставлен правильно и предпосылки для успешного лечения симптоматическими средствами были обоснованы данными детального анамнеза и тщательного гинекологического исследования, при котором было исключено подслизистое расположение опухоли, или сочетание опухоли с геморрагической метропатией, что нередко встречается в предклимактерическом периоде, то успех лечения будет обнаружен уже в первые 2—3 менструальных цикла. Если ожидаемый успех не наступил, а назначения выполнялись правильно, надо вновь проверить диагноз основного и сопутствующего заболевания. Для этого иногда надо произвести повторное зондирование матки, а если все же подслизистый узел фибромиомы не будет обнаружен, то иногда ясность может внести выскабливание слизистой оболочки полости матки. Мы подчеркиваем, что выскабливание должно быть пробным, т. е. служить лишь для уточнения диагноза, а не для лечения маточного кровотечения. Разумеется, все противопоказания к выскабливанию должны быть учтены, т. е. не только наличие подслизистого узла, но и воспалительного процесса, который часто сопровождает фибромиому матки. Если при гистологическом исследовании соскоба обнаружится характерная картина геморрагической метропатии, то целесообразно к лечебным мероприятиям присоединить соответствующую гормональную терапию (см. выше). Выскабливание, сделанное только с диагностической целью, может дать и лечебный эффект благодаря удалению гиперплазированного эндометрия и улучшить результат лечения. Если же в гистологической картине соскоба будет обнаружено преобладание склеротических изменений в эндометрии, а продолжающееся кровотечение потребует радикального метода лечения, то выбор падает на хирургический, а не на лучевой метод (см. ниже), так как последний (рентгенотерапия) усилит явления склероза в эндометрии. Если же при пробном выскабливании обнаружатся раковые превращения эндометрия, то необходимо соответствующее радикальное лечение.

В и т а м и н К при маточных кровотечениях на почве фибромиомы. Кроме вышеуказанных, давно известных

и апробированных методов симптоматического лечения при фибромиомах матки, в последние годы используется в этих же целях витамин К. Считают, что физиологическая роль витамина К в организме человека и животных заключается в том, что он способствует образованию протромбина, что, по видимому, происходит в печени, так как при глубоких поражениях печени введение витамина К остается без влияния на протромбин в крови (гипопротромбинемия) и не устраняет кровотечения.

А. В. Палладин считает, что недостаточное изучение вопроса о механизме действия витамина К не позволяет исключить возможности влияния его как непосредственно на протромбин крови, так и еще каким-нибудь иным путем. Гипопротромбинемия и связанное с ней замедление свертываемости крови и кровотечения наступают при отсутствии витамина К в пище или при нарушении его всасывания из пищи. Дальнейшее биохимическое изучение витамина К дало возможность выделить еще витамины K_1 и K_2 и установить их состав и строение. Выяснилось, что способностью излечивать геморрагический диатез, связанный с недостатком в организме протромбина, обладают не только витамины K_1 и K_2 , но и ряд других более просто построенных производных нафтохинона. Все они применялись в основном для лечения кровоточивости холемических больных: введенный в организм витамин К нормализует содержание протромбина в крови и устраняет таким образом склонность к кровоточивости. Такое же благотворное действие оказывает витамин К и у больных, не страдающих желтухой, но с наличием гипопротромбинемии как, например, при кровотечении на почве сепсиса, тифа и других заболеваний (А. В. Палладин). С ноября 1941 г. А. В. Палладин занялся изучением еще одного производного нафтохинона, который А. В. Палладин предложил назвать витамин K_3 . Этот витамин привлек внимание потому, что при К-авитаминозе, он оказался в два раза активнее витамина K_1 . Наряду с этим отсутствие в молекуле витамина K_3 остатка фитола может обусловить наличие у витамина К не только качественных, но и количественных отличий в фармакологическом действии по сравнению с витамином K_1 .

Клинические наблюдения над действием витамина K_3 при кровотечениях, не связанных с пониженным содержанием протромбина в крови, производились в ряде клиник Медицинского института Уфы, в том числе и в гинекологической клинике, руководимой проф. А. М. Агароновым. По данным этой клиники, витамин K_3 оказался эффективным при маточных кровотечениях, возникших на почве воспалительного процесса, при небольших фибромиомах, эссенциальных маточных кровотечениях без заметных патологоанатомических изменений. При фибромиомах матки, не сопровождавшихся обеднением крови протромбином, витамин K_3 можно рассматривать лишь как симптоматическое средство для прекращения маточного кровотечения.

Мы очень охотно пользуемся этим средством, особенно в тех случаях, когда другие кровоостанавливающие препараты недостаточно эффективны. На протяжении ряда лет витамин K_3 нередко способствовал уменьшению менструальных кровопотерь, в связи с чем мы ввели этот препарат как компонент в число симптоматических средств, о которых мы уже говорили. Эти средства мы назначаем чаще всего в следующем порядке (конечно, если нет показаний к применению «радикальных» методов лечения). При интерстициальных фибромиомах с середины межменструального периода большая принимает внутрь экстракт спорыньи, с первого дня менструации прекращает прием спорыньи и начинает принимать стиптицин или гидра-

стин, в зависимости от того, какой из этих препаратов оказался более эффективным при предыдущих менструациях. На второй или третий день менструации, если кровопотери все еще обильные, мы к одному из этих препаратов (гидрастину и стиптицину) прибавляем еще и витамин К по 0,015 г 2 раза в день в таблетках (викасол). Если менструация продолжается больше 5—6 дней или переходит в длительную «мазню», мы назначаем, кроме того, один или два раза в день инъекции маммофизина или питуитрина.

Гормональный метод лечения фибромиом матки не получил широкого признания.

Е. И. Кватер предпочитает применять следующий вариант гормонотерапии: при наличии небольшой плотной опухоли он рекомендует производить вырыскивание по 5 мг прогестерона в течение 3 дней, затем 4 дня подряд вырыскивать по 1 мл маммофизина. Эти курсы следует повторять 4 раза на протяжении 4 недель.

При наличии опухоли мягкой консистенции автор советует применять 12 вырыскиваний маммофизина (через день по 1 мг) и 6 вырыскиваний также через день тестостерон-пропионата по 25 мг. После каждого курса гормональной терапии Кватер проводит медикаментозную терапию стиштицином и вытяжкой из маточных рожков в течение 10—15 дней.

Автор указывает, что в случае продолжающегося роста опухоли, несмотря на проведенную гормональную терапию, больную необходимо направить на оперативное лечение.

РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Если симптоматическое лечение не дает эффекта, необходимо приступить к так называемым радикальным методам. К ним относятся: 1) лечение лучистой энергией (главным образом рентгенотерапия) и 2) хирургические методы лечения (надвлагалищная ампутация и полная экстирпация матки).

Если исходить из того, что после рентгенотерапии прекращаются маточные кровотечения, а опухоль все же не исчезает, то по существу и рентгенотерапию можно назвать симптоматическим лечением при фибромиомах матки. Но так как при правильном отборе больных и правильной методике облучения в большинстве случаев успех лечения бывает стойким, мы вправе, как это и общепризнано, причислить рентгенотерапию к радикальным методам лечения в тех, разумеется, случаях, когда фибромиома сопровождается метроррагиями.

Исходя из того, что морфологические и функциональные изменения в яичниках являются этиологическими факторами возникновения фибромиомы матки, а лучевая терапия действует угнетающим образом прежде всего на яичники, Г. Г. Гамбаров считает, что рентгенотерапия является каузальной терапией.

При выборе между рентгенотерапией и операцией необходимо прежде всего учитывать, что рентгенотерапия не дает летальности, чего нельзя сказать об операции. Но все же надо иметь в виду, что если рентгенотерапия не дала положительного результата (это наблюдается главным образом при неправильном отборе больных для данного вида лечения) и продолжающиеся кровотечения заставляют прибегнуть к операции, то техника ее в этих случаях будет значительно труднее из-за склероза облученных тканей, вследствие чего гемостаз бывает затруднен.

Когда возникает необходимость применить радикальный метод лечения, неизбежно возникает вопрос о выборе между рентгенотерапией

и операций. Поэтому необходимо установить показания и противопоказания к каждому из этих методов.

Показания и противопоказания к рентгенотерапии. Рентгенотерапия показана при фибромиомах матки во всех случаях, когда больная страдает кровотечениями типа меноррагий. Другие симптомы, сопровождающие фибромиому, не служат показанием к рентгенотерапии. Успех последней наступает тем скорее и тем вернее, чем ближе больная к климактерическому перподу. Здесь же следует напомнить, что этот период при фибромиоме наступает большей частью в более позднем возрасте, чем обычно.

Рентгенотерапия противопоказана: 1) при подозрении на беременность (маточную или внематочную); 2) при неуверенности в диагнозе; 3) в молодом возрасте больной (до 40 лет мы допускаем рентгенотерапию только в виде редкого исключения и лишь в тех случаях, когда операция из-за болезни сердца, легких и пр. слишком рискованна); 4) при некрозе, нагноении, гнилостном распаде опухоли; 5) при сочетании фибромиомы с опухолью яичника или с другими заболеваниями, требующими чревосечения; 6) при стебельчатых, подслизистых и подбрюшинных фибромиомах (особенно, если они имеют длинную ножку); 7) при подозрении на злокачественное превращение опухоли, а также при сочетании фибромиомы с раком матки; 8) при наличии гнойного воспаления в тазу (гнойное воспаление придатков матки, тазовой клетчатки).

Как известно, при фибромиоме матки нередко наблюдается гипертония; хотя не доказано, что после рентгенотерапии кровяное давление у больных поднимается выше, чем после радикальной операции, мы пока еще избегаем применять рентгенотерапию у женщин, страдающих гипертонией, и предпочитаем для них операцию с сохранением обоих яичников или хотя бы части одного.

Если при микроскопическом исследовании соскоба эндометрия обнаруживается значительный склероз маточной ткани и ее сосудов, мы считаем рентгенотерапию противопоказанной. А. Л. Каплан на основании своих исследований пришел к заключению, что атрофия эндометрия, обнаруженная при гистологическом исследовании, также служит противопоказанием к рентгенотерапии.

Спорным является вопрос о величине опухоли, при которой допускается применение рентгенотерапии. Мы считаем пределом для применения рентгенотерапии наличие опухоли, достигающей уровня пупка. Если опухоль давит, смещает или нарушает функцию соседних органов, особенно мочевых, то и при меньших ее размерах мы предпочитаем операцию. В настоящее время, когда переливание крови применяется широко и в больших количествах, резкое малокровие не является противопоказанием ни к операции, ни к рентгенотерапии.

При правильном отборе больных для рентгенотерапии и правильном ее применении достигается прекращение менструальных кровотечений и наступление стойкой аменореи. Если и бывают неудачи, то это обычно происходит, если рентгенотерапию применяют при нераспознанном подслизистом расположении опухоли, при комбинации фибромиомы с нераспознанным раком матки и т. п. Поэтому надо поставить за правило не назначать рентгенотерапию, прежде чем возможность этих осложнений не будет полностью исключена. Так, например, если вне менструации у больной никаких кровянистых выделений нет, это будет говорить против рака тела матки. Если имеются длительные кровянистые выделения, то точный диагноз может быть поставлен после микроскопического исследования

соскоба из полости матки. При подслизистом расположении опухоли может и не быть характерных симптомов: затяжные менструации, сменяющиеся «мазней», могут наблюдаться и при неподслизистом расположении опухоли, например, при слизистом полипе. Схваткообразные боли, сопровождающие менструации, бывают и при подслизистой опухоли и при воспалительном процессе. Поэтому, кроме учета данных анамнеза и двуручного исследования (укорочение шейки, раскрытие зева при рождающейся фибромиоме), в этих случаях необходимо произвести зондирование полости матки или диагностическое выскабливание. Иногда распознаванию помогает рентгенограмма, сделанная после наполнения полости матки контрастным веществом (метросальпингография). Все это затрудняет применение рентгенотерапии и при выборе метода лечения может повлиять на решение вопроса в пользу операции. Если кровотечением продолжают или опять появились, несмотря на рентгенотерапию, то надо прибегнуть к зондированию и к диагностическому выскабливанию. Причиной безуспешности лечения может быть недостаточная доза лучей, а также (как мы уже указывали) применение этого метода в противопоказанных случаях. Иногда после более или менее длительной менопаузы кровотечение вновь появляется; это может зависеть от того, что фолликулы яичника, не разрушенные рентгеновыми лучами, вновь созревают и вызывают менструальные кровотечения. Склероз сосудов, эндометрит, слизистые полипы, злокачественные новообразования в матке и в яичниках также могут быть причиной возобновившихся кровотечений.

Показания и противопоказания к хирургическому методу лечения. Показанием к операции могут служить: 1) прогрессирующее развитие болезненных симптомов, вызываемых фибромиомой у женщин в возрасте до 40—45 лет, при безуспешности консервативной терапии; 2) подслизистые фибромиомы, главным образом имеющие ножку (стебельчатые фибромиомы); 3) некроз и инфекция опухоли, перекручивание ножки подбрюшинной фибромиомы; 4) злокачественное превращение опухоли или сочетание фибромиомы с раковым новообразованием; 5) очень большие опухоли—больше величины матки в 6 месяцев беременности; 6) сочетание фибромиомы с беременностью (если необходимо вмешательство); 7) фибромиома у молодой женщины, являющаяся причиной бесплодия; 8) все случаи неясного происхождения опухоли, вызывающей жалобы, а также те случаи, когда дифференциальный диагноз между фибромиомой матки и новообразованием яичника не может быть точно установлен.

Противопоказанием к операции служат тяжелые формы заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, дыхательных путей, брайтова болезни, острые и подострые воспалительные процессы брюшины и тазовых органов, а также тяжелые формы болезни обмена веществ. Следует также указать, что инсулинотерапия, проведенная непосредственно перед операцией у больных диабетом, позволяла с успехом оперировать даже в технически тяжелых случаях.

Противопоказанием являются острые общие инфекции, например, грипп. В таких случаях следует отложить операцию до полного выздоровления больной.

Несомненно, оценка показаний и противопоказаний к тому или иному виду радикального лечения носит отпечаток индивидуальных склонностей специалиста, обстановки, в которой протекает работа, имеющихся у него возможностей и оснащения. Таким образом, граница между двумя радикальными методами лечения при фибромиомах не может считаться

твердо и незыблемо установленной. Надо все же признать, что оба метода удовлетворяют различным показаниям и являются в большинстве случаев не конкурирующими.

Большое значение для успеха лечения имеет рациональная для данной больной методика лечения, а также методика и техника хирургического вмешательства. В этом отношении очень важно стремление клиницистов разработать такую методику, которая дает возможность при удалении опухоли и устранении связанных с нею болезненных симптомов сохранить по возможности если не все физиологические функции половой сферы, то хотя бы менструальную.

Методики рентгенотерапии. Существует несколько методов глубокой рентгенотерапии.

Интенсивный метод, в свое время широко распространенный, основан на применении дозы, вызывающей стойкое выключение функции яичников.

При этом методе лучи подводятся с четырех кожных полей (2 поля на низ живота и 2 поля на область крестца). Лечение проводится в течение 4—8 дней. Облучают ежедневно 1—2 поля; на каждое поле (на кожу) дают однократно 250—300 г, всего на поле 500—600 г, напряжение 180—200 kV, сила тока 2—4 mA и более, фильтр 0,5 мм меди или цинка + 1 мм алюминия; расстояние от трубки 23—30 см.

При этой методике облучения удается получить стойкую аменоррею. Прекращение кровотечений наблюдается, по данным различных авторов, у 95—100% больных (М. Н. Побединский).

Метод дробной дозировки отличается от интенсивного более дробными дозами, более длительными промежутками между сеансами (через неделю) и меньшим количеством полей (2 поля). Этот метод применяют главным образом французские рентгенологи [школа Беклэра (Beclère)]. Из отечественных авторов его сторонниками являются М. И. Неменов, С. М. Зандберг, Я. Б. Порховник и др.

М. И. Неменов и С. М. Зандберг для получения аменорреи назначают 20—30 сеансов. Я. Б. Порховник применял не два, а 4 поля спереди (по два с каждой стороны от белой линии, одно над другим), а в случаях сильного кровотечения прибавлял еще 2 поля сзади по обеим сторонам крестца в области крестцового ромба. Величина поля 8×10 см. Лечение проводится сериями. Общее число серий 3—4; каждая серия состоит из 8—10 сеансов; между сериями делают паузу в 3—4 недели. При такой «щадящей» терапии предупреждается наступление преждевременной атрофии половых органов и явлений выпадения, в прежней мере сохраняется *libido sexualis*, что является следствием неполного выключения функции яичников (Б. А. Архангельский). Беклэр (цит. по А. Л. Каплану) получил при дробной дозировке в 81% случаев полное прекращение менструаций через 2 месяца после начала лечения.

В нашей клинике при применении рентгенотерапии фибромиом матки мы пользовались методом Каплана. Показания: больные в возрасте старше 40 лет, страдающие маточными кровотечениями при фибромиоме матки межлужочной и межлужочно-подбрюшинной на широком основании. Противопоказания см. выше. Методика: облучение области расположения каждого яичника дозой 200 г на глубине 10 см. Это может быть достигнуто путем облучения области каждого параметрия при следующих условиях: напряжение 180 kV, расстояние анода от кожи 30 см; фильтр 0,5 мм меди + 1 мм алюминия, доза на каждую параметральную область 600 г (суммарно). Эти 600 г могут быть даны в течение 2 или 3 сеансов, соответственно по

200 или 300 г. В последнее время А. Л. Каплан стал проводить в течение 4 сеансов облучение по 150 г за сеанс с промежутками между сеансами в один день или ежедневно.

Больная должна быть подготовлена к сеансу: кишечник следует очистить накануне и перед сеансом, мочевой пузырь перед сеансом опорожнить, участки кожи, подвергающиеся освещению, должны быть неповрежденными.

Большинство больных мы помещаем на 3 дня в стационар для предварительного обследования и выяснения необходимости применения рентгенотерапии, а также отсутствия противопоказаний к ней, а затем лечение проводим амбулаторно.

Результаты применения рентгенотерапии при фибромиомах матки по методу Каплана в нашей клинике на протяжении 10 лет были следующие: полное прекращение кровотечений наблюдалось у 50% больных, менструации повторились один раз у 23%, 2 раза—у 20%, 3—4 раза—у 7% больных. Отсюда явствует, что наступление менструаций после рентгенотерапии еще отнюдь не обозначает неуспеха лечения. Возможно, что появление менструации более двух раз явилось следствием применения недостаточной общей дозы и лечение следовало продолжить, применив ту же дозировку, что и при последнем сеансе (или даже несколько меньшую). Если же причина недостаточного действия иная и кроется в ошибочном показании к применению рентгенотерапии, то и большая доза не исправит бы дела.

С наступлением аменорреи, а иногда и раньше, отмечается уменьшение опухоли. Обычно оно особенно заметно спустя 3—4 месяца после возникновения аменорреи. Уменьшение опухоли происходит в разных темпах: мягкие фибромиомы сморщиваются быстрее, чем плотные; межучточные опухоли уменьшаются быстрее, чем подсерозные. Полное исчезновение опухоли наблюдается в среднем в одной трети всех случаев. С уменьшением опухоли уменьшается чувство тяжести в животе и проходят боли.

Одним из неприятных симптомов, сопровождающих стойкую аменоррею, является наступление так называемых «явлений выпадения». Чем быстрее выключается функция яичников, тем резче будут явления выпадения. Поэтому при интенсивном методе рентгенотерапии явления выпадения будут выражены резче, чем при методе дробной дозировки или методе Каплана. Помимо наступления тяжелых явлений выпадения, большие дозы рентгеновых лучей, особенно данные в один сеанс, оказывают резкое влияние на весь организм больной, что сказывается в непосредственном после сеанса наступлении «рентгеновского похмелья». Этот термин получил распространение при глубокой рентгенотерапии.

Больных, принявших курс глубокой рентгенотерапии, надо предупредить, что по крайней мере в течение месяца после лечения они не должны мыть горячей водой облученные участки кожи и не подвергать их действию прижигающих или раздражающих веществ (йод, горчичники, компрессы, грелки и пр.); в противном случае у них может появиться ожог (результат кумулятивного действия).

Лечение при фибромиомах матки препаратами радия (кюриотерапия). Первые исследования по радиевой терапии маточных кровотечений принадлежат в России Д. Ф. Решетилло. Он с успехом применил в 1910 г. для лечения маточных кровотечений радий, который подводил к шейке матки. Д. Ф. Решетилло указывает, что, кроме внутривлагалищной кюриотерапии, можно ввести радий в полость матки (М. Н. Побединский). В дальнейшем радиевую терапию фибро-

миом матки разрабатывали П. С. Лебедев, В. П. Полубинский и Р. Л. Протас, Е. П. Иваницкая, Э. П. Жемкова, М. Н. Побединский, А. Б. Гиллерсон, И. Б. Асатуров и др.

Для облучения женских половых органов препаратами радия существуют разные способы, например, телекюритерапия, т. е. способ радиевой терапии на расстоянии—со стороны брюшной стенки, наподобие облучения рентгеновыми лучами. Телекюритерапия («радиевая пушка») требует огромного количества радия (не менее 5 г); она была применена в некоторых институтах для лечения больных раковыми опухолями.

Для ликвидации маточных кровотечений при фибромиоме наиболее распространенным способом является внутриматочное введение радиевых препаратов. Преимуществом этого метода является возможность благодаря расширению шеечного канала, необходимому для введения внутрь матки препарата, хорошо обследовать полость матки и исключить наличие подслизистого узла фибромиомы, особенно стебельчатой формы, или наличие злокачественной опухоли. Однако метод имеет и недостатки. Главным из них является необходимость предварительного хирургического вмешательства, требующего строгого учета показаний и противопоказаний, правильной подготовки и бережной техники.

Влагалищный метод применения препарата подкупает своей простотой, но при нем отпадает возможность использовать «естественный» толстый фильтр, каковым является стенка матки, предохраняющая соседние органы—мочевой пузырь и прямую кишку—от повреждения их стенок лучами радия. Этот недостаток особенно выражен у нерожавших женщин, у которых трудно тугой тампонадой отодвинуть эти органы на достаточное расстояние от препарата.

Показания к радиевой терапии при фибромиоме матки те же, что и показания для рентгенотерапии, т. е. наличие маточных кровотечений, не поддающихся действию обычных симптоматических методов лечения.

Что касается величины опухоли, при которой можно применять кюритерапию, мнения авторов расходятся: большинство считает, что предельная величина миомы не должна превышать размеров матки в $3\frac{1}{2}$ —4 месяца беременности. Среди противопоказаний к кюритерапии Е. П. Иваницкая подчеркивает значение воспалительного процесса в полости таза, так как радиевая терапия может вызвать обострение воспаления. Вспышке воспалительного процесса несомненно могут способствовать внутриматочные манипуляции, связанные с подготовкой к введению препарата в матку и ухудшением оттока патологического секрета из полости матки после тугой тампонации влагалища. Опасность радиевой терапии усугубляется еще тем, что остаточные явления воспаления могут не вызывать жалоб и быть настолько незначительными, особенно при хроническом цервиците или эндометрите, что при недостаточно скрупулезном клинико-лабораторном исследовании больной (исследование крови, мочи, бактериоскопическое исследование выделений из шейки матки и влагалища) могут быть просмотрены. Результатом лечения, предпринятого в подобных случаях, может явиться вспышка воспалительного процесса, которая ухудшит состояние больной. Как любая внутриматочная манипуляция, так и радиевая терапия требует соблюдения строгой асептики.

Подготовка больной к внутриматочной радиевой терапии. Методика и техника. Прямая кишка и мочевой пузырь должны быть опорожнены, влагалище промыто дезинфицирующим раствором (иод при радиевой терапии лучше не применять во избежание вторичного излучения). Затем следует исследование матки

зондом и расширение канала шейки матки; у не рожавших расширителями Гегара до № 6—7, у рожавших—до № 9—10; в полость матки вводят 2 или 3 препарата радия (в зависимости от длины полости матки) активностью в 10—15 мг каждый, в платиновых фильтрах, толщина стенки которых равна 1 мм. Препараты вводят в резиновом катетере. Чтобы удержать введенный препарат на месте, матку и влагалище тампонируют стерильным бинтом. По М. Н. Побединскому, продолжительность облучения равняется 33—48 часам, а общая доза для фибромиом, величина которых не превышает $2\frac{1}{2}$ —3-месячную беременность, должна равняться 1000—1500 мг/час. Общая же доза для фибромиом величиной свыше 3-месячной беременности должна составлять 1500—2500 мг/час. В этих случаях повторное внутриматочное введение радия производят с интервалом в 2—3 дня. Если после введения препарата у больной поднимется температура выше 38° , то препарат надо немедленно удалить. Во время лечения больная должна соблюдать постельный режим; для мочеиспускания и дефекации она пользуется подкладным судном.

В настоящее время большинство гинекологов, имеющих возможность применять препараты радия, повидимому, предпочитают для лечения при фибромиомах внутриматочное введение препарата. Но, как мы уже указывали выше, встречаются случаи, когда показана радиевая терапия, но остаточные явления воспалительного процесса в виде эндоцервицита или эндометрита делают применение этого вида лечения рискованным. Ригидность маточной шейки или стриктура в шейном канале также препятствует введению препарата. В таких случаях радиевая терапия больных с фибромиомой матки может быть проведена внутривлагалищным путем при соответственно измененной методике.

Если на основании клинической картины может возникнуть предположение, что в матке, кроме фибромиомы, имеется и рак тела, то прежде чем предпринять лечение, необходимо произвести диагностическое выскабливание матки. Если гистологическое исследование соскоба не подтвердит наличия рака, то через 1—2 недели приступают к лечению по вышеописанному методу. Если же будет обнаружен рак полости матки, то лечение должно заключаться либо в операции, либо в лучевой терапии по соответствующему методу.

Больные, подвергшиеся радиевой или рентгенотерапии, должны систематически через 2—3 месяца показываться врачу. Следует предупредить больную о том, что в случае появления кровянистых или гнойных влагалищных выделений или покраснения облученного участка кожи она, не дожидаясь назначенного ей срока, должна немедленно показаться врачу.

Методика внутривлагалищной радиевой терапии при фибромиомах матки. Подготовка заключается в опорожнении мочевого пузыря и кишечника и промывании влагалища раствором перекиси водорода. Применяемые при этом способы фильтры имеют целью предохранить стенки влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки от ожогов, в результате которых могут образоваться рубцовые сужения влагалища, а также мочеполовые или влагалищно-кишечные свищи.

Во избежание подобных осложнений необходимо обратить особое внимание на достаточную фильтрацию радиевых лучей. Мягкие бета-лучи радиевого препарата отфильтровываются обычным способом (стенкой металлического фильтра-трубочки, в которую кладут препарат радия). Теперь стенки металлического фильтра пропускают главным образом глубоко проникающие в органы и ткани жесткие гамма-лучи. Эти лучи из трубочки распространяются равномерно во всех направлениях. Всю массу гамма-лучей необходимо сконцентрировать в направлении миоматозной матки и осла-

бить их действие на здоровые стенки влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки. Поэтому препарат радия надо поместить во влагалище как можно ближе к матке и как можно дальше от стенок влагалищной трубки. Это удается при применении специаль-

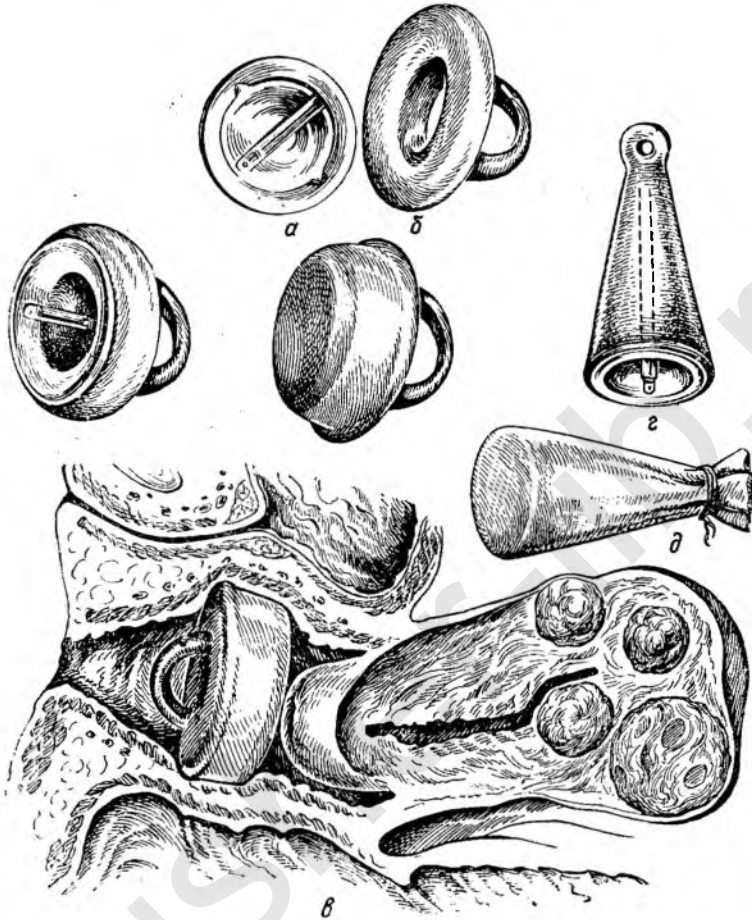


Рис. 77. Влагалищная кюритерация фибромиом матки: трубочку с радием или мезоторием помещают в прибор, который состоит из металлической чашечки (а), внутри чашечки свинец, снаружи — латунь. Чашечка вставляется в каучуковый пессарий Лелейна (б). Пессарий отделяет стенки влагалища, мочевого пузыря и прямой кишки от источника излучения, чем предохраняет здоровые ткани этих органов от интенсивного действия лучей. Металлическая чашечка с находящимся в ней препаратом радия подводится к шейке матки (в). Стенки металлической чашечки и ее дно являются добавочным фильтром, предохраняющим влагалище от ожогов.

При наличии узкого влагалища вместо лелейновского пессария и металлической чашечки применяют специальный пессарий продолговатой формы. С внутренней стороны этого пессария имеется дополнительный металлический фильтр. Препарат радия помещают в пессарий в продольном направлении (г) и покрывают резиновым чехлом, открытый конец которого перевязывают (д).

ных влагалищных пессариев, о которых мы сообщали в 1914 и 1917 гг., когда разрабатывали методику внутривлагалищной кюритерапии рака шейки матки (рис. 77). Мы убедились, что такая методика дала вполне удовлетворительные результаты и ни разу не сопровождалась повреждением (ожогом) слизистой оболочки влагалища или

стенок смежных полых органов. Больные находились под наблюдением в течение многих месяцев после лечения.

Что касается общей дозы лучей, то и при влагалищной методике необходима индивидуализация в зависимости от величины опухоли. Передозировки следует избегать, так как чувствительность слизистых оболочек влагалища к радиевым лучам так же неодинакова, как и чувствительность кожных покровов. А. И. Серебров указывает, что при влагалищных аппликациях радия общая доза ни в коем случае не должна превышать 4000—5000 мг/час

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В практике каждого акушера-гинеколога, как и каждого практического врача могут быть случаи, когда необходимо оказать срочную хирургическую помощь при кровотечении на почве фибромиомы матки. Прежде всего это может случиться при рождающихся подслизистых фибромиомах (фиброзные полипы). Процесс рождения фиброзного полипа сопровождается большей частью схваткообразными болями, особенно во время менструации (дисменоррея). После того как в родившемся полипе начинается распад, кровотечения принимают характер менометроррагии. Кровопотери могут быть такими обильными, что быстро вызывают резкую анемию. К этим кровопотерям могут присоединиться симптомы, появляющиеся в результате всасывания продуктов распада опухоли, а также распространяющейся отсюда инфекции. Таким образом, фибромиома матки, представляющая доброкачественное новообразование как с клинической, так и с патологоанатомической стороны, может стать угрозой для здоровья и даже жизни больной при своем подслизистом расположении и превращении в фиброзный полип. Такой полип, родившийся во влагалище, необходимо удалить.

Родившийся фиброзный полип всегда инфицирован, поэтому удалять его надо наиболее простым способом с минимальной травмой; особенно это важно при начавшемся распаде. Если фиброзный полип является единственным узлом фибромиомы, то после его удаления исчезают и сопровождавшие его симптомы. Откладывать эту простую операцию не следует, тем более что в техническом отношении она доступна не только специалисту-гинекологу, но и каждому практическому врачу.¹

СОЧЕТАНИЕ ФИБРОМИОМЫ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Особого внимания акушера-гинеколога требует каждая больная, у которой фибромиома матки сочетается с беременностью. Как известно, беременность при наличии фибромиомы может протекать совершенно нормально и роды могут наступить в нормальный срок. Поэтому наличие фибромиомы при беременности не является показанием ни к прерыванию беременности, ни к операции по поводу имеющейся опухоли. Но ввиду возможности нарушений и осложнений нормального течения беременности такие беременные должны находиться под особым наблюдением женской консультации. В тех случаях, когда фибромиома создает угрозу для продолжения беременности, а первые признаки этой угрозы уже появились, необходимо обеспечить беременной полный покой и постельный режим, а также применить соответствующие мероприятия, в частности, ввести прогестерон или прегнин. Для правильного проведения этих мер, а также для того, чтобы в случае необходимости можно было своевременно применить оперативное вмешательство, следует поместить беременную в от-

деление патологии беременности родильного дома или акушерско-гинекологического стационара. По выписке из лечебного учреждения эти беременные должны оставаться под постоянным наблюдением женской консультации, так как они часто недонашивают беременность, и роды уже с самого начала могут протекать у них патологически. Поэтому беременную с фибромиомой надо направлять в родильный дом заблаговременно, т. е. до наступления родовой деятельности.

Ведение родов, осложненных фибромиомой матки, должно быть консервативным. Если же в конце беременности или в начале родового акта с несомненностью обнаружится значительное препятствие к родоразрешению через естественные родовые пути, то следует как можно раньше прибегнуть к брюшностеночному кесареву сечению.

В последовом периоде при наличии фибромиомы нередко бывают кровотечения вследствие неправильного механизма отделения плаценты. Поэтому бережное ведение последового периода в подобных случаях особенно важно. Если после рождения полностью выделившейся плаценты кровотечение продолжается, несмотря на применение сокращающих матку средств, следует сделать надвлагалищную ампутацию матки или удалить ее полностью. Точно так же показана лапаротомия в тех случаях, когда неотделившаяся плацента прикреплена к миоматозному узлу, выпячивающемуся в полость матки.

В позднем послеродовом периоде показанием к удалению матки могут служить тяжелые осложнения, возникшие на почве некроза и инфекции опухоли. При гангренозном распаде подслизистой опухоли одним из характерных симптомов являются кровотечения и обильные зловонные выделения с примесью тканевого распада и крови. При некрозе и перекруте подсерозного узла появляются перитонеальные симптомы. (Подробности см. в руководствах по оперативному акушерству или по неотложной хирургии в акушерстве.)

ЛИТЕРАТУРА

- А р и с т И. Д. и К а р д о н с к и й Б. С. К этиопатогенезу фибромиом матки. Материалы трудов II съезда акушеров-гинекологов Челябинского областного отдела здравоохранения, Челябинск, 1952, стр. 189—191.
- А р х а н г е л ь с к и й Б. А. К терапии фибромиом матки. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 9—11.
- А ф а н а с ь е в М. Н. и Н и к о н е н к о И. П. Рак шейки матки после суправагинальной ампутации матки. Акушерство и гинекология, 1940, № 6, стр. 12—14.
- Б а к ш т Г. А. О генезе кровотечения при фибромиомах матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 7, стр. 27—30.
- Б р а у д е И. Л. Маточные кровотечения и полипы матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 7, стр. 66—74.
- Б р а у д е И. Л. О хирургическом лечении фибромиом матки во время беременности. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 11—15.
- В е р х а ц к и й Н. П. Аутоотрансплантация эндометрия как метод сохранения овариально-менструальной функции после удаления матки. Акушерство и гинекология, 1937, № 12, стр. 32—37.
- В е р х а ц к и й Н. П. Влияние аутоотрансплантации эндометрия на функцию яичников после экстирпации матки. Акушерство и гинекология, 1938, № 1, стр. 5—11.
- Г а м б а р о в Г. Г. Фибромиомы матки и их лечение, Изд. гинекологической клиники Тифлисского государственного университета, Тифлис, 1926.
- Г а м б а р о в Г. Г. О выборе способа лечения при фибромиомах матки. Труды VII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1926 г.), Изд. Киевского медицинского института, 1930, стр. 27—52.
- Г а м б а р о в Г. Г. Доброкачественные опухоли матки. Акушерство и гинекология, 1940, № 11, стр. 99—103.

- Гиммельфарб Г. И. К патологии миом. Гинекология и акушерство, 1926, № 6, стр. 362—389.
- Гиттельсон Ю. Э. Состояние слизистой матки при фибромиомах. Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 20—30.
- Гришина К. Ф., Дмитриева М. А., Савич Н. М. О сущности действия аутомамминотерапии. Акушерство и гинекология, 1936, № 8, стр. 971—974.
- Жемкова Э. П. Материалы к клинике миом матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 11, стр. 21—24.
- Иваницкая Е. П. Лечение доброкачественных заболеваний матки отечественными препаратами радия-мезотория. Акушерство и гинекология, 1949, № 4, стр. 46—49.
- Исаева Е. К. Внутриверхнее кровотечение в конце беременности вследствие разрыва капсулы фибромиомы. Гинекология и акушерство, № 3, 1924, стр. 145—147.
- Каушкин Н. М. О некоторых условиях, способствующих развитию фибромиомы матки, Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 45—52.
- Каплан А. Л. Рентгенотерапия. Глава в руководстве для врачей И. Л. Брауде «Консервативное лечение женских болезней», Медгиз, 1939.
- Каплан А. Л. Рентгенотерапия фибромиом матки. Медгиз, 1954.
- Кленцкий Я. С. Некоторые данные о функциональном состоянии яичников при фибромиоме матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 1, стр. 31—33.
- Кривский Л. А. О лечении миом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 557—572.
- Кудряшов Б. А. Витамины, их физиологическое и биологическое значение, Изд. Московского общества испытателей природы, М., 1953.
- Малиновский М. С. Некоторые особенности обмена веществ у больных фибромиомой. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, 1930, стр. 56—57.
- Неменов М. С. О лечении фибромиом матки лучистой энергией. Там же, стр. 25—26.
- Никоненко И. П. Клинические данные к вопросу о так называемом «миомном сердце». Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 55—56.
- Никоненко И. П. Экспериментальные данные к вопросу о так называемом «миомном сердце». Там же, стр. 56—57.
- Отт Д. О. Показания к применению отдельных приемов при наличии фибромиом матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 2, стр. 145—149.
- Палладин А. В. Витамин К₃ в борьбе с кровоточивостью и при лечении ран. Советская медицина, 1943, № 2—3, стр. 1—6.
- Побединский М. Н. Лучевая терапия фибромиом матки. Советская медицина, 1953, № 6, стр. 3—5.
- Порховик Я. В. Рентгенотерапия фибромиом матки с сохранением функции яичников у женщин детородного возраста. Акушерство и гинекология, 1938, № 12, стр. 50—57.
- Савицкий В. К вопросу об изменениях миоматозных узлов во время беременности. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 559—566.
- Сидоров П. П. Клиника некротических и септических размягченных фибромиом матки. Акушерство и гинекология, 1947, № 3, стр. 42—43.
- Стрелков С. Я. Рентгенотерапия фибромиом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 613—615.
- Франгулова М. С., Осякина А. И., Топчиева О. И., Дашенко А. М. и Шматов К. Д. Клиника и гистология миом. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 261—267.
- Хмельевский В. Н. и Проскурякова Н. Г. Лечение маточных кровотечений при фибромиомах матки клизмами из ретроплацентарной крови. Акушерство и гинекология, 1941, № 7—8, стр. 19—21.
- Цомакион Г. Ф. К вопросу об атипических фибромиомах и их оперативном лечении. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 58—75.
- Чудновский Ф. М. О сохранении полового цикла при радикальных операциях миом матки. Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 63—67.

- Ш и р ш о в Д. И. Значение нингидриновой реакции крови и мочи в диагностике миом матки. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Киев, 1928 г.), Изд. Киевского медицинского института, Киев, 1930, стр. 55—56.
- Ш м у н д а к Д. Е. Щелочной резерв крови при фибромиомах матки. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 1—4.
- Ш у б Р. Л. Хирургическое лечение фибриомом и трудоспособность. Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 68—71.
- Я к у б Н. И. К вопросу о фибромиомах матки, осложняющих течение беременности и родов. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, № 6, стр. 779—785.
- Я х о н т о в а Д. Я. Основные принципы лечения фибромиом матки. Здравоохранение Казахстана, 1952, № 6, стр. 31—35.

ЭНДОМЕТРИОЗ (АДЕНОМИОЗ, АДЕНОМИОМА)

А д е н о м и о м а, встречающаяся, как мы уже упоминали, значительно реже, чем фибромиома, представляет собой опухоль, часто имеющую вид увеличенной и сохранившей обычную форму матки (рис. 78). Ткань этой опухоли непосредственно переходит в ткань самой матки, не образуя капсулы. На разрезе опухоли можно увидеть многочисленные маленькие полости, которые при гистологическом исследовании представляют железистые образования, выстланные цилиндрическим эпителием, напоминающим своим строением и некоторыми функциональными особенностями эндометрий. Многие современные авторы, как и мы, относят аденомиому к эндометриозам.

Под эндометриозом или эндометриоидной гетеротопией понимают доброкачественное разрастание ткани, которое по своим морфологическим и функциональным признакам сходно со строением эндометрия, но развивается за пределами нормального расположения слизистой оболочки тела матки.

Эндометриоидные гетеротопии встречаются: 1) внутри самой матки—внутренний эндометриоз (*endometriosis, s. adenomyosis interna*), 2) вне матки—наружный эндометриоз (*endometriosis, s. adenomyosis externa*).

При внутреннем эндометриозе эти разрастания (гиперплазии) распространяются главным образом в глубину маточной стенки, обычно оставаясь в связи с эндометрием, расположенным на нормальном месте. На отдельных срезах эндометриоидные разрастания в толще маточной мышцы



Рис. 78. Макроскопическая картина аденомиомы матки на разрезе. Характерно отсутствие соединительнотканной капсулы вокруг миоматозной ткани [из руководства по гинекологии Новак (Novak)].

имеют вид изолированных остатков, которые не всегда непосредственно связаны с эндометрием.

При наружном эндометриозе эндометриозидные гетеротопии могут располагаться внутри брюшной полости (эндометриоз яичников, тазовой брюшины, серозной оболочки кишечника и т. д.) и вне ее (эндометриоз тазовой клетчатки, особенно часто в области перегородки между влагалищем и прямой кишкой, в позадишеечной клетчатке, в свищевых ходах, оставшихся после брюшностеночных чревосечений и т. д.).

ЭТИОЛОГИЯ

Вопрос о происхождении эндометриозов до сих пор остается невыясненным. К. П. Улезко-Строганова считает внутренний эндометриоз, к которому она причисляет и эндометриоз маточных труб, безусловно происходящим из эпителия эндометрия. Процесс развития эндометриозидных гетеротопий в маточной стенке, по ее мнению, должен быть отнесен к атипическим гиперплазиям, возникающим в результате недостаточной функции цитогенной ткани эндометрия, вследствие ее заболевания (воспаления) или же по причине чрезмерного накопления в крови фолликулина. Образование трубных эндометриозов К. П. Улезко-Строганова связывает главным образом с воспалительным процессом в маточных трубах. Однако она указывает: «Если эндометриозы в яйцеводах в большинстве случаев возникают в связи с воспалительными процессами в них, то этого нельзя сказать об эндометриозах матки». Взгляды К. П. Улезко-Строгановой на причины возникновения эндометриозидных гетеротопий исходят из теории так называемой физиологической системы соединительной ткани. В том виде, в каком эта теория была сформулирована, она противоречит учению И. П. Павлова, так как признает регулирующую роль в организме за соединительной тканью.

К. К. Скробанский и многие другие отрицают роль воспаления в этиологии эндометриозов.

Теория о возникновении эндометриозов как результате метаплазии мезотелия брюшины не объясняет, однако, под влиянием каких же раздражителей происходит эта метаплазия и вращение метаплазированного мезотелия в подлежащую ткань.

В последнее время получила распространение, особенно за рубежом, теория о возникновении эндометриозов из занесенных из матки ретроградным путем через трубы эпителиальных элементов эндометрия при отторжении распадающегося функционального слоя слизистой оболочки матки во время менструации. По поводу этой теории следует прежде всего сказать, что ею можно объяснить только возникновение внутрибрюшинных, но не внебрюшинных эндометриозов. Кроме того, сомнительно, чтобы элементы распада отторгнутого функционального слоя эндометрия были способны приживляться и образовывать гетеротопии. Проще представить себе возможность имплантации частиц соскоба слизистой оболочки матки, образовавшихся при операции выскабливания ее полости, если бы эти частички проникли через маточные трубы или иным путем в брюшную полость. Но как объяснить возникновение эндометриозов у женщин, никогда не подвергавшихся выскабливанию? Элементы эндометрия могли бы быть занесены в брюшную полость через маточные трубы при их продувании или при метросальпингографии у женщин, страдающих бесплодием, но опять-таки неясно, почему возникают эндометриозы у женщин, никогда не подвергавшихся функциональным методам исследования маточных труб.

Для того чтобы подкрепить излагаемую теорию возникновения эндометриозов, а главное, чтобы объяснить образование эндометриозов, расположенных вне брюшной полости, появилась необходимость внести в основную теорию следующее дополнение: эндометриоидные гетеротопии могут возникнуть путем метастаза в любом органе, даже отдаленном от матки. Одни авторы полагают, что метастазы могут перемещаться по лимфатическим путям, другие считают, что метастазы распространяются гематогенным путем. Но достаточных фактических данных, которые бы позволили подобную концепцию считать доказанной, до сих пор нет.

Об изучении причины эндометриозов с позиций павловской физиологии сообщений в литературе еще нет. Эндометриозы, будучи очагами тканевой пролиферации, могут рассматриваться как результат нарушения трофики ткани, ведущего к развитию опухолевого роста, в возникновении которого играют роль нарушения высшей нервной деятельности. Изучение этого влияния является одной из очередных задач патологов и гинекологов.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

При внутреннем эндометриозе процесс гиперплазии проявляется не только в разрастании эпителиальных клеток слизистой оболочки матки и в образовании из них желез, пронизывающих стенку матки; это сопровождается и гиперплазией мышечных элементов маточной стенки: матка диффузно увеличивается, становится плотнее; часто имеются утолщения, преимущественно в области ее рогов; матка теряет свою грушевидную форму, становится бугристой.

Представляя в основном гетеротопически разросшуюся эндометриоидную ткань, эндометриозы нередко обнаруживают свойство прорастать в окружающие органы и ткани и инфильтрировать их. Эндометриозы яичников в случаях, наблюдавшихся А. А. Куликовской, почти всегда сопровождалась перерождением яичников.

Что касается особенностей появления эндометриозов в зависимости от возраста женщины, то у еще не менструировавших девочек их не обнаруживали. Эндометриоидные гетеротопии в климактерическом возрасте не возникают, а если они уже имелись, то в этом периоде в них можно обнаружить картину обратного развития. Большие опухолевидные массы, которые часто имеются при внутрибрюшном эндометриозе и сопровождаются образованием конгломератных опухолей яичников, включающих так называемые «шоколадные кисты», продолжают еще долго существовать и после наступления климактерического периода.

Общим для большинства эндометриоидных гетеротопий является функциональный параллелизм со слизистой оболочкой матки: в период половой зрелости в эндометриоидных образованиях наблюдаются те же картины, что и в предменструальной (секреторной) фазе, а во время менструации—кровоизлияния в соединительнотканную строму и в просвет желез.

Кистозные полости с кровянистым содержимым образуются в результате повторных кровотечений в полость желез, совпадающих по времени с менструацией, а отложение кровяного пигмента в строме представляет следствие бывших кровоизлияний. Менструальная и предменструальная гиперемия и отечность ткани проявляются в набухании и покраснении гетеротопий, в усилении наружного кровотечения при внутреннем эндометриозе и в появлении новых кистозных полостей с кровянистым содержимым или в увеличении существовавших до того «шоколадных кист».

В случае наступления беременности в эндометриoidных гетеротопиях может появиться децидуальная реакция. Наличие эндометриозов может явиться причиной внематочной беременности.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ

Клиническая картина эндометриоза может быть разнообразной, так как не во всех его случаях имеется инфильтрирующий рост, реакция же на овариально-менструальный процесс не всегда ясно выражена. Локали-



Рис. 79. Локализация эндометриозов в организме женщины [Гальбан и Зейтц (Halban u. Seitz)].

зация процесса (рис. 79) (тело, шейка и рога матки, связки, яичники, тазовая брюшина, мочевой пузырь, прямая кишка, пупок, послеоперационный рубец и т. д.) имеет большое значение в клиническом и диагностическом отношении. Эндометриoidные гетеротопии могут оставаться в каком-либо из вышеперечисленных органов, не давая типичных признаков.

Среди эндометриозов различают три группы, которые вызывают типичные для данной локализации признаки, но часто сочетаются между собой: 1) эндометриозы, развивающиеся в теле матки (рис. 80 и 81), 2) эн-

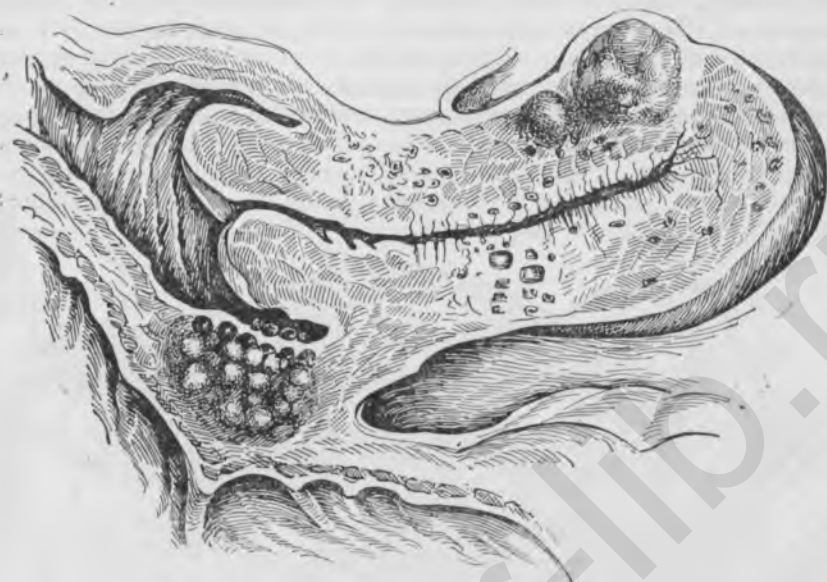


Рис. 80. Локализация эндометриозов в теле матки и в перегородке между прямой кишкой и задним влагалищным сводом.

дометриозы, локализующиеся в клетчатке позади шейки и в перегородке между влагалищем и прямой кишкой (рис. 82 и 83), 3) эндометриозы, развившиеся внутрибрюшинно (эндометриоз яичников, тазовой брюшины с образованием конгломератных опухолей и «шоколадных кист») (рис. 84).



Рис. 81. Эндометриоз тела матки.

Внутренние эндометриозы. Большинство авторов полагает, что при внутреннем эндометриозе эндометриозидные разрастания далеко не всегда претерпевают циклические изменения; некоторые авторы совсем отрицают эти изменения, а другие указывают, что циклические предменструальные изменения отмечаются только в гетеротопических железах.

Основным признаком внутреннего эндометриоза являются усиленные и удлиненные менструации; межменструальные промежутки обычно укорачиваются. Меноррагии представляют следствие гетеротопии, а не сопутствующих заболеваний, которые наблюдаются гораздо реже, чем кровотечения. Причиной меноррагии некоторые авторы считают сдавление сосудов железистыми включениями и уменьшение сократительной способности маточной мышцы. Высказывается мнение, что кровотечение иногда и не зависит от гормональных влияний, так как оно возникает и в постклимактерическом периоде.



Рис. 82. Эндометриоз, локализующийся в клетчатке позади шейки матки и в прямокишечно-влагалищной перегородке.

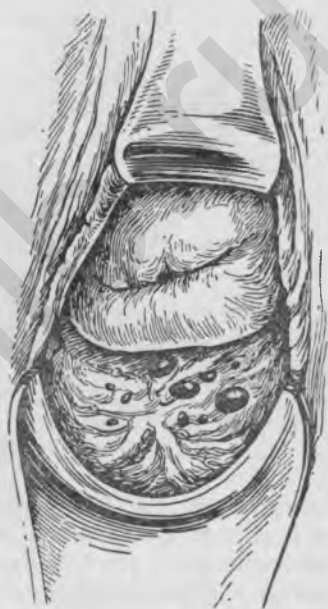


Рис. 83. Эндометриоз прямокишечно - влагалищной перегородки. При осмотре в зеркалах заднего влагалищного свода через слизистую оболочку просвечивают наполненные кровью маленькие полости, образовавшиеся в перегородке.

Важным признаком внутреннего эндометриоза является дисменорея. Этот признак не постоянен, но если он имеется, то, как правило, резко выражен, особенно при локализации эндометриозидных гетеротопий в рогах матки. Боли появляются уже за несколько дней до наступления менструации; они могут держаться и в первые дни менструации. Часто из расспросов больной удается установить, что эти боли появились лишь в последние месяцы или годы.

При гинекологическом исследовании матка увеличенная, плотная, часто без отдельных выпячиваний (узлов). Весьма важным признаком является резкое увеличение матки перед менструацией и значительное уменьшение ее после нее. При подозрении на внутренний эндометриоз следует поэтому производить гинекологическое исследование до и после

менструации. Выскабливание слизистой оболочки полости матки не может установить наличия внутреннего эндометриоза, так как соскоб гистологически не отличается от эндометрия при геморрагической метропатии.

Наружные эндометриозы. Позадишеечный эндометриоз. При влагалищном или влагалищно-прямокишечном исследовании определяется опухоль без ясных контуров неправильной формы, в виде инфильтрата, расположенного позади шейки матки. Опухоль перед менструацией увеличивается и становится болезненной. Эндометриозные гетеротопии могут перейти на прямую кишку, а иногда проникают даже в ее просвет, который вследствие этого суживается. Рыхлая позадишеечная клетчатка весьма благоприятствует распространению эндометриозных гетеротопий. Вместе с тем в некоторых случаях эти гетеротопии,

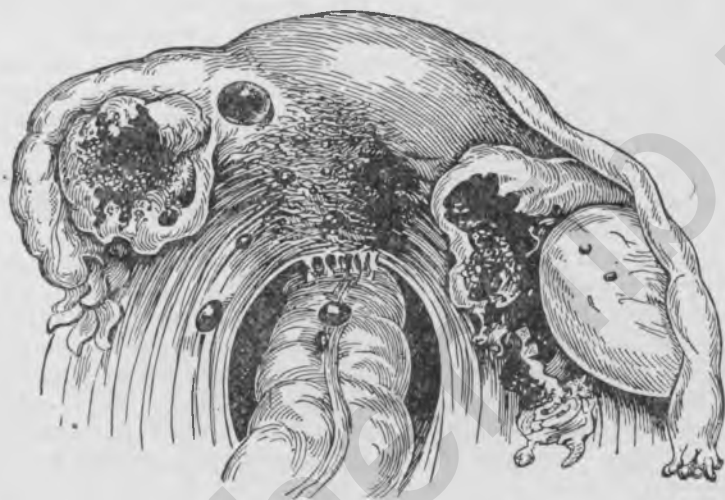


Рис. 84. Эндометриоз, развившийся внутрибрюшинно (эндометриоз яичников, тазовой брюшины с образованием конгломератных опухолей и «шоколадных кист»).

расположенные позади шейки матки, не переходят на соседние органы и ткани, а в постклимактерическом периоде претерпевают обратное развитие. Следует помнить, что первично доброкачественные клетки эндометриозных разрастаний в редких случаях могут перейти в злокачественное новообразование. Поэтому такая локализация эндометриоза требует большого внимания.

Эндометриоз прямокишечно-влагалищной перегородки. При этой форме эндометриоза результаты влагалищного и влагалищно-прямокишечного исследования могут вызвать подозрение на рак прямой кишки. Ощупывая опухоль пальцем, получают представление об ее форме, размерах, плотности, подвижности, об отношении ее к окружающим органам и тканям, о наличии на слизистой оболочке изъязвлений. Очень плотный мелкобугристый инфильтрат, отсутствие изъязвленной поверхности со стороны слизистой оболочки кишки говорят за эндометриоз. Такие клинические признаки, как прогрессирующие явления дисменорреи—боли внизу живота только во время менструации или непосредственно перед ее наступлением, боли и тенезмы при дефекации, появляющиеся тоже только во время менструации, отсутствие крови и слизи в кале—также говорят за эндометриоз. Если опухоль

расположена выше дугласовой складки, то палец, введенный в прямую кишку, может не достигнуть ее; ее можно не прощупать и через брюшную стенку. В таких случаях больная, сидя на корточках, должна потужиться, опухоль опустится и станет доступной исследующему пальцу.

Во всех случаях, когда палец не достигает опухоли, когда необходимо проверить на глаз то, что обнаружено пальцем, когда нужно убедиться в наличии или отсутствии заболевания, исходящего из прямой кишки, неоценимую услугу оказывает ректоскопия. При эндометриозе влагалищно-прямокишечной перегородки с помощью ректороманоскопии обнаруживается относительно нормальная картина слизистой оболочки кишки. Только во время менструации можно изредка встретить в ней наполненные кровью гладкостенные пузырьки, просвечивающие синеватым цветом. Подобные же геморрагические пузырьки можно (также в редких случаях) увидеть при осмотре в зеркалах задней влагалищной стенки. Наличие этих пузырьков позволяет, как мы имели возможность убедиться, с уверенностью поставить диагноз эндометриоза. Но для того чтобы обнаружить эти пузырьки, надо производить исследование во время менструации; если в это время геморрагические пузырьки не будут обнаружены, то в сомнительном случае для дифференциального диагноза между эндометриозом и раковым новообразованием следует прибегнуть к биопсии.

Внутробрюшной эндометриоз. Начинаясь обычно в яичнике, внутробрюшной эндометриоз постепенно превращается в конгломератную опухоль, в которую входят придатки матки с инфильтрированным прямокишечно-маточным углублением и крестцово-маточными связками. Яичники иногда вместе с маточными трубами имеют вид кистозных полостей, выполненных содержимым шоколадного цвета. Сращения вокруг опухоли настолько плотны, что выделить препарат целиком часто не удается, и после операции он подобен мембранам, тяжам и т. п. Внутробрюшные разрастания интенсивнее реагируют на циклические гормональные раздражения, чем эндометриоидные включения в толще мышечной стенки матки; кровоизлияния в них также более выражены и поэтому в брюшной полости часто образуются «шоколадные кисты». Но здесь же следует отметить, что не каждую «шоколадную кисту» надо считать следствием развития в яичнике эндометриоидных гетеротопий. Кровоизлияния могут происходить и в простую фолликулярную кисту, и в кисту желтого тела. Ясность может внести только гистологическое исследование стенки «шоколадной кисты».

Кровоизлияния в брюшную полость увлекают за собой обрывки железистых элементов гетеротопий, которые прививаются на еще не пораженных участках брюшины соседних органов и образуют здесь свежие узлы эндометриоидных гетеротопий. Последние, развиваясь и интенсивно реагируя на овариально-менструальные процессы, сопровождаются свежими кровоизлияниями и образованием новых «шоколадных кист» и т. д. Каждое свежее кровоизлияние в брюшную полость влечет за собой и образование новых брюшинных сращений. Так происходит рост внутробрюшных опухолей (эндометриоидных гетеротопий).

Резкие дисменорройные явления—боли, наступающие за несколько дней до менструации,—постепенно уменьшаясь, могут держаться в течение всей менструации. Эти боли чрезвычайно характерны для эндометриозов вообще, а особенно для внутробрюшных. Тянущие боли внизу живота, чувство давления, ощущение тяжести в животе и расстройства со стороны мочевого пузыря, прямой кишки и других органов (в зависимости от

степени распространения и места локализации эндометриоза) наблюдаются иногда в течение нескольких дней и после менструации. Сила и продолжительность болей и других расстройств, связанных с менструацией, увеличиваются с каждым месяцем.

Продолжительные и обильные менструации, обычно наблюдающиеся при эндометриозе матки, не характерны для внутрибрюшного эндометриоза, но незначительные кровотечения в период между менструациями, особенно после физического напряжения или полового сношения, иногда наблюдались при этом виде эндометриоза.

Внутрибрюшные эндометриозы, как уже упоминалось, часто принимают за хроническое или подострое воспаление придатков или за хронический пельвеоперитонит и поэтому иногда в течение многих месяцев и даже лет подвергают больных различным видам рассасывающего лечения, которое, конечно, не дает результата. Поэтому если в анамнезе нет указаний на гоноррею, послеродовое или послеабортное заболевание и в то же время имеются жалобы на резкие дисменорройные явления, нарастающие с каждым месяцем при наличии нормальной температуры, и если, несмотря на планомерное лечение, состояние больной не улучшается, опухоли же придатков матки увеличиваются, следует заподозрить эндометриоз. Конечно, может быть и комбинация хронического воспаления придатков с эндометриозом.

Из объективных данных, говорящих за эндометриоз, как мы уже указывали, надо отметить мелкобугристую мало или совсем не болезненную инфильтрацию в области одной или обеих маточно-крестцовых связок, брюшины, прямокишечно-маточного углубления, позадишеечной клетчатки, задней поверхности матки, фиксированной в ретроверзии. Иногда приходится дифференцировать от туберкулеза половых органов, за или против которого могут говорить данные объективного обследования женщины. Инфильтрат при эндометриозе гораздо плотнее туберкулезных бугорков, а иногда даже плотнее ракового инфильтрата. Кроме того, при раке яичника, который можно было бы смешать с эндометриоидными гетеротопиями, часто имеется асцит, боли более постоянны и не связаны с менструально-овариальным циклом. Общее состояние больной при эндометриозе также обычно гораздо лучше, чем при раке яичников.

К л и н и ч е с к о е т е ч е н и е э н д о м е т р и о з о в крайне разнообразно. Иногда эндометриоз возникает лишь на небольшом участке какого-либо органа (или ткани) женской половой сферы, не вызывает явных расстройств и в течение продолжительного времени не обнаруживает заметного роста. Иногда же при медленном, но непрерывном росте эндометриозы достигают значительной величины и скоро становятся источником жалоб больной. Эндометриоидные гетеротопии могут увеличиваться преимущественно по поверхности, а в некоторых случаях это увеличение происходит главным образом за счет инфильтративного роста, т. е. подобно тому, как развивается злокачественное новообразование. В большинстве случаев эндометриоидные гетеротопии все же сохраняют свой доброкачественный характер, несмотря на инфильтративный рост и упорное течение.

Д и а г н о з. Если тщательно собран анамнез и больная детально обследована (исключена туберкулезная инфильтрация и т. д.), распознавание эндометриозов в некоторых, правда, редких случаях может и не быть трудным. В большинстве же случаев диагноз приходится ставить предположительно. Наличие свища, оставшегося в рубце брюшной стенки или влагалища после бывшей операции (акушерской или гинекологической)

ческой), через который периодически выделяется кровянистая жидкость, облегчает распознавание. Также характерна цистоскопическая картина слизистой оболочки мочевого пузыря, когда обнаруживается скопление (обычно в области дна мочевого пузыря и устьев мочеточников) своеобразных пузырьков синеватого или голубоватого цвета; чем ближе к сроку наступления менструации производят исследование, тем рельефнее выделяются пузырьки. Подобную картину можно обнаружить при внимательном осмотре (лучше в кольпоскопе) слизистой оболочки заднего влагалищного свода, когда эндометриoidные гетеротопии имеются в области прямокишечно-влагалищной перегородки или маточно-крестцовых связок.

Если подозрительный на эндометриoidную гетеротопию инфильтрат непосредственно перешел на стенку заднего влагалищного свода, можно сделать гистологическое исследование кусочка, вырезанного из измененного участка.

Распознавание редких случаев эндометриoidных разрастаний, локализующихся в рубцах передней брюшной стенки после акушерских или гинекологических операций, которые сопровождались вскрытием полости матки, часто облегчается при наличии периодических кровянистых выделений из свищевых ходов, по своей цикличности напоминающих нормальные или патологические формы менструаций.

Распознавание других редких локализаций эндометриoidных разрастаний, например в области пупка, при отсутствии «менструирующих свищей» порой очень затруднительно и иногда для этого требуется гистологическое исследование путем биопсии. Бугристые опухоли в области пупка могли быть приняты за метастазы злокачественной опухоли в тазу.

Профилактика. Основные принципы профилактики эндометриозов не могут быть точно сформулированы, поскольку еще не изучены этиология и патогенез этого заболевания. Соблюдение женщиной правил личной гигиены, ограничение гинекологических исследований во время менструаций, отказ от гинекологического массажа и исследования функционального состояния маточных труб (продувание труб, метросальпингография) перед наступлением и тогда по окончании менструаций—все это возможно играет роль и в предупреждении эндометриозов.

ЛЕЧЕНИЕ

Мы, как и многие другие авторы, считаем, что если эндометриoidные гетеротопии не вызывают жалоб, особенно если женщина находится в близком к климактерическому возрасту, то нет надобности в лечении. Если же эндометриозом страдает молодая женщина, то, несмотря на отсутствие жалоб, лечение может оказаться необходимым. Это диктуется тем, что у женщин, страдающих эндометриозами, нередко наблюдается бесплодие, борьба с которым должна начинаться как можно раньше.

Медикаментозное лечение. При дисменоррее назначают главным образом болеутоляющие средства, при обильных менструациях—кровоостанавливающие, применяемые обычно при мено- и метроррагиях. Физиотерапия не является ни паллиативным, ни каузальным методом лечения при эндометриозе; это явствует уже из того, что у больных с нераспознанным эндометриозом она успеха не имела. Интенсивные тепловые процедуры, вызывая гиперемия в тазу, нередко даже ускоряли развитие эндометриозов. Если эндометриоз сочетается с воспалительным процессом, то полезен ионофорез попеременно с хлористым кальцием и с иодистым

калием: кальций— для борьбы с воспалительным процессом, иод — для временного угнетения функции яичников.

Учитывая роль овариальной функции в развитии эндометриозов, некоторые авторы применяли с успехом гормональные препараты: массивные дозы эстрогенов и андрогенных препаратов. Но подобная гормональная терапия может оказать и отрицательное побочное действие: так, например, менструации могут стать нерегулярными, большие дозы андрогенных препаратов могут вызвать вирилизм. Из этих соображений некоторые авторы возражают против применения массивных доз эстрогенных и андрогенных препаратов при лечении больных эндометриозом. Личного опыта в применении этого метода лечения при эндометриозах мы не имеем.

Рентгенотерапия. Защитники широкого использования этого метода при лечении больных эндометриозами указывают на хорошие результаты, полученные при применении субкастрационных доз рентгеновых лучей: менструации временно прекращаются, развитие эндометриозов останавливается, а иногда они подвергаются даже обратному развитию. Некоторые приверженцы этого метода утверждают, что после такого лечения эндометриозы больше не развиваются, несмотря на возобновление менструальной функции. Другие авторы считают, что не всегда можно быть уверенным в полном успехе при применении субкастрационных доз рентгеновых лучей и даже кастрационные дозы не всегда дают хорошие результаты при внутреннем эндометриозе. Лечение при эндометриозах субкастрационными дозами имеет два недостатка: во-первых, оно может оказаться неэффективным, во-вторых, оно вызывает нежелательные последствия (длительная амноррея даже в случае небольшой передозировки). Поэтому нет ничего удивительного, что этот метод лечения не встретил широкого признания. Если имеются показания к рентгенотерапии, следует применять кастрационные дозы, противопоказанием же к назначению их служит молодой возраст больной. Таким образом, глубокая рентгенотерапия при эндометриозах показана лишь у больных в возрасте, близком к климактерическому. У этих больных выключение функции яичников снимает боли, связанные с предменструальным набуханием эндометриоидных гетеротопий, сами же разрастания не всегда, как мы уже отмечали, претерпевают обратное развитие. Если обратного развития разрастаний и не наступит, то в дальнейшем они все же не будут развиваться. Рентгенотерапия у этих больных не сопряжена с опасностью и, следовательно, имеет преимущества перед операцией, которая может быть технически трудной и небезопасной.

Хирургическое лечение. Внутрибрюшные, эндометриоидные гетеротопии, особенно развившиеся в яичниках, нередко служат показанием к операции. Это обусловливается периодическим наступлением болей, связанных с ежемесячными внутрияичниковыми кровотечениями. Эти периодические кровотечения не только вызывают боли, но и способствуют образованию внутрибрюшинных сращений, которые окутывают тазовые и брюшные органы, смещают их и ограничивают их подвижность, следствием чего являются постоянные боли, уже не зависящие от продолжающейся функции яичников. Эти боли остаются и после наступления климактерического периода как естественного, так и искусственно вызванного рентгенотерапией. Ввиду этого операция является единственным методом лечения при внутрибрюшных эндометриозах, независимо от возраста больной. Следует подчеркнуть, что у молодых женщин надо по возможности сохранить хотя бы один яичник или часть его. При операции, предпринятой по поводу эндометриозов у женщины,

страдающей бесплодием, нет надобности удалять все имеющиеся эндометриозные разрастания. Небольшие образования в клетчатке таза, не вызывающие значительного смещения матки и ее шейки, что препятствовало бы наступлению беременности и течению родов, можно не удалять; в этом мы убедились, проводя не раз роды при наличии эндометриозов: маленький эндометриозный узелок становится легко сжимаемым и не препятствует прохождению головки плода. Кроме сказанного, следует отметить, что удаление всех имеющихся гетеротопий удлинит операцию и, следовательно, увеличит операционную травму, а нарушение целостности тазовой клетчатки вблизи шейки матки может способствовать смещению матки вследствие образования рубцовой ткани на месте удаленных эндометриозных гетеротопий, что также нежелательно.

При эндометриозе мочевого пузыря, который наблюдался гинекологами главным образом в сочетании с эндометриозом половых органов, следует предпочесть хирургическое лечение: несложная операция так называемого высокого камнесечения позволяет удалить даже большие разрастания в области пузыря, которые часто вызывают значительные кровотечения. Небольшие разрастания, расположенные в пузыре вблизи устья мочеточников, при дальнейшем росте могут сдавить мочеточник; для предотвращения этого осложнения может быть применена внутрипузырная электрокоагуляция. Большого опыта в лечении больных с эндометриозными гетеротопиями при их локализации в мочевом пузыре пока еще нет.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. Аденома (аденомиоз) и эндометриозы. Глава в руководстве для врачей «Оперативная гинекология», Медгиз, М., 1952, стр. 303—308.
- Горбатов Ф. К. Об этиологии эндометриозных гетеротопий, Гинекология и акушерство, 1931, № 2, стр. 120—128.
- Израильсон Р. М. К генезу и клинике эндометриозов. Акушерство и гинекология, 1947, № 1, стр. 50—51.
- Куликовская А. А. К вопросу об эндометриозах и кистах яичника. Акушерство и гинекология, 1941, № 3, стр. 8—12.
- Кушталов Н. Н. Подходы к выяснению этиологических моментов так называемых эндометриозных гетеротопий. Гинекология и акушерство, 1931, № 3, стр. 242—249.
- Левинский О. Б. Экспериментальный аденомиоз. Акушерство и гинекология, 1940, № 11, стр. 27—31.
- Мандельштам А. Э. Аденомиома. Глава в руководстве по женским болезням Л. А. Кривского, Л., Изд. «Практическая медицина», 1927, стр. 782—792.
- Моисеева Т. Т. Эндометриозные гетеротопии. Фельдшер и акушерка, 1953, № 8, стр. 43—46.
- Осякина-Рождественская А. И. О внутреннем аденомиозе матки. Акушерство и гинекология, 1949, № 5, стр. 44—47.
- Рыжков С. В. Наружные эндометриозы. Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 69—70.
- Степанова Е. Г. Эндометриоз послеоперационного рубца. Акушерство и гинекология, 1953, № 2, стр. 70—71.
- Столпын Ф. Г. К клинике, диагностике и этиологии эндометриозных гетеротопий. Казанский медицинский журнал, 1938, № 8—9, стр. 858.
- Улево-Строганова К. П. Биологическое значение эндометриозов и отношение их к проблеме тканевого роста. Акушерство и гинекология, 1941, № 3, стр. 1—8.
- Шварцман Е. М. Современное состояние вопроса об эндометриозах. Акушерство и гинекология, 1934, № 3, стр. 36—54.
- Шварцман Е. М. Эндометриозы. Глава в руководстве «Консервативное лечение женских болезней» И. Л. Брауде, 1939, М., стр. 247—251.
- Шейнис М. И. Двусторонняя первичная карцинома фаллопиевых труб с эндометриозом в них и миомой в матке. Акушерство и гинекология, 1939, № 4, стр. 59—62.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

◆

Борьба со злокачественными опухолями привлекает всеобщее внимание. За последнее десятилетие в СССР в вопросах противораковой борьбы произошли громадные сдвиги.

Историческое постановление правительства от 30 апреля 1945 г. «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению» обеспечило невиданный размах противораковой борьбы.

Изданные Министерством здравоохранения СССР в развитие упомянутого постановления приказы и инструкции предусматривали в числе других организационных мероприятий и профилактику злокачественных опухолей, реальность которой теперь признается всеми.

Громадная сеть специализированных онкологических учреждений (институтов, диспансеров, противораковых пунктов), занимающихся изучением методов распознавания и предупреждения злокачественных опухолей и обеспечивающих консультацию, наблюдение и лечение онкологических больных, повседневное повышение квалификации медицинских вузов, развертывание среди населения широкой санитарно-просветительной работы по профилактике и ранней диагностике опухолей,— все это реализовано в нашей стране, где забота о здоровье человека является большим государственным делом, где самый ценный капитал— человек.

НЕОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Современное представление об опухолях как об общем заболевании выдвигает необходимость разностороннего воздействия на организм путем применения комбинированных методов лечения.

Лечение при злокачественных опухолях в настоящее время должно строиться на умелом сочетании различных методов, среди которых ведущая роль (особенно в отношении опухолей женских половых органов) принадлежит лучевой терапии.

Методы лечения радиоактивными веществами и рентгеновыми лучами нашли широкое применение при злокачественных опухолях женских половых органов и успешно используются не только в ранних, но и в поздних, неоперабельных стадиях болезни. Их с успехом применяют как в виде

самостоятельных методов лечения, так и в сочетании с другими способами лечения, например, с оперативным лечением, с лечением химическими препаратами, гормонами.

Применение лучевых методов на практике требует от врача специальных знаний и практических навыков. В данном руководстве мы не ставим перед собой задачу излагать вопросы физики, вопросы общебиологического действия ионизирующих излучений, а также разбирать существующие теории, поскольку по этим вопросам имеются специальные руководства, к которым мы и отсылаем читателей.

В основном мы будем касаться лишь принципов и методов лучевого лечения злокачественных опухолей женских половых органов.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

В вопросах лучевой терапии при злокачественных опухолях остается еще много нерешенных проблем, тем не менее этот метод лечения в настоящее время покоится на твердых и общепризнанных основах.

Давая объективную оценку лучевым методам лечения при злокачественных опухолях, мы прежде всего должны признать бесспорным то положение, что при многих формах злокачественных опухолей (в особенности при опухолях женских половых органов) радикальное излечение может быть достигнуто одними лучевыми методами, а в ряде случаев, даже в сильно запущенных стадиях болезни, эти методы могут быть использованы для оказания существенной, хотя и паллиативной, помощи больным.

Оперативные методы лечения при злокачественных опухолях в большинстве случаев сочетаются с лучевой терапией, которая применяется или как подготовительная, перед операцией, или, что бывает чаще, как дополнение к оперативному лечению.

Очень важно рано начать лечение, т. е. в начальных стадиях; запущенность болезни и неизбежно связанное с этим понижение общей сопротивляемости и реактивности организма больной резко понижают шансы на излечение.

Лечение необходимо осуществить в течение одного курса, добиваясь при этом полного исчезновения опухоли. Дробление намеченного лечения на ряд этапов, иногда с продолжительными интервалами между ними, когда в течение первого курса лечения не было достигнуто полного исчезновения опухоли, является необоснованным. В ряде случаев, в целях достижения радикализма при лечении, приходится даже решаться на заведомое повреждение здоровых тканей, окружающих опухоль. На это иногда приходится решаться при так называемых резистентных к лучам опухолях в целях достижения успеха, надеясь на быструю ликвидацию возможных при этом осложнений.

При лечении больных злокачественными опухолями облучают, как правило, не только первичный очаг, но и область ближайших регионарных лимфатических узлов, учитывая известные закономерности метастазирования злокачественных опухолей.

Успех лучевой терапии в значительной мере зависит от умело выбранной методики и правильно осуществленной техники лечения.

До недавнего времени споры о механизме биологического действия ионизирующих излучений на злокачественные опухоли сводились в основном к тому, как действуют эти излучения на опухоль: оказывают ли они местное действие на опухоль или общее действие на организм.

В настоящее время такого рода споры не могут иметь места. Признание единства всего организма и клетки как части целого позволяет нам понять единство местного и общего и не рассматривать изолированно действие излучений на опухоль и на организм. Хотя механизм действия ионизирующих излучений на опухолевый процесс представляется чрезвычайно сложным, тем не менее, рассматривая это излучение как внешнее воздействие на ту или иную часть организма, мы можем заранее предположить, что это воздействие неизбежно вызовет самые разнообразные реакции, в зависимости от состояния облучаемого организма.

Действие радиевых и рентгеновых лучей на клетки опухоли сказывается прежде всего в нарушении их митотического деления. Вслед за этим развиваются дальнейшие повреждения клетки, заканчивающиеся ее гибелью. Замещение погибших клеток происходит за счет пролиферации неповрежденных клеток. Нарушается и кровоснабжение опухоли вследствие действия лучей на сосуды и сосудистые капилляры, в которых развивается гиалинизация и фиброз.

Упомянутые местные изменения в опухоли обуславливаются не только прямым действием радиевых или рентгеновых лучей на клетки, но и опосредованным действием главным образом через нервную систему, так как известно, что ответные реакции целостного организма на раздражение идут преимущественно через нервную систему.

Общее действие облучения на организм сказывается также влиянием продуктов тканевого распада в результате гибели опухолевых клеток. Наибольшее значение при этом имеют естественные продукты распада белка, которые, являясь биологическими раздражителями, могут вызвать значительные и весьма разнообразные изменения в организме. Таким образом, наряду с местными изменениями в опухоли и окружающих ее тканях, всегда наблюдаются и общие реакции организма (явления интоксикации, лейкопения, температурная реакция и др.).

Объем и характер изменений в организме под влиянием облучения зависят от различных условий, из которых важнейшими являются: индивидуальные особенности больной, состояние ее нервной системы, возраст, а также метод облучения и доза. Следовательно, многообразие действия ионизирующих излучений обусловлено, с одной стороны, их влиянием на системы тканей и органов, а с другой — количественной и качественной особенностями примененной лучистой энергии.

Чувствительность различных тканей человеческого организма к лучистой энергии далеко неодинакова. Известно также, что различные клетки человеческого организма по-разному реагируют на облучение. Например, клетки примордиальных фолликулов яичника при воздействии сравнительно небольших доз рентгеновых лучей быстро повреждаются и гибнут, в то время как в соединительнотканых элементах яичника при такой же дозе не отмечается заметных изменений. Такая избирательная чувствительность клеток к рентгеновым лучам имеет большое практическое значение и кладется в основу лечения при злокачественных опухолях, клетки которых особенно чувствительны к облучению и потому гибнут быстрее окружающих здоровых тканей. Помимо того, что клетки различных тканей не одинаково чувствительны к радиевым и рентгеновым лучам, клетки одного и того же вида обладают еще индивидуальной чувствительностью, которая в значительной мере определяется их возрастом. Различная чувствительность клеток, тканей и органов зависит во многом от состояния и особенностей организма. Известно, например, что кожа блондинок сильнее реагирует на рентгеновы лучи, чем кожа брю-

неток; анемизированные участки кожи более устойчивы к облучению, чем участки кожи с обильным кровоснабжением; кожа промежности, паховых складок и подмышечных областей более чувствительна, чем другие участки тела; патологически измененные участки кожи (экзема, дерматит и т. п.) также чувствительны к облучению. Состояние нервной системы также сказывается на чувствительности тканей к облучению. Отмечено, что у лиц с повышенной возбудимостью нервной системы кожная реакция после облучения наступает раньше и выражена сильнее. Чувствительность кожи к облучению повышается в период менструаций. У ослабленных больных кожа тоже сильнее реагирует на облучение. Таким образом, чувствительность различных тканей и органов находится в зависимости не только от их индивидуальных особенностей, но и от изменения их функции и состояния. Отсюда следует, что у разных больных, в зависимости от индивидуальных особенностей их организма, чувствительность тканей и ответные реакции будут различны.

В свете приведенных данных мы считаем правильными высказывания тех авторов, которые указывают, что не может быть общих (для всех клеток и тканей) законов действия ионизирующих излучений, поскольку действие их не является абстрактным, а связано с состоянием самих клеток, которые по своей природе бесконечно разнообразны и, в зависимости от условий внешней среды, могут подвергаться различным изменениям. Чувствительность различных злокачественных опухолей далеко не одинакова и в значительной мере определяется реактивностью материнских клеток опухоли, а также, хотя и в меньшей степени, структурой клеток, степенью их дифференцировки и возрастом.

Из опухолей интересующей нас области наибольшей чувствительностью обладают опухоли шейки матки (плоскоклеточный рак с ороговеением), семиномы, хорионэпителиомы, гранулозноклеточные опухоли, папиллярные кисты яичников и некоторые опухоли, развивающиеся из эмбриональных клеток. Хорошо реагируют на облучение больные лимфосаркома. Однако чувствительность опухоли к радиевым или рентгеновым лучам неравноценна ее излечимости. Нередко опухоли, чувствительные к тому или иному виду излучения и быстро исчезающие в процессе лечения, так же быстро рецидивируют, становясь резистентными к повторному облучению. Это лишний раз подтверждает прочно установленное положение, что на результаты лечения влияет в основном не столько строение и другие особенности самой опухоли, сколько состояние организма больной в целом.

Неоднократно предпринимаемые попытки повысить чувствительность опухоли к облучению, вводя в ткани соли тяжелых металлов (в частности, солей меди), пока не дали ожидаемого эффекта. На практике используются методы повышения выносливости кожи путем анемизации облучаемых участков для снижения чувствительности кожи к лучам. Это достигается или путем перевязки сосудов, или путем компрессии кожи тубусами, через которые осуществляется рентгеновское облучение. Успех лечения при злокачественных опухолях в некоторой степени определяется возрастом заболевшего. Клинические наблюдения показывают, что у молодых опухоли реагируют на облучение хуже, чем у лиц пожилого возраста. Установлено также, что с возрастом толерантность тканей повышается. Известно значение имеет локализация опухоли: чем она доступнее облучению, т. е. чем более поверхностно она расположена, тем больше шансов на благоприятные результаты лечения. Гистологическое строение опухоли не оказывает особого влияния на результаты

лечения. Огромное значение имеют мероприятия, направленные к повышению общей сопротивляемости организма. К ним могут быть отнесены: забота о соответствующей психической настроенности больной (внушение уверенности в благоприятном исходе лечения, устранение всякого рода отрицательных эмоций), подбор соответствующей диеты (при облучении часто понижается аппетит и имеет место извращение вкусовых реакций), в необходимых случаях—применение соответствующих лечебных мероприятий, как-то: переливание крови, применение препаратов, устраняющих лейкопению (тезан, лейкоген), и др.

Протекающие в организме процессы, связанные с воздействием радиоактивных излучений на ткани, весьма сложны и крайне разнообразны. Это явствует хотя бы из того, что на одну и ту же дозу равноценной лучистой энергии организм в целом, а равно и облучаемые ткани у разных больных реагируют неодинаково.

Несколько подробнее мы должны коснуться тех изменений, которые происходят при лучевой терапии в тканях половых и смежных с ними органов. Изменения в тканях зависят прежде всего от дозы лучистой энергии. Воздействие радиоактивных излучений на слизистые оболочки при небольших дозах проявляется изменениями в поверхностных слоях слизистой оболочки и имеют обычно слабо выраженный дегенеративный характер; при больших же дозах повреждение тканей может быть весьма серьезным, вплоть до глубокого некроза.

Изменения слизистой оболочки матки сводятся к гибели покровного эпителия, исчезновению желез с последующей атрофией не только слизистой оболочки, но и мышечной стенки, вследствие чего вся матка резко уменьшается.

При воздействии лучистой энергии на яичники изменения происходят прежде всего в фолликулах (кистозное превращение вплоть до полного их исчезновения). В зависимости от примененной дозы может наступить или стойкая атрофия яичника, или временная, которая может закончиться восстановлением его функции.

Близлежащие полые органы—мочевой пузырь и прямая кишка—при лучевой терапии больных с опухолями женских половых органов также могут подвергаться различным повреждениям (поверхностные дегенеративные изменения, образование язв, некрозы, свищи).

Необходимо отметить, что при лучевой терапии всегда в большей или меньшей степени повреждаются кровеносные и лимфатические сосуды тканей и органов малого таза. Эти повреждения могут выражаться в легких склеротических изменениях стенок сосудов или в явлениях типа узлового пери- и эндартериита вплоть до полной облитерации просвета сосудов. Клинически упомянутые повреждения сосудов проявляются сначала отеком тканей (преимущественно тазовой клетчатки), а впоследствии образованием плотных инфильтратов.

Глубокие повреждения мочевого пузыря наступают чаще всего вследствие передозировок при вагинальных аппликациях радиоактивных препаратов. Большинство радиологов считает, что при вагинальных аппликациях доза не должна превышать 4000—4500 мг/час.

Хотя доза лучистой энергии при возникновении осложнений имеет решающее значение, тем не менее нужно всегда помнить, что не меньшее значение имеет индивидуальная реакция организма больной, для оценки которой далеко не всегда имеются объективные критерии. Правильно оценить всю совокупность происходящих в организме изменений при лучевой терапии, бесспорно, помогает опыт.

Биологический эффект действия рентгеновых лучей также зависит от ряда физических условий облучения: величины дозы, качества излучения, методики облучения.

Правильно выбранная доза определяет в основном успех рентгенотерапии, так как происходящие в облучаемых тканях изменения находятся в непосредственной зависимости от величины дозы. Чрезмерно большие дозы ведут к необратимым повреждениям. Доза особенно сказывается на реакции кожи, которой до недавнего времени пользовались как биологическим тестом. Реакция кожи на облучение может быть весьма различна и в значительной мере определяется величиной примененной дозы. Эта реакция может проявляться или в виде легкой кожной эритемы (эпителиита), или более сильными реакциями вплоть до некроза тканей. Изменения, происходящие на поверхности кожи, являются результатом реакции организма на облучение и используются клиницистами как показатель для последующих облучений. Выносливость кожи и особенно слизистых оболочек весьма значительна. Так, при условии дробного применения жестких лучей предельно переносимая кожей доза находится в пределах 6000 г, а для слизистых оболочек достигает 10 000 г.

Особенно велико значение дозы при рентгенотерапии злокачественных опухолей. При этом нужно иметь в виду, что в лечении не должен иметь место стандарт облучения. В каждом отдельном случае необходимую дозу следует подбирать индивидуально, в зависимости от состояния организма больной и ряда условий, о которых говорилось выше.

Основным критерием, определяющим правильность выбора дозы, является, как уже было сказано, исчезновение опухоли в процессе лечения. Заранее предугадать необходимую дозу невозможно. Правильный выбор дозы предусматривает также максимальное щажение окружающих здоровых тканей. Идеалом успешно проведенного лечения является исчезновение опухоли при минимальном повреждении окружающих здоровых тканей. Качество рентгеновского излучения практически определяется жесткостью излучения. Применение лучей большей или меньшей степени жесткости определяется в основном глубиной расположения опухоли. Если опухоль (кожа, слизистые оболочки) расположена поверхностно, то применяют преимущественно мягкие лучи, чтобы избежать повреждения глубже лежащих здоровых тканей. При глубоком расположении опухоли применяют жесткие лучи, т. е. проникающие глубоко.

Не меньшее значение для успеха рентгенотерапии имеет методика облучения. Действие рентгеновых лучей зависит от того, применяется ли одномоментно (в один сеанс) сразу большая доза рентгеновых лучей или она распределяется на несколько сеансов. Доказано, что небольшие дозы при неоднократном повторении дают кумулятивный эффект, который равен примерно сумме всех повторно примененных доз. Более благоприятные условия для кожи и окружающих здоровых тканей и в то же время лучшие результаты в смысле действия на опухоль достигаются дроблением доз, так как действие рентгеновых лучей при дробном облучении сильнее. Эффект действия рентгеновых лучей, кроме величины дозы и ее дробления, зависит также от интенсивности излучения, от распределения дозы во времени и интервалов между отдельными сеансами облучения. На принципе длительного облучения при малой интенсивности рентгеновых лучей построен метод фракционно-протяженного облучения, предложенный французскими учеными Рего (Regaud) и Кутаром (Coutard). Этот метод нашел широкое применение при рентгенотерапии злокачественных опухолей.

При лечении больных с опухолями женских половых органов чаще всего приходится пользоваться так называемой глубокой рентгенотерапией. Чтобы подвести необходимую дозу к опухолям, расположенным глубоко в тазу, и избежать повреждающего действия лучей на кожу и окружающие здоровые ткани, приходится пользоваться перекрестным облучением, подводимым к опухоли с нескольких полей. Перекрестное облучение, наряду с несомненными преимуществами, имеет и ряд недостатков, заключающихся в первую очередь в том, что при этом методе требуется точное центрирование лучей, что может быть достигнуто лишь лицами, владеющими не только методами рентгеновского облучения, но и методами гинекологического исследования. Так как лица, не владеющие методами гинекологического исследования, не могут установить границы распространения опухолевого процесса, то они не должны заниматься облучением больных, ибо шаблоны в рентгенотерапии при злокачественных опухолях гениталий не должны иметь места.

Обычно для глубокой рентгенотерапии пользуются рентгеновскими аппаратами, дающими напряжение в 180—200 kV. В целях повышения дозы на глубине залегания опухоли увеличивают кожно-фокусное расстояние (от трубки до тела больного), благодаря чему возрастает глубинная доза и повышается однородность излучения (жесткость). С увеличением размеров поля глубинные дозы тоже повышаются. При лечении гинекологических онкологических больных обычно пользуются полями средней величины—150—200 см². Обычно дают два поля спереди и два поля сзади.

Целесообразно сочетая перечисленные выше условия, можно добиться наиболее выгодного для больной подведения глубинной дозы, щадящей кожу и окружающие здоровые ткани.

При выборе методики облучения всегда следует учитывать общее состояние больной и особенности опухоли (размеры, локализация, наличие инфекции и др.).

МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

КЮРИТЕРАПИЯ

Здесь уместно кратко остановиться на некоторых общих вопросах, касающихся физических свойств радиоактивных элементов, имеющих важное практическое значение для клинициста.

Природные радиоактивные элементы—радий и мезоторий—относятся к радиоактивным семействам урана и тория.

При полном распаде радия и мезотория образуется нерадиоактивный свинец. В состав излучения природных радиоактивных элементов входят: альфа-частицы, или ядра атомов гелия, бета-частицы, или электроны, и гамма-лучи—электромагнитное излучение.

Как известно, теперь получены искусственные радиоактивные изотопы почти всех химических элементов. Излучение искусственных радиоактивных изотопов обусловлено наличием положительно или отрицательно заряженных бета-частиц (электронов или позитронов), а также гамма-лучей.

Энергия, которая характеризует излучение различных радиоактивных элементов, колеблется в достаточно широких пределах и измеряется так называемыми мегаэлектронвольтами (*Мэв*).

Период полураспада радия—1680 лет, поэтому активность препаратов радия, а равно и качество их излучения практически принимаются как постоянные.

Период полураспада мезотория—6,7 года. Активность и качество излучения на протяжении указанного времени претерпевают значительные изменения, что отражается, конечно, и на проникающей способности излучения.

Установлено, что максимальная интенсивность излучения мезотория достигается через 3,34 года (К. К. Аглинцев, Н. Д. Перумова), т. е. к этому времени препараты мезотория обладают наибольшей активностью, после чего их активность начинает падать.

Однако, принимая во внимание, что препараты, выпускаемые для медицинской практики, содержат не только мезоторий, но и радий, колебания активности этих препаратов (интенсивность излучения) и качественные изменения излучения вследствие примеси радия бывают не так резко выражены.

Исследования Н. Д. Перумовой показали, что интенсивность гамма-излучения препаратов радия-мезотория через 3—4 года после их изготовления может быть выше начальной на 30—40%. Только примерно через 10 лет упомянутая интенсивность излучения радия-мезотория достигает своих начальных показателей, после чего она падает более медленно, по вычислениям С. Н. Ардашникова и А. В. Козловой, не более чем на 3% в год.

Приведенные особенности препаратов радия-мезотория необходимо учитывать клиницистам-онкологам во избежание осложнений, которые могут быть обусловлены ошибочно произведенными расчетами при применении препаратов радия-мезотория с невыверенной активностью. Поэтому измерения активности препаратов радия-мезотория следует производить не реже двух раз в год, особенно в течение первых 3—5 лет после их выпуска для практического применения (Н. Д. Перумова).

Препараты чистого радия не требуют частых измерений, однако они должны периодически проверяться на герметичность их фильтров, которые с течением времени разрушаются. Особенно неблагоприятно влияют на герметичность фильтров бромистые соли радия.

Исследования препаратов радия на герметичность фильтров производятся по методу Перумовой путем съемки фоторадиограмм¹.

Препараты радиоактивных элементов, применяемые в медицинской практике, выпускают в фильтрах из тяжелых металлов— золота или платины—для поглощения вредных излучений: альфа-, бета- и мягких гамма-лучей. Как известно, альфа-лучи радия и мезотория поглощаются уже тонким слоем плотных веществ, бета- и мягкие гамма-лучи могут быть отфильтрованы при помощи фильтров из золота или платины (толщиной не менее 0,5 мм). Препараты радиоактивного кобальта (Co^{60}) выпускают в стальных фильтрах толщиной в 0,3 мм. Применение фильтров из тяжелых металлов для этих препаратов излишне, так как гамма-излучение Co^{60} монохроматично, а мягкие бета-лучи полностью поглощаются стальным фильтром.

Кроме первичных фильтров, при лечении радиоактивными препаратами приходится применять добавочные, вторичные фильтры, которые обычно изготавливаются из амаллической резины.

¹ Н. Д. Перумова, Обследование радиевых препаратов методом фоторадиограмм, Вопросы онкологии, 1949, в. 1, стр. 253—255.

Дело в том, что при прохождении гамма-лучей через поглощающую среду (фильтры), помимо ослабления интенсивности излучения, происходит образование так называемого вторичного излучения в результате взаимодействия первичных гамма-лучей с атомами поглощающей среды (фильтров и тканей). Вторичное излучение оказывает некротизирующее действие на нормальные ткани, соприкасающиеся с фильтром. Во избежание вредного действия вторичного излучения на ткани и применяют добавочные фильтры.

Лечение может быть правильно проведено при условии точного представления об интенсивности радиации, мощности дозы и о расчетах физической дозы.

И н т е н с и в н о с т ь радиации зависит прежде всего от количества радиоактивного вещества, которое в препарате может быть определено путем сравнения интенсивности гамма-излучения радиоактивного препарата с гамма-излучением эталонного препарата радия. Активность препарата выражается в миллиграмм-эквивалентах радия (мг/экв радия).

В Институте онкологии Академии медицинских наук СССР, по предложению Н. Д. Перумовой, измерение радиоактивных препаратов, применяемых в настоящее время для внутрисполостного введения, производится по эталонному препарату радия в фильтре из платины толщиной в 1 мм, что позволяет производить расчеты доз не только для препаратов радия, но и для препаратов Co^{60} по тем же таблицам, которые составлены для радия, заключенного в фильтр из платины толщиной в 11 мм.

Физическая доза выражается в настоящее время в рентгенах. Единицей физической дозы является рентген (r).

Количество лучистой энергии, поглощаемое в единицу времени, называется м о щ н о с т ь ю д о з ы, которая при радиевой терапии выражается числом рентгенов за один час (r/час).

Доза лучистой энергии, поглощенная единицей массы вещества (тканей), называется у д е л ь н о й д о з о й.

Количество лучистой энергии, поглощенное всем объемом облучаемого участка тела, называют о б ь е м н о й д о з о й, что графически выражается произведением массы тела, выраженной в граммах, на среднее значение дозы, выраженное в рентгенах (грамм-рентген).

Расчет дозы (лучистой энергии, поглощенной тканями) производят, исходя из того, что интенсивность радиации от точечного источника изменяется обратно пропорционально квадрату расстояния.

Однако нужно иметь в виду, что при расчете доз от медицинских препаратов последние представляют собой излучающую линию.

В нашу задачу не входит изложение способов расчетной дозиметрии. Интересующихся этими вопросами мы отсылаем к работам К. К. Аглинцева, С. Н. Ардашикова и А. В. Козловой.

В повседневной практике при лечении радиоактивными препаратами мы рекомендуем пользоваться таблицами для расчета доз в рентгенах, составленными Н. А. Габеловым и В. П. Тобилевичем¹.

При радиевой терапии, осуществляемой методом аппликации трубочек с радиоактивным веществом, летальную для раковых клеток дозу нельзя дать глубже 3—4 см (по радиусу). Поэтому на практике радиевая терапия почти всегда сочетается с глубокой рентгенотерапией, так как никогда нельзя быть уверенным в том, что опухоль ограничивается только

¹ Новости медицины, 1950, в. 18, стр. 58—68.

местом ее видимого расположения и не распространяется на окружающие ткани и регионарные лимфатические узлы.

При раке матки, раке влагалища, как правило, применяют так называемое внутриволокнистое облучение опухоли: радий (или радиоактивный кобальт) вводят или во влагалище, или в канал шейки матки, или в полость матки. Значительно реже применяют внутриволокнистое облучение, когда радиоактивное вещество, заключенное в специальные иглы, вводят непосредственно в опухоль. Однако оба способа имеют ряд недостатков: невозможность правильного дистанцирования, отсутствие гомогенности облучения (особенно при внутриволокнистом способе), неизбежная травма опухоли при установке радиоактивных препаратов, что иногда влечет за собой внесение инфекции или кровотечения из опухоли.

Особого внимания требует фильтрация лучей радия. Вопрос этот приобретает особое значение при эндовагинальном применении радиоактивных препаратов, когда лучевому воздействию неизменно подвергаются находящиеся в ближайшем соседстве мочевого пузыря и прямая кишка. Поэтому при радиевой терапии рака матки и рака влагалища следует применять такие фильтры, которые обеспечивали бы получение только коротковолновой фазы гамма-лучей радия, все же так называемые мягкие лучи с более длинной волной [вся масса бета-лучей и мягкие гамма-лучи, обладающие меньшей пенетрационной способностью, но вызывающие повреждения ткани (некроз)] должны быть отфильтрованы.

В гинекологической клинике Института онкологии АМН СССР мы применяем радий в фильтрах из 1 мм платины +1 мм золота. Кроме того, для фильтрации вторичных лучей, возникающих при прохождении гамма-лучей радия через фильтры из тяжелых металлов, мы применяем трубки (типа катетера), изготовленные из резины, не содержащей металла.

Радиоактивный кобальт (Co^{60}) выпускают в стальных фильтрах; при введении в полые органы его также заключают в трубки из резины, не содержащей металла. Удобство применения радиоактивного кобальта заключается и в том, что выпускаемые препараты имеют малый диаметр и поэтому при введении их в цервикальный канал и в полость матки нет надобности в расширении цервикального канала.

Для влагалищной и внутриматочной аппликации радиоактивных препаратов применяют специальные радиофоры: резиновые трубки в виде катетеров с толщиной стенок в 1,5—2 мм, резиновые кольца, предложенные Набиасом (Nabias) (рис. 85), кольпостат Рого (рис. 86). Для лучшей фиксации радиофоры влагалище тампонируют марлей.

В некоторых случаях применяют обкалывание опухоли иглами, в которых заключено радиоактивное вещество (радий, Co^{60}). Мы пользуемся методом обкалывания в тех случаях, когда путем аппликации радия к опухоли шейки матки не удалось достигнуть исчезновения опухоли. Этот метод лечения пригоден иногда для обкалывания опухолей, располагающихся у входа во влагалище, а также на наружных половых органах, когда удержать радий путем аппликации бывает трудно.

Техника введения радиевых игл такова. Выбирают иглы определенной длины в зависимости от величины опухоли; к ушку иглы прикрепляют тонкую никелиновую проволоку, после чего иглы кипятят. Поверхность опухоли обмывают струей дезинфицирующего раствора (риванол, марганец); иглу захватывают специальным пинцетом (можно пользоваться и обычным лапчатым пинцетом) и вводят в ткань опухоли так, чтобы игла целиком ушла в опухоль. Иглы вкалывают равномерно, примерно на расстоянии 1 см одну от другой. Проволочки, прикрепленные к иглам, собирают

вместе, на них надевают небольшую резиновую трубку и завязывают проволоочки у концов шелковой ниткой, которая таким образом фиксирует их концы вместе и предупреждает выпадение и потерю игл.

Иглы оставляют обычно на несколько дней (в зависимости от получения желаемой дозы). Вычисление дозы ведется по таблицам (в рентгенах).

Предложено много всевозможных методик радиевой терапии, которые схематически можно разбить на следующие основные группы: 1) применение массивных доз радия в течение короткого времени; 2) применение менее массивных доз в течение более длительного периода облучения; 3) применение малых доз в течение длительного времени.

В последующих двух группах уменьшаются дозы применения радия и удлиняются промежутки между отдельными сеансами.



Рис. 85. Кольцо Nabias.

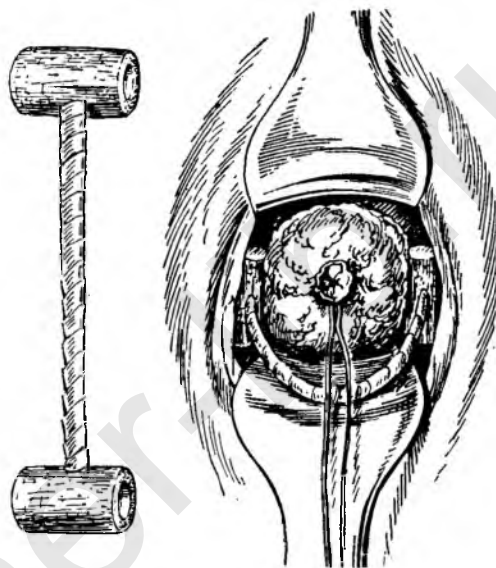


Рис. 86. Кольпостат Regaud.

Необходимо отметить, что первая методика (большие дозы радия за короткий срок) в настоящее время почти всеми оставлена. Причиной отказа от нее является тот несомненный факт, что при продлении периода облучения нормальные ткани могут противостоять гораздо большим дозам, чем при интенсивном облучении за короткий срок.

Большинство придерживается методики, отнесенной нами ко второй группе, но и здесь предлагается так много различных вариантов, что, можно сказать, буквально каждая клиника лечит по-своему, что чрезвычайно затрудняет сравнение полученных результатов лечения. Если даже положить в основу сравнения примененную общую дозу, то и такое сравнение не выдерживает критики, потому что в большинстве случаев варьируют промежутки между сеансами, длительность аппликации, а также фильтрация, дистанцирование и т. п. При оценке применяемых методик лучевого лечения необходимо учитывать порядок и способ рентгенотерапии, с которой, как правило, сочетается радиевая терапия.

В этом аспекте несомненный практический интерес представляют исследования, произведенные в нашем институте В. П. Тобиловичем. Изучая отдаленные результаты лечения в зависимости от методики лечения, он установил, что большое значение имеет ритм облучения, т. е. непрерывность воздействия лучевыми факторами на организм. Если ритм облучения нарушался и лечение прерывалось на более или менее длительный

период вследствие осложнений, наступавших в процессе лечения, то результаты были значительно хуже, чем у больных, лечение которых проходило без нарушения ритма. Что дело именно в ритме облучения, а не в осложнениях как таковых, доказывает тот факт, что в группе больных в III стадии заболевания, у которых, несмотря на возникшие осложнения, ритм лечения не был нарушен, получены лучшие результаты, чем у больных в I стадии заболевания, но с нарушенным ритмом лечения.

Эффект лечения злокачественных опухолей органов малого таза в значительной степени зависит от равномерного распределения лучистой энергии в тканях путем подведения ее как со стороны влагалища и полости матки, так и снаружи—через кожу.

Исчисление доз лучистой энергии в рентгенах дало возможность иметь достаточно точное представление о количестве лучистой энергии, поглощенной тканями в облучаемых местах.

Исчисление же дозы, например, при радиевой терапии, в миллиграмм-часах позволяет судить только о примененной дозе, т. е. об излучении, исходящем от определенного количества миллиграммов радия в течение того или иного времени.

Когда при рентгенотерапии полученная доза выражалась в рентгенах, а при радиевой терапии—в миллиграмм-часах, возникали огромные трудности для учета и суммирования доз, полученных тканями в результате сочетанной терапии (радиевой терапии и рентгенотерапии).

Поэтому на V Международном конгрессе рентгенологов и радиологов было принято решение исчислять количество гамма-излучения при радиевой терапии также в рентгенах. Это решение имеет важное практическое значение, так как позволяет подвергать ткани более равномерному облучению и избегать передозировок.

Кроме того, переход на исчисление доз в рентгенах заставил многих клиницистов пересмотреть свои методы облучения, так как были выявлены недостатки, обуславливающие передозировку в одних участках ткани и недостаточную дозу—в других.

Принимая во внимание, что лучевая терапия при раке матки заключается, как правило, в сочетании радиевой терапии и рентгенотерапии, дозу в определенных зонах (условно называемых точками) малого таза, получаемую от обоих видов излучения, следует учитывать отдельно, чтобы судить о гомогенности облучения опухоли.

Большинство ведущих онкологических учреждений мира условилось вести расчеты доз в отношении двух точек (зон) в малом тазу. Одна из них—точка *A* находится в том месте, где маточную артерию пересекает мочеточник, т. е. на 2 см в сторону от вертикальной оси, проходящей через середину матки, примерно на уровне внутреннего зева, и стоит на 2 см выше слизистой оболочки бокового свода.

Суммарная доза в этой точке, полученная путем влагалищного и внутриматочного применения радия при непрерывном лучевом воздействии, не должна превышать 8000 г, максимум 10 000 г. Другая точка *B* располагается на уровне точки *A*, но у стенки таза, отстоя от срединной оси матки на 5—6 см. Доза, вычисленная для точки *B*, показывает в рентгенах количество энергии, поглощенной отдаленными участками периферической клетчатки и регионарными лимфатическими узлами первого этапа.

Для суждения о дозе при расположении опухолевого инфильтрата между точками *A* и *B* выделяют промежуточные точки *c*, *d*, *e*, расположенные на линии *AB* на расстоянии 1 см одна от другой.

Это позволяет в каждом конкретном случае вычислить дозу на тот или иной участок опухолевого инфильтрата в параметральной клетчатке.

В основу расчета доз по таблицам, составленным В. П. Тобилевичем и Н. А. Габеловым, положены различные варианты размещения радия, применяемые при лечении злокачественных опухолей матки.

Противопоказания к радиевой терапии

В настоящее время в связи с хорошими отдаленными результатами радиевой терапии она с полным правом может считаться при раке шейки матки методом выбора.

Поэтому показания к ней следует ставить широко, учитывая, что даже в запущенных стадиях болезни в некотором проценте случаев наступает стойкое излечение, не говоря уже о временном улучшении в связи с исчезновением тягостных симптомов. Однако нельзя считать, что каждую больную, находящуюся в запущенной стадии болезни, можно лечить радием. Как и всякий другой метод лечения, радиевая терапия имеет ряд противопоказаний; если радиевая терапия применяется при их наличии, то она только усугубляет страдания больных. Противопоказания к применению радиевой терапии следующие: 1) IV стадия болезни; 2) тяжелое общее состояние больной в силу тех или иных причин, резко выраженный кахексия и наличие сопутствующих тяжелых заболеваний, как-то: нефрита, диабета, тяжелых форм туберкулеза, декомпенсированного порока сердца, тяжелых инфекционных заболеваний; 3) тяжелая инфекция органов малого таза (пиосальпинкс, параметрит и др.); 4) невозможность применять радиевую терапию по техническим причинам (уродства, стенозы влагалища, атрезии); 5) безуспешность радиевой терапии, установленная наблюдением в процессе лечения.

Режим больной при лечении радием

В день установки радия больной делают клизму. После того как радий установлен, больной не следует назначать слабительные и клизмы во избежание смещения и выпадения радия вследствие напряжения брюшного пресса. Диета остается обычной (общий стол). Режим постельный.

После того как радий установлен в цервикальном канале и особенно после того как он введен в полость матки, у больных иногда появляются схваткообразные боли вследствие сокращения матки. В таких случаях показаны свечи с белладонной, опиум, морфином.

Если у больной после установки радия появляется озноб, повышается температура и наблюдаются явления, указывающие на раздражение тазовой брюшины, радий нужно удалить. Субфебрильная температура без наличия симптомов со стороны органов малого таза не является показанием к удалению радия, так как обычно зависит от всасывания продуктов распада опухоли.

В процессе лечения больных злокачественными опухолями, а также при последующем наблюдении за ними очень важно следить за их весом. Нарастание веса в процессе лечения, а тем более после лечения является благоприятным прогностическим признаком.

Большое значение в процессе лечения имеет забота о психике больной. Если психика больной травмирована, если больная все время думает о печальном исходе своей болезни, нервничает, плохо спит, то лечение таких больных протекает плохо, выздоровление затягивается, а стойкое

излечение наступает реже, чем у больных, настроенных оптимистически. Поэтому поведение врача и вообще всего медицинского персонала, который должен быть воспитан в соответствующем духе, приобретает при лечении больных с раковыми заболеваниями очень важное значение. Если во время поддержки у больной бодрое настроение, вселить в нее веру в выздоровление, поддержать хорошее настроение приятной ласковой беседой, заботливостью, даже уместной шуткой, т. е. создать вокруг больной бодрое, оптимистическое настроение, то это может коренным образом изменить ее настроение, облегчить ее страдания и способствовать успеху лечения и стойкому выздоровлению.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ

Основным условием при проведении глубокой рентгенотерапии является точное определение дозы рентгеновых лучей, без чего нельзя говорить о научно обоснованном лечении. Изложение техники дозиметрии не входит в нашу задачу; это излагается в специальных руководствах по медицинской рентгенологии.

Среди бесчисленного ряда методик рентгенотерапии, предложенных для лечения при злокачественных опухолях вообще и женских половых органов в частности, некоторые можно признать основными.

1. Метод кратковременного интенсивного облучения, метод «высокой разовой дозы». Этот метод заключается в том, что опухоль облучается в 1—2 сеанса максимально допустимой дозой.

Вначале на рентгенотерапию смотрели как на техническую проблему повреждения клеток опухоли и считали, что лечебный эффект зависит от быстрого, одномоментного подведения к опухоли всей необходимой дозы. Так возникло понятие о «раковой дозе» (110% НED) как о некоей постоянной величине интенсивности и массы лучей, способной разрушить раковую опухоль.

Однако кратковременность эффекта лечения, серьезные осложнения, зависящие от облучения окружающих здоровых тканей большими дозами и от интоксикации организма большим количеством продуктов распада опухоли, невозможность повторения вскоре лечения вследствие полного использования толерантности кожи при первом облучении—все это заставило отказаться от этого метода. В настоящее время в своем первоначальном виде он не применяется.

2. Метод дробного облучения. В основу этого метода положено наблюдение, указывающее, что клетки в стадии деления наиболее чувствительны к лучам. Так как деление клеток происходит в разные сроки, то клетки опухоли при облучении в течение некоторого времени дробными дозами неизбежно будут облучаться в наиболее чувствительной фазе их деления. Окружающие опухоль здоровые ткани при этом методе меньше повреждаются. Дробление дозы можно производить по-разному. Например, при облучении области малого таза с 4—6 полей на каждое поле дают однократно максимально допустимую для кожи дозу в 600—800 г. Такая методика облучения предложена была Штеккелем и в ряде случаев применяется в гинекологической практике и до настоящего времени.

Более мелкое дробление при удлинении времени облучения является наиболее обоснованным и в настоящее время широко применяется при лечении больных с опухолями женских половых органов. За сеанс

дается в среднем на поле 200—250 г; срок лечения при этом растягивается за счет увеличения количества сеансов до получения необходимой дозы.

3. М е т о д д р о б н о - п р о т я ж е н н о г о о б л у ч е н и я. Этот метод был разработан французскими учеными Рего и Кутаром (Regaud, Coutard).

Заслугой школы Рего является то, что ею обнаружено влияние «фактора времени» как одного из существенных моментов при лечении рентгеновыми лучами. Рего показал, что успех рентгенотерапии тесно связан с длительностью воздействия рентгеновых лучей, что ведет к повышению биологического эффекта. Распределение общей лечебной дозы во времени путем дробления ее и удлинения периода облучения создает наиболее благоприятные условия для постепенного уничтожения всех клеток злокачественного новообразования.

Кутар доказал, что исход лечения, помимо физических свойств рентгеновых лучей, зависит: 1) от суммарной величины дозы, 2) от величины дозы, данной в единицу времени, и 3) от продолжительности лечения.

Метод Рего-Кутара использует «фактор времени» в двух направлениях: 1) время, необходимое для получения определенной дозы, удлиняют, уменьшая интенсивность излучения (протяженное облучение), и 2) общую дозу распределяют во времени с перерывами, отдельными фракциями, что занимает в среднем до 40 дней (фракционированное облучение).

Таким образом, малая интенсивность лучей в единицу времени, дробное (фракционированное) применение общей дозы и «жесткое» излучение являются основами техники Кутара.

В оригинальной методике Кутара этот метод проводится следующим образом: 180—200 kV, фильтр 1—2 мм меди + 1—2 мм алюминия, кожно-фокусное расстояние 100 см; минутная интенсивность 3—5 г. Облучение проводится с одного-двух больших полей дозами по 100—200 г ежедневно в течение 40—60 дней. Суммарная доза 5000—6000 г на поле, а общая доза 10 000—12 000 г.

При этом методе кожа мало страдает. Обычно к концу лечения на ней возникает сухой или влажный эпидермит, а на слизистых оболочках—эпителиит, которые быстро проходят.

К недостаткам этого метода нужно отнести большую продолжительность каждого сеанса (около часа) и длительность курса лечения ($1\frac{1}{2}$ —2 месяца), что снижает пропускную способность рентгеновского кабинета.

В практике лечения больных с опухолями женских половых органов дробно-протяженный метод применяется в большинстве учреждений в измененном виде, а именно кожно-фокусное расстояние уменьшают до 50—60 см, фильтры облегчают 0,5 мм меди + 1 мм алюминия, облучение производят не с двух, а с четырех полей (10×15 см), на каждое поле дается 2500—3000 г. Суммарная доза остается такой же—10 000—12 000 г.

При этих условиях продолжительность каждого сеанса значительно сокращается.

За последние 10 лет в зарубежной литературе имеется много сообщений о положительных результатах применения близкофокусной вагинальной рентгенотерапии. К сожалению, мы не имеем личного опыта в применении этого метода.

При лечении женщин с злокачественными опухолями половых органов иногда приходится применять так называемую паллиативную рентгенотерапию с целью получить болеутоляющий эффект (при инфильтратах, располагающихся на костях таза). Дать в таких случаях какие-либо указания относительно дозировки рентгеновых лучей не представляется воз-

возможным. Дозу (в пределах допустимой) приходится индивидуализировать в зависимости от состояния больной.

К паллиативной рентгенотерапии можно также отнести облучение гипофиза, что в ряде случаев в запущенных стадиях злокачественных опухолей матки и яичников дает некоторый эффект в виде замедления роста опухоли, улучшения общего состояния и уменьшения болей.

В последние годы при опухолях яичников и при хорионэпителиоме делают попытки применять в комбинации с рентгенотерапией гормональные препараты (тестостерон).

Гормональная терапия пока еще не вышла из стадии испытания, поэтому дать конкретные рецепты по применению ее не представляется возможным. Бесспорно лишь одно: поскольку при опухолях женских половых органов гормональный баланс нарушен, причем в процессе лечения, независимо от того, применяется ли оперативное или лучевое лечение, это нарушение усугубляется неизбежной кастрацией больной, постольку методы гормональной терапии в ближайшем будущем будут играть существенную роль в комплексном лечении больных со злокачественными опухолями половых органов.

Заканчивая обзор применяемых методов лучевой терапии женщин со злокачественными опухолями половых органов, мы еще раз хотим подчеркнуть, что при выборе метода лечения необходимо в первую очередь учитывать общее состояние больной (состояние нервной и сердечно-сосудистой системы, данные анализа крови, температуру, сопутствующие заболевания и осложнения). Крайне важно также учитывать степень распространения опухоли, наличие метастазов, степень инфицированности, кровоточивость, гистологическое строение, наличие патологических изменений со стороны окружающих тканей и органов и т. п.

Все это говорит о том, что в лучевой терапии не может быть шаблона; в каждом отдельном случае необходимо индивидуализировать дозу, а научиться этому можно только путем долголетнего личного опыта.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Нередко, особенно к концу лечения больных со злокачественными новообразованиями, наблюдается общая реакция, выражающаяся в плохом самочувствии, общей слабости, потере аппетита. Иногда к этому присоединяется тошнота, головные боли, головокружение, сердцебиение, плохой сон, т. е. явления лучевой болезни. Иногда те или иные из перечисленных симптомов появляются только в тот период, когда больная держит радий или во время сеанса рентгеновского облучения, быстро исчезая в перерывах между сеансами. При применении мелко-протяженного метода облучения, как правило, указанные симптомы выражены не резко; при облучении большими дозами они бывают выражены сильнее; значительно чаще они наблюдаются при рентгенотерапии (рентгенкатор), реже — при радиевой терапии.

Для ликвидации явлений рентгенкатора рекомендуется переливание крови небольшими порциями (200—250 мл), внутривенные вливания гипертонических растворов (10% солевой раствор, хлористый кальций), после чего можно продолжать рентгенотерапию. При нарастании упомянутых явлений приходится от применения лучевой терапии временно воздержаться, а иногда, в исключительно тяжелых случаях, и совсем отказаться.

Гораздо большее значение для предупреждения явлений лучевой болезни имеют профилактические мероприятия, к которым относятся: хорошая вентиляция рентгеновских кабинетов, где при длительной работе накапливается большое количество озона и других газов, чему приписывают немалую роль в появлении симптомов лучевой болезни. В тех же целях рекомендуют опорожнять кишечник перед сеансом лучевой терапии и отстранять кишечные петли из сферы действия рентгеновых лучей, для чего больной перед установкой тубуса придает наклонное положение с приподнятым тазом. Для возбуждения аппетита рекомендуется перед обедом и ужином соленая пища—соленые огурцы, кислая капуста, селедка, лук и т. п.

Лучевые повреждения

Так как в абсолютном большинстве случаев при раке шейки матки опухоль распространяется вглубь тканей (в параметральную клетчатку), то при лечении радием и рентгеновыми лучами приходится применять такие значительные дозы, которые влекут за собой не только сильную реакцию со стороны нормальных тканей, но и более или менее значительные повреждения поверхностных тканей вследствие неизбежного чрезмерного облучения их. Кроме того, анатомическое положение шейки матки таково, что могут быть повреждены не только близлежащие ткани (слизистая оболочка влагалища), но и соседние органы (мочевой пузырь и прямая кишка). Слизистая оболочка влагалища и влагалищной части шейки матки (если последняя не вся поражена опухолью) реагирует возникновением так называемого радиевого эпителиита, характеризующегося слущиванием поверхностных слоев эпителия, резкой краснотой и отеком тканей, легко кровоточащих при малейшей травме. Нередко на этих местах появляются участки с поверхностным изъязвлением, вызываемым вследствие раздражения обнаженных нервных окончаний болезненными ощущениями, особенно при исследовании и введении заркал. Те места, где эпителий не слущен, представляются покрытыми белесоватым налетом (поверхностный радиевый некроз слизистой оболочки). По прекращении лечения указанные явления исчезают в течение ближайших 4—6 недель путем рубцевания и эпителизации, но легкая ранимость этих участков остается обычно надолго.

Гораздо опаснее более глубокие повреждения тканей—так называемые радиевые некрозы, иногда неправильно называемые «ожогами». Чаще всего они являются результатом неправильной аппликации радия, слабой фильтрации и недостаточного дистанцирования; реже причиной их бывает чрезмерно повышенная чувствительность тканей к радию. Влияет, конечно, и ряд общих и местных факторов, как-то: ослабленное состояние организма, пониженная сопротивляемость, инфекционный процесс и т. п. Сравнительно часто некрозы наблюдаются при повторном лечении радием. В таких случаях приходится наблюдать глубокие некротические язвы с бледносерым или зеленоватым налетом, с инфильтрацией подлежащей ткани. Часто язва представляется покрытой волокнистой некротической тканью. Отделяемое язвы гнойное, с запахом вследствие присоединившейся вторичной инфекции. Исследование обычно резко болезненно. Заживают такие язвы очень медленно, иногда в течение нескольких месяцев и даже лет. Нередко после заживления они рецидивируют.

Те или иные лечебные мероприятия обычно не дают эффекта. Лучшее всего в таких случаях применять нераздражающие спринцевания (настой ромашки) и вливания вазелинового масла.

Возникновение «ожогов» кожи рентгеновыми лучами обусловлено теми же причинами, что и при радиевой терапии (передозировка, погрешность в технике, повышенная чувствительность тканей). Особенно predisполагают кожу к такого рода повреждениям различные кожные заболевания, локализующиеся на участках, подлежащих облучению, как-то: различные дерматиты, экзема, опрелость, фурункулез и т. п.

Иногда некрозы кожи и слизистых оболочек появляются через несколько месяцев и даже лет после применения радия или рентгеновых лучей—это так называемые поздние некрозы. Нам пришлось наблюдать одну больную, у которой такой «ожог» появился в области вертлужного бугра через 10 лет после однократно произведенного рентгеновского облучения области таза по поводу рака шейки матки. К поздним повреждениям нужно отнести также хронический индуративный отек, который иногда наблюдается при рентгеновском облучении области таза. Чаще всего такой отек образуется в области ягодиц, реже—на передней брюшной стенке.

В области облученного участка появляется плотный отек кожи и подкожной клетчатки, вызывающий у больных ряд неприятных субъективных ощущений (тянущие боли, онемение, затруднение при движении). Большинство клиницистов связывает это осложнение с повреждением кровеносных и лимфатических сосудов кожи и подкожножировой клетчатки. В легких случаях отек обычно держится несколько недель (а иногда и месяцев), а затем постепенно исчезает. На этих местах в дальнейшем кожа обычно атрофируется, в тяжелых же случаях развиваются глубокие некротические язвы.

Для лечения поздних некрозов предложено много всевозможных средств, эффективность которых, к сожалению, невелика. Применяют для очистки некротической язвы слабые разведения дезинфицирующих растворов (риванол 1:1000, 10% раствор метиленовой синьки), раздражающие мазевые повязки (вазелиновое масло, рыбий жир). Рекомендуются тепловые процедуры (водяные и световые ванны, кварцевая лампа, соллюкс).

Заживают поздние некрозы очень медленно. Если консервативное лечение не приводит к цели, прибегают к оперативному лечению—иссечению язвы в пределах здоровых тканей с последующей кожной пластикой.

Принимая во внимание, что терапия уже образовавшихся некрозов чрезвычайно трудна, необходимо соблюдать ряд мероприятий, направленных к профилактике этих осложнений.

Правильная организация и постоянный контроль за аппаратурой устраняют случайные технические ошибки. Особого внимания требует контроль за правильным применением фильтров. При радиевой терапии необходимо прочно фиксировать препараты радия и защищать соседние ткани и органы (мочевой пузырь и прямая кишка), применяя добавочные фильтры и тампонаду с целью максимального дистанцирования.

В тех же целях контроля при многопольном облучении должна быть установлена определенная последовательность облучения, которой и следует всегда придерживаться. Само собой понятно, что это правило может касаться только трафаретных методов облучения. Наконец, облучение каждого поля с указанием всех условий, при которых облучение производилось, и полученная доза заносится врачом в историю болезни и в особую карточку. Кроме того, рентгентехник отмечает те же данные в своем журнале отпущенных процедур.

Необходимо предупредить больную, что места, подвергавшиеся рентгеновскому облучению, следует оберегать от раздражения (жесткие

губки при мытье, тугие пояса, раздражающие мази, солнечные ванны и т. п.). В целях профилактики некрозов слизистой оболочки влагалища не следует применять спринцевания с сулемой, иодом, а также всякого рода раздражающие смазывания и присыпки, особенно с примесью металлических соединений.

Осложнения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки

При радиевой терапии рака шейки матки и влагалища довольно часто наблюдаются осложнения со стороны мочевого пузыря. Однако при нашей методике радиевой терапии тяжелые осложнения такого рода наблюдаются чрезвычайно редко. Обычно нам приходится наблюдать легкие расстройства мочеиспускания. Чаще всего во второй половине лечения радием, т. е. когда больная получит примерно половину дозы, приходится слышать жалобы на учащенное мочеиспускание, позывы на него, редко к ним присоединяются болевые ощущения в конце мочеиспускания. Почти как правило, в течение 2—3 дней в период отдыха больной от радиевых процедур все эти явления исчезают без всякого лечения. Иногда после укладки радия больная не может самостоятельно мочиться и мочу приходится выпускать катетером. Это может зависеть от двух причин: или больная не умеет мочиться лежа, или при фиксации радия слишком туго затампонировано влагалище, сдавливая уретру. Вторая причина легко устраняема; чтобы устранить первую, больную нужно заставить научиться мочиться лежа.

Различные по силе и продолжительности циститы также наблюдаются в качестве осложнений при лечении рака шейки матки как радием, так и рентгеновыми лучами. Лечение циститов проводится обычно принятыми способами.

Осложнения со стороны прямой кишки протекают в форме легких ректитов, сопровождающихся позывами на дефекацию, тенезмами. В более тяжелых случаях присоединяется понос, иногда геморрагический. Все эти явления могут сопровождаться болевыми ощущениями различной интенсивности. В легких случаях все явления проходят в течение 2—3 дней без всякого лечения. В более тяжелых случаях показано применение наркотических средств (опий, белладонна), теплых масляных клизм, внутрь 0,5 г *Calcii carbonici* (3—4 раза в день).

К тяжелым осложнениям относятся также некрозы и свищи. Это обычно поздние осложнения, появляющиеся через несколько недель, а иногда и через несколько лет. Чаще всего они бывают результатом технических погрешностей в применении лучистой энергии, как-то: неправильная аппликация, недостаточная фильтрация, передозировка. Обычно такие осложнения, как некроз стенок мочевого пузыря и прямой кишки с образованием свищей, наблюдаются в тех случаях, когда лучевую терапию не следовало бы применять, т. е. когда в опухолевый процесс были вовлечены мочевой пузырь или прямая кишка, но, несмотря на это, проводилась лучевая терапия. В этих случаях больная остается неизлеченной, а к имевшимся уже страданиям присоединяются новые, вызванные образованием свищей.

Некротические язвы слизистой мочевого пузыря и прямой кишки в связи с усовершенствованием техники применения радия и рентгеновых лучей встречаются теперь редко. Поздние язвы прямой кишки наблюдаются значительно чаще язв мочевого пузыря.

Язвы прямой кишки, обусловленные радием, легко обнаруживаются при ректальном исследовании пальцем, так как чаще всего они располагаются в нижнем отрезке прямой кишки. Внешне они очень напоминают каллезные круглые язвы желудка (воронкообразная форма, валикообразные подрывные края, плотное инфильтрированное основание). Эти язвы сопровождаются кровянистыми выделениями из прямой кишки; воспалительные изменения вокруг них обуславливают болевые ощущения.

Лечение симптоматическое: теплые обволакивающие клизмы (крахмальные или масляные), при болях—наркотики, при запоре—легкие слабительные для уменьшения застойных явлений в тазу.

Профилактика осложнений со стороны мочевого пузыря и прямой кишки имеет очень большое значение. Опорожнение мочевого пузыря и кишечника перед каждым сеансом рентгенотерапии, хорошая фиксация и тампонада для отстранения мочевого пузыря и прямой кишки при укладке радия, правильная дозировка и фильтрация—вот главные моменты, на которые должно быть обращено внимание. При подозрении на вовлечение в опухолевый процесс мочевого пузыря или прямой кишки необходимо произвести цистоскопию и ректоскопию для решения вопроса о целесообразности дальнейшего применения лучевых методов лечения.

Кровотечения

Иногда в процессе лечения радием по мере распада опухоли приходится наблюдать различной интенсивности кровотечения вследствие изъязвления сосудов. Обычно это слабые кровотечения и, чтобы их остановить, достаточно прижигания кровоточащего сосуда наконечником аппарата Пакелена (или диатермическим), тугой тампонадой, внутривенного введения 10 мл 10% раствора хлористого кальция. При очень обильных и упорных кровотечениях, когда указанные мероприятия не дают эффекта, приходится прибегать к более серьезным оперативным вмешательствам—к перевязке кровеносных сосудов таза.

Осложнения инфекционного характера

До недавнего времени главной причиной значительного процента осложнений и непосредственной смертности при лучевом лечении являлась тяжелая септическая инфекция, очень часто гнездящаяся в опухоли.

В процессе лучевого лечения приходится наблюдать ряд осложнений инфекционного характера. Чаще это бывает при лечении радием, реже—при рентгенотерапии.

У ряда больных может наблюдаться кратковременное повышение температуры вследствие всасывания продуктов распада опухоли и задержка выделений, обусловленная тампонадой. В таких случаях после удаления радия температура обычно быстро спадает. Если со стороны придатков, брюшины и клетчатки таза нет местных явлений, то после спадения температуры лечение радием можно продолжить.

К инфекционным осложнениям, носящим местный характер, нужно отнести образование пиометры. Чаще всего это осложнение наблюдается после расширения цервикального канала и обусловлено внесением инфекции в полость матки, которая и при раке шейки матки обычно не содержит микробов (Г. Н. Яропольская). Образование пиометры чаще всего сопровождается повышением температуры. Уже при извлечении радия в таких случаях обращает на себя внимание большое количество выделе-

ний. Если отток выделений хороший, то температура обычно быстро падает. При задержке выделений в полости матки температура повышается и появляются спазматические боли в области матки. Наличие пиометры осложняет дальнейшее лечение радием. Дело в том, что если ждать ее ликвидации, то это может затянуться на очень продолжительное время. Опыт показывает, что лечение радием можно часто продолжать и при наличии пиометры. Мы обычно поступаем следующим образом. Больную ежедневно берут в перевязочную; после введения зеркал влагалище промывают раствором риванола 1:1000, проверяют проходимость цервикального канала зондом или сложенным длинным анатомическим пинцетом. Обычно если цервикальный канал закрывается, то после введения в него того или иного инструмента полость матки сразу опорожняется от гноя. В благоприятно протекающих случаях достаточно бывает применять такие манипуляции в течении 3—4 дней, чтобы пиометра ликвидировалась. Если сток выделений плох вследствие быстрого спадения стенок и закрытия цервикального канала, то целесообразно вставить дренаж из толстой резины. Промывания полости матки антисептическими растворами, рекомендуемые некоторыми клиницистами, мы не применяем, как и стеклянные дренажи. Во всех случаях пиометры показано применение антибиотиков.

Если нет признаков распространения инфекции за пределы матки, то по истечении 3—4 дней, когда количество выделений уменьшится, мы продолжаем лечение радием. Наш опыт в этом отношении показывает, что в таких случаях целесообразно применять эндоцервикально массивные дозы радия. Мы вводили 60—70 мг радия на 24 часа и неоднократно наблюдали, что при этом пиометра ликвидируется быстрее. Само собой разумеется, что распространение инфекции за пределы матки является противопоказанием к применению радия и рентгенотерапии.

Лечение осложнений со стороны придатков матки, клетчатки и брюшины проводится обычными методами, принятыми в гинекологической клинике. Все внимание должно быть направлено на их профилактику, сводящуюся к учету анамнестических данных (перенесенные воспалительные процессы половых органов), выбору соответствующего метода лечения и последовательности лучевых методов, тщательному обследованию больных до начала лечения с целью учета сопутствующих заболеваний и осложнений, ликвидации инфекции в опухоли. Бережное обращение с больной при исследовании инструментами (расширение шейки матки), чтобы достичь наименьшей травматизации опухоли, необходимый перерыв в лечении, удаление радия при все повышающейся температуре и при наличии симптомов, указывающих на распространение инфекции, — все это в значительной мере может предупредить или во всяком случае ослабить возникающие осложнения. При развитии указанных осложнений дальнейшее лечение радием и рентгеновыми лучами противопоказано во избежание генерализации инфекции.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

С т а т и с т и к а. Не касаясь спорного и до настоящего времени вопроса о росте раковых заболеваний, необходимо отметить, что у нас пока нет оснований говорить об учащении рака шейки матки вообще, а равно и об увеличении заболеваемости раком шейки матки более молодых женщин, т. е. о так называемом «омоложении» рака. В частности, в Ленинграде

на основании официальных статистических данных за последние годы заболеваемость раком матки снизилась.

Если по материалам С. А. Новосельского в период с 1901 по 1910 г. смертность от рака матки на 100 000 населения Ленинграда составляла 25,9, а за 1925—1929 гг. —24,7, то уже в предвоенные годы эти цифры снизились по крайней мере в полтора раза.

Это можно объяснить, с одной стороны, ростом онкологической сети и увеличением обращаемости больных в более ранних стадиях болезни, а с другой—усовершенствованием методов лечения.

На основании данных большинства статистик заболеваемость раком матки по отношению к другим локализациям рака стоит на втором месте (на первом—рак желудочно-кишечного тракта).

Относительно того, какое место занимает рак шейки матки среди остальных локализаций рака половых органов, имеется очень большое количество статистик, которые все без исключения показывают, что в подавляющем большинстве случаев имеется рак именно шейки матки.

По материалам нашего института частота рака гениталий по локализациям в отдельных органах такова.

Локализация опухоли	Процент больных
Шейка матки	83
Тело матки	5
Придатки матки	7
Влагалище	3
Вульва	2

Статистика заболеваемости выявляет также неоспоримый факт нарастания числа раковых заболеваний матки в связи со старением женского организма. Наибольшее число заболеваний раком шейки матки отмечается у женщин в возрасте от 40 до 60 лет; этот срок фигурирует во всех статистиках Европы и Америки.

Подводя итоги сказанному, необходимо признать, что рак матки является одной из наиболее частых локализаций рака вообще.

РАСПОЗНАВАНИЕ

Успехи, достигнутые в лечении больных раком шейки матки в результате усовершенствования методов лечения лучистой энергией, а также развития техники оперативного лечения в сочетании с применением радия и рентгеновых лучей, позволяют утверждать, что заболевание раком шейки матки излечимо, если уже в начале заболевания будет проводиться радикальное лечение. Если еще и в настоящее время большое количество больных погибает, несмотря на лечение, то происходит это потому, что значительное число их приступает к лечению уже в запущенных стадиях болезни. Таким образом, эффективность лечения всецело зависит от раннего распознавания болезни. Поэтому ранняя диагностика заболевания в проблеме противораковой борьбы имеет очень большое значение и зависит как от больной, так и от врача; больная должна своевременно обращаться к врачу и выполнять все его предписания, а врач—правильно диагностировать самые начальные стадии заболевания и своевременно направлять больную на лечение. Поведение больной зависит прежде всего от наличия тех или иных симптомов заболевания, от правильного истолкования тех ненормальных явлений со стороны половых органов, которые появились у больной, от наблюдательности больной, от отношения ее к своему здоровью (беспечность, недооценка опасности вследствие малой осведомленности и т. п.).

В учебниках и руководствах обычно описывается классическая триада симптомов рака шейки матки: б е л и, к р о в о т е ч е н и я, б о л и. Мы не можем, однако, согласиться, что кровотечения и бели, как это нередко указывается, являются симптомами н а ч и н а ю щ е г о с я р а к а. Не отрицая, что при вполне развившейся опухоли (нередко перешедшей уже в запущенную стадию) обычно имеется один из этих симптомов или та или иная их комбинация, мы все же считаем необходимым подчеркнуть, что разница между н а ч и н а ю щ е й с я карциномой и уже р а з в и в ш е й с я слишком велика, чтобы их можно было отождествлять.

Эта установка на определенные симптомы владеет умами не только врачей, но и значительной части женщин, получивших эти сведения из популярной литературы и лекций; вследствие этого больная часто запускает болезнь, а врач в поисках этих симптомов пропускает действительно начальные стадии болезни.

Следует всегда помнить, что в н а ч а л е рак шейки матки в абсолютном большинстве случаев не дает никаких симптомов, а такие симптомы, как бели, кровотечения того или иного вида и боли, во-первых, являются симптомами не только рака, но и ряда других заболеваний половых органов, а во-вторых, что их появление при раке указывает на уже далеко зашедший процесс.

Приступая к описанию этих симптомов (бели, кровотечения, боли), считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что хотя они и являются характерными признаками развившегося рака шейки матки, но, к сожалению, слишком поздними для того, чтобы иметь диагностическую ценность в смысле р а н н е г о распознавания болезни. Эти симптомы—не больше как сигнал к тщательному обследованию больной для установления с т е п е н и з а п у щ е н н о с т и ракового процесса. Ясно выраженные симптомы появляются, когда раковая опухоль начинает уже распадаться. Если опухоль начинает распадаться рано, в начальных стадиях своего развития, то рано появляются и те или иные симптомы; в тех же случаях, когда она долго не распадается, симптомы обычно отсутствуют, хотя опухоль широко распространилась.

Бели могут быть различного характера: водянистые, окрашенные кровью, без запаха или зловонные. Появление их обусловлено вскрытием межтканевых лимфатических щелей и лимфатических сосудов при отторжении некротизировавшихся частей опухоли. Задержка этих выделений во влагалище и присоединяющаяся инфекция способствуют возникновению запаха. Примесь крови придает им характерный вид мясных помоев. Гнойные бели не характерны для рака шейки матки.

Кровотечения могут иметь характер небольших кровянистых выделений, однократных или многократных обильных кровотечений или же бывают связаны с различными расстройствами менструального цикла. Очень характерны для рака шейки матки так называемые контактные кровотечения, появляющиеся вследствие местной, даже очень легкой травмы (спринцевание, половые сношения, твердый стул, тряская езда, напряжение при подъеме тяжести, внутреннее исследование пальцем или зеркалом и т. п.). Эти кровотечения появляются в результате разрыва поверхностных мелких сосудов опухоли, стенки которых очень тонки, хрупки, воспалительно изменены и местами некротизированы. Для женщин, находящихся в периоде менопаузы, появление крови из половых органов в большом проценте случаев указывает на развитие злокачественной опухоли.

Локализация и характер болей различны. Чаще всего приходится слышать жалобы на боли в пояснице, в крестце, внизу живота и в прямой кишке. Для запущенных случаев характерны боли в бедре (чаще в левом), обусловливаемые инфильтратами у стенки таза, которые, как известно, чаще наблюдаются с левой стороны. Нужно всегда помнить, что боль является поздним признаком, указывающим на вовлечение в процесс лимфатических узлов и клетчатки таза, с образованием инфильтратов, сдавливающих нервные стволы и нервные сплетения таза.

Резюмируя сказанное о банальных симптомах развившегося рака шейки матки, необходимо отметить, что они обращают на себя внимание своим упорством, длительностью или во всяком случае частой повторяемостью. Появление симптомов со стороны мочевого пузыря и прямой кишки также обычно служит указанием на запущенность болезни.

При распространении опухоли на мочевой пузырь больные вначале отмечают частые позывы и учащенное мочеиспускание. В тех случаях, когда имеется значительная инфильтрация стенки мочевого пузыря или фиксация ее к опухоли, распространившейся с шейки матки на переднюю стенку влагалища и предпузырную клетчатку, растяжимость и емкость мочевого пузыря еще больше нарушаются. Мочевой пузырь полностью не опорожняется (остаточная моча), на этой почве нередко развиваются упорные циститы, причиняющие большой новый страдания.

Прорастание стенки мочевого пузыря раковой опухолью ведет к образованию свища, а сдавление мочеточников раковыми инфильтратами — к задержке мочи, развитию явлений со стороны почек (гидро- и пионефроз) и, наконец, к уремии.

В запущенных случаях наблюдается также ряд расстройств со стороны кишечника. Чаще всего приходится слышать жалобы на запоры. Длительное пребывание в постели, сопутствующие воспалительные процессы (весьма частый спутник растущей карциномы), нарушение питания, боязнь усиления болей при дефекации, нарушение перистальтики прямой кишки вследствие инфильтрации ее стенки или фиксации ее к опухоли, — все это способствует развитию атонии кишечника и возникновению запоров. Прорастание опухоли в кишку вызывает сначала появление крови в стуле, а затем образование свища.

К а х е к с и я для рака шейки матки не характерна или появляется поздно (в далеко зашедших стадиях болезни) и вызывается, повидимому, упадком питания и нарушением общего обмена в организме, а также интоксикацией продуктами распада опухоли и почти всегда сопутствующей инфекцией. Диагностика уже развившегося рака шейки матки не трудна. Трудно диагностировать только действительно начальные случаи, когда на шейке матки еще нет явно выраженных опухолевых образований, а имеется или подозрительная эрозия, или ограниченная инфильтрация ткани (уплотнение). В сущности говоря, трудности диагностики заключаются лишь в том, что такая больная нуждается в более детальном исследовании, в производстве биопсии и во всяком случае во взятии на учет для систематического наблюдения.

Если придерживаться принципа, что ни одна больная с подозрением на рак не может быть отпущена из-под наблюдения до тех пор, пока это подозрение не будет исключено или подтверждено, то своевременная и действительно ранняя диагностика для больной будет обеспечена.

Уже тщательно и умело собранный анем не может дать достаточные основания для того, чтобы заподозрить рак.

Совершенно недопустимо назначать то или иное лечение (кашли, спринцевания) на основании анамнестических указаний больной на наличие тех или иных симптомов (кровянистые выделения, бели) без детального ее обследования. К сожалению, до сих пор приходится наблюдать такие случаи.

Когда рак шейки матки находится в периоде полного развития, в л а г а л и щ н о е и с с л е д о в а н и е в большинстве случаев обеспечивает достаточную уверенность в диагнозе. Характерная плотность и утрата эластичности ткани при некотором опыте отчетливо ощущаются исследующим пальцем. В целях наименьшей травматизации опухоли мы настоятельно рекомендуем производить влагалитное исследование одним указательным пальцем.

Прежде всего определяют форму опухоли, которая может быть весьма различной. Принято различать экз о ф и т н у ю, э н д о ф и т н у ю и с м е ш а н н у ю форму. Некоторые выделяют особо кратерообразную, или язвенную, форму. При экзофитной форме определяются плотные крупно- или мелкобугристые образования, занимающие всю влагалитную часть шейки матки или часть ее, в зависимости от распространения процесса. Однако нужно иметь в виду, что эти разрастания могут быть рыхлыми и поверхностными. При эндофитной форме шейка матки представляется разбухшей, плотной, неэластичной, но поверхность ее совершенно гладкая, если слизистая оболочка не изъязвлена. При этой форме подвижность шейки обычно ограничена вследствие быстрого вовлечения в процесс влагалитных сводов, которые в таких случаях представляются инфильтрированными, пергаментно-плотными и малоподатливыми. Часто приходится встречаться со смешанными формами, когда, наряду с экзофитным ростом, наблюдается инфильтрация в глубину шейки. Наконец, шейка матки может быть совершенно разрушена опухолью и на ее месте возникает кратерообразная язва, окруженная плотными хрупкими краями инфильтрированных и частью разрушенных сводов. Иногда бывает разрушена только часть шейки и часть того или другого свода также с образованием кратерообразной язвы, идущей в глубину параметрия. Такие очевидные формы характерны для рака, уже длительно существующего. Как правило, исследование в таких случаях сопровождается кровотечением той или иной степени в результате травмы опухоли исследующим пальцем.

В начальных стадиях рака, наблюдать которые, к сожалению, приходится очень редко, картина не так отчетлива. Правда, ограниченная инфильтрация (затверждение) в том или ином месте шейки матки (чаще всего в окружности наружного маточного зева) обычно имеется и в этих стадиях, но данные бимануального исследования не отчетливы, и полагаться на них нельзя. Данные исследования становятся еще более неопределенными, когда рак развивается в толще шейки матки со стороны цервикального канала. Только при обширном эктропионе, при зияющем цервикальном канале удается иногда прощупать затверждение в одной из губ в форме плотного, без ясных границ инфильтрата или в форме плотной вышуклости. В таких случаях определяется своеобразная ригидность шейки.

Сиредей (Siredey) обращает внимание на то, что в таких случаях шейка представляется одеревенелой, она утрачивает свою гибкость, эластичность; при попытке согнуть ее между пальцами наружной и внутренней руки обычно появляется кровь. Этому «признаку Сиредея» многие придают большое диагностическое значение. Однако мы не можем рекомендовать пользоваться этим приемом, так как в сущности это умышленная травма опухоли, что всегда чревато последствиями. Если при дву-

ручном исследовании (при отсутствии видимой при помощи зеркал опухоли на влагалищной части шейки матки) на пальце остается кровь, то это указывает на необходимость дальнейшего обследования больной и, в частности, пробного выскабливания.

Двуручное влагалищное исследование заканчивается ощупыванием стенок влагалища, определением подвижности матки, состояния придатков, околоматочной клетчатки и области близлежащих органов—мочевого пузыря и прямой кишки.

Полагаться на данные только двуручного влагалищного исследования никогда не следует, особенно если шейка матки на ощупь представляется неизменной. Каждая больная, явившаяся на гинекологический осмотр по тому или иному поводу, должна быть осмотрена при помощи зеркал. При подозрении на рак шейки матки мы рекомендуем производить осмотр с помощью зеркал до двуручного исследования. Дело в том, что после такого исследования у больных, почти как правило, появляется кровотечение, что очень затрудняет последующий осмотр шейки с помощью зеркал. По тем же соображениям мы не рекомендуем пользоваться для осмотра раздвижными зеркалами (типа Куско), так как раздвижение ложек такого зеркала, введенного во влагалище «вслепую», неминуемо влечет за собой травмирование опухоли и появление кровотечения. Нужно также всегда помнить, что травмирование опухоли опасно как в смысле ее инфицирования, так и в смысле метастазирования. Только медленно и осторожно вводя ложкообразные зеркала и подъемник, можно хорошо осмотреть шейку и избежать травмы опухоли.

Вид раковой опухоли на шейке матки крайне разнообразен. При экзофитной форме опухоли она имеет вид крупно- или мелкобугристых разрастаний (отдаленно напоминающих цветную капусту), иногда выполняющих весь купол влагалища, часто бывает покрыта темными корками (участки омертвения и распада опухоли). При прикосновении зондом, пинцетом, иногда даже ватным шариком появляется кровотечение. При эндофитных формах шейки матки представляется раздутой, плотной, покрытой слизистой оболочкой темнобагрового цвета. Нередко на поверхности слизистой оболочки отчетливо видна сеть мелких, поверхностно расположенных кровеносных сосудов, также легко кровоточащих при дотрагивании инструментами. Края введенного зеркала оставляют следы давления на инфильтрированной ткани. Местами слизистая бывает изъязвлена или покрыта участками омертвевшей ткани. При распаде опухоли с отторжением опухолевых масс шейка представляется частично или полностью разрушенной, причем образуется глубокая язва с неправильными изрытыми краями и бугристым дном. Дно язвы покрыто обычно грязно-серым налетом. Отделяемое таких язв имеет вид мутной серозной жидкости. Малейшее травмирование такой язвы вызывает кровотечение. При развитии опухоли в цервикальном канале, особенно на некотором расстоянии от наружного зева, влагалищная часть шейки матки может иметь нормальный внешний вид. Введение зонда в цервикальный канал обычно вызывает кровоточивость пораженного участка.

Значительно большие трудности встречаются при диагностике начальных случаев рака. Исследование при помощи зеркал в этих случаях особенно ценно, так как позволяет наблюдать бесконечное разнообразие проявлений начальных стадий рака. Будет ли новообразование иметь вид эрозии, выделяющейся своей краснотой на бледнорозовом фоне нормальной слизистой оболочки, узловых или папиллярных разрастаний, небольших вышуклостей, покрытых нормальной на вид, слегка циано-

тичной слизистой,—для всех этих случаев характерно ясно выраженное уплотнение, инфильтрация ткани, утрата эластичности, хрупкость ткани и сосудов, выражающаяся в легкой кровоточивости при малейшей травме. Нужно всегда помнить, что по внешнему виду начальные формы рака очень часто отличаются от описываемых как характерные для ракового новообразования.

Чем чаще врач будет думать о возможности рака, тем меньше начальных стадий болезни он пропустит. Во всех сомнительных случаях необходимо производить биопсию. Влагалищное исследование, как и исследование при помощи зеркал, следует производить чрезвычайно осторожно, чтобы возможно меньше травмировать опухоль.

Чтобы составить суждение о распространении опухолевого процесса, надо обязательно производить ректально-брюшинное и о ч н о е и с с л е д о в а н и е. К сожалению, им пользуются редко, а отсюда ошибки в определении стадии заболевания, а следовательно, и в выборе метода лечения. Только путем ректального исследования можно определить состояние крестцово-маточных связок, степень инфильтрации параметриев, вовлечение прямой кишки в опухолевый процесс (фиксация кишки к опухоли, инфильтрация стенок, подвижность слизистой). Кроме того, этот метод менее травматичен для опухоли, менее опасен в смысле занесения инфекции. Указанные преимущества этого способа заставляют рекомендовать его при обследовании больных с опухолями.

Кроме упомянутых, могут быть применены следующие диагностические методы: проба Шиллера, цистоскопия, исследование влагалищных мазков, кольпоскопия, биопсия.

Шиллер (Schiller) в 1926 г. предложил пробу с люголевским раствором. Проба производится таким образом: обильно смоченный в растворе Люголя ватный шарик прикладывают к влагалищной части шейки матки, обнаженной ложкообразными зеркалами. Через полминуты ватный шарик удаляют и заменяют новым. Иногда эту процедуру приходится повторять и три раза, если слизистая оболочка плохо воспринимает окраску. Нормальный эпителий слизистой оболочки окрашивается в темнобурый цвет, а воспалительно измененный—в желтый цвет, при этом переход от светлых тонов к темным нормального эпителия совершается постепенно. Заживающая эрозия, слизистая цервикального канала, которые содержат мало гликогена, не воспринимают иодистой окраски, как и эктропион слизистой цервикального канала, мягкая, бархатистая поверхность которого сохраняет после окраски темнокрасный цвет. Карциноматозный эпителий, лейкоплакии и гиперкератоз не воспринимают краски и имеют вид бледных пятен на темнокоричневом (буром) фоне, при этом граница между нормальной окраской и неокрашенными участками очень резко очерчена. Иоднегативные участки, говорящие о патологическом состоянии эпителия, следует тщательно исследовать, чтобы исключить начинающуюся карциному. Необходимо отметить, что очень полезно эту пробу сделать перед биопсией с целью выбрать более подходящее место для вырезывания кусочков, которые всегда следует брать из иоднегативных участков.

Известное диагностическое значение имеет также ц и с т о с к о п и я. Е. Н. Петрова и М. Н. Побединский придают этому методу исследования большое значение при неоперабельном раке шейки матки в смысле установления степени распространения ракового процесса по направлению к мочевому пузырю, при выборе методики лучевой терапии и, наконец, для контроля в процессе лечения лучистой энергией. З. В. Файнштейн

и С. Л. Билинкис считают, что цистоскопия очень важна для решения вопроса об операбельности. Этой же точки зрения придерживается А. В. Хохлов. Мы также охотно пользуемся этим методом, если к тому имеются показания. Следует учитывать, что распространение опухоли на мочевой пузырь в незапущенных случаях наблюдается сравнительно редко. Особенно важно производить цистоскопию, когда возникает вопрос об оперативном пособии (расширенной экстирпации матки) после предварительно проведенной лучевой терапии.

В последние годы с целью диагностики рака матки широко рекомендуют исследование мазков из влагалищных выделений. В мазках путем такого рода исследований могут быть обнаружены подозрительные на рак комплексы клеток. Метод исследования влагалищных мазков основывается на том, что с поверхности опухоли непрерывно отторгаются клетки, которые, смешиваясь с влагалищным секретом, скопляются в заднем своде влагалища. Хотя попрежнему остается справедливым положение, что опухолевые клетки не имеют таких специфических морфологических признаков, которые позволяли бы безошибочно ставить диагноз рака, тем не менее цитологическое изучение влагалищных мазков позволяет заподозрить наличие злокачественных опухолей. К признакам, которые дают основание заподозрить наличие опухоли, относятся следующие: полиморфизм клеток и ядер (наличие крупных клеток с большими хроматическими ядрами), ядра различной величины и формы, неравномерность величины клеток и ядер, наличие большого количества митозов. Особенно важно тщательно исследовать крупные комочки из выделений, состоящие обычно из больших групп опухолевых клеток. Нахождение таких характерных групп опухолевых клеток дает больше оснований для правильного диагноза. К преимуществам этого метода следует отнести также и то, что исследуемый материал получается со всей поверхности органа (полость матки, цервикальный канал, влагалищная часть шейки матки), в то время как эксцизионная биопсия дает гистологическую характеристику только взятого кусочка. Кроме того, взятие мазков можно производить неограниченное число раз, не нанося травмы больной. Техника взятия материала для мазков и исследование их гораздо проще и быстрее, чем приготовление гистологических препаратов. Однако нужно иметь в виду, что по степени достоверности исследование вагинальных мазков не может заменить биопсию. Существуют следующие методы приготовления влагалищных мазков.

Аспирационная биопсия. Вначале для диагностирования рака шейки матки мазки делали из ее отделяемого, скапливающегося в заднем своде влагалища. Для этого отделяемое получали путем аспирации содержимого из заднего свода стеклянной трубкой, на которую насажен резиновый баллон. Для получения отделяемого из полости матки (в целях диагностики рака тела матки) пользуются подобной же трубкой, вводимой в канал шейки матки, но меньшего диаметра и слегка изогнутой (угол между телом и шейкой матки при нормальной антефлексии, открытый спереди, равен приблизительно 100°).

Метод получения отпечатков. Для получения мазков-отпечатков к шейке матки прикладывают маленькое предметное стекло, которое захватывают пинцетом; материалом для исследования является приставшее к поверхности такого стекла отделяемое шейки матки.

Метод получения соскобов. Для диагностики рака шейки матки мы применяем метод приготовления мазков путем взятия отделяемого с поверхности шейки матки тупым металлическим чппателем,

собирая таким образом на шпатель отделяемое пораженного участка путем поверхностного соскоба.

Техника приготовления препарата проста. Предметные стекла, на которые наносят отделяемое, предварительно обрабатывают яичным белком, смешанным с глицерином, как это делают и для приготовления гистологических препаратов. Каплю отделяемого размазывают на стекле ребром покровного стеклышка и как можно скорее (высыхание препарата денатурирует клетки, изменяя их вид и структуру) помещают препарат в фиксирующую жидкость; фиксатором служит смесь 96° спирта с эфиром (1:1). Метод окраски препаратов специальными патентованными красками по Папаниколау, широко рекламируемый в ряде стран, был проверен у нас в клинике. Мы пришли к заключению, что никаких существенных преимуществ перед простой окраской гематоксилином он не имеет. При окраске гематоксилином жидкостью, фиксирующей мазок, является формалиновый спирт (1 часть 40% раствора формалина и 3 части 70° спирта).

Оригинальную методику предложили А. Я. Альтгаузен, Г. Л. Дерман и О. М. Носалевич, рекомендуя микроскопическое исследование неокрашенных выделений (нативные препараты) из пораженных очагов шейки матки.

В мазках из маточных выделений при раке часто обнаруживаются не только отдельные клетки, дающие повод заподозрить злокачественную опухоль, но и характерные группировки таких клеток, что является самым главным для диагностики. В мазке отчетливее можно произвести оценку клеточного и особенно ядерного полиморфизма, соотношения между ядром и цитоплазмой, структуры ядра, размеров ядрышек и т. п.

Путем систематического исследования влагалищных мазков нередко обнаруживаются самые начальные стадии злокачественного роста — рак *in situ* или рак без инвазии, когда очаг опухоли ограничивается только эпителиальным пластом, не проникая в подлежащую ткань.

К о л ь п о с к о п и я. Стремление распознать начальные формы рака, когда на влагалищной части шейки матки невооруженным глазом еще нельзя увидеть опухоль, привело к попытке обследовать слизистую оболочку через увеличительную оптическую систему кольпоскопа. Этот прибор позволяет детально осмотреть слизистую оболочку влагалища и влагалищной части шейки матки при увеличении в 10—15 и более раз и выявить места, подозрительные на опухоль. Однако этот метод не получил широкого распространения, так как кольпоскопия требует большого опыта и отнимает много времени, что затрудняет ее широкое применение во время амбулаторных приемов и при профилактических осмотрах женщин. Кроме того, кольпоскопия не исключает необходимости биопсии в подозрительных случаях для установления окончательного диагноза.

На основании литературных данных и собственных наблюдений за ряд лет мы должны признать, что кольпоскопия является подсобным методом диагностики как рака, так и предраковых состояний шейки матки, особенно в сочетании с пробой Шиллера. При помощи этого метода могут быть выявлены более отчетливо подозрительные места, которые подлежат биопсии. Систематическое амбулаторное применение кольпоскопии позволяет выявлять те или иные изменения на шейке матки еще в то время, когда невооруженному глазу она представляется неизменной. В частности, это касается лейкоплакий, которые бывают так малы, что при обычных методах исследования их легко можно пропустить. Тем не менее этого рода изменения на слизистых оболочках половых органов встречаются не так уж редко.

Б и о п с и я. Значение биопсии очень велико и многообразно. Ценность биопсии как диагностического метода несомненна, потому что в начальных стадиях заболевания наличие опухоли в огромном большинстве случаев может быть установлено только микроскопическим исследованием вырезанных кусочков. Этот метод имеет и известное прогностическое значение в смысле оценки злокачественности процесса, степени инфицированности опухоли, реакции окружающей здоровой ткани. Наконец, биопсия необходима для доказательства того, что был излечен именно рак, так как даже в макроскопически явно выраженных случаях рака шейки матки, но микроскопически не подтвержденных, возможны диагностические ошибки.

В Ленинградском онкологическом институте биопсия в подозрительных случаях почти всегда производится амбулаторно. Только при беременности и подозрении на наличие воспалительных процессов в гениталиях мы направляем больных для предварительного обследования и биопсии в стационар.

Все сказанное выше позволяет сделать вывод, что биопсия в случаях, клинически подозрительных на рак, является обязательной. Принимая во внимание, что при биопсии нередко удается обнаружить карциному у больных, клинически не вызывающих подозрения на рак, мы считаем необходимым рекомендовать производство биопсии во всех случаях при длительно не заживающих эрозиях.

В нашу задачу не входит подробное изложение всех деталей гистологической диагностики рака шейки матки. Мы считаем необходимым остановиться лишь на некоторых принципиальных вопросах.

Гистологическая диагностика уже развившегося рака (при технически правильно выполненной биопсии) обычно никаких затруднений не представляет; однако для этого нужен большой опыт, особенно при просмотре препаратов, полученных путем биопсии от больных с начальными формами рака, когда даже опытный патологоанатом иногда требует повторения биопсии.

Все это обязывает каждого клинициста не слепо полагаться на гистологический диагноз, а всегда сопоставлять его с клинической картиной болезни.

Как для опухолей вообще, так и для опухолей шейки матки в частности единственно правильной гистологической классификацией будет построенная на гистогенетическом принципе. Нужно сказать, что фактически этому принципу не удовлетворяет ни одна из предложенных классификаций. Принимая во внимание, что исходным пунктом возникновения карцином шейки матки может быть или эпидермальный эпителий, или мюллеров эпителий, мы считаем правильным при построении классификации разбить карциномы шейки матки по генетическому признаку на две группы, а именно: карциномы эпидермального происхождения и карциномы из мюллерова эпителия.

Построенная на этом принципе классификация представляется нам в следующем виде:

1. Карцинома из эпидермального эпителия; а) рак ороговевающий (рис. 87); б) рак неороговевающий (рис. 88); в) рак низкодифференцированный (рис. 89).

2. Карцинома из мюллерова эпителия: а) аденокарцинома (рис. 90); б) железисто-солидная карцинома (рис. 91).

Как уже указывалось выше, на практике приходится встречать случаи, когда отнести опухоль в ту или иную группу на основании гистоло-

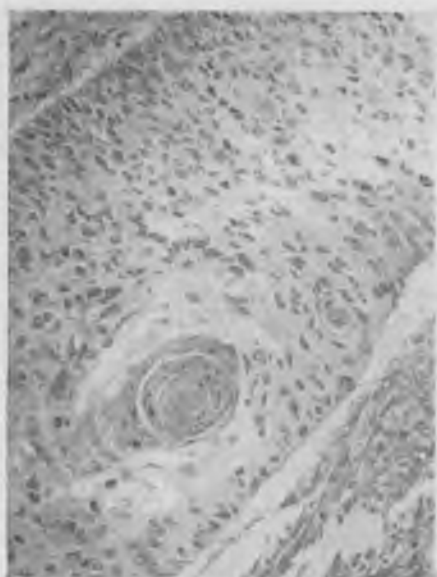


Рис. 87. Плоскоклеточный ороговевающий рак шейки матки.

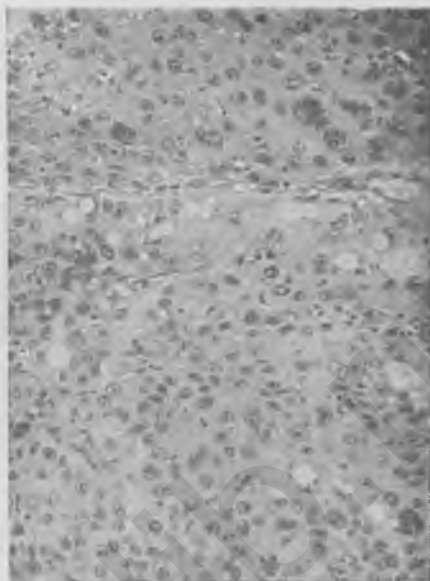


Рис. 88. Плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки.

гической картины весьма затруднительно. Однако несовершенство наших морфологических знаний в настоящий момент не должно, по нашему мнению, служить основанием для отказа от классификации, основанной на генетическом принципе. Повидимому, таких низкодифференцированных раковых опухолей очень мало, и практическое значение их невелико.

По нашему предложению выяснением удельного веса аденогенных раков среди всех раков шейки матки занималась сотрудница нашего института М. Б. Голубицкая.

Изучение структур солидных тканей в аденогенных раках шейки матки и просмотр 1158 препаратов карцином влагалищной части матки показали, что удельный вес аденогенных раков в существующих статистиках следует считать заниженным. По данным М. Б. Голубицкой, соотношение между аденогенными и плоскоклеточными раками шейки матки представляется иным, а именно на долю первых приходится 35% указанных раков, главным образом за счет так называемых вторичносолидных карцином. Это указывает на большую роль мюллера эпителия в генезе солидных раков шейки матки.

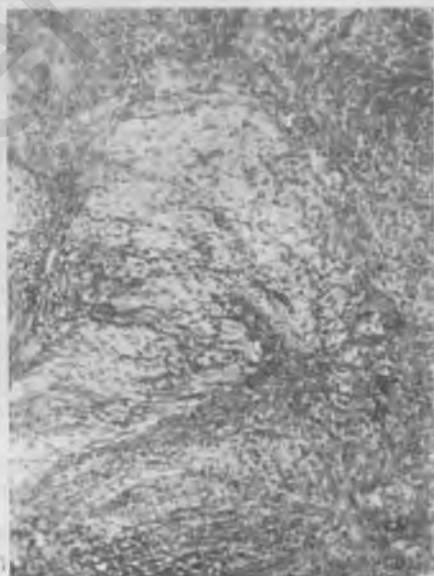


Рис. 89. Низкодифференцированный рак шейки матки.

В последние годы в особую группу стали выделять так называемую интраэпителиальную карциному (карцинома *in situ*), которая характеризуется разрастаниями атипического эпителия в поверхностных слоях без инвазии в подлежащую ткань (рис. 92).

Некоторые классификации рака [например, предложенная Бродерсом (Broders)], построенные на основе изучения гистологической струк-

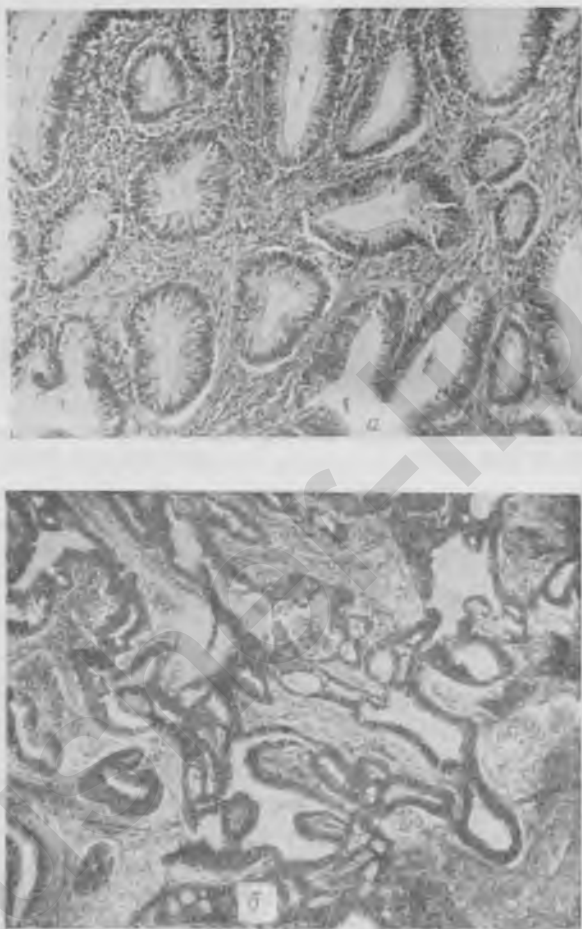


Рис. 90. Аденокарцинома шейки матки.
а—малое увеличение; б—большое увеличение.

туры опухоли, представляют собой попытку определить степень злокачественности процесса. Это, несомненно, имело бы большое значение и в смысле выбора метода терапии и определения степени или индекса злокачественности, но на практике встречает большие затруднения. Имеющиеся по этому вопросу литературные данные показывают чрезвычайное разнообразие мнений, и если одни находят связь между чувствительностью опухоли к лучистой энергии и гистологическим строением опухоли, то другие такую зависимость отрицают. Оценка отдаленных результатов лечения в зависимости от гистологической структуры опухоли также бывает явно противоречивой.

Резюмируя все изложенное, мы должны признать, что гистологическая структура опухоли без учета ряда других особенностей каждой больной не может являться сама по себе прогностическим признаком. Мы еще не имеем верных критериев, позволяющих нам на основании гистологических данных ставить тот или иной прогноз. Какие же объективные критерии тогда мы даем клиницисту для суждения о чувстви-

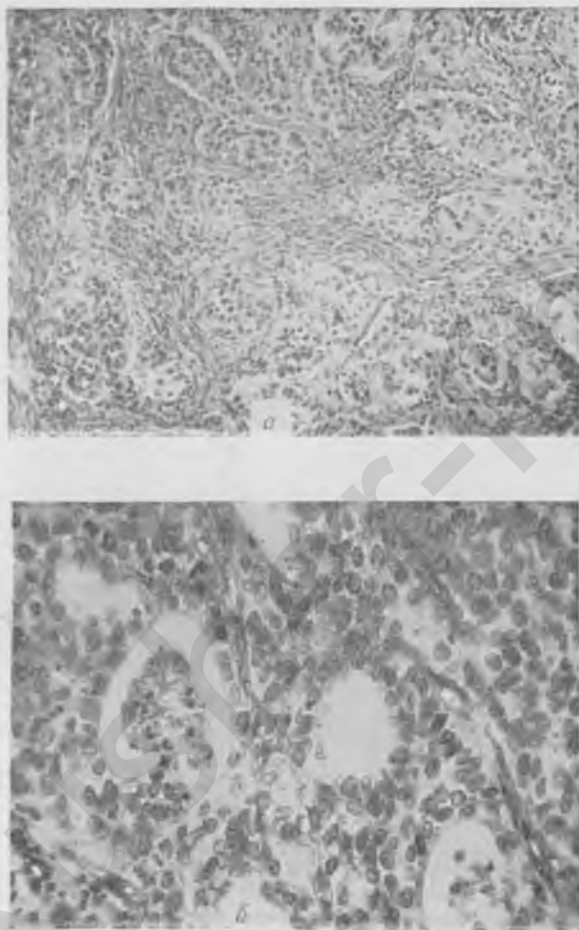


Рис. 91. Железисто-солидный рак шейки матки.
а—малое увеличение; б—большое увеличение.

тельности опухоли к лучистой энергии и в связи с этим о выборе метода лечения, о постановке прогноза в каждом отдельном случае, если мы говорим, что гистологическая структура опухоли этих данных не предоставляет, а формулы и индексы злокачественности не могут вместить все разнообразие клинических данных каждого конкретного случая? Нам кажется, что ответ на этот вопрос прекрасно сформулирован И. Н. Никольским, который пишет, что «полный учет всех этих особенностей пока еще в значительной мере зависит от специального врачебного опыта, который за отсутствием более точных научных положений, к сожалению, и до сего времени имеет хождение наравне с наукой».

Не меньшее значение для клиницистов имеет правильно построенная клинико-анатомическая классификация рака шейки матки, в основу которой кладутся данные объективного исследования больших. В настоящее время такой общепринятой классификацией является классификация, предложенная в 1937 г. радио-

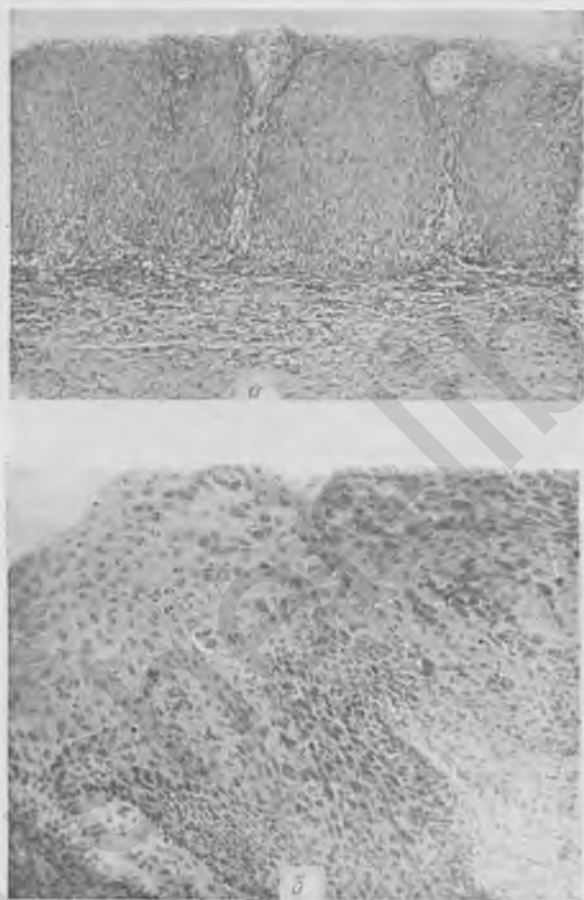


Рис. 92. Интраэпителиальная карцинома шейки матки.

а—малое увеличение; б—большое увеличение.

логической подкомиссией ракового комитета гигиенической секции Лиги наций, согласно которой различают четыре стадии распространения опухолевого процесса.

I стадия (рис. 93). Рак строго ограничен шейкой матки.

II стадия (рис. 94 и 95). 1. Рак инфильтрирует параметрий на одной или на обеих сторонах, не переходя на стенку таза (стадия II—параметральный вариант).

2. Рак инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю треть влагалища (стадия II—влагалищный вариант).

3. Рак эндоцервикальный, переходящий на тело матки (стадия II—маточный вариант).

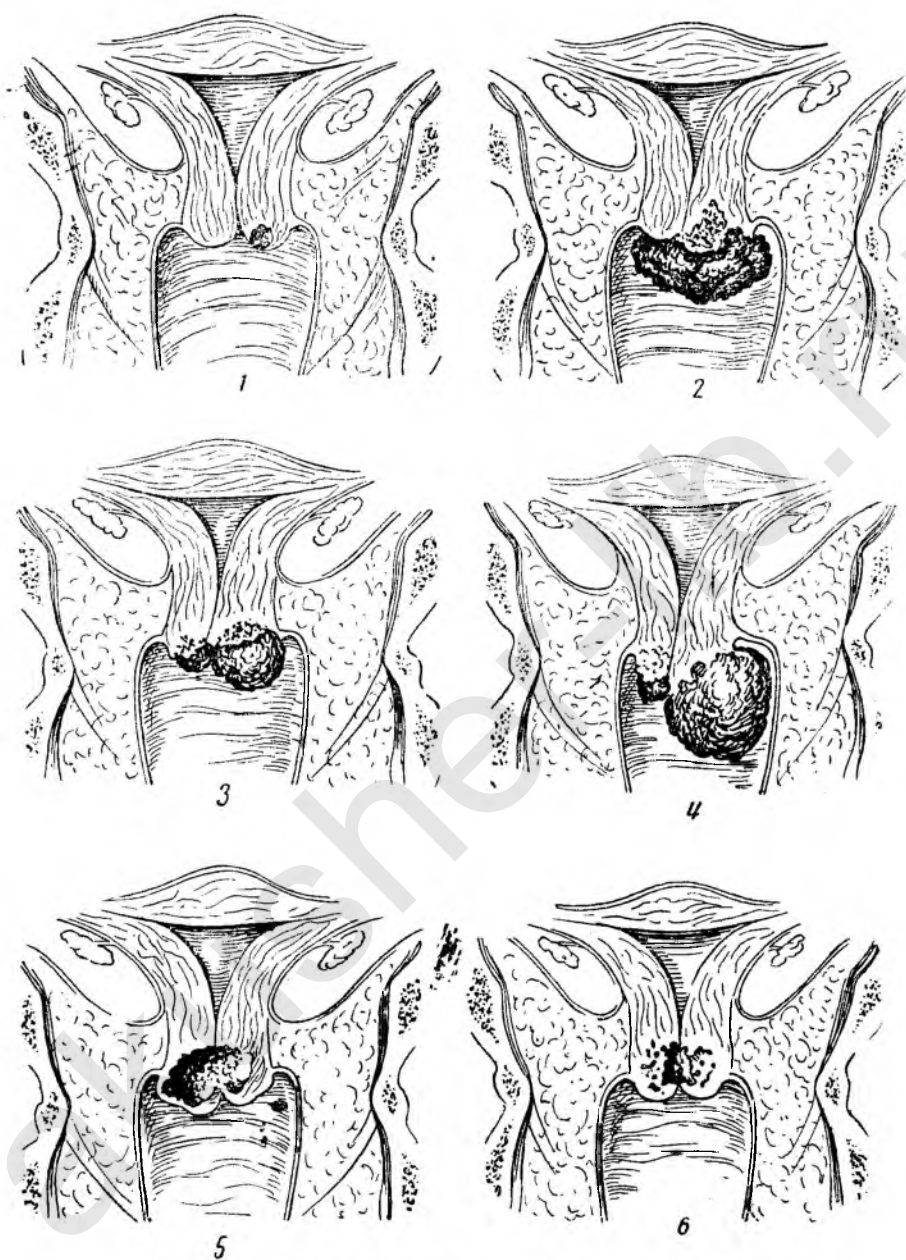


Рис. 93. Рак шейки матки, I стадия (различные варианты)

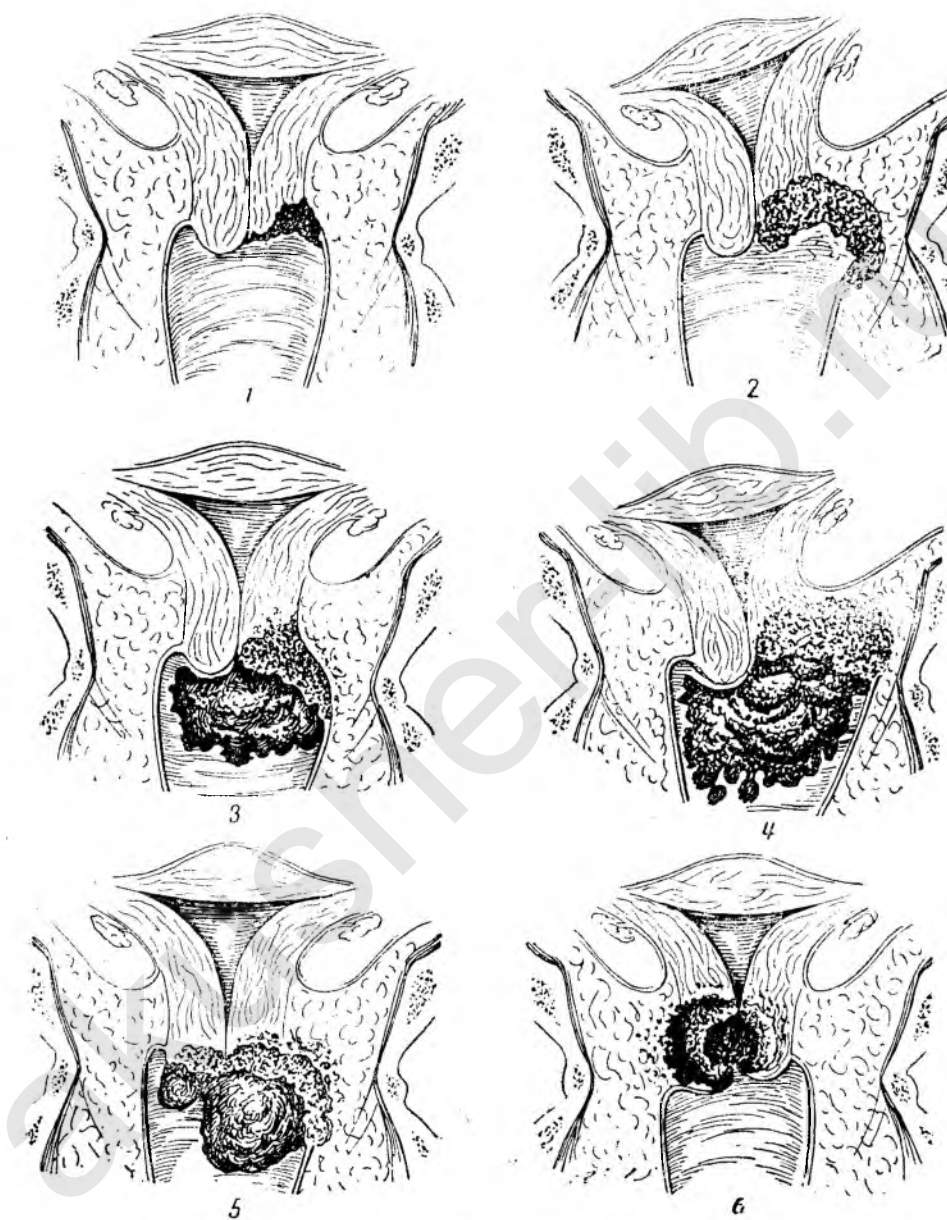


Рис. 94. Рак шейки матки, II стадия (различные варианты).



Рис. 95. Рак шейки матки, II стадия (продолжение)

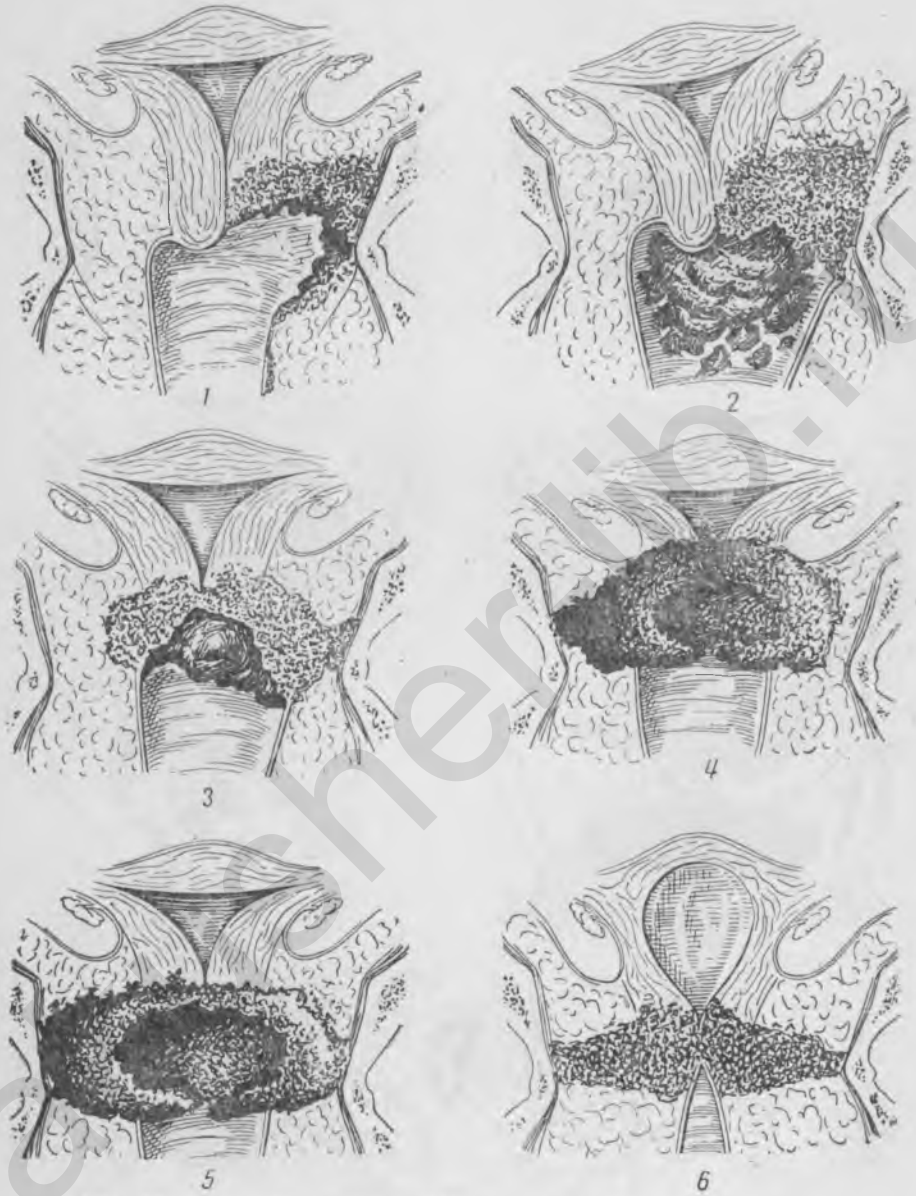


Рис 96 Рак шейки матки, III, стадия (различные варианты).

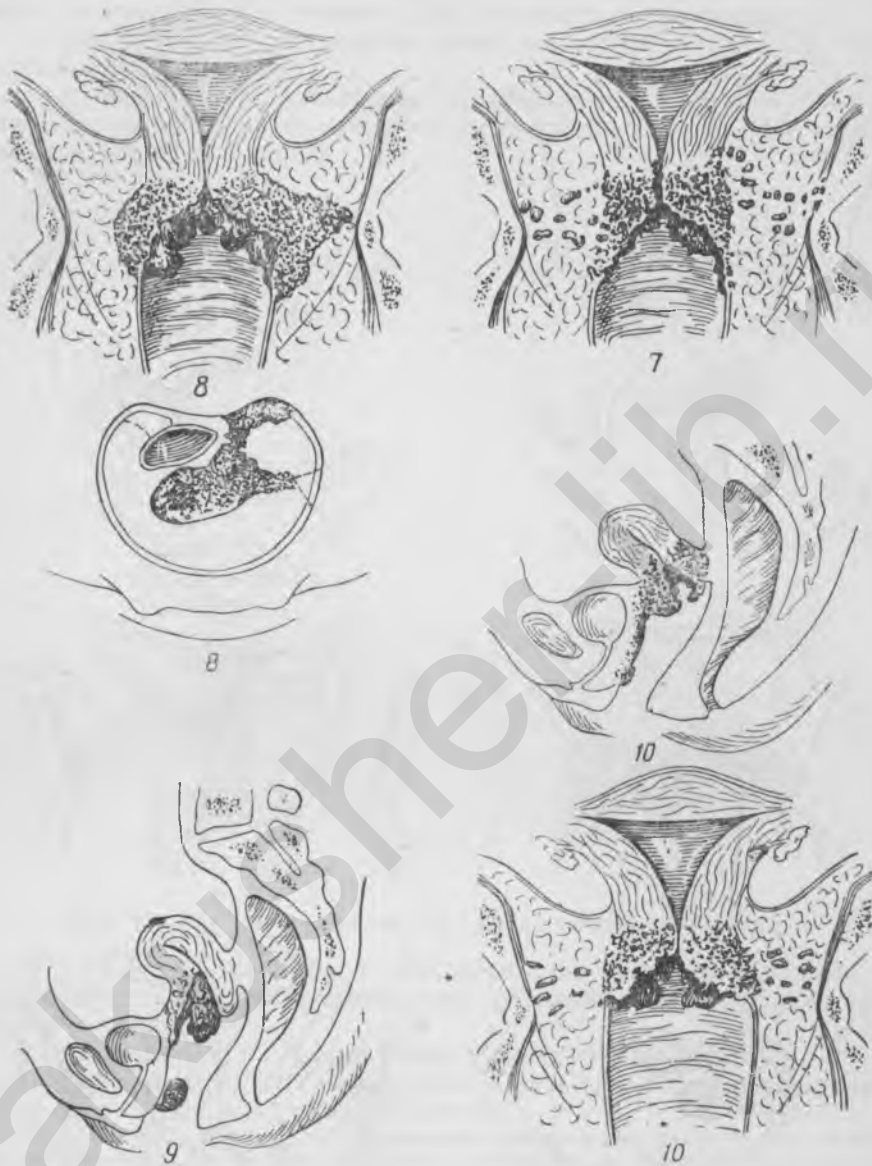


Рис. 97. Рак шейки матки, III стадия (продолжение)

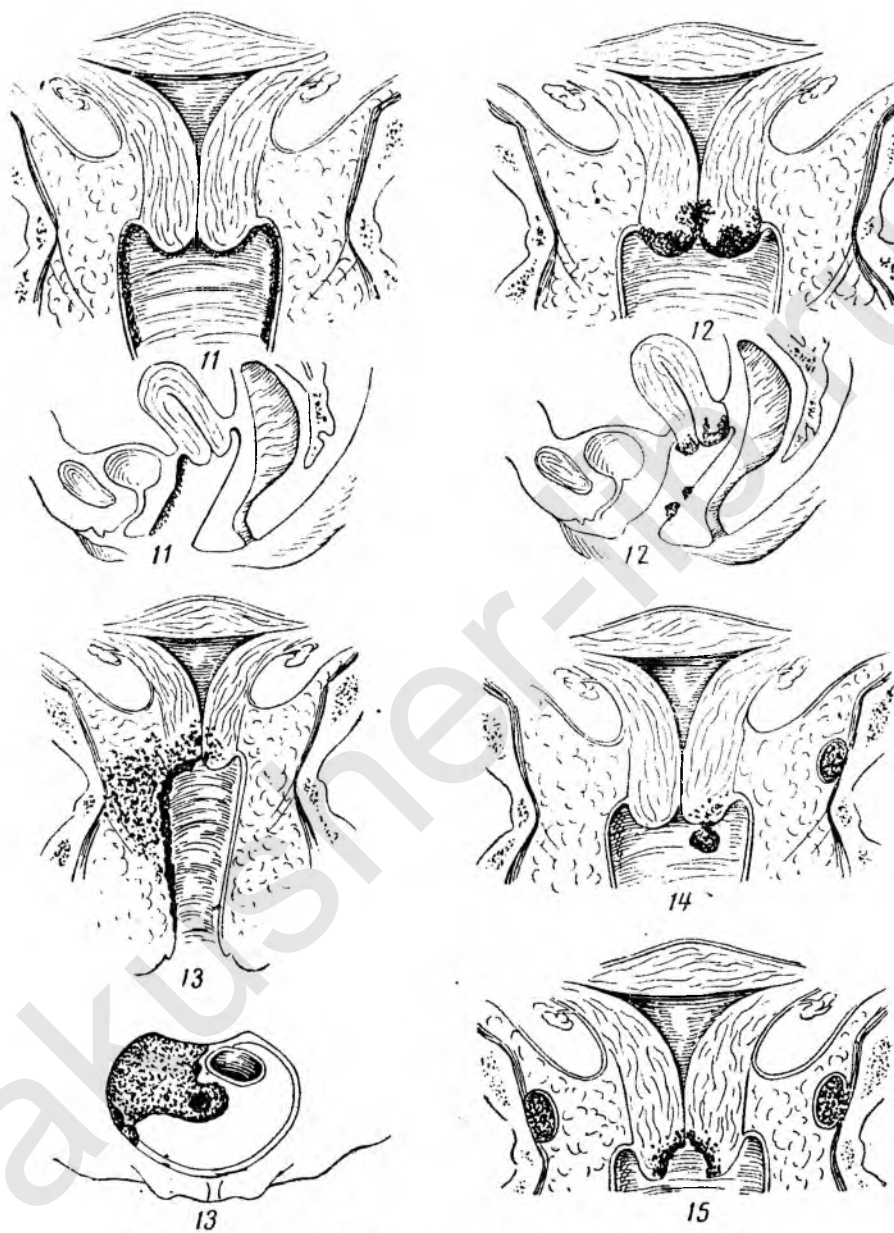


Рис. 98 Рак шейки матки, III стадия (продолжение).

III стадия (рис. 96, 97 и 98). 1. Карциноматозная инфильтрация на одной или на обеих сторонах перешла на стенку таза. При ректальном исследовании нет свободного от рака промежутка между опухолью и стенкой таза (стадия III—параметральный вариант).

2. Рак переходит на нижнюю треть влагалища (стадия III—влагалищный вариант).

3. Изолированные метастазы прощупываются у стенки таза при относительно малом первичном раке шейки матки (стадия III—изолированные тазовые метастазы).

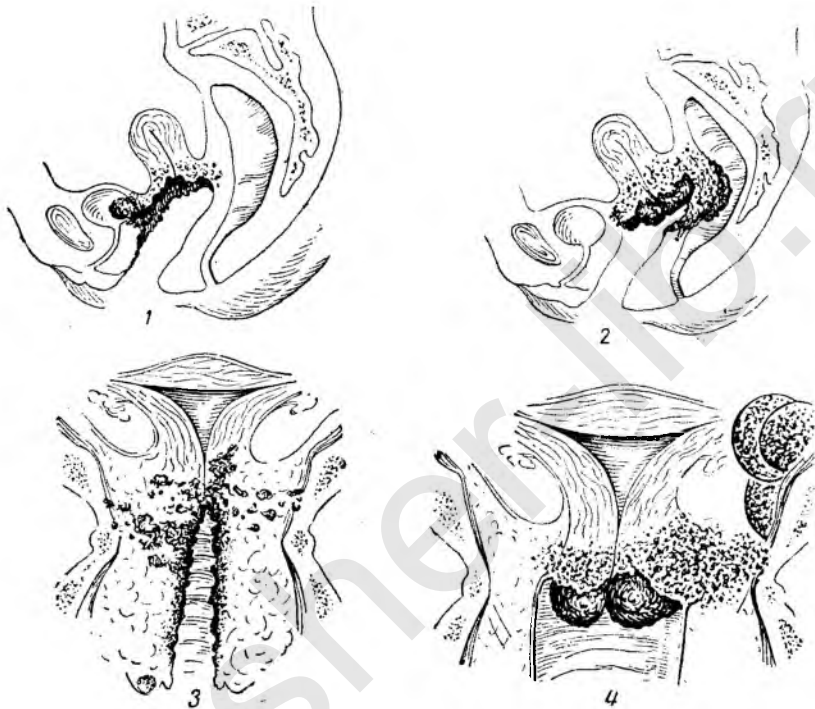


Рис. 99. Рак шейки матки, IV стадия (различные варианты).

IV стадия (рис. 99). 1. Рак переходит на мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопически или наличием свища (стадия IV—мочевой пузырь).

2. Рак переходит на прямую кишку (стадия IV—rectum).

3. Рак переходит за границу малого таза (вне входа во влагалище, над входом в таз, дистальные метастазы).

Примечания. 1. При установлении стадии ничего, кроме фактов, выявленных исследованием, не следует принимать во внимание. 2. Стадия заболевания устанавливается до начала лечения и остается на все время. 3. При сомнении, к какой стадии следует отнести заболевание, нужно брать более раннюю. 4. Наличие в том или ином случае двух или более условий, характеризующих какую-нибудь определенную стадию, не должно влиять на установление стадии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При диагностике рака шейки матки нужно иметь в виду, что возможны следующие заболевания.

Саркома шейки матки. Встречается крайне редко.

И. Н. Никольский на 1099 случаев рака матки наблюдал 3 случая саркомы шейки матки. Саркома значительно чаще поражает тело матки, поэтому литературные сообщения относятся преимущественно к этой локализации. Что касается первичных сарком шейки матки, то в доступной литературе нам встретилось только сообщение Г. Н. Яропольской о гроздевидной саркоме шейки матки у беременной и сообщение Кремера (Kraemer) о двух случаях первичной саркомы шейки. В стационаре Онкологического института после 1935 г. ни разу не наблюдалось саркомы шейки матки. На значительно большем поликлиническом материале Онкологического института мы видели саркому шейки матки два раза. Из других опухолей шейки матки мы наблюдали у 2 больных злокачественную миому и у одной опухоль, развившуюся из нервной ткани. У всех больных новообразования были приняты за рак, и только биопсией была установлена их истинная природа.

Гораздо чаще дают повод к неправильному диагнозу распадающиеся полипы и миомы, принимаемые за рак. Легче ориентироваться, если миома имеет вид полипа на ножке, которую легко определить пальцем, введенным в расширенный цервикальный канал. Впрочем, отсутствие злокачественного превращения такого полипа может быть установлено только гистологическим исследованием.

Из других разрастаний на шейке матки повод к неправильному диагнозу могут дать аденоматозные разрастания (доброкачественные аденомы), кондиломы и так называемые децидуомы.

Аденоматозные разрастания, которые относятся к доброкачественным эпителиальным гиперплазиям, на шейке матки бывают редко. Хотя шейка матки в таких случаях имеет весьма подозрительный вид, но при ощупывании не ощущается характерного затвердения. Окончательный диагноз устанавливают биопсией, которая в таких случаях является обязательной.

Остроконечные кондиломы чаще всего развиваются на слизистой оболочке влагалища и на коже наружных половых органов и нередко в таких случаях распространяются и на слизистую оболочку влагалищной части шейки матки. Они имеют характерный вид, мягки на ощупь, обычно сопровождаются гнойными выделениями (особенно при наличии гонорреи). Злокачественное превращение наступает редко. К. П. Улезко-Строганова наблюдала его лишь у 2 больных, нам же не приходилось их наблюдать.

Децидуома (или децидуальная реакция на влагалищной части матки), описанная К. П. Улезко-Строгановой, отмечается исключительно редко и поэтому не имеет практического значения.

Наконец, нужно иметь в виду возможность эндометриоза шейки матки. Подобная локализация эндометриоза, согласно литературным данным, наблюдается чрезвычайно редко. Об одной такой локализации эндометриоза шейки матки сообщает Ф. М. Чудновский, одно наблюдение принадлежит Н. И. Горизонтову.

Твердый шанкр шейки матки очень похож на начальную форму рака шейки матки, но встречается редко.

В нашей литературе имеются лишь единичные сообщения о подобной локализации твердого шанкра (Е. Н. Апасова).

Твердый шанкр чаще располагается по отношению к маточному зеву эксцентрично, хотя не исключена возможность образования сифилитической язвы в виде эрозии, кольцевидно окружающей маточный зев. Характерными признаками сифилитического поражения шейки матки яв-

ляются: округлая правильной формы язва с гладким «сальным» дном; резко ограниченная «пергаментная» плотность язвы. Регионарный склероденит, вторичные сифилитические явления, нахождение спирокет в отделяемом язвы, положительная реакция Вассермана подтверждают диагноз заболевания. В сомнительных случаях необходима биопсия. Однажды нам пришлось наблюдать распадающуюся гумму на шейке матки.

Туберкулез шейки матки встречается тоже очень редко. К. П. Улезко-Строганова указывает, что туберкулез влагалищной части шейки комбинируется с туберкулезом лежащих выше отделов матки и труб, откуда он и происходит. Обычно туберкулез шейки матки описывают как язву с подрытыми краями и неровным дном; по периферии и на дне язвы заметны сероватые узелки (неизъязвившиеся бугорки). У двух больных, наблюдаемых нами, туберкулез шейки матки проявлялся в виде поверхностных эрозий, отличающихся от обычной эрозии своеобразной мелкой крапчатостью желтоватого цвета; у третьей больной были крупноскладчатые, мягкие на ощупь полипозные разрастания, местами с поверхностными изъязвлениями. Кровоточивость у всех трех больных была незначительная. Последний признак отмечает и Фор (Faure).

Как показывает практика, поводом к ошибочному диагнозу рака шейки матки в некоторых случаях является наличие большого количества кистозных образований (ovula Nabothi), особенно на фоне обширного эктропиона. Однако при исследовании пальцем эти мелкие кистозные образования прощупываются в виде гладких бугорков и не дают ощущения сплошной инфильтрации ткани, как это бывает при раке. При осмотре с помощью зеркал отчетливо видны небольшие бугорки, обычно без изъязвления на их поверхности. Если такой бугорок проколоть, то из него вытекает прозрачная слизь.

Резюмируя все сказанное выше относительно дифференциальной диагностики, необходимо еще раз отметить, что если врач всегда помнит о возможности рака, то он не выпустит из под наблюдения ни одной больной, у которой имеется подозрение на рак. При настойчивости легко может быть поставлен правильный диагноз.

ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время можно считать твердо установленным, что без применения лучистой энергии лечение при раке шейки матки проводить нельзя, что для большинства больных этот метод лечения является единственно рациональным, вопрос же об оперировании той или иной конкретной больной (до или после лечения лучистой энергией) следует решать в зависимости от специальных показаний и ряда условий. Таким образом, методы оперативный и лучевой не являются конкурирующими, сочетание же этих методов в некоторых случаях бывает необходимым и наиболее эффективным. В таком именно смысле и разрешает этот вопрос огромное большинство ученых, говоря о так называемом элективном методе терапии при заболеваниях раком шейки матки.

Все сказанное выше не только избавляет нас от необходимости разбирать такой вопрос, как сравнительная оценка оперативных и лучевых методов терапии рака шейки матки, который в такой общей форме многими ставился и до настоящего времени, но и позволяет утверждать, что подобная постановка вопроса в корне неправильна. Во-первых, на основании больших статистик можно считать доказанным, что даже в начальных стадиях болезни применение одной только операции без последующей

лучевой терапии менее эффективно, чем в сочетании с ней. Во-вторых, чисто лучевой и оперативно-лучевой метод лечения имеют каждый свои особые показания, и, следовательно, полученные результаты не являются показателем того, как надо лечить рак шейки матки вообще, а могут служить мерилем эффективности лечения только определенной группы больных. Результаты применения того или иного метода должны быть использованы в первую очередь для выработки показаний к применению определенной методики. Сравнение же результатов, полученных у больных, которые пользовались при лечении определенной методикой у отдельных клиницистов, покажет, насколько правильно была выбрана эта методика.

Мы не можем согласиться с аргументацией, что оперативное лечение в начальных стадиях заболевания имеет несомненное преимущество перед лучевой терапией потому, что существуют раковые опухоли [по данным Винца (Wintz), около 20% всех раковых опухолей шейки матки], нечувствительные к лучам радия и Рентгена (И. Н. Никольский). Всецело присоединяясь к тому, что именно эти 20% больных подлежат оперативному лечению, мы считаем неправильным заключение, что это доказывает необходимость оперативного лечения больных в I стадии вообще. Таких больных почти всегда удается выявить в процессе лечения и дальнейшего систематического наблюдения в течение первых двух месяцев.

Когда показано преимущественно оперативное лечение?

С нашей точки зрения оперативному лечению с последующей лучевой терапией безусловно подлежат следующие категории больных.

1. Молодые больные, в возрасте до 30—35 лет, когда рак шейки матки протекает особенно злокачественно и плохо поддается лучевому лечению. Кроме этого, лучевая терапия (особенно у нерожавших) нередко ведет к стенозам и стриктурам влагалища. Последующая половая жизнь в этих случаях сопровождается постоянной травмой слизистой оболочки влагалища с образованием экскориаций, язв и возникновением местных воспалительных процессов (кольпитов). В этом отношении выгоднее оперативное вмешательство с последующей рентгенотерапией.

2. Больные с нечувствительными к лучам формами рака. Особенно подозрительны в этом отношении аденокарциномы.

3. Больные в I стадии болезни с рецидивами после лучевой терапии.

4. Больные, которым технически невозможно применять радий (наличие уродств, атрофии, стенозов влагалища, атрезии).

5. Больные раком шейки матки в сочетании с опухолями придатков.

Спорным является вопрос, когда рак шейки матки сочетается с хроническим сальпинго-оофоритом. Мы в таких случаях предпочитаем оперировать, находя, что выгоднее удалить такие придатки, чем рисковать обострением процесса при лучевом лечении и тем самым лишить больную иногда на длительный срок возможности и оперативного, и лучевого лечения. Некоторые клиницисты при сочетании рака шейки матки с хроническим сальпингитом рекомендуют производить сальпингэктомию, а через 3 недели после операции лечить первичный очаг радием. Едва ли можно признать такую методику рациональной. В каждом случае, конечно, нужна строгая индивидуализация.

Оперативно-лучевая терапия возможна в различных вариантах.

1. Чрево сечение и пунктура опухоли радиевыми иглами. Одно время пытались применять такую методику. Судя по литературным данным, этот метод лечения себя не оправдал, и в настоящее время все от него отказались.

2. Радиевая терапия и последующая гистерэктомия. Этот метод лечения при раке шейки матки впервые был предложен во Франции в 1911 г. [Шерон, Рубенс-Дюваль (Cheron, Rubens-Duval)]. Такую методику у нас И. Н. Никольский рекомендовал применять, когда после курса радиевой терапии опухоль стала доступной для оперативного вмешательства. Эту точку зрения разделяют Д. А. Гудим-Левкович, Л. А. Новикова, Б. М. Тьедер, Панков (Pankow), Штеккель (Stoeckel) и др. Обоснования такой методики сводятся к отсутствию уверенности в том, что где-нибудь в глубине не осталось раковых гнезд, которые при операции могут быть удалены, а это повышает эффективность лечения. Некоторые полагают, что предоперационное облучение снижает вирулентность инфекции, находящейся в раковой опухоли шейки и в окружающих тканях, и тем самым улучшает условия для производства операции, снижая первичную оперативную смертельность и уменьшая всевозможные септические осложнения после операции.

Однако материалы гинекологического отделения нашего института не подтверждают приведенных предположений. Впрочем, в настоящее время с введением в практику антибиотиков эти вопросы утратили свою актуальность.

М. Корна (Mathey Cornat) находит, что если предполагается оперативное вмешательство, то проводить предварительную радиевую терапию не следует. Оперативное вмешательство после лучевой терапии, по его мнению, показано только в тех случаях, когда лучевое лечение по тем или иным причинам не могло быть проведено полностью, а также при аденокарциномах шейки матки, которые считают менее чувствительными к радию.

Ряд клиницистов высказывается против предоперационного облучения радием на том основании, что рубцовые изменения, наступающие после лучевой терапии, затрудняют операцию, а кроме того, операционные раны облученных тканей долго не заживают.

Изучение материалов нашего института и очень небольшой личный опыт в оперировании больных, ранее подвергавшихся лучевой терапии, заставляют нас придерживаться следующей линии поведения.

После лучевой терапии оперативное вмешательство показано, когда опухоль оказалась нечувствительной к радию или курс радиевой терапии по тем или иным причинам не мог быть полностью проведен, или быстро наступил рецидив. Конечно, при всех этих условиях опухоль должна быть доступной оперативному вмешательству.

Предварительное лечение лучистой энергией всех больных, намеченных к оперативному вмешательству, с целью улучшить непосредственные результаты операции (смертельность, осложнения) как это рекомендует, например, Л. А. Новикова, нам кажется на основании имеющихся в нашем распоряжении материалов нецелесообразным.

3. Оперативное вмешательство и последующая лучевая терапия (радиевая терапия и рентгенотерапия).

Применение послеоперационной рентгенотерапии в настоящее время не вызывает никаких споров, и целесообразность этого мероприятия не подлежит сомнению.

Наконец, заслуживает внимания предложение Левефа и Годара (Leveuf, Godard), которые через 6—8 недель после радиевой терапии удаляют лимфатические узлы, расположенные по ходу крупных сосудов таза. Они указывают (а наши наблюдения позволяют это подтвердить), что метастазы после излечения первичного очага появляются чаще всего по ходу крупных сосудов у стенки таза. Локализуются пораженные лимфа-

тические узлы под *v. iliaca externa*, в месте соприкосновения с *p. obturatorius*. Именно поэтому при операции мы всегда стремимся удалить эту группу лимфатических узлов вместе с окружающей клетчаткой. Тоссиг (Taussig) также удалял лимфатические узлы оперативным путем, а первичный очаг лечил радием. Из 16 больных II стадии после операции у него умерла одна, а из 8 больных III стадии—три. Вопрос этот требует дальнейшего изучения.

Прежде чем перейти к изложению вопросов лечения лучистой энергией, мы считаем необходимым вкратце коснуться одного принципиального вопроса, а именно: кто должен проводить лучевую терапию—гинеколог или специалисты рентгенолог и радиолог?

Единственно правильным мы признаем решение этого вопроса проф. Н. Н. Петровым—лечить большую раком матки, как и всякую другую гинекологическую больную, имеющую опухоль, должен специалист, знакомый и с оперативными, и с лучевыми методами лечения. И если считается недопустимым, чтобы лучевую терапию проводил гинеколог, не освоивший методики лечения радием и рентгеновыми лучами, то в равной степени это должно относиться и к рентгенологам и радиологам, не занимающимся гинекологией как специальностью. И в том, и в другом случае лечение будет шаблонным, трафаретным, что недопустимо в лучевой терапии. Поэтому мы всецело присоединяемся к формулировке проф. Н. Н. Петрова: «Ограничусь указанием, что по нашему опыту рак матки не представляет собою исключения, и к нему во многих случаях с успехом применяются сочетания оперативной и лучевой терапии, а поэтому для борьбы с этой формой во всеоружии может быть только тот, кто владеет обоими методами и свободно и сознательно выбирает из них любой один или любое сочетание».

Все вопросы, касающиеся принципов лечения больных со злокачественными опухолями матки, и существующие методики были разобраны нами в общей части. Касаясь лечения больных раком шейки матки лучевыми методами, нам остается изложить примерную схему лечения, принятую в гинекологическом отделении Института онкологии АМН СССР.

В Институте онкологии АМН СССР при лечении рака шейки матки принят фракционированный метод облучения. Этот метод в основном состоит в том, что два-три радиевых препарата (содержащие по 10 мг радия или равноценное количество радиоактивного кобальта) вводят во влагалище, в цервикальный канал и полость матки.

Продолжительность сеанса радиевой терапии—45 часов, после чего делают перерыв на 2—3 дня, в течение которых больная подвергается рентгеновскому облучению.

Весь курс лечения состоит из 7—8 сеансов и продолжается в среднем 30—40 дней.

Дозы в указанных выше точках (зонах) таза в зависимости от различного размещения радиевых препаратов будут не одинаковы.

Например, если радиевые препараты прикладывают непосредственно к шейке матки, то доза в точке *B* составит 37% дозы, полученной в точке *A*, а при внутриматочном применении доза в точке *B* будет составлять всего лишь 16% дозы в точке *A*.

Мы применяем радий при лечении рака шейки матки в основном следующими способами:

1. Введение радиевых препаратов во влагалище: а) прикладывание радия непосредственно к опухоли на шейке матки; б) введение радия в боковые своды влагалища.

2. Введение радия в цервикальный канал и в полость матки.

3. Одновременное введение радия в полость матки и во влагалище по одному из указанных выше вариантов.

При осуществлении указанных способов применения радия, принятых в Институте онкологии АМН СССР, доза в точке *A* варьирует в пределах 6000—10 000 г.

Доза в точке *B* при применении различных способов аппликации радия варьирует при этом в пределах 1500, максимум 2500 г не больше. Поэтому недостающую дозу у стенок таза восполняют, подвергая область параметров рентгеновскому облучению.

Рентгенотерапия осуществляется по следующей схеме.

Аппарат РУМ-3. Напряжение (на столике) 220 kV, максимальное 190 kV, сила тока 10 mA.

При фильтре 0,5 мм Cu+1 мм Al, HWS 0,95 с дистанции 30 см при величине поля 10×15 см; мощность дозы на поверхности тела 60 г/мин, глубинная доза 28%.

При фильтре 1 мм Cu+1 мм Al, HWS 1,30 с дистанции 40 см при поле 10×15 см; мощность дозы на поверхности тела 23 г/мин, глубинная доза 32%. При тех же условиях при поле 8×10 см мощность дозы на поверхности тела 21,3 г/мин, на глубине 10 см 27%.

Ежедневно дается по 2 поля (по 12 минут каждое)— 255 г на кожу, всего на каждое поле (на кожу) по 3000—3500 г; на все 4 поля 12 000—14 000 г. Курс лечения продолжается 4—5 недель.

В благоприятных случаях к концу лечения опухоль исчезает. Если же этого не происходит, то дальнейшие попытки лучевого лечения должны быть оставлены во избежание тяжелых осложнений.

Как правило, к концу лечения наблюдаются явления сухого дерматита, заканчивающегося слущиванием поверхностных слоев эпидермиса, причем в дальнейшем кожа на облученных местах пигментируется.

Появление экссудативного дерматита является сигналом к прекращению облучения данного поля.

Если развиваются резкие выраженные симптомы цистита или ректита, то нужно попробовать изменить методику лечения, а при резко выраженных явлениях иногда приходится и отказываться от продолжения лечения во избежание тяжелых осложнений.

Проводя методику лечения больных раком шейки матки, нам в течение ряда лет не приходилось наблюдать тяжелых осложнений со стороны как кожи и слизистых оболочек половых органов, так и соседних органов, кроме единичных случаев экссудативных дерматитов с образованием пузырей, которые обычно быстро ликвидировались.

Отдаленные результаты лечения рака шейки матки за последнее десятилетие все улучшаются. Во многом эти успехи связаны с усовершенствованием методики лучевой терапии. Бесспорно сказывается на эффективности лечения и широкое применение антибиотиков, благодаря чему резко уменьшилось количество осложнений в процессе лучевого лечения, что позволяет проводить лечение без длительных перерывов, которые обуславливаются присоединившимися осложнениями, а следовательно, без нарушения ритма облучения. Как выше было сказано, нарушение ритма облучения неблагоприятно отражается на результатах лечения (В. П. Тобилевич).

Отдаленные результаты лечения больных раком шейки матки, прошедших через гинекологическое отделение Института онкологии АМН СССР, следующие (табл. 1).

Таблица 1

Отдаленные результаты радикального лечения (оперативно-лучевого и лучевого) рака шейки матки в процентах (к числу выписавшихся)

Стадия	Число больных	Из них здоровы 5 лет и более (в %)
I	113	71,7
II	201	44,3
III	189	30,2
IV	18	5,6

Если выделить леченных только лучевыми методами, то число излеченных на 5 и более лет (в %) будет почти такое же:

Процент излеченных

I стадия	64,6
II »	42,1
III »	29,9
IV »	5,6

Цифры, иллюстрирующие отсутствие рецидивов в течение 5 лет, публикуемые ведущими клиниками зарубежных стран, варьируют примерно в таких же пределах.

Паллиативные методы терапии. Нет ничего тяжелее для врача, как отказать больной в радикальном лечении. К сожалению, при раковых заболеваниях это пока часто приходится делать.

Паллиативная терапия в основном бывает направлена к устранению тех или иных симптомов.

Из различных методов, применяемых при запущенных формах рака, мы в амбулаторной практике широко пользуемся аутогемотерапией. Из медикаментозных средств применяем кальций и магнезию. Памятуя, что в запущенных случаях имеется обычно гипокальциемия, следует применять 5% раствор хлористого кальция (по 2 столовые ложки в день), что способствует, кроме того уменьшению кровотечений. Сернокислый магний (5% раствор, по 2 столовые ложки) при систематическом приеме регулирует стул. Кроме того, имеются наблюдения, указывающие на то, что магний задерживает рост опухоли (Ф. М. Бриккер), усиливает эффект применяемых наркотиков. Такое лечение может показаться слишком примитивным, но более эффективного мы, к сожалению, пока не знаем.

Чтобы устранить запах, обусловленный ихорозным распадом опухоли, больным назначают дезодорирующие и слабодезинфицирующие спринцевания (марганцовокалиевая соль, формалин).

Вторичная анемия на почве длительных кровотечений или однократных обильных кровопотерь нередко при раке шейки матки. Иногда с кровотечением удастся справиться, применяя обычные в таких случаях средства (тампонада, внутривенное введение хлористого кальция, переливание крови), в некоторых же случаях эти мероприятия оказываются недейственными. К тому же нужно сказать, что резкая анемия иногда является единственным противопоказанием к применению радикального лечения. В таких случаях показана перевязка обеих подчревных артерий. Каждый, кому приходилось прибегать к этой операции, может сказать, что она технически проста, если только нет опухолевой инфильтрации

параметрия в месте прохождения артерии, что может иногда представить непреодолимые трудности при ее перевязке. Даже в запущенных случаях больные обычно переносят эту операцию легко, однако бывают и летальные исходы, причиной которых чаще всего является перитонит, вызванный, очевидно, попаданием инфекции в брюшную полость из инфицированного параметрия.

Когда рак шейки матки переходит в запущенную стадию, появляется и самый тягостный симптом—боль. Для устранения или по крайней мере облегчения тех мучительных болей, во власти которых иногда в течение нескольких месяцев находятся больные, предложен ряд мероприятий, которые могут быть разделены на две группы: 1) медикаментозное лечение и 2) хирургическое лечение. Медикаментозное лечение сводится к назначению общеизвестных наркотических средств. Нет необходимости их перечислять; нужно только помнить, что и здесь не может быть шаблона в применении тех или иных медикаментов.

При раке шейки матки боли могут быть обусловлены различными причинами:

- 1) сдавлением или вовлечением в опухолевый процесс симпатических тазовых нервов;
- 2) невралгиями воспалительного характера;
- 3) стенозом мочеточников на почве сдавления их опухолевыми инфильтратами;
- 4) метастазами в позвоночник (сакрально-люмбальные метастазы).

В ряде случаев (при воспалительных невралгиях) помогают салицилаты, пирамидон, антипирин, применяемые в течение продолжительного времени. Мы всегда начинаем с более слабых наркотиков (кодеин, белладонна) и по мере привыкания к ним добавляем более сильно действующие (морфин, пантопон). Часто мы пользуемся морфином в такой прописи:

Rp. Inf. rad. Valerianae 10,0 : 200,0
 Morphini hydrochlorici 0,1—0,15
 T-rae Belladonnae 4,0 (l)
 MDS. По 1 столовой ложке 2—3 раза в день

Из других медикаментозных методов лечения заслуживают внимания впрыскивания спирта с целью блокады симпатических нервов. Предлагались различные методы применения спирта. Ридинг (Reding) предлагал трансакральную инфльтрацию спиртом, вводя через foramen sacralia от 5 до 10 мл спирта. Метод этот не нашел последователей. Фирей (Ferey) производил инъекции спирта в окружности опухоли и в ее толщу. После кратковременного периода усиления болей («алкогольные боли»), по утверждению автора, боли исчезают на продолжительный срок. Насколько нам известно, этот метод при раке шейки матки тоже никем больше не применялся. Турш (Thursz) вводил больным с раковыми заболеваниями, страдающим от болей, сначала 2—5 мл абсолютного спирта (внутривенно), затем стал применять 0,5—2 мл 33% спирта на килограмм веса больного. У нас в институте этот метод применялся (Б. Л. Бронштейн) и дал следующие результаты: из 19 больных достигнуто полное обезболивание (на 1—3 месяца) у 3, уменьшение болей—у 11 больных, у 5 больных эффекта не получено. Гораздо эффективнее оказался предложенный в 1930 г. метод Долиотти (Dogliotti)—введение спирта в спинномозговой канал. Мы охотно применяем его до настоящего времени. Техника применения спирта по Долиотти изложена в нашей монографии «Рак шейки матки»¹.

¹ А. И. Серебров, Рак шейки матки, Изд. Академии медицинских наук СССР, М., 1948, стр. 226—228.

Долиотти указывает, что 95° спирт, а равно и абсолютный, можно вводить в количестве 0,2—0,8 мл в зависимости от интенсивности болей.

К хирургическим методам обезболивания нужно отнести резекцию или перерезку пресакральных нервов и хордотомию. Первая операция применима только в тех случаях, когда инфильтраты не препятствуют подходу к указанным нервам; поэтому операцию следует предпринимать возможно раньше. При болях, обусловленных поражением *plexus sacralis*, а также сдавлением мочеточников и расстройством функции почек, операция эффекта не дает.

Операция хордотомии—рассечение передне-бокового пучка Говерса в спинном мозгу на уровне пятого грудного сегмента—является более сложным хирургическим вмешательством, требующим умения оперировать на нервной системе и специального инструментария. Операция состоит из ламинэктомии 2—3 дужек, обнажения спинного мозга и рассечения передне-бокового пучка на глубину 2—3 мм и на 2—3 мм впереди от *lig. denticulati* (скальпелем или предложенным А. Л. Поленовым специально для этих целей хордотомом). Рассечение пучка Говерса производится на стороне, противоположной той, где имеются боли, вследствие наличия перекреста проводящих путей в спинном мозгу. Операция требует хорошей техники. Малейшая неточность чревата тяжелыми последствиями, из которых главнейшим является паралич конечности вследствие повреждения пирамидальных путей, проходящих тотчас кзади от пучка Говерса. Если боли локализируются с обеих сторон, то допустима двусторонняя хордотомия. Первичную операционную летальность после хордотомии нужно признать высокой—от 6 до 25% (И. С. Бабчин, А. Л. Поленов).

За более широкое применение этой операции при раковых заболеваниях высказываются А. Ю. Лурье, А. Э. Бунимович и др. А. Ю. Лурье опубликовал 14 случаев двусторонней хордотомии по поводу невыносимых болей при запущенных формах рака матки; у 7 больных наблюдалось полное прекращение болей на 6—8 месяцев, у 4 получен незначительный эффект, 3 больные умерли непосредственно после операции. Из осложнений этот автор отмечает у одной больной только временное поражение нижних конечностей, у 5 больных—гиперестезию нижних конечностей.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Своеобразие клинического течения, путей распространения, частоты, гистоструктуры и ряд других особенностей заставляют рассматривать рак тела матки отдельно от карцином шейки матки. Рак тела матки встречается значительно реже, чем рак шейки матки. По материалам нашего института, на 21 заболевание раком шейки матки приходится всего одно заболевание раком тела матки. По сборной статистике Гинзельмана (Hinselmann) это соотношение равняется 15:1.

По материалам центральной поликлиники нашего института из 6923 больных, обратившихся в поликлинику по поводу рака гениталий, у 5783 больных был рак шейки матки, т. е. у 83,5%, в то время как рак тела матки имелся только у 347 больных, т. е. у 5%.

Л. Л. Окинчиц исчисляет частоту рака тела матки в 11%. По данным Т. А. Комиссаровой, на рак тела матки приходится 12% всех раков матки. По Цвейфелю (Zweifel), частота рака тела матки (по данным мировой литературы) колеблется в пределах 5—15%.

Однако нужно иметь в виду, что данные о частоте рака тела матки, установленные на основании разбора материалов поликлиники, нельзя считать точными.

Находясь в замкнутом пространстве, рак тела матки представляет большие трудности для диагностики, чем рак шейки матки. Скрыто протекающих форм рака тела матки тоже безусловно больше, так как пути для его распространения менее благоприятны, чем при раке шейки матки, что и обуславливает более медленное и менее злокачественное течение рака тела матки. Поэтому нередко рак тела матки является «случайной находкой» при аутопсии пожилых женщин, умерших от какой-либо другой болезни. Все эти моменты, очевидно, преуменьшают истинную частоту заболевания.

Рак тела матки считается болезнью старческого возраста. Действительно, наиболее часто это заболевание, как отмечает большинство авторов, наблюдается в возрасте от 50 до 60 лет. У женщин моложе 40 лет рак тела матки встречается очень редко: он наблюдался лишь у 2 из наших больных (одной больной было 20 лет, другой—29 лет). На возраст старше 50 лет приходится 75% таких больных.

Если рак шейки матки чаще всего встречается у женщин на четвертом, пятом и шестом десятилетии жизни, то наибольшая частота рака тела матки падает на пятое, шестое и седьмое десятилетие жизни. Другими словами, кривая наибольшей частоты заболевания раком тела матки встречается на одно десятилетие позднее.

Некоторые авторы отмечают, что взаимоотношения между частотой заболевания и количеством беременностей при раке тела матки и при раке шейки матки весьма различны; рак тела матки чаще бывает у женщин нерожавших. Однако на основании наших материалов мы не могли констатировать очень заметной разницы.

Среди больных раком тела матки на одну больную в среднем приходится 3,6 беременности, 2,6 родов и 0,6 аборта, в то время как при раке шейки матки на одну больную приходится 4,8 беременности и 3,5 родов. Число многорожавших женщин среди больных раком тела матки значительно меньше, чем среди больных раком шейки матки.

Касаясь этиологии и патогенеза рака тела матки, нельзя не отметить роль гормональных нарушений. В сообщениях за последние годы большинство авторов отмечает повышенное количество эстрогенов в организме больных раком тела матки. Клинически это проявляется более поздним наступлением менопаузы (50 лет и старше), сравнительно частым сочетанием рака тела матки с феминизирующими опухолями яичников (текомами и гранулозноклеточными опухолями), а также с фибромиомами матки. Нередко развитие карцином тела матки происходит на фоне железистой гиперплазии эндометрия. Дисгормональная природа упомянутых выше процессов не вызывает сомнений. Значение повышенного количества эстрогенов в этиологии карцином тела матки косвенно подтверждается клиническими наблюдениями последних лет, когда развитие карциномы эндометрия наблюдалось после длительного применения эстрогенов с лечебными целями в периоде менопаузы. Об этом говорит также редкость рака тела матки у женщин, подвергавшихся по тем или иным причинам оперативной или лучевой кастрации.

Необходимо также отметить, что у женщин, больных раком тела матки, нередко наблюдается функциональная неполноценность печени, сказывающаяся утратой способности разрушать избыток эстрогенов, образующихся в организме.

РАСПОЗНАВАНИЕ

Основными симптомами рака тела матки являются кровотечения, бели и боли. Однако и здесь мы снова считаем необходимым подчеркнуть, что это поздние симптомы, указывающие на далеко зашедший опухолевый процесс. Нужно всегда помнить, что вначале рак тела матки, как и рак шейки матки, протекает в большинстве случаев бессимптомно. Симптомы появляются, когда опухоль развилась, начала распадаться или подвергается внешним воздействиям (травма, хотя бы ничтожная, проникновение инфекции).

Разберем несколько подробнее каждый из перечисленных симптомов. Многие авторы указывают, что больные раком тела матки нередко жалуются на боли и в ранних стадиях болезни. Однако нужно иметь в виду, что причины этих болей и характер их различны в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Еще В. Ф. Снегирев указывал на схваткообразные боли внизу живота, отдающие в нижние конечности, как на специфический для рака тела матки симптом. Боли такого характера обусловлены сокращениями маточной мускулатуры в результате растяжения матки растущей опухолью или скопляющимися выделениями (мукометра, гематометра, пиометра). Выделения могут задерживаться в полости матки в результате сужения или перегиба цервикального канала вследствие неправильного положения матки (например, при ретрофлексии матки) или закупорки цервикального канала растущей опухолью. Если полость матки периодически опорожняется через цервикальный канал, то и боли носят периодический характер, исчезая после опорожнения матки. В запущенных случаях боли носят иной характер; они постоянны, по определению больных, «ноющие» или «грызущие». Обусловлены такие боли сдавлением нервных стволов таза опухолевыми инфильтратами.

Бели иногда бывают обильные, жидкие, чаще всего с примесью слизи. Если опухоль начинает распадаться или подвергается травме, появляются выделения с примесью крови. При проникновении инфекции в полость матки появляются гнойные бели.

Кровянистые выделения также бывают различны по характеру и интенсивности. Иногда они имеют вид мясных помоев, иногда больные характеризуют их как «мажущиеся выделения», иногда же они бывают в виде обильных кровотечений. Не будет большим преувеличением сказать, что появление кровянистых выделений у пожилых женщин после наступления климактерического периода всегда следует расценивать как симптом развивающегося рака матки.

Характер начальных симптомов, которые отмечали наши больные, явствует из приводимых ниже данных.

Начальные симптомы при раке тела матки	Процент
Бели различного вида, но без примеси крови	2,0
Бели иногда с примесью крови	7,1
Продолжительные кровянистые выделения	62,4
Обильные кровотечения	9,3
Кровянистые выделения и боли различной локализации	15,5
Симптомы не были указаны	3,7

Очень редко встречаются жалобы на похудание.

Таким образом, появление кровянистых выделений в менопаузе при отсутствии изменений со стороны шейки матки является почти постоянным симптомом рака тела матки.

При диагностике рака тела матки известное значение имеет установление гормональных нарушений в организме. Упомянутая дисгормональность клинически проявляется избыточным весом больных (тучность), стерильностью, склонностью к гипофизарному диабету, поздней менопаузой и сочетанием рака тела матки с феминизирующими опухолями яичников.

Диагностика рака тела матки, в отличие от других локализаций (шейка матки, влагалище, вульва), представляет некоторые трудности. Дело в том, что указанные выше симптомы могут быть также обусловлены рядом других заболеваний гениталий, как-то: эндометритами, кольпитами, аденоматозными полипами, гиперпластическими процессами в слизистой оболочке матки и т. п.

Из других признаков указывают на увеличение тела матки за счет растущей в полости ее опухоли и некоторое размягчение, обусловленное скоплением в полости матки выделений. Но оба эти признака имеют относительное значение, так как наблюдаются при обширных поражениях матки; кроме того, матка может быть увеличена за счет фиброматозных узлов (подслизистых и интерстициальных).

Осмотр при помощи зеркал позволяет исключить рак шейки матки и влагалища. Необходимо отметить, что распространение опухоли на шейку матки (особенно на слизистую оболочку цервикального канала) наблюдается при раке тела матки чаще, чем при первичном поражении опухолью влагалищной части шейки матки. Нередко раку тела матки сопутствует кольпит, развивающийся в результате воздействия инфицированных выделений на слизистую оболочку влагалища.

Решающим в смысле окончательной диагностики является диагностическое выскабливание, к которому следует прибегать в каждом подозрительном случае.

К числу симптомов, подозрительных на рак тела матки, следует отнести и появление кровянистых выделений после двуручного исследования; если даже при нем не удастся определить никаких отклонений от нормы в гениталиях, это может указывать на то, что слизистая оболочка уже поражена, а появление кровянистых выделений обусловлено травмой опухоли во время исследования.

При диагностическом выскабливании необходимо тщательно обойти кюреткой всю поверхность стенок полости матки, чтобы не пропустить ограниченного ракового очага. Хорошо произведенное выскабливание полости матки оправдывается также возможностью удалить всю опухоль, конечно, только в начальных стадиях заболевания, когда процесс локализуется только в эндометрии.

Нередко при известном опыте диагноз может быть поставлен на основании макроскопической картины полученного соскоба, но доверять только осмотру не следует, так как возможны ошибки.

В литературе неоднократно приводились наблюдения, когда при раке тела матки (вернее, при раке эндометрия) излечение достигалось путем одного выскабливания матки.

И хотя Майер (A. Mayer), который занимался анализом описанных случаев, ставит излечение от рака тела матки при помощи выскабливания в кавычки, тем не менее отрицать таковое он все же не считал возможным.

В этом отношении интересные данные сообщает С. А. Апетов, который наблюдал 5 больных (на 41 диагностическое выскабливание), у которых тщательно произведенным выскабливанием было удалено все новообразование.

Чтобы уточнить локализацию опухоли, выскабливание нужно производить в известной последовательности, собирая соскоб в отдельные пробирки: сначала выскабливают слизистую оболочку цервикального канала, затем отдельно стенки полости (переднюю, заднюю и отдельно боковые).



Рис. 100. Рак тела матки (экзофитная форма).

шечных раках), сидящих на широком основании, а иногда, наоборот, на тонкой ножке и выступающих в просвет полости матки. Они могут иметь вид небольшого полипа или массивных разрастаний, выполняющих и даже растягивающих полость матки (рис. 100).

Аденоматозные полипы, излюбленной локализацией которых являются трубные углы, тоже могут подвергаться злокачественному превращению. Иногда такие карциноматозные полипы сидят изолированно один от другого и разбросаны по слизистой оболочке.

Другая форма рака полости матки — инфильтрирующая, когда инфильтрация обычно не ограничивается слизистой оболочкой стенок полости матки, а распространяется и в толщу стенки на большую или меньшую глубину, вплоть до прорастания ее целиком (рис. 101). Наконец, могут быть смешанные формы — экзофитно-инфильтрирующие.

Рак тела матки сравнительно редко распространяется на шейку матки (ниже внутреннего зева), чаще он разрушает боковые стенки матки и вовлекает в процесс соседние органы и ткани. Поэтому при раке

Из других методов диагностики рака тела матки можно указать на применение утероскопа, не нашедшего, однако, до сих пор широкого применения. Метод рентгенографии матки (при введении в полость матки различных контрастных веществ) пока тоже еще не разработан, хотя, как нам кажется, в некоторых случаях он мог бы быть с успехом применен. Иногда этот метод применяют в целях контроля за установкой в полость матки радиевых препаратов, при радиевой терапии больных раком тела матки.

Макроскопически рак полости матки чаще всего приходится наблюдать в виде экзофитных опухолей (типа «цветной капусты» при



Рис. 101. Рак тела матки (инфильтрирующая форма).

тела матки придатки матки (яичники и трубы) бывают поражены значительно чаще, чем при раке шейки матки путем как непосредственного прорастания их опухолью, так и метастатического их поражения.

Вовлечение в опухолевый процесс параметральной клетчатки наступает, как правило, значительно позднее, чем при раке шейки матки.

Метастазами чаще всего поражаются нижние люмбальные лимфатические узлы, являющиеся, как известно, первым этапом регионарных лимфатических узлов для тела матки.

В запущенных случаях наблюдаются метастазы в отдаленные органы и ткани (кости, печень, легкие).

С целью единообразия в диагностике предлагают рак тела матки делить на стадии в зависимости от распространенности опухолевого процесса. Однако для рака тела матки пока не имеется такой общепризнанной в международном масштабе классификации, как, например, для рака шейки матки.

Ряд авторов [С. А. Апетов, Т. А. Комиссарова, Кроссен (Crossen) и др.] кладет в основу классификации рака тела матки не только распространенность опухоли, но и такие признаки, как величина и подвижность матки, операбельность. Мы считаем это неправильным.

Хотя трудности, с которыми приходится встречаться при решении вопроса о степени распространенности опухолевого процесса при раке тела матки, очевидны, тем не менее нам кажется, что в основу классификации рака тела матки должны быть положены только анатомические признаки. Такая классификация может быть представлена в следующем виде:

I стадия. Опухолевый процесс имеет строго локализованный характер и ограничивается поражением только слизистой оболочки стенок полости матки, что может быть установлено при рассмотрении препарата матки, полученного после операции, и с некоторой уверенностью—пробным выскабливанием.

II стадия. Опухолевый процесс распространяется на стенки матки, однако опухоль не прорастает брюшины, покрывающей матку. Стадия устанавливается после операции.

III стадия. Опухоль прорастает стенку матки, причем в процесс вовлекается брюшина, покрывающая матку, или она распространяется на ближайшие к матке органы и ткани.

IV стадия. В опухолевый процесс вовлечены соседние полые органы или имеется массивная инфильтрация тазовой клетчатки с переходом на стенки таза, или имеются дистальные метастазы в лимфатических узлах, в отдаленных органах и тканях.

В тех же случаях, когда операция не предпринималась и больные подвергались лучевой терапии, ошибки возможны только при отнесении больной в смысле распространенности опухоли к I или II стадии, так как определение III и IV стадии не представляет трудностей при диагностике.

Если в этом отношении придерживаться принципа, установленного международной классификацией для рака шейки матки—относить в случае сомнения заболевание к более ранней стадии, то нам кажется, что даже в тех случаях, когда больные не подвергаются оперативному лечению, эти ошибки не будут иметь большого практического значения в смысле оценки результатов лечения.

Как было сказано выше, при раке тела матки опухолевый процесс долго остается локализованным в теле матки, что позволяет вследствие медленного роста и распространения опухоли предпринимать радикальные операции спустя продолжительное время. Об этом свидетельствуют приво-

димые ниже цифры продолжительности заболевания, считая с момента обнаружения начальных симптомов (Т. А. Майкопар-Холдина). Длительность заболевания до 3 месяцев наблюдалась в 27,3% случаев, от 3 до 6 месяцев—в 18,7%, от 6 до 12 месяцев—в 24,5%, свыше 12 месяцев—в 29,5%.

Как показывают эти цифры, промедление в диагностике (в большинстве случаев по вине больных) имеет место и при этой локализации. Согласно литературным данным последних лет (С. А. Апетов), при раке матки в первые 6 месяцев от начала заболевания обращается к врачу только $\frac{1}{4}$ больных, а $\frac{3}{4}$ обращаются значительно позднее. Даже среди стационарных больных, т. е. отобранных для радикального лечения, только

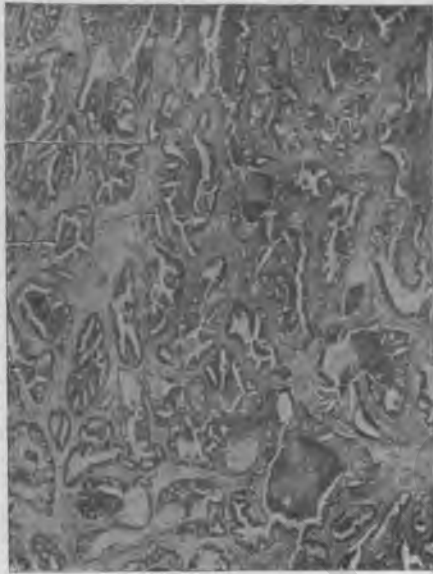


Рис. 102. Аденокарцинома тела матки.

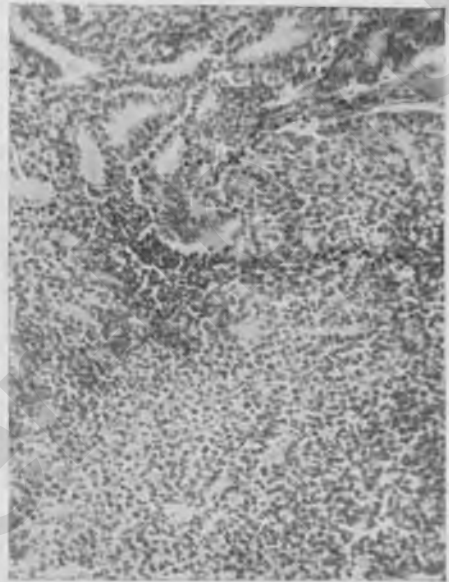


Рис. 103. Железисто-солидный рак тела матки (малое увеличение).

46% больных обратились в течение первых 6 месяцев от начала заболевания. По гистологической структуре подавляющее большинство карцином полости матки имеет железистое строение, так как источником их возникновения обычно является мюллеровский эпителий. Однако в отдельных случаях в полости матки развиваются карциномы эпидермального происхождения, поскольку там в виде гнезд может встречаться многослойный плоский эпителий, сместившийся туда и утративший связь с эпителием *portionis vaginalis* (resp. влагалищным эпителием).

Необходимо отметить, что пока еще нет убедительных данных в пользу перехода железистого эпителия в многослойный плоский эпителий (метаплазия).

Приводим гистологическую характеристику опухолей, наблюдавшихся у наших больных.

	Процент
Аденокарцинома	63,4
Железисто-солидная и солидная карцинома	14,3
Плоскоклеточный рак	1,6
Низкодифференцированный рак	4,8
Аденоматоз с малигнизацией	15,9

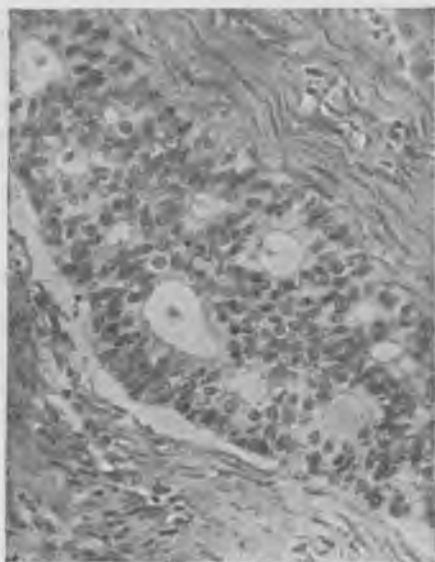


Рис. 104. Железисто-солидный рак тела матки (большое увеличение).

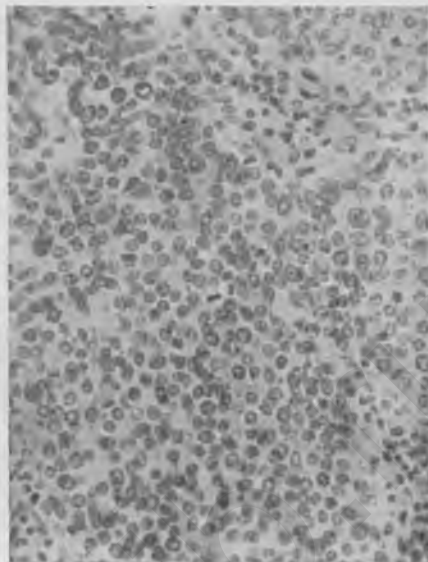


Рис. 105. Солидный рак тела матки.

В рубрику «солидная карцинома» в данном случае отнесены солидизированные аденокарциномы.

Некоторые особенности гистологического строения имеются при аденоматозе с малигнизацией, при котором имеется большое количество желез, выстланных однослойным цилиндрическим эпителием; от обычных незлокачественных аденом эта форма отличается полиморфизмом клеток и ядер, большим количеством митозов и склонностью к пролиферативному росту (рис. 102—106). Встречающиеся здесь плоскоэпителиальные карциномы все относятся к перороговевающим формам; ороговевающие раки являются лишь редкой казуистикой.

Течение и прогноз. Рак тела матки протекает благоприятнее всех остальных локализаций рака гениталий. По утверждению некоторых авторов, больные раком тела матки нередко живут, даже не подвергаясь лечению, 5—7 лет от момента появления симптомов.

Как уже было указано, доброкачественность течения рака тела матки обуславливается медленным ростом этой опухоли и менее благоприятными условиями для ее распространения и метастазирования.



Рис. 106. Аденоматоз тела матки с малигнизацией.

Опухоль распространяется прежде всего на придатки (трубы и яичники). Эти же органы поражаются чаще всего метастатически. Среди наблюдаемых нами больных метастатическое поражение яичника имело место только у одной больной, у двух больных наблюдались метастазы в стенку влагалища. Наиболее часто метастазы наблюдаются в регионарных лимфатических узлах (нижние люмбальные лимфатические узлы). Если опухоль прорастает стенку матки, то в опухолевый процесс скоро вовлекается и клетчатка параметрия, или же разрастание опухоли идет по поверхности брюшины (особенно часто—дугласова пространства) с фиксацией к опухоли стенки прямой кишки или мочевого пузыря (если опухоль прорастает в пузырно-маточное пространство).

Ввиду этих особенностей клинического течения, прогноз при раке тела матки можно считать благоприятным, особенно если принять во внимание, что опухолевый процесс долго остается местным и радикальное лечение часто может быть предпринято спустя долгое время после появления первых симптомов заболевания.

ЛЕЧЕНИЕ

До недавнего времени все признавали, что лучшим методом лечения рака тела матки является оперативное, заключающееся в простой экстирпации матки. В этих случаях нет необходимости предпринимать более расширенные оперативные вмешательства (типа расширенной экстирпации) и стремиться удалить регионарные лимфатические узлы, так как такие расширенные вмешательства (с удалением люмбальных лимфатических узлов) не приводят к более стойким и более длительным выздоровлениям. Вследствие пожилого возраста этих больных первичная операционная смертность при таких расширенных операциях резко повышается.

Фор (Faure) рекомендует в некоторых случаях ограничиваться еще более простой операцией—надвлагалищной ампутацией матки.

Как показывает практика, рак тела матки действительно редко распространяется на область ниже внутреннего зева; поэтому у ослабленных больных при незапущенных процессах иногда можно прибегать к этой операции.

Среди разбираемых нами больных надвлагалищная ампутация матки по поводу рака тела матки была произведена 4 раза. Из послеоперационных осложнений только у одной больной была отмечена пневмония. Все больные выписались при явлениях клинического излечения. Отдаленные результаты: одна оперированная здорова 8 лет, одна умерла на 4-м году после операции, две больные исчезли из-под наблюдения.

Решение вопроса, каким методом операции следует пользоваться при удалении матки—абдоминальным или вагинальным, будет зависеть от наличия показаний к одному и противопоказаний к другому. Очевидно, влагалищные операции более показаны больным с чрезмерным отложением жира на брюшной стенке, при наличии инфекции (пиометра). Очень важно при этом, чтобы оператор хорошо владел техникой вагинальных операций. Непосредственные и отдаленные результаты после вагинальных и абдоминальных операций показывают, что теперь, в связи с усовершенствованием оперативных методов и возможностью широкого применения антибиотиков, нет оснований для того, чтобы отдавать предпочтение вагинальному методу операции перед абдоминальным, так как результаты обоих примерно одинаковы.

Лучевая терапия как полноценный самостоятельный метод лечения до настоящего времени не получила широкого распространения.

Внедрению лучевой терапии при раке тела матки в значительной мере препятствовало ошибочное мнение, что железистые карциномы якобы нечувствительны к радио и рентгеновым лучам. Не разработана была и техника лучевой терапии. Однако в настоящее время эти препятствия

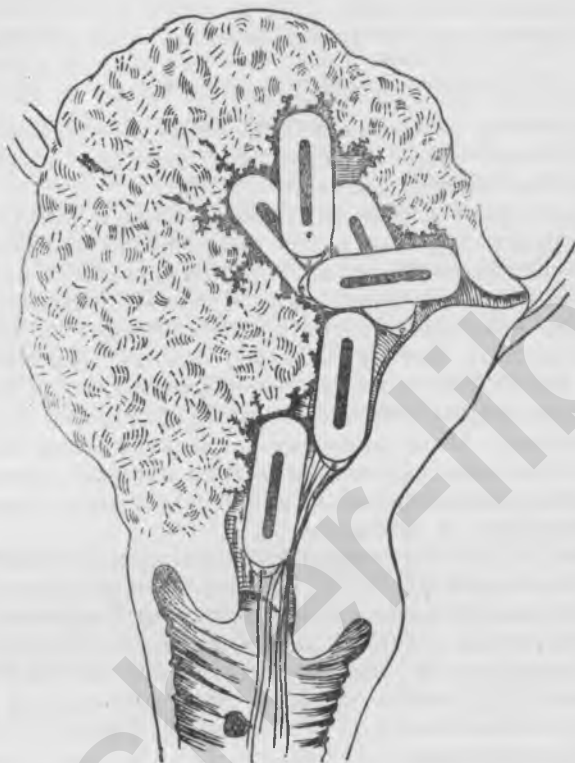


Рис. 107. Метод заполнения (packing method) по Гейману.

в значительной мере устранены и лучевая терапия при раке тела матки с каждым годом применяется все шире.

Не имея возможности остановиться на различных технических приемах и аппаратуре, которые предлагаются для проведения радиевой терапии при раке тела матки, и отсылая интересующихся деталями техники к работе Т. А. Майкопар-Холдиной (Вопросы онкологии, 1952, т. VII), я ограничусь изложением некоторых общих соображений по поводу лучевой терапии рака тела матки.

Повидимому, наиболее целесообразным является метод заполнения (packing method), разработанный Гейманом (Neuman, Швеция). Он заключается во введении в полость матки небольших (в виде крупных зерен) ампул, содержащих по 8 мг радия. При помощи специальных добавочных фильтров (радиофоров) полость матки целиком заполняют радием (рис. 107). Радий оставляют в матке на разные сроки, чтобы в зависимости от количества введенного радия получить в течение 15—20 часов дозу, равную 1500 мг/час. Через 3 недели повторно применяют радий в той же дозе.

В дополнение к внутриматочному применению радий вводят во влагалище в особых аппликаторах с двойными стенками, между которыми

закладывают 2—3 ампулы, содержащие по 50 мг радия. После радиевой терапии дополнительно производится рентгеновское облучение области таза. Гейман рекомендует добавочную рентгенотерапию только в тех случаях, когда опухоль распространилась на соседние органы.

Подводя итоги 25-летнего опыта лечения (1914—1939), Гейман приводит следующие цифры:

Общее число леченных больных	670
Число здоровых 5 и более лет	363
Относительный процент излечения	54,2

Из 205 больных, леченных в 1934—1939 гг., относительный процент излечения еще выше—64,9 (по группе клинически операбельных больных 67%, по группе инооперабельных—28,7%).

В последние годы все чаще раздаются голоса в пользу комбинированного метода лечения больных раком тела матки, состоящего из внутриматочной аппликации радия, рентгенотерапии области параметриев и последующей тотальной гистерэктомии. Число излеченных больных при такой методике, согласно литературным данным, достигает 65—75%.

По оперативному методу лечения имеется огромная литература. С. А. Апетов указывает, что длительное излечение при раке тела матки, по литературным данным, колеблется от 26,8% [Гриль (Greel)] до 66,6% (О. Е. Нудольская). Автор приводит также свои материалы, показывающие, что из 25 больных раком тела матки, которые подвергались оперативному лечению (абдоминальным или вагинальным путем), через 5 лет оказались здоровыми 14 женщин.

Отдаленные результаты лечения больных раком тела матки, полученные в Институте онкологии АМН СССР, недавно были опубликованы Т. А. Майкопар-Холдиной: из 110 больных, прослеженных 5 и более лет, здоровы 54 (49,1%). В зависимости от стадии распространения опухоли процент излечения сильно варьирует: в I стадии—68,1, во II—20,8, в III стадии—11,8.

В зависимости от метода лечения число излеченных распределяется так: при оперативном лечении из 47 излечено 27 больных (57,4%), из 36 леченных лучевыми методами,—11 больных (30,5%), из 27, леченных комбинированным способом (оперативно-лучевым), излечено 16 больных (59,3%). Необходимо отметить, что лучевым методом лечены только больные, признанные неоперабельными.

В настоящее время мы шире применяем лучевую терапию при лечении больных раком тела матки. Комбинированный метод лечения злокачественных опухолей (оперативно-лучевой), уже давно применявшийся в Институте онкологии АМН СССР, повидимому, и при раке тела матки получит свое дальнейшее развитие.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Нет ни одного органа в организме человека, который давал бы столь разнообразные виды опухолей по их происхождению и строению, как яичник. Это в равной мере относится и к доброкачественным, и к злокачественным опухолям. Обусловлено это тем, что источники происхождения опухолей яичника весьма разнообразны. М. Ф. Глазунов делит источники происхождения опухолей яичника на три основные группы: 1) нормальные компоненты яичника, 2) эмбриональные остатки и 3) постнатальные разрастания и гетеротопии.

Статистика. Согласно статистике С. А. Новосельского (1929), рак яичников и труб среди 4818 женщин, умерших от рака (1925—1929), встретился у 83 (1,7%).

По статистике Н. Соколова (1928; 16 534 аутопсии женщин) на 66 аутопсий встречается одна опухоль яичников, из них 1% приходится на доброкачественные опухоли и 0,5% — на злокачественные.

По статистике М. В. Елкина на 5818 гинекологических больных с новообразованиями яичников было 372 (6,4%), причем злокачественные опухоли обнаружены у 32 (8,6%).

Л. Л. Окинчиц на 19 967 амбулаторных больных наблюдал новообразования яичников у 441 больной, из них у 96 были злокачественные опухоли, что составляет 0,5% к общему количеству больных и 21,7% к числу больных с опухолями яичников. Среди 2035 оперированных им больных 344 были оперированы по поводу опухоли яичника, причем у 76 больных (22%) опухоли были злокачественные.

Франческо (Francesco) опубликовал 137 наблюдений карцином яичника (1928—1934), составивших 0,9% к общему числу поступивших гинекологических больных (университетская клиника в Милане) и 22,6% по отношению к больным с опухолями яичников.

По отношению к раковым заболеваниям у женщин рак яичника, как видно из табл. 2, занимает также не последнее место.

Таблица 2

Автор	Количество женщин, больных раком	Количество больных раком яичника	
		абс. число	%
Шотлендер (Schottländer) (1900—1905)	12 128	423	3,5
Вилинский (1900—1924), Ленинград	2 859	136	4,8
Миллер (J. Miller) (сборная статистика)	28 491	1 321	4,6

Статистические материалы Института онкологии АМН СССР показывают следующее. С 1926 по 1952 г. включительно через поликлинику института прошло 9375 первичных больных опухолями женских половых органов, среди них 654 (7%) с опухолями придатков матки.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Наиболее распространенной классификацией опухолей яичника, которая обычно приводится в учебниках и руководствах, является классификация Пфанненштиля. Согласно этой классификации, все (пролиферирующие, бластоматозные) опухоли яичников делятся на три большие группы — эпителиальные, соединительнотканнные и тератоидные, каждая из которых делится на подгруппы, включающие опухоли доброкачественные и злокачественные.

При классификации злокачественных опухолей яичника большинство авторов пользуется схемой Шредера (Schröder) с теми или иными изменениями и поправками. Однако ни один вариант классификации Шредера нельзя признать исчерпывающим ввиду того, что генез многих опухолей

яичников пока не выяснен, и потому в основу классификации не может быть положен единственно правильный принцип—генетический.

Классификация злокачественных опухолей яичника (по схеме Шредера)

- I. Строматогенные (соединительнотканые) злокачественные опухоли яичника.
 1. Саркомы:
 - а) круглоклеточная,
 - б) веретенообразноклеточная,
 - в) смешанного типа,
 - г) меланосаркома.
 2. Эндотелиома.
 3. Перителиома.
- II. Эпителиальные злокачественные опухоли яичника.
 1. Раки:
 - а) первичные,
 - б) метастатические.
 2. Раки в псевдомуцинозных кистоаденомах:
 - а) glandулярных,
 - б) папиллярных.
 3. Редкие формы:
 - а) псевдомиксома яичника,
 - б) фолликулома.
- III. Тератоидные злокачественные опухоли.
 1. Рак в кистозной тератоме (в дермоидной кисте).
 2. Эмбриома яичника (тератобластома).
 3. Атипичные тератомы:
 - а) струма яичника,
 - б) хорионэпителиома яичника.

Классификация Шредера не лишена ряда недостатков и неточностей формулировки.

Например, в настоящее время вопрос о строматогенном происхождении «эндотелиома» и о возможности развития «перителиома», поскольку до сих пор не доказано существование самого перителия, решается отрицательно.

М. Ф. Глазунов считает, что диагнозы «эндотелиома» и «перителиома» в сущности являются «диагнозами незнания, а не глубокого гистогенетического анализа опухолей».

Спорным остается вопрос о происхождении струмы яичника. Одни рассматривают эту опухоль как тератому с преимущественным развитием ткани щитовидной железы, другие причисляют ее к «саркомиомам». Повидимому и те, и другие неправы.

В схеме Шредера не нашла себе места целая группа опухолей—гормонпродуцирующие опухоли яичников, гранулозноклеточные опухоли, арренобластомы, дисгерминомы, среди которых тоже имеются злокачественные формы, которые некоторыми авторами описывались как «саркомы яичника». В связи с этим подлежит пересмотру вопрос о «саркомах яичника», которые, согласно материалам Института онкологии АМН СССР, встречаются крайне редко (М. Ф. Глазунов, В. П. Михайлов).

Наконец, никак не доказан факт существования так называемых первичных карцином яичника. Имется достаточно оснований отрицать их существование и утверждать, что раки яичника развиваются только из уже предшествующих новообразований. Кроме того, мы считаем совершенно не обоснованным введение в классификацию метастатических опухолей, развивающихся в яичнике. Поскольку между метастатической опухолью, развивающейся в яичнике, и тканями яичника нет генетической связи, постольку метастаз в яичнике нельзя считать опухолью яичника.

Какой же принцип должен быть положен в основу классификации опухолей вообще и опухолей яичников в частности?

На этот счет среди большинства патологоанатомов почти нет разногласий: в основу классификации опухолей должен быть положен единственно правильный принцип—гистогенетический. Однако на практике проведение указанного принципа встречает ряд препятствий. Первое из них то, что гистогенез большинства опухолей еще не известен. Правда, это не должно являться поводом к отрицанию правильности названного принципа, но не подлежит сомнению, что это обстоятельство мешает применению его. Второе—если гистогенез даже установлен, то применительно к опухолям такого сложного (в эмбриологическом смысле) органа, как яичник, знание гистогенеза не всегда соответствует установлению эмбриогенеза.

Если даже такая классификация, которая правильно отражала бы все многообразие опухолей яичника в смысле гистологическом, могла быть предложена, то и она не могла бы удовлетворить клинициста, ибо опухоли яичника разнообразны не только по гистологической картине, но и по клиническим проявлениям. К ним относятся, например, опухоли, обладающие гормональными свойствами (арренобластомы, фолликуломы). Совершенно прав поэтому М. Ф. Глазунов, утверждая, что «патологоанатомическая классификация опухолей не может не быть биогистогенетической, и лишь в этой форме она способна выполнять стоящие перед ней задачи». Он справедливо отмечает, что невозможность построения правильной классификации опухолей породила обилие различных терминов, которые часто не отражают даже и гистологической характеристики опухоли.

Возьмем, например, такие термины, как «аденома яичника» или «кистома яичника». Первый говорит о характере роста эпителия, второй—констатирует вторичный макроскопический признак. Мало дают и такие прибавления к терминам, как «медуллярный», «виллезный», «солидный», «простой» и т. д.

Даже такие добавления к терминам, как «псевдомуцинозная киста» или «серозная киста», не помогают судить о характере эпителия, из которого они построены. Больше того, возникают сомнения, является ли это «опухолью яичника» или это «опухоль в яичнике»? Подтверждением сказанного являются данные, полученные В. П. Михайловым, который изучал патологоанатомическую характеристику опухолей яичника по материалам нашего института и пришел к следующим заключениям: 1) из эпителиальных тканей яичника, входящих в него в качестве нормальных составных частей (фолликулярные клетки различной степени дифференциации), образуется только 6,5% всех первичных и 7,5% эпителиальных опухолей этого органа; 2) из эпителиальных же тканей, не свойственных в сущности полностью развитым и функционирующим частям яичника и представляющих образования гетеротопические (малодифференцированный мюллеровский эпителий, островки фимбрий, эндометриозы, ткань коркового вещества надпочечника, гнезда детерминированного эпидермального эпителия), образуется 81,5% всех первичных и 92,6% его эпителиальных опухолей.

Упомянутые исследования представляют для нас, клиницистов, огромный интерес. Развитие большинства опухолей яичника именно из мюллеровского эпителия, весьма возможно, объясняется, как думает В. П. Михайлов, гормональным режимом организма и в первую очередь действием фолликулина. Поэтому он допускает, что основным этиологическим фактором в развитии подавляющей массы своеобразных эпителиальных

опухолей яичника является его собственная гормональная функция¹. Конечно, такое допущение слишком смело, но, как нам кажется, не лишено некоторых оснований. Известно, что папиллярные кисты яичника (в том числе и малигнизированные) нередко поддаются рентгенотерапии. Наиболее правильным является предположение, что действие рентгеновых лучей здесь не прямое, главное же заключается в вызываемой рентгеновыми лучами кастрации. Из клинических наблюдений известно, что при папиллярных кистах яичника благоприятный эффект на течение заболевания оказывает применение тестостерона. Все это говорит о том, что гормональный баланс у таких больных играет несомненную роль и работы в этом направлении должны быть расширены и углублены.

Из сказанного видны те трудности, которые возникают в настоящее время при попытке построить классификацию опухолей яичника, основанную на гистогенетическом принципе, ибо характер ткани большинства опухолей пока не известен.

Отсутствие признанной классификации, естественно, является большим тормозом в оценке терапевтических вмешательств, в частности, в оценке результатов лечения лучистой энергией. Произвольное отнесение папиллярных кистоаденом в группу то злокачественных, то доброкачественных опухолей окончательно дезориентирует клиницистов.

Поэтому нам кажется, что материалы, исчерпывающе изложенные в недавно вышедшей монографии М. Ф. Глазунова «Опухоли яичников» и в монографии В. П. Михайлова «Гистогенез эпителиальных опухолей яичника», заслуживают пристального внимания. Предложенная В. П. Михайловым классификация эпителиальных опухолей яичника бесспорно вносит ясность в запутанный вопрос гистогенеза этих опухолей. М. Ф. Глазунов, хотя и воздерживается от предложения собственной классификации, все же считает, что распределение опухолей яичника по группам, не только в зависимости от морфологических признаков, но и от функциональных особенностей их является основой для той онкогистологической классификации, которую он считает единственно приемлемой.

Мы остановились более подробно на вопросах классификации только потому, что это имеет очень большое практическое значение. Вопросы симптоматологии и диагностики опухолей яичника, показания к тому или иному виду лечения, учет отдаленных результатов лечения не могут быть решены правильно, если не установлен характер новообразования и в первую очередь его морфолого-функциональные особенности.

Не считая возможным, принимая во внимание изложенное, предлагать какую либо новую классификацию, мы ограничимся тем, что приведем схему распределения опухолей яичников по отдельным группам, принятую в Институте онкологии АМН СССР (М. Ф. Глазунов) (табл. 3).

Распределение опухолей яичников за 1926—1951 гг. в цифровом выражении произведено сотрудницей гинекологического отделения И. Д. Нецаевой. Нам кажется, что внедрение этой схемы в широкую практику значительно облегчило бы решение затронутых выше вопросов.

РАСПОЗНАВАНИЕ

При распределении больных со злокачественными опухолями яичников по возрастным группам необходимо прежде всего отметить, что опухоли яичников встречаются во всех возрастах, но наибольшее количество их падает на возраст от 40 до 60 лет.

¹ Мы бы сказали: «Извращенная гормональная функция».

Таблица 3

Опухоли яичников по материалам Института онкологии за 25 лет
(с 1926 по 1951 г.)

Опухоли	Количество	Процент к общему числу опухолей	Процент к числу опухолей данной группы
Кистозные опухоли яичников			
Цилиоэпителиальные кисты			
Сепернирующие:			
Серозные	46	12,5	21,3
Кисты без эпителиальной выстилки	16	4,3	7,4
Эндометриондные	4	1,09	1,8
Папиллярные пролиферирующие	51	13,6	23,7
Малигнизированные	98	26,7	44,6
Итого	215	58,7	—
Псевдомуцинозные кисты			
Сепернирующие	35	9,5	63,6
Пролиферирующие	6	1,6	10,9
Малигнизированные	14	3,8	25,4
Итого	55	15,0	—
Специальные формы опухолей яичников			
Опухоли Бреннера	2	0,54	—
Гранулозноклеточные опухоли	15	4,09	—
Семиномы	3	0,8	—
Арренобластомы	1	0,27	—
Фибромы	11	3,0	—
Текаклеточные опухоли	6	1,6	—
Саркомы	1	0,27	—
Опухоли неясного происхождения	18	4,9	—
Тератоидные опухоли			
Зрелые	30	8,1	76,9
Тератобластомы	5	1,3	12,8
Малигнизированные тератомы	4	1,09	10,2
Итого	39	10,6	—
Всего опухолей яичников	366		

По материалам Института онкологии АМН СССР средний возраст больных со злокачественными опухолями яичников 49 лет, а при доброкачественных опухолях яичников—41,7 года.

Другие авторы дают примерно такие же цифры. Так, например, Бейях (Bejash) исчисляет средний возраст больных раком яичника в 49,6 года, Редлих (Redlich)—в 51,5 года, Бильц (Bilz)—в 52,25 года.

Симптомы, имеющиеся у больных со злокачественными опухолями яичников, чрезвычайно разнообразны. Однако на первое место следует поставить боли, которые составляют примерно 40—50% основных жалоб. Локализация болей различна, но чаще больные жалуются на боли внизу живота. Частым симптомом, с которым приходят больные, является «увеличение живота», обусловленное в большинстве случаев асцитом. Жалобы на неправильности менструального цикла (чаще всего типа меноррагий) приходится встречать сравнительно редко, так как большинство больных со злокачественными опухолями яичников находится в периоде менопаузы, которая, кстати сказать, у этой категории больных наступает сравнительно рано (по материалам нашего института между 43 и 44 годами). В запущенных стадиях болезни нередко наблюдаются расстройства мочеиспускания (затруднение, недержание, частые позывы, болевые ощущения) и дефекации (тенезмы, давление на прямую кишку, запоры, боли).

Перечисленные симптомы не являются патогномоничными только для опухолей яичников, а встречаются при многих гинекологических заболеваниях.

Указания ряда авторов на характерность для злокачественных опухолей яичников таких симптомов, как асцит и двусторонность поражения, тоже нельзя признать правильными. Так, по материалам Института онкологии АМН СССР, разработанным И. Д. Нечаевой, среди 145 больных с малигнизированными формами различных опухолей яичников асцит наблюдался у 74 больных (51%), а из 221 больной с доброкачественными опухолями яичников он отмечен только у 24 (10,8%). Двусторонность поражения яичников также не постоянный признак. Из 366 больных с опухолями яичников оба яичника были поражены у 130 больных, у 39 были обнаружены кистозные изменения не пораженного опухолью яичника, а у 23 больных один яичник был еще раньше удален.

Двусторонность поражения при разных опухолях различна. Так, при цилиоэпителиальных кистах она встретилась (по материалам Института онкологии АМН СССР) в 63,7%, при псевдомуцинозных—в 30%, при гранулозноклеточных опухолях у 4 больных из 15.

Миллер (Miller) приводит сборную статистику (22 авторов), охватывающую 1791 наблюдение больных со злокачественными опухолями яичника, из которых двусторонних образований было 851 (50,5%).

Согласно литературным данным, Нумерс (v. Numers) наблюдал асцит у 59 больных из 151 (39,1%), Шефер (Schaefer)—у 53 из 99 (53,5%). Штюблер и Брандес (Stübler, Brandess)—у 63 из 165 (38,2%), Миллер (Miller) (сборная статистика)—у 440 из 879 (50,5%).

Некоторые авторы отмечают, что асцит чаще наблюдается при двустороннем поражении яичников.

Чаще всего асцит бывает кровянистым (особенно в запущенных случаях). Он бывает также желеобразным или, как некоторые описывают, «коллоидным» и, наконец, чисто серозным.

Приведенные данные о наличии этих двух симптомов (асцит и двусторонность) также не являются особенно характерными для злокачественных опухолей яичника.

В литературе имеются указания некоторых авторов на то, что рак яичника чаще наблюдается у бездетных. Как видно из табл. 4, статистические данные в этом отношении колеблются в широких пределах; кроме того, само по себе понятие «бездетные» не конкретно, ибо под него подходят и нерожавшие женщины (аборты не исключаются), и женщины, совершенно не имевшие беременностей.

Таблица 4

Автор	Число больных	Из них бездетных	
		абс. число	%
Эрлер (Erler)	26	4	15,4
Флеминг (Fleming)	25	5	20,0
Гейнрих (Heinrich)	38	7	18,4
Тэйлор (Taylor)	57	31	54,4
Фогт (Vogt)	41	20	48,8
А. И. Серебров	109	26	23,8

Соотношение между числом беременностей и образованием злокачественных опухолей яичника характеризуют следующие данные. По статистике Коваке (Kovács), среди 174 больных раком яичника было: 51 нерожавшая, 32 рожавших один раз и 91 многорожавшая.

Согласно сборной статистике Миллера (J. Miller), охватывающей данные Горнея (Horney), Липперта (Lippert), Норра (Nörr), Рикмерса (Rickmers) и Брунса (Brunns), эти отношения выражаются следующими цифрами (табл. 5).

Таблица 5

Общее число больных	Беременности						
	0	1	2	3	4	5-11	12
299	54	53	46	35	23	80	8

Как и при других локализациях злокачественных опухолей, больные со злокачественными опухолями яичника поздно обращаются за помощью, в большинстве случаев уже в запущенном состоянии. По материалам Института онкологии АМН СССР в первые три месяца с момента появления тех или иных симптомов обратилось к врачу только 34% больных. Гельсель (Helsel), разбирая данные, касающиеся 100 больных со злокачественными опухолями яичника, указывает, что $\frac{2}{3}$ больных поступили в клинику в безнадежном состоянии.

Пожалуй, ни одна локализация злокачественных опухолей гениталий не представляет таких трудностей при распознавании, как злокачественные опухоли яичника.

Эти трудности обусловлены прежде всего тем, что яичники скрыты в брюшной полости, что, конечно, затрудняет своевременную и правильную диагностику. Кроме того, необходимо отметить, что даже при наличии тех или иных объективных проявлений опухолевого процесса далеко не всегда возможно решить вопрос о доброкачественности или

злокачественности такового, тем более что начало злокачественного роста, как правило, не проявляется какими-либо характерными симптомами.

Решить вопрос о злокачественности часто бывает трудно, не только применяя клинические методы исследования (включая и двуручное исследование), но и по макроскопической картине опухоли при чревосечении.

Приведенные данные о наличии тех или иных симптомов не указывают ничего характерного для распознавания злокачественных опухолей яичника, и ценность их для диагностики, а тем более для дифференциальной, не велика.

Из объективных симптомов заслуживают некоторого внимания для распознавания злокачественных опухолей яичника следующие:

1. Двусторонность поражения. Не следует, однако, забывать, что этот признак имеет только относительное значение, так как и доброкачественные опухоли бывают двусторонними.

2. Наличие асцита, в особенности геморрагического. Асцит, как мы видели, значительно чаще наблюдается при злокачественных опухолях яичника, чем при доброкачественных.

Диагностическая ценность приведенных двух симптомов умалывается еще и тем, что наличие их обычно говорит о далеко зашедшем процессе.

Некоторые авторы в своих работах указывают на раннее появление метастазов в малом тазу, в дугласовом пространстве как на признак, позволяющий диагностировать злокачественные опухоли яичника. К сожалению, приходится констатировать малую практическую ценность и этого признака, который говорит тоже о запущенности болезни. Появление упомянутых метастазов чаще всего бывает обусловлено имплантацией отрывающихся от опухоли яичника клеток и попаданием их в наиболее низко расположенные места малого таза. Правильнее поэтому называть их не метастазами, а имплантатами на брюшине дугласова пространства. Обычно эти имплантаты легко прощупываются в виде плотных бугристых образований при двуручном исследовании, особенно же отчетливо—при ректовагинальном исследовании. Прорастание их во влагалище, а тем более в прямую кишку наблюдается чрезвычайно редко.

На основании всего изложенного о диагностике злокачественных опухолей яичника мы должны сказать, что проведение принципа ранней диагностики при данной локализации чрезвычайно затруднительно. Однако будет грубейшей и непростительной ошибкой врача, если при обнаруженной опухоли яичника он будет выжидать тех или иных симптомов и признаков, указывающих на злокачественность. Единственно правильным поведением врача будет соблюдение следующего принципа: всякая распознанная опухоль яичника подлежит (если операция технически осуществима) оперативному лечению.

Говоря о диагностике злокачественных опухолей яичника, нельзя не указать на необходимость рентгенологического обследования больной. Необходимо прежде всего исключить наличие метастазов в легких, которые особенно часто наблюдаются в запущенных стадиях болезни. Нам неоднократно приходилось наблюдать, что больные с бессимптомной опухолью яичника лечились от «экссудативных плевритов», обусловленных наличием метастазов в легком или плевре.

При наличии желудочных симптомов необходима рентгеноскопия желудка, чтобы исключить опухоли желудка (с метастазами в яичники). Правда, отрицательные данные рентгенологического исследования же-

лудка не исключают возможности наличия в нем опухоли, но все же в некоторых случаях этот метод исследования наводит на правильный диагноз метастаза опухоли в яичник и позволяет обосновать соответствующий метод лечения.

Мы не можем останавливаться на гистологической характеристике злокачественных опухолей яичника, тем более что этот вопрос подробно освещен в недавно вышедшей из нашего института монографии М. Ф. Глазунова. Однако мы считаем необходимым отметить одну очень важную особенность опухолей яичника. Среди всех опухолей яичника абсолютное большинство (88,5%) составляют опухоли эпителиального происхождения.

Среди злокачественных опухолей яичника подавляющее большинство (до 90%) приходится на эпителиальные опухоли, а именно на папиллярные малигнизированные кисты яичника. По материалам, опубликованным Гельселем, среди злокачественных опухолей яичника на малигнизированные капиллярные кисты яичника падает 82%. Таким образом, подавляющее большинство эпителиальных злокачественных опухолей яичников являются вторичными, т. е. развивающимися из предшествующих образований (цилиозных эпителиальных кист). Это имеет огромное практическое значение, так как диктует нам методы борьбы с опухолями этой локализации, заключающиеся в раннем выявлении (путем профилактических осмотров) доброкачественных опухолей яичника и в их своевременном удалении.

ЛЕЧЕНИЕ

Единственно правильным принципом лечения больных с опухолями яичников является наиболее раннее оперативное вмешательство при каждой распознанной опухоли яичника.

Нельзя ли большую страдающую опухоль яичника, как и при наличии других злокачественных и доброкачественных новообразований, излечить одними лучевыми методами?

На этот вопрос при современном состоянии наших знаний нужно ответить отрицательно. Лучевые методы лечения при опухолях яичника могут быть лишь дополнением к оперативному вмешательству.

Несомненно, что при решении вопроса о возможности оперативного лечения следует принимать во внимание ряд обстоятельств, как-то: запущенность процесса, общее состояние больной, наличие метастазов, наличие инфекции и т. п.

Необходимо уточнить следующие вопросы, которые неминуемо встают перед клиницистом.

Как пользоваться сочетанным методом (операция и лучевая терапия)?

Когда целесообразно применять лучевую терапию (до или после операции) и каким методом облучения следует пользоваться при злокачественных опухолях яичника?

Необходимо ли проводить так называемую профилактическую рентгенотерапию после радикальных операций, произведенных при незапущенных заболеваниях?

Целесообразно ли подвергать рентгенотерапии больных со злокачественными опухолями яичников, если оперативное вмешательство ограничилось только пробным чревосечением?

Конечно, дать исчерпывающие ответы на все поставленные вопросы невозможно, так как в лечении не должно и не может быть трафарета. Поэтому мы можем дать только принципиальные установки, в каждом же

случае тот или иной вопрос следует решать, учитывая индивидуальные особенности данной больной. Например, вопрос об удалении матки надо решать индивидуально. Если нет каких-либо сопутствующих показаний (вовлечение тела матки в опухолевый процесс, спайки с пораженными придатками или какие-либо заболевания матки), то удалять матку, как правило, не следует, так как в случае рецидива опухоли в малом тазу наличие матки значительно упрощает применение радиотерапии. Если же необходимо удалить матку, то с нашей точки зрения предпочтительна надвлагалищная ампутация, так как, во-первых, оставшаяся шейка может быть использована для введения радия; во-вторых, если при операции происходит имплантация опухолевых клеток в культю, то выгоднее получить опухолевый инфильтрат, скрытый в брюшной полости, чем опухолевые разрастания в культе влагалища, вслед за возникновением которых неминуемо следует распад опухоли, кровотечения. Кроме того, применять радий при отсутствии шейки неудобно и возникает опасность повреждения соседних полых органов вследствие близости мочевого пузыря и прямой кишки.

Необходимость строгой индивидуализации в каждом отдельном случае явствует хотя бы из того, что если при наличии злокачественной опухоли яичников наблюдаются изменения на шейке матки (длительно не заживающая эрозия, эрозированный эктропион, полипы, рубцы и т. п.), то, конечно, будет неправильно оставлять такую шейку. В таких случаях необходима экстирпация матки, а не надвлагалищная ампутация.

Как при лечении больных с опухолями яичника применять комбинированный метод (оперативное и лучевое лечение)?

Не раз ставился вопрос о том, что, может быть, целесообразно перед операцией проводить лучевую терапию, так как большинство больных является в поздних стадиях болезни, когда радикальная операция технически не осуществима. Другими словами, не целесообразно ли попытаться при помощи лучевых методов лечения перевести больную из инооперабельной в операбельную стадию? На этот вопрос мы отвечаем отрицательно прежде всего потому, что, пока не будет вскрыта брюшная полость, мы не можем уверенно поставить диагноз опухоли яичника, а следовательно, не можем лечить вслепую больную с опухолью не установленного характера и локализации. Поэтому, если больная находится не в безнадежно запущенном состоянии, необходимо не тратить времени на бесперспективные попытки лучевого лечения, а сразу же решить вопрос в пользу оперативного вмешательства.

Другое дело—послеоперационное облучение. Если при операции удалось удалить основные очаги опухоли, то последующим облучением в некоторых случаях удастся достигнуть стойкого излечения. Нужно только иметь в виду, что под основными опухолевыми очагами мы подразумеваем всю основную массу опухоли, т. е. удаление опухоли целесообразно только в том случае, если после этого останутся, например, мелкие папиллярные разрастания по брюшине малого таза и небольшие опухолевые инфильтраты в клетчатке таза, которые могут быть ликвидированы последующим радиевым или рентгеновским облучением. Естественно, что нецелесообразно удалять опухолевые очаги, если после этого останутся все-таки обширные опухолевые разрастания, особенно за пределами малого таза (метастатически пораженные забрюшинные брыжеечные лимфатические узлы, неудаляемые метастазы в сальнике). Нет надобности говорить, что при наличии отдаленных метастазов (легкие, печень и т. п.) удалять опухоли яичников вообще нецелесообразно. Даже после радикально про-

изведенных операций нет оснований возражать против профилактического облучения. Если это признано всею целесообразным после операций по поводу рака шейки матки, то в равной мере это может быть отнесено и к опухолям яичника. Если же оперативное вмешательство закончилось только пробным чревосечением (ввиду запущенности процесса), то остается в силе тот же принцип, гласящий, что одними лучевыми методами вылечить больную со злокачественной опухолью яичника нельзя или, вернее, мы пока не умеем. Опыт показывает, что глубокая рентгенотерапия в таких запущенных стадиях при опухолях яичника недостаточна ни для излечения, ни для облегчения симптомов, в случаях же обширного обсеменения брюшины рентгенотерапия не только не улучшает, а часто ухудшает состояние больных. Таким образом, облучение при злокачественных опухолях яичника пока имеет значение только как дополнительный метод лечения.

Методика послеоперационного облучения при опухолях яичника будет зависеть от индивидуальных особенностей больной. Профилактическое облучение состоит из облучения области таза большими полями (20×20 см) или четырехпольным облучением. Мы предпочитаем последний метод, т. е. четырехпольный (2 поля спереди и 2 сзади), 10×15 см со скашиванием тубуса на 15° к стенке таза. Дозы по 200—300 г за сеанс на каждое поле, общая доза на каждое поле 1800—2000 г.

Если облучение производится с целью долечивания больной, т. е. направлено к устранению остатков опухоли, не удаленной при операции, то дозировка должна быть иной. Мы в таких случаях пользуемся протрагированно-фракционированным методом типа Кутара. Одномоментная доза на поле равна 150—200 г. Суммарная доза на каждое поле не менее 2500 г в зависимости от состояния больной. Само собой разумеется, что локализация полей также не может быть стандартной и зависит от распространения опухоли.

Обращаясь к материалам Института онкологии АМН СССР, мы должны отметить, что до настоящего времени в большинстве случаев больные со злокачественными новообразованиями яичников поступают в запущенных стадиях болезни, в связи с чем примерно только у 50% больных может быть осуществлена радикальная операция, у 30% операция сводится к удалению только основных очагов опухоли и у 20% приходится организовываться лишь пробным чревосечением.

О т д а л е н н ы е р е з у л ь т а т ы л е ч е н и я. Ввиду отсутствия общепризнанной классификации страдает, естественно, и оценка терапевтических вмешательств при злокачественных опухолях яичника и особенно критическая оценка результатов облучения. Поэтому объективная критика результатов лечения больных со злокачественными опухолями яичника трудна.

На это указывают также Тэйлор (Taylor) и Грили (Greeley), считая, что различные результаты объясняются не столько разнообразием применяемых методов, сколько различными методами классификации или статистической обработки материала. Так, например, Вальтер, Бахман и Гаррикс (Walter, Bachman, Harris) приводят цифры длительного излечения при раке яичника (от 3 до 5 лет), равное 6,3% (на 63 заболевания), Тэйлор на 84 заболевания—8,3%, а Пембертон (Pemberton) на 114 заболеваний—32% и Линч (Lynch) на 62 заболевания—35,5%. Гельсель (Helsel) в обзоре 100 заболеваний злокачественными опухолями яичника сообщает, что после комбинированного метода лечения (операция + рентгенотерапия) жили свыше 5 лет только 3 женщины.

Чем иначе можно объяснить такой разницей в получаемых результатах? Основным фактором, влияющим на отдаленные результаты лечения, является прежде всего степень распространенности опухолевого процесса и зависящая от этого радикальность операции. В этом отношении интересны данные Тэйлора.

Метод операции	Количество больных	Процент излеченных
Полное удаление опухоли	44	45,5
Частичное удаление опухоли . . .	50	4,0
Пробное чревосечение	29	0

Некоторые авторы придают особое значение гистологическому типу опухоли и степени ее дифференцирования. Однако в силу тех же причин, о которых говорилось раньше (отсутствие гистогенетической классификации), в реальности этого фактора пока трудно разобраться.

Поиски закономерностей в этом направлении, конечно, должны продолжаться.

Разрабатывая материалы Института онкологии АМН СССР об отдаленных результатах лечения, И. Д. Нечаева отмечает, что результаты эти неблагоприятны. С 1926 по 1950 г. через гинекологическое отделение института прошло 135 больных с малигнизировавшими формами опухолей яичника. Из их числа умерло непосредственно после операции 19 больных; выписалось 116, из них 12 (10,3%) прожили 3 года и больше. В течение первого года после операции умерло 53% больных. Из приведенных цифр видно, что эта локализация карциномы дала самые неблагоприятные результаты по сравнению с другими локализациями рака гениталий.

Резюмируя приведенные данные о лечении больных со злокачественными опухолями яичника, мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть следующие основные положения.

1. Больных со злокачественной опухолью яичника излечить одними лучевыми методами нельзя (тем более это относится к больным, у которых неоперабельность была установлена путем пробного чревосечения).

2. Каждая больная с опухолью яичника подлежит хирургическому лечению, если оно возможно, так как при доброкачественных опухолях возможна их малигнизация, а при злокачественных даже паллиативные операции—удаление основных очагов опухоли с последующей лучевой терапией—приводят в некоторых случаях к длительному излечению и почти всегда к значительному, хотя и временному, улучшению.

3. Применение лучевой терапии целесообразно только в тех случаях, когда удается при операции удалить основные очаги опухоли.

4. Последующая рентгенотерапия улучшает отдаленные результаты, поэтому облучение следует проводить не только как продолжение лечения после радикально произведенных операций, но и с целью профилактики рецидивов после радикальных операций.

5. Прогноз при злокачественных опухолях яичника часто плохой. Опухоли яичника—по течению самые злокачественные из всех видов злокачественных опухолей гениталий и дают самые неблагоприятные отдаленные результаты.

Наблюдения последних лет показали нам, что при малигнизированных папиллярных кистах яичника в арсенал терапевтических мероприятий, помимо овариальной кастрации (оперативной или лучевой), должно быть включено облучение гипофиза («гипофизарная кастрация») и систематическое применение мужских половых гормонов (тестостерон).

Гормонотерапия осуществляется путем инъекций тестостерон-пропионата по 30—50 мг в день до общей дозы в 3—5 г.

Если это дает эффект, то после выписки больной ей рекомендуют принимать метилтестостерон (per os) по 50 мг в неделю в течение 2—3 месяцев.

Работы в этом направлении только начинаются и у нас не возникает сомнений в том, что разработка методов гормональной терапии (в особенности при опухолях матки и яичников) внесет много ценного в терапию больных со злокачественными опухолями гениталий.

МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Вопросу о метастатических опухолях яичника посвящена исчерпывающая монография Т. А. Майкопар-Холдиной, вышедшая из нашего института в 1951 г., к которой мы и отсылаем интересующихся этим вопросом. В данном разделе мы коснемся лишь основных, наиболее важных в практическом отношении вопросов, используя цифровые данные, приведенные в упомянутой монографии.

Больные с метастазами в яичник встречаются не так редко. Среди больных гинекологической клиники Института онкологии АМН СССР с гистологически доказанными злокачественными новообразованиями яичников 60 больных (16,9%) поступили по поводу метастатических опухолей яичников.

Согласно литературным данным, число больных, поступающих с метастазами в яичник, колеблется по материалам разных авторов в довольно широких пределах—от 10 до 62,5% больных со злокачественными опухолями яичников.

О метастазах в яичник можно говорить только в тех случаях, когда имеется полное соответствие структурных и функциональных особенностей основного очага опухоли и метастазов яичника.

Метастазы в яичник из опухолей органов брюшной полости, это доказано Ф. И. Пожарским, развиваются преимущественно ретроградно-лимфогенным путем, а в некоторых случаях трансперитонеально—путем имплантации клеток опухоли на поверхность яичника.

Метастазирование из опухолей молочной, щитовидной железы, бронхов, костей, кожи и мягких тканей происходит преимущественно гематогенным путем. Знание путей метастазирования имеет некоторое значение в смысле прогноза.

Когда метастазирование происходит гематогенным или лимфогенным путем, прогноз хуже; имплантационные метастазы дают лучший прогноз.

В нашей клинике у $\frac{2}{3}$ больных метастазы исходили из опухолей желудочно-кишечного тракта. Это побуждает нас рекомендовать обследовать у больных, поступающих по поводу опухолей яичников, состояние желудочно-кишечного тракта (главным образом желудка), так как при наличии первичного очага в желудочно-кишечном тракте метод лечения опухолей яичников иной, чем при собственно яичниковых опухолях.

В качестве клинической особенности метастатических опухолей яичника необходимо отметить, что в подавляющем большинстве случаев поражение бывает двусторонним.

Метастазы в обоих яичниках имелись у $\frac{2}{3}$ больных нашего института. По данным Ф. И. Пожарского, двустороннее поражение яичников наблюдалось у 82% больных.

Размеры метастатических опухолей яичников могут быть весьма различны. Иногда они обнаруживаются только на аутопсии в виде небольших узелков, иногда же разрастаются до громадных образований весом в несколько килограммов.

Авторы, придерживающиеся имплантационной теории развития метастазов яичника, объясняют их возникновение тем, что оторвавшиеся опухолевые клетки попадают на поверхность яичника в места разрывов фолликулов у менструирующих женщин и там прививаются. Такое мнение основывается на том, что метастазы в яичник наблюдаются чаще у молодых женщин; среди носительниц крукенберговских опухолей преобладают женщины в возрасте от 31 года до 40 лет. Среди наших больных $\frac{2}{3}$ были моложе 45 лет. Анамнез больных с метастазами в яичник не характерен; довольно часто опухоли протекают бессимптомно. Время от обнаружения первичного очага до появления метастазов в яичник нередко измеряется годами. У одной из наших больных метастазы в яичник были обнаружены через 9 лет после ампутации молочной железы, у другой же больной метастазы в яичник развились через 6 лет после операции по поводу меланомы кожи голени.

Симптомы, наблюдающиеся при метастазах в яичник, весьма разнообразны: увеличение живота, боли, асцит, нарушения менструальной функции (чаще аменоррея, значительно реже — меторрагия).

Даже большие метастатические опухоли яичника, которые долго остаются подвижными, обычно мало сказываются на функции смежных органов. Часто (в 53%) наблюдается сопутствующий асцит.

Как явствует из изложенного, при метастатических опухолях яичников нет характерного симптомокомплекса. Наиболее частыми симптомами при них являются: двусторонность поражения при наличии крупных, подвижных бугристых опухолей, увеличение живота, асцит, нарушение менструального цикла. Для диагностики особенно важное значение имеет обнаружение одновременно (или в прошлом) злокачественного новообразования другого органа.

Если имеется асцит, то выпускание асцитической жидкости значительно облегчает диагностику. Асцитическую жидкость нужно центрифугировать и из осадка приготовить мазок, в котором при микроскопическом исследовании могут быть обнаружены комплексы опухолевых клеток. Анализ допущенных в Институте онкологии АМН СССР ошибок при распознавании метастатических опухолей яичников показывает, что только у 24 больных из 60 правильный диагноз был установлен в поликлинике или в клинике, у остальных же 36 больных метастазы или не были распознаны, или ошибочно расценены как первичные опухоли органов малого таза. Причины ошибочных диагнозов нередко кроются в недооценке анамнестических данных об имевшемся в прошлом опухолевом заболевании.

В целях установления правильного диагноза рекомендуется при всякой опухоли яичников производить детальное клиничко-рентгенологическое обследование органов, опухоли которых часто дают метастазы в яичники; в первую очередь это относится к желудочно-кишечному тракту. У женщин, поступающих с опухолями желудочно-кишечного тракта, желчных путей, молочной железы, обязательно нужно обследовать половые органы, чтобы своевременно выявить метастазы в яичники.

Лечение больных с метастатическими опухолями яичников, как правило, мало эффективно. На основании литературных данных и личного опыта мы считаем не лишним повторить установки нашего института, которые изложены в монографии Майкопар-Холдиной.

1. Во время операции по поводу опухолей яичников должны быть обследованы органы брюшной полости, при операциях же по поводу злокачественных опухолей брюшной полости следует осмотреть яичники.

2. При одновременном выявлении первичной опухоли желудочно-кишечного тракта и метастазов только в яичниках мы считаем оправданным одномоментное удаление этих опухолей.

3. Удаление здоровых яичников с профилактической целью (при резекции по поводу рака желудка или кишок), что рекомендуют некоторые авторы, мы считаем необоснованным. Нам кажется, что, усугубляя тяжесть операции, это не может намного повысить шансы на стойкое излечение, так как изолированное поражение яичников метастазами—сравнительно редкое явление.

4. При обнаружении злокачественной опухоли в одном яичнике показано удаление и второго. Одновременная надвлагалищная ампутация матки предпочтительнее ее экстирпации ввиду большой опасности диссеминации при полной экстирпации матки и угрозы прорастания опухоли во влагалище со всеми вытекающими отсюда осложнениями (распад опухоли, кровотечения, инфекция).

5. Удаление метастатических опухолей яичников показано либо в самом начале их развития, когда еще не обнаруживается явных метастазов в других органах, либо в тех случаях, когда метастазы яичников вызывают серьезные функциональные нарушения или угрожают опасными осложнениями.

6. Больные, оперированные по поводу злокачественных опухолей различных локализаций, в процессе последующего наблюдения должны периодически подвергаться обследованиям гинеколога в целях своевременного обнаружения метастатических опухолей яичников.

РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Статистика. Рак вульвы—сравнительно редкая локализация злокачественных новообразований гениталий. По материалам мировой статистики частоту рака вульвы исчисляют в 3—5%.

По данным центральной поликлиники Института онкологии АМН СССР за 1926—1952 гг., на 9375 больных рак вульвы встречается всего в 2%.

О локализации рака в отдельных частях наружных половых органов дают представление приводимые ниже цифровые данные, из которых видно, что наиболее часто поражаются большие половые губы и клитор.

Локализация рака вульвы	Процент
Клитор (и ближайшие отделы)	40,1
Большие половые губы	41,0
Малые половые губы	9,9
Промежность	2,8
Вся вульва	4,2
Метастазы в большие половые губы	1,4

Обращает на себя внимание редкость метастатических опухолей вульвы. Правда, в большинстве случаев дело касается имплантационных метастазов из вышележащих органов (тела и шейки матки). Среди наших больных у двух наблюдались метастатические опухоли в большую губу из карциномы шейки матки.

Рак вульвы очень редко встречается в молодом возрасте и, наоборот, очень часто в пожилом. На возраст от 56 до 70 лет приходится 59% всех больных.

Гебель (A. Göbel) и Хаманн (A. Hamann) исчисляли средний возраст больных карциномой вульвы в 62 года.

По материалам Института онкологии АМН СССР рак вульвы чаще встречается у рожавших, хотя нужно отметить сравнительно высокий процент развития рака у небеременевших (17,1%). В большинстве случаев рак вульвы наблюдается у многорожавших женщин, ибо



Рис. 108. Рак наружных половых органов. Сочетание рака вульвы с лейкоплакией.



Рис. 109. Крауроз вульвы.

в среднем на одну больную раком вульвы приходится 6 беременностей, а среднее число родов равно 5,25. Число абортс незначительно.

Частое сочетание рака вульвы (рис. 108) с лейкоплакией (лейкокератозом) и краурозом, которые нередко задолго предшествуют появлению рака, говорит о том, что факт предшествующих длительных заболеваний кожи наружных половых органов нельзя не приписать во внимание. В частности, наличие зуда, сопровождающего упомянутые заболевания и предшествующего появлению опухоли, отмечается у 38,3% наших больных.

Лейкоплакия, крауроз и эритроплазия—частые предшественники опухоли, и мы нередко видим, как на фоне этих изменений развивается рак (рис. 109).

РАСПОЗНАВАНИЕ

Большая сама может обнаружить опухоль, развивающуюся в области вульвы. Это, очевидно, способствует тому, что больные обращаются со сравнительно ограниченными поражениями. Так, среди 142 наших боль-

ных поражение всей вульвы наблюдалось только у 6, из них у 2 больных опухоль распространялась на соседние органы (мочевой пузырь и влагалище) и у одной—сочеталась с первичной карциномой пищевода; у остальных больных процесс ограничивался какой-либо определенной областью (клитор, половые губы, промежность).

Форма опухоли бывает различна, чаще всего встречаются три следующие ее варианта: 1) экзофитные образования, возвышающиеся над поверхностью кожи; 2) инфильтрирующая форма в виде плотных диффузных инфильтратов и 3) язвенная форма, часто имеющая вид кратерообразной язвы с инфильтративным основанием и плотными краями. Но могут быть, конечно, различные комбинации указанных типов опухоли.

По гистологической структуре рак вульвы сообразно первоисточнику его образования может быть плоскоэпителиальным и железистым. В последнем случае обычно приходится наблюдать при гистологическом исследовании картину альвеолярного рака с недостаточно дифференцированными клетками. Эти формы, правда, очень редки. Преобладающими формами при раке вульвы являются плоскоэпителиальные опухоли с ороговеением.

Таким образом, в большинстве случаев рак вульвы—это кожный рак, cancer planum keratodes [105 больных, (83,3%)].

К л а с с и ф и к а ц и я р а к а в у л ь в ы (п о с т а д и я м):

I с т а д и я: опухолевый процесс локализованный (нодулярный или ulcerозный), без аденопатии.

II с т а д и я: то же с аденопатией (подвижной).

III с т а д и я: опухолевый процесс распространенный (двусторонний, занимающий больше половины вульвы), без аденопатии или с аденопатией (неподвижной).

IV с т а д и я: опухолевый процесс распространенный (вся вульва, распространение на соседние ткани, кожу бедер, лобка) или распространяющийся на соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище), или же имеющий отдаленные метастазы.

П р и з н а к и. По нашим данным, около половины больных (47,2%) от момента появления тех или иных симптомов до первого обращения к врачу выжидает от 3 месяцев до года, чему, очевидно, способствует медленное развитие начальных симптомов заболевания и отсутствие в течение продолжительного времени болевых ощущений, которые, как известно, являются главным стимулом обращения за медицинской помощью.

В подавляющем большинстве случаев процесс начинается с появления опухоли (60,9%), «бородавки», «прыща», узелка на половых органах, которые начинают постепенно расти, иногда быстро изъязвляясь. На втором месте стоит зуд половых органов, который, по нашим данным, предшествует развитию опухоли в 38,3% и держится в течение нескольких месяцев и даже лет (табл. 6).

Болевые ощущения, как видно из табл. 6, отмечаются у 30 больных (44,1%).

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что даже при обширных поражениях мочеиспускательный канал долго не вовлекается в опухолевый процесс. Иногда же имеется огромная экзофитная опухоль, располагающаяся в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, который становится даже неразличимым, и тем не менее больные не предъявляют почти никаких дизурических жалоб. Правда, у них иногда сравнительно рано развивается болезненная задержка мочеиспускания. Исчерпывающих объяснений факта «щажения» мочеиспускательного канала опухолью не имеется.

Таблица 6

Симптомы при поступлении	Количество больных	
	абс. число	%
Кровянистые или гнойно-кровянистые выделения	13	19,0
Сильный зуд	13	19,0
Боли и выделения (кровянистые или гнойные)	10	14,8
Боли в области опухоли	8	11,8
Боли и зуд	4	5,9
Боли и жжение при мочеиспускании	8	11,8
Быстрый рост опухоли	11	16,2
Похудание	1	1,5
Всего больных	68	100,0

Редко наблюдается и прорастание опухоли во влагалище и прямую кишку; несколько чаще она распространяется на кожу бедер.

Необходимо признать, что метастазирование опухоли происходит рано и в большом проценте случаев. В первую очередь поражаются паховые лимфатические узлы, причем, как известно, метастазы в них могут быть обнаружены даже без видимого их увеличения. Отсюда пути метастазирования идут в направлении бедренного треугольника по ходу крупных бедренных сосудов и *lig. rotundum*, а затем ретроперитонеально в *lymphonod iliacaе externum* и *lymphonod. hypogastricae*.

Необходимо отметить, что не всегда метастатически пораженные лимфатические узлы располагаются на той же стороне, на которой находится опухоль. Может быть и перекрестное метастазирование (на противоположную сторону).

Клинически явно метастатическое поражение лимфатических узлов, по нашим данным, отмечается в 43,1%, а подозрение на наличие метастазов в 15,8%.

Превалирует двустороннее поражение лимфатических узлов.

Таким образом, можно считать, что больше половины больных (58,9%) являются уже с метастазами, т. е. в запущенном состоянии. Более надежно это подкрепляется результатами гистологического исследования удаленных лимфатических узлов. Из 49 препаратов паховых лимфатических узлов, удаленных оперативным путем, в 36, т. е. в 75%, при микроскопическом исследовании обнаружены метастазы. Столь частое и быстрое метастазирование при раке вульвы обусловлено чрезвычайно богато развитой сетью лимфатических сосудов в тканях наружных половых органов.

Более отдаленные метастазы прижизненно распознаются обычно редко и обнаруживаются уже на вскрытии.

Д и ф е р е н ц и а л ь н ы й д и а г н о з. Рак вульвы, как и рак других локализаций, характеризуется прежде всего наличием инфильтрата, что и обуславливает плотность окружающих тканей и основания, на котором расположена опухоль. Экзофитные образования имеют обычно сочный вид, характеризуются хрупкостью, легко кровоточат вследствие ломкости сосудов. Легкая кровоточивость (при исследовании, протирании, даже при обмывании опухоли) характерна для всякого рака. При изъязвлении опухоли изъязвившиеся места обычно покрываются грязными, легко

удаляемыми корками, края язвы обычно резко выступают над поверхностью, инфильтрированы, плотны на ощупь. В зависимости от распространенности инфильтрата находится подвижность опухоли и взаимоотношение ее с соседними тканями (спаяна она или не спаяна с кожей, мышцами, костями таза). Если сюда прибавить рост опухоли и иногда влияние на общее состояние организма (похудание), то все указанные признаки и будут подтверждать диагноз злокачественного новообразования. Как известно, доброкачественные опухоли не обладают этими признаками. Кстати сказать, они вообще редко встречаются в области наружных половых органов.

Отсутствие инфильтрации, медленный рост и резкое отграничение от соседних тканей—вот вполне надежные признаки, по которым можно отличить доброкачественную опухоль от рака. Правда, не исключена возможность превращения доброкачественных образований в злокачественные. Нужно иметь в виду, особенно по отношению к вульве, что здесь могут развиваться меланотические карциномы (к счастью, это бывает редко), но так как кожа вульвы, особенно больших половых губ, ничем не отличается от кожных покровов в других местах тела и содержит также пигмент, то как из них, так особенно из родимых пятен могут развиваться меланотические опухоли.

Труднее отличить от истинной опухоли другие доброкачественные образования, например, доброкачественные кондиломы, папилломатозные образования на почве слоновости вульвы, сифилитические образования, туберкулез и др. Но опять-таки отсутствие инфильтрата, мягкая консистенция, хроническое течение помогают определить истинную природу процесса. Надо только твердо помнить, что в каждом более или менее сомнительном случае необходимо произвести биопсию, показания к которой мы ставим очень широко, производя ее обычно в амбулаторных условиях.

Течение и прогноз. Течение рака вульвы (без своевременного лечения) нельзя признать медленным, как обычно об этом приходится слышать. Правда, и нам приходилось наблюдать, когда больные, поступившие в запущенном состоянии, жили до года и больше, но во всяком случае это не является правилом. Обычно эти больные погибают в течение 3—4 месяцев. Смерть наступает чаще всего от прогрессирующей кахексии, часто от уросепсиса, тазового флебита; на втором месте нужно поставить обильные кровотечения (особенно при раке клитора), сепсис, метастазы в жизненно важные органы.

Прогноз при раке вульвы нужно признать в общем неблагоприятным. Запоздалое обращение, часто обусловленное к тому же беспечным отношением больных к начальным симптомам, недооценка их важности, иногда страх перед предстоящей операцией, а нередко и стыдливость (особенно часто у пожилых женщин)—все это ведет к тому, что радикальное лечение начинается обычно уже в запущенном состоянии, чем объясняются плохие результаты лечения. Наличие метастазов в паховых лимфатических узлах еще больше усугубляет плохой прогноз. Немаловажное значение имеет и возраст больных. Применяемые методы лечения, в особенности расширенные оперативные вмешательства, связанные с удалением паховых лимфатических узлов, требуют от больной большой затраты сил, а пожилой возраст является для этого, конечно, неблагоприятным моментом. Поэтому при выборе способа лечения этот момент всегда следует учитывать: во-время отказаться от операции так же важно, как и во-время ее предпринять.

ЛЕЧЕНИЕ

Больных раком вульвы до 1919 г. лечили только хирургически. Обширные вмешательства, как это явствует из литературных данных, давали до 20% первичной послеоперационной смертности и от 2 до 4% больных жили свыше 5 лет после операции. И хотя Грим еще в 1882 г. предложил применять электрический ток при оперативном лечении рака вульвы, тем не менее этот метод (электроэксцизию начали систематически применять примерно с 1920—1921 гг.).

Лечение больных раком вульвы может быть осуществлено различными методами.

Лечение лучистой энергией может быть проведено путем применения радия и рентгеновых лучей. Обычно в таких случаях применяется сочтанный метод: на первичный очаг воздействуют радием, а область регионарных лимфатических узлов подвергают рентгеновому облучению. Радий в этих случаях применяют обычно на маске из пасты «Коломбия» (смесь воска, парафина и опилок) или путем обкалывания опухоли радиевыми иглами. Применяемая нами техника лечения такова: из пасты моделируют маску, захватывающую не только опухоль, но и окружающие ткани на 3 см в окружности. На поверхности такой маски укрепляют липким пластырем трубочки с радием. Мы пользуемся мелкими расфасовками радия элемента— по 2 мг в каждой трубочке. Фильтр 1 мм платины, дистанция 1 см. Трубочки с радием укрепляют на маске с промежутками в 1 см. Доза радия от 2 до 3 mcd на 1 см². Радиевые трубочки укрепляют и распределяют на маске таким образом, чтобы в орбиту радиевого облучения попали и здоровые окружающие ткани (2—3 см в окружности опухоли). Если при установке маски приходится захватывать и область уретры, то в маске пробурывают отверстие и вставляют катетер à demeure. Если опухоль располагается близко от уретры и распространяется на переднюю стенку влагалища, то целесообразно применять облучение радием эндоуретрально (технику применения см. в разделе Рак женской уретры). Маску фиксируют к коже промежности и бедер полосками липкого пластыря или тесемками, прикрепленными к углам маски.

При лечении радием больной вставать с постели не разрешается.

Обычно уже после первого сеанса (мы устанавливаем маску на 2—3 дня) в окружности опухоли появляется отечность и краснота (радиевый эпителиит), которые по мере дальнейшего применения радия усиливаются. Появляются клейкие гнойные выделения, зуд и чувство саднения в области вульвы. Прикосновение к коже в этих местах резко болезненно. Опухоль вскоре начинает уменьшаться, некротизируется и затем исчезает; на ее месте образуется гладкий рубец, часто в течение некоторого времени остающийся эрозированным.

Обычно достаточно применить теплые орошения с последующим смазыванием поверхности кожи вазелиновым маслом, чтобы все эти явления ликвидировались в течение 10—12 дней.

По излечении первичного очага на область регионарных (паховых) лимфатических узлов воздействуют рентгеновыми лучами с таким расчетом, чтобы на кожу каждой стороны было дано не менее 2000—3000 г.

Мы считаем целесообразным облучение области паховых лимфатических узлов только в тех случаях, когда они не прощупываются, т. е. когда отсутствует всякое подозрение на их метастатическое поражение. При наличии же прощупываемых лимфатических узлов целесообразно приме-

нять оперативный метод лечения, сводящийся к вылучению их по методу Дюкена.

Методика рентгенотерапии, применяемая большинством при облучении паховых областей, обычно такова: 180 kV, 2 мм Cu + Al; кожно-фокусное расстояние 30—40 см. Интенсивность 5—10 г в минуту, поля 10 × 15 см. Облучение производится с 4 полей—2 передних и 2 задних—по 200—300 г за сеанс. Общая доза 2000—3000 г. Ежедневно дается одно поле, но можно давать и по 2 поля с разных сторон или облучение проводится с одной стороны (тогда одно поле дается утром, второе—вечером). Примерно такой методики придерживаемся и мы в нашей клинике.

Другим методом применения радия при раках вульвы является шпигование опухоли радиевыми иглами или иглами с радиоактивным кобальтом Co^{60} . Платиновые иглы с радием (толщиной в 1 мм, длиной в 2—3 см) вкалывают в опухоль и по ее окружности с таким расчетом, чтобы вся игла погрузилась в опухоль и достигла здоровых тканей основания опухоли. Иглы вкалывают в опухоль на расстоянии 1 см одна от другой. Привязанные к концам игл тонкие концы никелиновой проволоки (чтобы не потерять игл) собирают в резиновую трубку, связывают вместе и фиксируют липким пластырем к коже бедра. Суммарная доза на опухоль 4000—6000 г.

Особенно удобен метод шпигования опухоли при опухолях клитора.

В последнее время мы начали применять при раке вульвы телерадиевую терапию; первое впечатление от этого метода благоприятное. Облучение производится при помощи аппарата типа радиевой пушки (ГУТ-20). Доза за сеанс—200—250 г, суммарная доза—2500—3000 г.

Из хирургических методов при раке вульвы предпочтительна электроэксцизия опухоли.

На основании всего изложенного может быть замечена следующая схема лечения больных раком вульвы.

1. Электроэксцизия опухоли.

2. По заживлении раны экстирпация паховых лимфатических узлов. Если почему-либо она не может быть произведена, то рентгеновское облучение паховых областей (2000—3000 г).

3. При неоперабельных карциномах вульвы радиевая терапия + рентгеновское облучение паховых областей. Радиевая терапия предпочтительнее электроэксцизии и в тех случаях, когда опухоль находится в близком соседстве с уретрой.

Отдаленные результаты лечения больных раком вульвы по материалам Института онкологии АМН СССР следующие:

Из 72 прослеженных больных у 15, т. е. у 20,8%, не было рецидивов в течение 5 лет и более. Из 22 больных, поступивших в I стадии болезни, 9 здоровы 5 лет и более.

Нет никаких сомнений в том, что стадия болезни имеет основное значение в эффективности лечения. Поэтому многие вполне справедливо указывают, что важен не столько метод лечения, сколько то, как рано (в смысле распространности процесса) начинается лечение. Поэтому ранняя обращаемость и профилактические осмотры женщины остаются основными принципами противораковой борьбы.

При ранних формах без метастазов в паховых лимфатических узлах излечение может быть достигнуто любым из указанных методов в зависимости от показания к их применению. Систематическое наблюдение в дальнейшем за больными позволит рано уловить наличие метастазов или рецидивов и применить своевременно радикальное лечение.

РАК ВЛАГАЛИЩА

Первичный рак влагалища встречается сравнительно редко. Согласно материалам Центральной поликлиники Института онкологии АМН СССР, на 6923 больных раком гениталий рак влагалища встретился 194 раза, т. е. составил 2,8%.

В нашей отечественной литературе с 1883 по 1940 г. опубликованы материалы, касающиеся 186 больных первичным раком влагалища¹, обнаруженным среди 14 096 больных раком гениталий, что составляет 1,3%. По материалам иностранных авторов частота первичного рака влагалища колеблется от 1% [Кларк и Норрис (Clark a. Norris)] до 6,7% [Додерлейн (A. Döderlein)].

Метастатические же поражения стенок влагалища при раке шейки матки, по крайней мере в нашей практике, наблюдались очень редко.

По материалам Института онкологии АМН СССР наибольшая частота рака влагалища падает на возраст от 41 года до 60 лет (60%), после чего кривая идет на убыль. Самыми молодыми из наших больных были 3 женщины в возрасте 25 лет, самой старой больной было 80 лет.

Розенфельд собрал данные о 8 заболеваниях раком влагалища у детей (1901—1933), в том числе у одного ребенка в возрасте 5 месяцев.

Как известно, рак шейки матки наблюдается крайне редко при полном пролапсе матки. Так же редко, повидимому, наблюдается при тотальных пролапсах и рак влагалища. Среди наших больных только у одной в возрасте 76 лет наблюдалась первичная карцинома влагалища при наличии тотального пролапса.

Все авторы [И. И. Федоров, В. Г. Минаева, И. А. Евнин, Е. Р. Новотельнова, О. И. Арнштам, Кюстнер (Küstner), Гольдбергер (Goldberger) и др.] отмечают, что в подавляющем большинстве случаев рак влагалища локализуется на задней стенке (часто в заднем своде влагалища). Среди наших больных опухоль развилась на задней стенке у 66 больных, на передней—у 15, на боковой—у 15, циркулярная форма наблюдалась у 3 больных, в рубце—у 2. У 62 больных опухоль находилась в сводах, у 30—в средней трети влагалища и только у 9 она располагалась в нижней трети влагалища.

Проследив положение влагалищной части шейки матки и локализацию опухоли, С. С. Роговенко приходит к заключению, что выделения из цервикального канала могут, повидимому, являться существенным фактором в этиологии рака влагалища, так как часто опухоль располагается на том участке влагалищной стенки, к которой обращен наружный зев цервикального канала.

Среди наших больных абсолютное большинство составляли многорожавшие. Среднее число родов, приходящихся на одну больную, было 3,5, а среднее число беременностей—4,3.

РАСПОЗНАВАНИЕ

Жалобы больных раком влагалища сводятся к различного рода выделениям. Обычно превалируют кровянистые выделения, которые, как и при раке шейки матки, проявляются или в виде контактных кровотечениях (sub coitu), или в форме кровопотерь без всякой внешней травмы.

¹ Количество больных приводится по материалам, опубликованным А. Лапшиным, С. И. Благоволиным, В. А. Полубинским, М. К. Веньцковским, Е. Р. Новотельновой, И. А. Евниным и В. Г. Минаевой.

Обычно больные отмечают необильные («мажущиеся») кровянистые выделения, но иногда наблюдаются и тяжелые кровопотери при разрушении растущей опухолью сосудов влагалища. Среди наших больных объективные симптомы (бели, кровянистые выделения в том или ином виде) наблюдались у 80 больных (79,2%). Наличие болевых симптомов указывает, как и при других локализациях опухолей гениталий, на сдавление нервных стволов и сплетений таза, обусловленных глубоким распространением опухолевого процесса. Среди наших больных к моменту поступления в стационар у 12 (11,9%) имелись болевые ощущения; 9 больных (8,9%) не отмечали никаких симптомов при поступлении, считая себя до этого здоровыми; опухоли у них были обнаружены случайно при медицинском осмотре.

Приходится отметить, что больные поздно обращаются за врачебной помощью, несмотря на наличие патогномичных для рака симптомов. Достаточно указать, что из 74 больных в первые 3 месяца от момента появления симптомов обратились только 43 больных.

Причины поздней обращаемости следует объяснять, с одной стороны, тем, что вначале рак протекает бессимптомно, а с другой—беспечным отношением больных к своему здоровью, долго не обращающихся к врачу, несмотря на наличие патогномичных симптомов. Иногда поздняя обращаемость обуславливается чувством стыда и в известном проценте случаев—малым знакомством женщины с симптомами раковой болезни.

Какова роль врачей в несвоевременной диагностике рака влагалища?

Из 101 больной 83 больным правильный диагноз был поставлен врачами при первом же обращении, а 18 больных (17,9%) до направления их в стационар лечились различными методами у врачей, а диагноз злокачественной опухоли своевременно не был поставлен. Из упомянутых 18 больных 5 больных при первом обращении к врачу не были осмотрены при помощи зеркал и ни одной больной перед началом лечения не было произведено биопсии.

Это показывает важность повышения онкологической настороженности больных и врачей, повышения квалификации врачей в области онкологии, использования при осмотрах больных всех доступных методов исследования. Бессимптомное течение рака влагалища у некоторых больных показывает лишней раз необходимость пропаганды среди женщин профилактических осмотров.

Диагностировать рак влагалища не трудно. Доступность опухоли пальпации и осмотру с помощью зеркал позволяет при некотором опыте безошибочно поставить правильный диагноз.

Обычно приходится наблюдать опухоли влагалища в двух формах: первая—в виде разрастаний, выступающих на поверхности слизистой оболочки и имеющих грибовидную форму; ломких, кровоточащих и твердых на ощупь. Иногда они сидят на широком инфильтрированном основании, ограничивающем подвижность влагалищной стенки, иногда—на тонкой ножке.

Другая форма опухоли—плотная язва с инфильтрированным основанием и кровоточащими опухолевыми массами, местами некротизировавшимися. Глубина такой язвы различна. В запущенных случаях она имеет форму кратера, ведущего в клетчатку паракольпия или параметрия. Отделяемое такой язвы кровянистое, часто с примесью гноя и крошковатых масс, отторгающихся от опухоли.

В других случаях язва, наоборот, имеет сухой вид, покрыта аспидно-серым налетом в виде волокнистой ткани. Налет не снимается, а при попытке отделить его обычно появляется обильное кровотечение.

Затруднения при дифференциальной диагностике могут возникнуть при развитии доброкачественных папиллом влагалища, кондилом, имеющих вид сосочковых разрастаний и несколько плотных на ощупь вследствие гиперкератоза периферических частей. Но эти образования встречаются редко, они менее кровоточивы и не инфильтрируют окружающих тканей. Поводом к смешению с карциномой влагалища могут послужить родившиеся во влагалище подслизистые фиброматозные узлы с изъязвленной поверхностью. Тщательным обследованием (главным образом пальпаторно) обычно удается определить ножку, ущемленную в шейке матки и исходящую из полости последней.

Чрезвычайно редко встречаются также саркомы влагалища. Среди больных стационара Института онкологии АМН СССР они наблюдались только у 2 больных.

Само собой разумеется, что в каждом отдельном случае окончательный диагноз решается гистологическим исследованием кусочка опухоли.

Что касается гистологической характеристики рака влагалища, то в преобладающем большинстве случаев встречаются плоскоэпителиальные раки, преимущественно неороговевающие. Аденокарциномы, которые могут развиваться во влагалище из дистопических включений, остатков вольфовых и гартнеровых ходов, среди наших больных не наблюдались.

Мы предлагаем пользоваться следующей классификацией рака влагалища по стадиям.

I стадия. Опухоль ограничивается поражением слизистой оболочки влагалища, занимая не более трети одной стенки влагалища.

II стадия. Опухоль занимает купол влагалища (два или более сводов влагалища) или сегмент влагалища (полукруговой или круговой); в процесс вовлекается стенка влагалища или ближайшие отделы паракольпия, однако инфильтрация не доходит до стенок тазового кольца.

III стадия. Опухоль распространяется на большую половину влагалища (купол или сегмент) с инфильтрацией паракольпия до стенок тазового кольца или параметрия (инфильтрация, кратер).

К этой же стадии относятся все случаи с вовлечением в процесс регионарных лимфатических узлов (в области таза или паховые).

IV стадия. Поражение опухолью всего влагалища. Вовлечение в опухолевый процесс соседних полых органов (мочевом пузыря и прямой кишки). Распространение опухоли за пределы малого таза. Отдаленные метастазы.

Таблица 7

Рак влагалища
Распределение больных по стадиям болезни ¹

Стадия болезни	Количество больных	
	абс. число	%
I стадия	18	17,8
II »	45	44,6
III »	20	19,8
IV »	18	17,8

¹ Все цифровые данные этой главы разработаны С. С. Роговченко.

Как видно из табл. 7, только около $\frac{1}{5}$ больных попадает в стационар в I стадии болезни, когда лечение может быть наиболее эффективным, остальные же поступают преимущественно во II стадии, т. е. на границе запущенности болезни. Прогноз при раке влагалища в общем нельзя считать благоприятным. Он определяется локализацией опухоли, отчасти предопределяющей тяжесть заболевания, возможными путями распространения опухоли, осложнениями (свищи), исходом лечения.

Наиболее благоприятной локализацией опухоли является влагалищный вход, задне-нижний его полукруг. Эта область доступна для проведения того или иного метода лечения. При этой локализации значительно реже и позднее наблюдается поражение лимфатических узлов таза, если же оно наблюдается, то чаще всего поражаются паховые лимфатические узлы, легко доступные для оперативного удаления. Разумеется, в запущенных случаях, когда поражены и глубокие паховые лимфатические узлы, за которыми обычно быстро следуют инфильтраты в fossa ischiorectale, прогноз нужно считать печальным. Локализация опухоли в переднем полукруге влагалищного входа неблагоприятна, так как даже после успешного излечения часто развиваются рубцовые стриктуры уретры, вызывающие ряд расстройств со стороны мочеиспускания.

Сравнительно благоприятной локализацией можно считать своды влагалища (особенно задний свод). При локализации опухоли в сводах радиовая терапия легче осуществима, чем при локализации опухоли в средней трети влагалища. Расширяются также возможности радиовой терапии, так как при локализации опухоли в сводах радий может быть дан в больших дозах путем эндоцервикального применения, которое при других локализациях (нижние две трети) нецелесообразно. Поражение заднего свода является менее опасным, чем переднего свода, и потому, что, как правило, прямая кишка вовлекается в процесс позднее, чем стенка мочевого пузыря при локализации опухоли в переднем своде.

Локализация опухоли в средней трети является самой неблагоприятной. Лучевое лечение в таких случаях затрудняется тем, что радий нельзя применять в достаточной дозе, не опасаясь образования свищей; при применении рентгеновых лучей (паружное облучение) условия также менее благоприятны, так как опухоль находится в костном кольце таза. Оперативное лечение в таких случаях исключается.

Наконец, необходимо отметить, что при этой локализации обычно быстро вовлекается в процесс паракольный, что усугубляет плохой прогноз.

ЛЕЧЕНИЕ

До недавнего времени рак влагалища пытались лечить оперативным путем, при этом вначале пользовались операцией, предложенной Шредером (Schröder) и заключающейся в простом иссечении опухоли в пределах здоровых тканей. Последующие наблюдения показали, однако, явную несостоятельность этой операции, и вскоре она была всеми оставлена. На смену ей пришли более радикальные оперативные методы.

Для лучшего доступа к опухоли в свое время предлагали промежностные способы операций [К. Ф. Славянский, Ольсхаузен (Olshausen) и др.], расширенные вагинальные способы с удалением части прямой кишки [Мартин (A. Martin) и др.]. Были смелые попытки найти путь к удалению опухоли влагалища через крестцовую область—так называемые сакральные способы [В. Ф. Снегирев, Г. Ф. Писемский, Кохер (Kocher) и др.].

Обычно при всех описанных выше вмешательствах наблюдалась высокая смертность, плохие непосредственные, а тем более отдаленные результаты. По статистике, представленной Корна (R. M. Cornat), только 3% больных раком влагалища, подвергавшихся тем или иным оперативным вмешательствам, переживают 5-летний срок наблюдения.

Поэтому с развитием лучевых методов лечения хирургическое лечение рака влагалища отошло в область истории и в настоящее время применяется иногда в порядке исключения при особых показаниях.

При радиевой терапии можно пользоваться различными методами, а именно: можно обкалывать опухоль иглами с радием или применять радий путем аппликации на специальных масках из пасты «Колумбия». Первый способ, ввиду неудобства его применения и близости полых органов, почти всеми оставлен.

Большинство (и мы в том числе) пользуется методом аппликации радия к опухоли. С этой целью применяют пластинки из пасты «Колумбия» толщиной в 1 см. Пластинку берут на 1—2 см больше поверхности опухоли, чтобы облучению подвергались и здоровые, окружающие опухоль ткани.

Поверхность пластинки, обращенную к опухоли, моделируют по форме опухоли, а на противоположной поверхности равномерно распределяют трубочки с радием, которые впаивают в воск и покрывают свинцовой пластинкой толщиной в 2 мм для защиты соседних органов от действия радиевых лучей. Толщина пластинки равна 1 см, следовательно, радий будет расположен от опухоли также на расстоянии 1 см; такая дистанция вполне достаточна.

Всю маску обертывают полоской лишкого пластыря, чтобы не выпали трубочки с радием, затем завертывают в марлю, обильно смазывают вазелиновым маслом и вводят во влагалище. Чтобы лучше фиксировать маску к опухоли и отстранить мочевого пузыря или прямую кишку (в зависимости от положения опухоли), во влагалище поверх заложенной маски тампонируют марлей. На рис. 110 схематически изображен вид заряженной маски (1) и положение ее во влагалище (2), если опухоль расположена на задней стенке влагалища.

Суммарно доза радия на очаг опухоли колеблется от 6000 до 8000 г, иногда ее доводят до 10 000 г в зависимости от величины опухоли. Лучше всего расчет вести на mcd , давая в среднем по 2—3 mcd на 1 cm^2 облучаемой поверхности. Как правило, дозу радия свыше 8000 г применять не следует во избежание повреждения здоровых тканей и образования свищей. Указанные дозы мы применяли дробно, давая за сеанс 1000—1500 г с перерывом в 2—3 дня. В промежутках между сеансами радиевой терапии мы приступаем к рентгеновскому облучению области таза по такому методу: четырехпольное облучение: 2 передних и 2 задних поля размером 10×15 см при 200 kV, фильтр 1 мм Cu + 1 мм Al, кожно-фокусное расстояние 40 см, интенсивность излучения 10 г в минуту; 1—2 сеанса ежедневно по 300 г на поле, до 3000 г на каждое поле.

Сочетание радиевой терапии с рентгенотерапией является наиболее эффективным методом лечения рака влагалища. Одна радиевая терапия, как и одна рентгенотерапия, менее эффективна.

Что касается методики применения радия и рентгенотерапии, то мы на основании личного опыта должны сказать, что для лечения больных первичным раком влагалища наилучшим методом является однократная непрерывная радиевая терапия большими количествами радия, достигающими до 100 мг радия в течение 24—48 часов.

Непрерывная радиевая терапия небольшими количествами радия в течение нескольких суток давала лучшие результаты. Но наилучшим является фракционированный метод как радиевой терапии, так и рентгенотерапии.

Что касается последовательности применения радия и рентгеновых лучей, то наилучшие результаты были получены, когда лечение начинали с рентгенотерапии (из 5 больных во II стадии излечены на 5 и 7 лет 3 больные).

Неплохие результаты были получены и при чередовании рентгенотерапии с радиевой терапией. В таких случаях рентгенотерапию применяли обычно в промежутках между аппликациями радия. Из 16 больных (I и II стадии), леченных таким способом, излечено на 5 лет и более 9 больных.

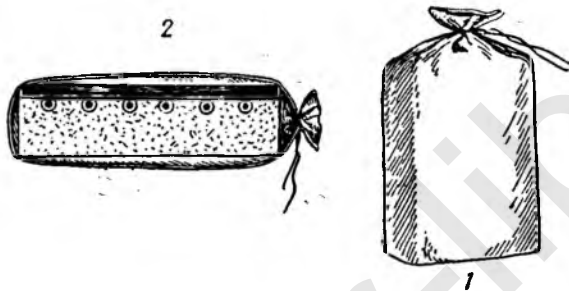


Рис. 110. Вид заряженной маски для лечения рака влагалища.

Результаты были хуже, когда лечение начинали с радиевой терапии, по окончании которой применяли рентгенотерапию. Этим методом из 7 больных II стадии излечена только одна.

Мы хотим предупредить клиницистов от соблазна уменьшить массу опухоли для лучшей установки радия. Такой метод в течение некоторого времени практиковался в нашем институте: перед установкой радия опухоль соскабливали острой ложкой. У нас было 7 таких больных, у которых опухолевые разрастания мешали установке радия и потому были соскоблены острой ложкой. Все больные, независимо от стадии болезни, прожили после лечения меньше года. К моменту лечения одна больная была в I стадии, три—во II стадии, одна—в III и две—в IV стадии заболевания. Поэтому мы относимся отрицательно к этому вмешательству, которое, помимо травмы и инфекции, ведет и к более быстрому метастазированию.

Гораздо целесообразнее, если необходимо уменьшить размеры опухоли, применять электрокоагуляцию опухоли диатермическим крючком. Мы наблюдали двух таких больных—одну в I стадии и одну во II стадии; обе больные после лучевой терапии здоровы в течение 7 лет.

Отдаленные результаты лечения. С 1926 по 1941 г. включительно в гинекологическом отделении Института онкологии АМН СССР находилась на излечении 81 больная. Из них оказались излеченными на 5 и более лет 25 больных, т. е. 30,8% (относительный процент излечения). За этот же период в поликлинику института обратились 162 больные по поводу первичного рака влагалища. Это дает нам возможность

вычислить абсолютный процент излечения, который равнялся в данном случае 15,4.

Данные об излечении, в зависимости от стадии опухолевого процесса, представлены в табл. 8.

Таблица 8

Стадия болезни и отдаленные результаты за 1926—1941 гг.
(по материалам С. С. Роговенко)

Стадия	Количество больных		Из них здоровы 5—7 лет	
	абс. число	%	абс. число	%
I	15	18,5	9	60
II	43	53,0	14	32,5
III	13	16,0	2	15,3
IV	10	12,5	—	—
Итого	81	100	25	30,8

Как и при других локализациях рака, стадия распространения болезни имеет решающее значение. Зависимость отдаленных результатов от локализации опухоли явствует из табл. 9.

Таблица 9

Локализация	Количество больных	Из них излечены на 5—7 лет	
		абс. число	%
Верхняя треть влагалища	40	14	35
Средняя » »	32	9	28
Нижняя » »	9	2	22

Наши данные отчетливо выявили зависимость отдаленных результатов от клинической формы опухоли. У 49 больных были экзофитные опухоли; из числа этих больных здоровы 5 лет и более 21 больная (43%), а из 32 больных с эндофитными опухолями (преимущественно язвенными) здоровы 5 лет и более только 4 больные, т. е. 12,5%. Однако установить зависимость отдаленных результатов от гистологической структуры опухоли нам не удалось.

Что касается зависимости отдаленных результатов от способа лечения, то, как уже было сказано выше, все преимущества остаются за комбинированными методами лечения (рентгенотерапия в сочетании с радиевой терапией).

Согласно литературным данным, положительные отдаленные результаты лечения первичного рака влагалища колеблются в пределах от 1% (Н. И. Горизонтов, 1928, сборная статистика) до 15,7% [Гейман (Heuman), 1937, статистика 89 случаев].

По данным Филиппа (Philipp) и Горника (Gornic), из 53 больных излечилось 13,2%. Они же приводят сборную статистику из 129 наблюдений с излечением на 5 лет и более в 12,4%. Гили (Healy) отмечает, что из

99 больных длительное выздоровление (5 лет и более) наступило у 12% больных, а М. Корпа—у 15% больных. Другие авторы приводят еще более низкие цифры излечения при первичном раке влагалища.

РАК ЖЕНСКОЙ УРЕТРЫ

Вопрос о раке мочеиспускательного канала у женщин мало освещен в русской литературе. Даже в специальных руководствах по урологии этому вопросу не уделяется достаточного внимания, очевидно, потому, что злокачественные опухоли женской уретры встречаются очень редко. Рух (Ruch), Фрерикс и Ариссон (Frerichs a. Arneson) сообщают, что с 1833 по 1952 г. в литературе описано около 400 случаев рака женской уретры.

У мужчин эта локализация опухоли встречается еще реже. Хаманн и Гебель (Hamann, Göbel) исчисляют частоту рака уретры в 0,55% всех карцином женских половых органов. По статистике, приводимой Капланом (J. Kaplan), на 625 заболеваний раком шейки матки, влагалища и вульвы встретилось всего 5 заболеваний первичным раком уретры.

Крайне редко наблюдаются эти опухоли и у животных. По утверждению Шталькера (Stalker) в ветеринарной литературе опубликовано лишь одно наблюдение карциномы уретры у собаки 13 лет.

РАСПОЗНАВАНИЕ

Среди больных нашей клиники с 1927 по 1953 г. только у 19 имелся первичный рак уретры.

За этот же период поступило с подозрением на злокачественные опухоли уретры 23 больные, но при клиническом обследовании оказалось, что у них были доброкачественные процессы (полипозные разрастания, изъязвления, пролапсы слизистой оболочки, аденоматоз, кисты парауретральных ходов, хронические воспалительные процессы с изъязвлением). В этих случаях обычно применяли электроэксцизию диатермической петлей для гистологического исследования с последующей электрокоагуляцией подозрительных участков.

Рак женской уретры встречается в различных формах; нам, в частности, приходилось наблюдать следующие.

1. Экзофитные опухоли в области наружного отверстия мочеиспускательного канала большей или меньшей величины (от размеров вишни до куриного яйца), часто с изъязвлением и некротическими налетами, с инфильтрацией окружающих тканей или стенок уретры на протяжении 2—3 см по ходу последней.

2. Множественные полипозные образования или одиночные полипы, исходящие из отверстия уретры (иногда на ножке). Инфильтрации стенок уретры в таких случаях может и не быть.

3. Язвенная форма. Кратер в области отверстия мочеиспускательного канала с инфильтрацией тканей в области клитора или с инфильтрацией передней стенки влагалища по ходу уретры (у одной из наших больных инфильтрат доходил почти до стенок таза).

4. Плотная инфильтрация всей уретры, местами с изъязвлением, что устанавливается уретроскопией. У одной из наших больных имела место инфильтрация всей уретры с захватом области внутреннего сфинктера, который имел извилистые и неровные контуры, а местами—отдельные разрастания, покрытые некротическими налетами.

Хаман и Гебель различают две формы—папиллярную и инфильтрирующую (по ходу уретры). С их точки зрения такого рода подразделение карцином уретры оправдывается тем, что папиллярные формы (особенно близ устья уретры) более благоприятны в смысле прогноза, чем инфильтрирующие. При первых, согласно указанию названных авторов, часто наступает излечение, при вторых, как правило, длительного излечения не наблюдается. Такого же мнения придерживается Ден-Хед (Den-Hoed), указывая, что папиллярные опухоли устья уретры медленно растут, быстрее распознаются и реже дают метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Рейприх (Reiprich) делит 6 описываемых им заболеваний на две группы—вульво-уретральные и только уретральные.

Если наблюдавшихся нами больных распределить по четырем указанным выше группам, то в первую группу можно отнести 9 больных, во вторую—2, в третью—3 и в четвертую—5 больных. Конечно, кроме упомянутых форм, могут встречаться и различные их комбинации.

Среди наших больных было 9 рожавших; из них 4 рожали один раз, 3 рожали по 3 раза, одна—5 раз и одна—10 раз. Аборты были у 2 больных; нерожавших было 4; у 4 больных число имевшихся беременностей не указано.

Только в анамнезе одной больной был отмечен рак мочевого пузыря у отца.

Как и при локализациях других опухолей, необходимо отметить, что больные раком уретры поздно попадают в стационар.

Продолжительность заболевания до поступления больных в стационар на излечение исчисляется следующими сроками.

Продолжительность заболевания	Число больных
До 3 месяцев	5
От 3 до 6 месяцев	5
» 6 месяцев до 1 года	3
» 1 года до 2 лет	4
Не указана	2

Первое обращение к врачу тоже обычно запаздывало. Из 19 больных, прошедших через наш стационар, только три обратились к врачу сразу после появления первых симптомов, но ни у одной правильный диагноз при первом обращении не был поставлен, и больные подвергались различным видам лечения от 3 до 5 месяцев (прижигания по поводу «полипов», обследование при подозрении на сифилис). Из остальных 16 больных четыре тоже подвергались безрезультатно амбулаторному лечению в течение 1—2 месяцев, прежде чем были направлены на специальное лечение.

Начальные симптомы, которые послужили стимулом для обращения к врачу, по словам больных, были следующие: 1) гнойные выделения из уретры (у 4 больных), 2) кровянистые выделения при мочеиспускании (у 6 больных), 3) болезненное мочеиспускание (у 4 больных), 4) разрастания опухоли и дизурические явления (у 4 больных) и 5) начальные симптомы не указаны (одна больная).

Необходимо отметить, что при поступлении в стационар болевые симптомы имелись у 7 больных.

Состояние паховых лимфатических узлов при поступлении больных в стационар было следующее: они были увеличены с обеих сторон, как явно метастатически пораженные, у 6 больных, увеличены только слева у 2, не прощупывались у 8. Состояние паховых лимфатических узлов не было указано у 3 больных.

Гистологически было обследовано только 11 больных раком уретры, из которых у одной была обнаружена базоцеллюлярная карцинома, у 6 — плоскоклеточный ороговевающий рак, у 3 — плоскоклеточный неороговевающий рак, у одной — низкодифференцированный рак.

8 больным биопсия не производилась, так как клинически наличие опухоли было настолько очевидным, что не было смысла подвергать больных риску возникновения осложнений после хотя маленького, но серьезного вмешательства, каким является биопсия. Однако биопсию желательно применять всем больным. Уатсон (E. Watson), например, указывает, что из 17 описанных им больных у 5 при первой биопсии был получен отрицательный ответ на рак и его удалось установить только путем повторной биопсии.

Ввиду небольшого количества наблюдавшихся нами больных провести параллели между чувствительностью опухоли к лучам и гистологическим строением опухоли не представляется возможным, а также нельзя установить влияние этого фактора на отдаленные результаты лечения.

ЛЕЧЕНИЕ

Подходя к вопросу о лечении больных раком женской уретры, пужно указать, что до разработки методов лучевой терапии рака уретры приходилось прибегать исключительно к операциям.

О благоприятных исходах подобных операций в литературе сообщалось неоднократно. Например, в. Зеренин (1907) сообщил об удачном удалении саркомы мочеиспускательного канала у женщины, С. М. Яблонский (1929) сообщал о 3 удачных операциях, произведенных больным с новообразованиями уретры. Однако отдаленных результатов хирургического лечения не приводится.

Были попытки и обширных оперативных вмешательств при раке уретры. Например, Шарлаш (1933) сообщил, что у одной больной раком уретры был удален мочеиспускательный канал, мочевой пузырь и влагалище, а мочеточники были пересежены в толстую кишку. Это наблюдение, как и некоторые другие, хотя и показывает, что такие обширные оперативные вмешательства осуществимы, но при наличии лучевых методов применение их не оправдывается получаемыми результатами.

Из наших больных только одной пришлось отказать в лечении ввиду запущенности процесса, и одной больной по той же причине была применена симптоматическая терапия. Остальным больным были применены следующие методы лечения.

Электроэксцизия опухоли была применена 3 больным, причем у одной больной пришлось удалить всю уретру вместе с шейкой мочевого пузыря: всем остальным больным применяли радиевую терапию. Радий применяли путем аппликации трубочек с радием (по 2 мг) на маске к опухоли с захватыванием здоровых тканей на 2—3 см, а также путем обкалывания радиевыми иглами или введения стеклянных капилляров с эманацией радия. Средняя доза—2 мСi разрушенной эманации на 1 см². Вслед за этим эндоретрально вводили на 48 часов две трубочки, содержащие 10 мг радия, которые вынимали только на время мочеиспускания. Затем делался перерыв на 24 часа, после чего снова вводили радий на 48 часов с тем, чтобы довести среднюю дозу до 3500—4000 мг/час. Обычно такой дозы бывает достаточно, чтобы к концу лечения добиться исчезновения опухоли. Хамаш и Гебель считают достаточной уретральную дозу в 2000 мг/час.

Следующим этапом лечения является оперативное удаление паховых лимфатических узлов, что лучше всего достигается по способу Дюжена. При раке уретры эта операция должна производиться расширенно, с удалением глубоких лимфатических узлов таза, которые нередко поражаются даже раньше, чем поверхностные паховые лимфатические узлы.

При маленьких опухолях, сидящих в виде полипа на ножке, Ватсон (Watson) считает возможным ограничиться одной электрокоагуляцией опухоли. Мы же считаем такой консерватизм неоправданным.

Ближайшие результаты лечения пашах больных таковы: выписались клинически излеченными 10, с гранулирующими ранами в паховых областях после удаления лимфатических узлов—3, без улучшения—2, явились с рецидивом (в разные сроки до 5 лет включительно)—3. Одна умерла после операции.

Некоторые авторы рекомендуют воздействовать на карциномы уретры радием, а паховые лимфатические узлы подвергать рентгеновскому облучению независимо от того, прощупываются они или нет. Однако мы отдаем предпочтение удалению паховых лимфатических узлов оперативным путем.

Хамани и Гебель предпочитают при раке уретры применять комбинированную терапию—радий в сочетании с хирургическим вмешательством, заключающимся в экстирпации уретры вместе с частью мочевого пузыря или в электроэксцизии этих отделов, после предварительного отведения мочи в кишку по Коффей—Мэйю или Мейдлю (Maydl) с тем, чтобы устранить недержание мочи после операции.

Отдаленные результаты лечения больных раком уретры нельзя назвать утешительными: из 12 прослеженных больных, прошедших через наш стационар, здоровы в течение 5 лет и более только 3. Одна из них явилась через 6½ лет с явлениями недержания мочи после экстирпации уретры вместе с шейкой мочевого пузыря. Предпринятая операция создания уретры осталась безуспешной и больная выписалась в том же состоянии.

Хамани и Гебель из 14 больных первичным раком уретры длительное излечение (свыше 5 лет) отмечают у 8 больных. Микулич-Радецкий и Фольбрахт (Miculicz-Radecki и Volbracht) длительное излечение наблюдали у 5 из 21 больной.

Успех лечения и здесь в первую очередь зависит от степени запущенности опухолевого процесса.

Фрике и Мак Миллан (Fricke и McMillan) сообщают, что из 35 леченных больных жили в течение 5 лет и более 15 больных (44,1%); в том числе после радиевой терапии 2 из 14 (15,4%), после радиевой терапии и рентгенотерапии—5 из 10; после электроэксцизии и радиевой терапии—7 из 9; после ножевого удаления опухоли в сочетании с последующей радиевой терапией и рентгенотерапией—одна из 2 леченных.

Рух, Фрерикс и Арисон сообщают о 10 больных раком уретры, излеченных различными методами. Всего лечилось 34 больных; из 24 неизлеченных 77% умерли в первый же год после лечения.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Повседневные клинические наблюдения показывают, что некоторые патологические процессы женских половых органов являются тем фоном, на котором в ряде случаев развиваются злокачественные опухоли. Поэтому их стали называть предраковыми.

Хотя некоторые клиницисты и в настоящее время еще оспаривают правильность этого термина, тем не менее эти споры представляют больше теоретический интерес.

Для практики бесспорными являются следующие положения.

1. Заболевания, на фоне которых в ряде случаев развиваются злокачественные опухоли, действительно существуют.

2. Называя упомянутые заболевания предраковыми, мы, однако, не должны считать, что предраковые заболевания обязательно должны переходить в злокачественные опухоли.

3. Своевременное и радикальное лечение так называемых предраковых заболеваний является реальной профилактикой рака.

Нужно иметь также в виду, что на фоне некоторых длительно существующих патологических процессов злокачественные опухоли возникают сравнительно часто, на фоне других—крайне редко. Например, лейкоплакия шейки матки и вульвы, папиллярные кисты яичников сравнительно часто превращаются в злокачественные опухоли (рак), а на фоне эндометриоза рак развивается исключительно редко.

К предраковым заболеваниям шейки матки должны быть отнесены все гиперпластические процессы шейки матки, а именно:

А. Д и с к р а т о з ы ш е й к и м а т к и:

- 1) лейкоплакии,
- 2) папилломатоз (и полипоз),
- 3) эритроплакии.

Б. Ж е л е з и с т о - м ы ш е ч н ы е г и п е р п л а з и и ш е й к и м а т к и.

В рубрику железисто-мышечных гиперплазий мы относим папиллярную и фолликулярную эрозии, которые, кстати сказать, почти никогда не наблюдаются в чистых формах; обычно встречаются смешанные формы, преимущественно с преобладанием папиллярных разрастаний или же мелкокистозных полостей. В эту же рубрику должны быть отнесены длительно существующие изъязвившиеся вывороты (эктропионы) шейки матки, возникающие на почве родовой травмы шейки матки. При этих процессах часто не только нет дефекта покровного эпителия (т. е. эрозий), а, наоборот, в большинстве случаев имеется некоторый избыток ткани (гиперплазия слизистой оболочки и мышечной ткани нередко с явлениями отчетливой пролиферации).

Поэтому мы считаем более правильным применять в отношении этих процессов название железисто-мышечные гиперплазии взамен несомненно устаревшего неправильного термина «эрозии», так как эти процессы не имеют никакого отношения к истинным эрозиям. Механизм их возникновения также совершенно иной, чем обычных эрозий.

Как было сказано выше, развитию эпителиально (железисто)-мышечных гиперплазий прежде всего способствует родовая травма (разрывы шейки матки во время родов).

Разрывы шейки матки вызывают деформацию шейки, что ведет к нарушению нормальных физиологических условий.

При зиянии шеечного канала вследствие разрывов вывернутая слизистая оболочка шеечного канала попадает в иную, не обычную для нее в нормальных физиологических условиях, среду. Как известно, в норме среда в этом канале щелочная, а во влагалище—кислая. Кроме того, условия для проникновения в железы шейки матки (при зиянии шеечного канала) банальной флоры, которая всегда содержится в избытке во влагалище, становятся более благоприятными. Этому способствует не

только то обстоятельство, что слизистая оболочка шеечного канала соприкасается непосредственно с влагалищными выделениями, но и отсутствие слизистой пробки, которая и механически, и вследствие своих бактерицидных свойств препятствует поступлению бактерий в шеечный канал.

Однако не только в этом сказывается влияние родовой травмы на функцию матки. Происходит, бесспорно, и нарушение иннервации травмированных участков, нарушается трофика, что также может способствовать развитию различных патологических процессов. Известен ряд «местных» хронических процессов, связанных с нарушением функции нервной системы. Работами А. Д. Сперанского, А. В. Вишневецкого, Б. И. Лаврентьева и др. установлено, что поражение периферических нервных рецепторов и проводящих нервных путей влечет за собой вялое течение язвенных и воспалительных процессов, затрудняет процессы регенерации тканей, иннервируемых данным участком нервной системы, а в некоторых случаях регенерация вовсе не наступает.

Имеются экспериментальные исследования, показывающие, что поражение различных участков нервной системы может предшествовать наступлению местных трофических расстройств в тканях. Ряд авторов экспериментально установил, что, поражая, например, солнечное сплетение, можно вызвать язвенные процессы в слизистой оболочке желудка, кишечника и мочевого пузыря. При перерезке подчревных нервов наблюдаются атрофические процессы в эндометрии и дистрофические изменения в миометрии (С. С. Вайль, М. Г. Пильщик, П. В. Сиповский, Н. Г. Фельдман). В этом отношении представляют несомненный интерес исследования А. В. Попова, проведенные на секционном материале. Исследуя пристеночные нервные узлы матки у женщин, страдавших хроническими эрозиями шейки матки, А. В. Попов установил, что в большинстве случаев имелись значительные морфологические изменения в пристеночных нервных ганглиях матки.

Все упомянутые, правда, далеко не исчерпывающие, исследования заставляют считать, что при возникновении гиперпластических процессов шейки матки трофические расстройства в тканях в значительной степени обуславливаются поражением периферических нервных рецепторов и проводящих нервных путей, причем в развитии упомянутых функциональных нарушений родовая травма шейки матки играет, несомненно, значительную роль.

Таким образом, шеечный эпителий, находясь при разрыве шейки в ненормальных, нефизиологических условиях, при нарушенной трофике должен претерпевать различные изменения, в ряде случаев доходящие до образования железисто-мышечных гиперплазий, которые нельзя рассматривать только как местный процесс. Должны быть, несомненно, и какие-то общие причины, которые способствуют не только возникновению железисто-мышечных гиперплазий, но в ряде случаев и их злокачественному превращению.

В равной мере должно быть принято во внимание, что воспалительные процессы не являются обязательными спутниками железисто-мышечных гиперплазий, наоборот, чаще всего воспалительные изменения в тканях при этих процессах отсутствуют.

Мне кажется, что неправильная трактовка некоторых хронически протекающих процессов, в частности, железисто-мышечных гиперплазий как процессов «воспалительных» привела к тому, что вообще все хронические воспалительные процессы стали причислять к предраковым. Совершенно верно, что хронические воспалительные процессы в ряде слу-

чаев могут способствовать развитию гиперплазий, но неправильно считать все хронические воспалительные процессы (в частности, эндоцервициты) предраковыми.

Клиническая картина предопухолевых процессов, развивающихся на шейке матки, не имеет характерных особенностей.

Дискератозы слизистой оболочки влагалитической части шейки матки, как и развивающиеся в других участках тела, характеризуются утолщением (гипертрофией) преимущественно поверхностных слоев эпителия с большей или меньшей кератинизацией (ороговением).

При акантозе и лейкоплакии могут наблюдаться следующие изменения на слизистой оболочке шейки матки: слизистая оболочка утолщена (иногда отечна), на ее поверхности имеются более или менее выраженные белесоватые участки, иногда переходящие без ясных границ в нормальную слизистую оболочку, иногда же эти образования (при выраженных формах лейкоплакий) выступают на поверхности слизистой оболочки в виде белых с резко очерченными границами бляшек различной величины и формы. В таких случаях больные нередко отмечают повышенную секрецию из влагалитиса, причем выделения имеют обычно молочнобелый цвет. Однако нужно иметь в виду, что и в этих случаях характер выделений может меняться; они могут приобретать желтоватый оттенок, если же присоединяются воспалительные явления, то могут быть зелеными—гнойными, а при появлении на слизистой оболочке эскориаций и эрозированных участков к ним может примешиваться кровь. Упомянутые белесоватые участки и бляшки снять ватным или марлевым шариком при протирании слизистой оболочки не удается. При длительном наблюдении за такими больными можно убедиться, что эти белесоватые участки и отдельные белые бляшки иногда сливаются, образуя обширные участки поражения.

При эритроплакиях, которые макроскопически характеризуются, как известно, атрофией поверхностных слоев эпителия, наблюдается иная клиническая картина. Пораженные участки, выступая на фоне нормальной слизистой оболочки, представляются окрашенными в темнокрасный цвет. Такая окраска обусловлена тем, что через атрофированные поверхностные слои эпителия просвечивает наполненная кровью сосудистая сеть подэпителиального слоя. В таких случаях больные обычно отмечают наличие жидких, клейких выделений желтого цвета.

Приведенные клинические картины, разумеется, нужно рассматривать только как наиболее типичные схемы. Нередко присоединяющаяся в подобных случаях банальная инфекция, вызывающая явления кольпита, затушевывает описанную типичную клиническую картину.

Нужно иметь в виду, что консервативные методы лечения (применение антибиотиков или антисептических средств), ликвидируя воспалительные процессы и связанные с ними наслоения, не вызывают регресса основного процесса (дискератоза).

То обстоятельство, что предраковые заболевания не поддаются противовоспалительной терапии, должно всегда вызывать у клинициста подозрение в отношении характера процесса. В таких случаях, не увлекаясь консервативными мероприятиями, нужно во-время произвести биопсию, чтобы решить вопрос о радикальном лечении.

Клиническая картина при железисто-мышечных гиперплазиях характеризуется следующими особенностями. Прежде всего в таких случаях, почти как правило, наблюдаются анатомические деформации шейки матки. В абсолютном большинстве случаев железисто-мышечные гиперплазии

развиваются на фоне эктропиона шейки матки, возникающего в результате ее родовой травмы. В таких случаях вся шейка матки или отдельные ее участки (передняя или задняя губа) представляются увеличенными (гипертрофированными) и плотными на ощупь; слизистая оболочка шейки обычно тоже утолщена, причем на ее поверхности часто отчетливо видны складки слизистой оболочки цервикального канала, а иногда образуются папилломатозные разрастания. Иногда слизистая оболочка представляется отечной, блестящей на вид, иногда же, наоборот,—шероховатой. На фоне эктропиона шейки иногда видны белесоватые участки различной величины и формы—лейкоплакии. Нередко наблюдаются дефекты покровного эпителия (эктропион с эрозированной слизистой оболочкой).

Характер выделений может быть весьма различен. Обычно приходится наблюдать слизистые выделения, при наличии инфекции—слизисто-гнойные; при возникновении эрозированных участков к выделениям примешивается в большем или меньшем количестве кровь.

Как явствует из изложенного, особо характерных признаков, присутствующих только предраковым заболеваниям шейки матки, нет, однако совокупность упомянутых проявлений всегда заставляет опытного врача брать таких больных под особое наблюдение.

Если клинически имеется только подозрение на возможность рака шейки матки, следует широко применять биопсию. Ее надо производить также во всех случаях так называемых эрозий шейки матки, подвергающихся лечению хирургическими методами (ампутация шейки матки, электроэксцизия, электрокоагуляция).

Не требуя от патологоанатомов диагноза «предрака», клиницист должен сопоставить свои наблюдения с характером морфологических изменений в тканях, чтобы выбрать рациональный, а главное радикальный, метод лечения, если совокупность всех признаков заставляет его склониться к диагнозу предракового заболевания.

Мы разделяем точку зрения экспериментаторов-онкологов и патологоанатомов, которые считают, что предопухолевые процессы проходят определенные, морфологически доказуемые стадии развития и, если даже они не всегда переходят в рак, все же с клинициста не снимается ответственность за своевременное и правильное лечение больной.

К предраковым заболеваниям тела матки, по мнению большинства клиницистов-онкологов, должны быть отнесены: 1) железистая гиперплазия слизистой оболочки матки, проявляющаяся разрастанием желез и стромы; 2) аденоматоз—пролиферация элементов слизистой оболочки матки, которая, сохраняя железистую структуру, отличается рядом цитологических деталей от эпителия нормальной слизистой оболочки и от гормональной гиперплазии. В этих случаях, несмотря на атипичную пролиферацию желез, сохраняется маточная строма.

Картина аденоматоза обычно носит гнездный характер на фоне гиперплазии, а иногда и неизменной слизистой оболочки. Аденоматоз в ряде случаев не может быть отграничен от железистой гиперплазии.

К предраковым процессам должен быть также отнесен полипоз слизистой оболочки. Нужно иметь в виду, что иногда он проявляется образованием так называемых аденоматозных полипов, излюбленным местом которых являются трубные углы полости матки. Хотя причины возникновения названных процессов до сих пор окончательно еще не выяснены, однако роль нарушений гормонального обмена в их возникновении несомненна. Злокачественное превращение аденоматозных полипов—нередкое явление.

Особое место занимает заболевание, возникающее иногда у молодых женщин чадородного возраста, которое также следует трактовать как предопухолевый процесс. Это пузырьный занос.

Согласно литературным данным, развитию хорионэпителиомы в 45—50% случаев предшествует пузырьный занос. Женщины, у которых беременность закончилась пузырьным заносом, должны длительное время находиться под наблюдением, если даже нет угрожающих симптомов (ациклические кровотечения, изменения со стороны придатков матки); таким женщинам надо периодически ставить реакцию Ашгейм—Цондека с мочой в больших разведениях, что позволит рано поставить диагноз хорионэпителиомы.

Угрожаемость в смысле перехода в рак таких процессов, как железистая гиперплазия, аденоматоз и полипоз, возрастает в периоде менопаузы.

Клинические проявления перечисленных выше заболеваний немногим отличаются от симптомов, наблюдающихся при уже развившихся злокачественных опухолях.

Бели (слизистые, слизисто-гнойные, слизисто-кровянистые), ациклические кровотечения у менструирующих женщин и особенно появившиеся кровянистые выделения в том или ином виде после прекращения менструаций—вот наиболее характерные симптомы, которые наблюдаются как при развитии предопухолевых процессов, так и при уже развившихся опухолях. Во всех подобных случаях в целях своевременной диагностики обязательным является диагностическое выскабливание.

Бесспорно, к предраковым заболеваниям должны быть отнесены некоторые пролиферирующие кисты яичника. Наиболее часто злокачественному превращению подвергаются цилиоэпителиальные (папиллярные) кисты яичника, значительно реже—псевдомуцинозные и очень редко—остальные опухолевые образования яичников. Подавляющее большинство так называемых первичных карцином яичника составляют озлокачествленные кисты яичников (преимущественно цилиоэпителиальные).

Принимая во внимание, что распознать клинически папиллярную кисту трудно, тем более что в начальных стадиях развития все кисты яичника протекают бессимптомно, нужно принять за правило, что всякая обнаруженная киста яичника подлежит оперативному удалению в целях предупреждения различных осложнений, из которых главным является злокачественное превращение.

К предраковым заболеваниям наружных половых органов (вульвы) в сущности могут быть отнесены все те процессы, которые описываются как предраковые заболевания кожи. Чаще всего приходится наблюдать также гиперпластические процессы (акантоз, лейкоплакии) и своеобразное заболевание—крауроз вульвы. Упомянутые процессы встречаются преимущественно у пожилых, редко—у молодых женщин.

Акантоз (гиперкератоз) и лейкоплакии встречаются чаще всего в виде ограниченных образований на коже половых органов. Наиболее выраженные лейкоплакии нередко наблюдаются в области клитора, на малых половых губах, на промежности и вокруг ануса. Иногда отдельные белесоватые бляшки сливаются, становятся обширнее и в конце концов покрывают всю вульву, которая нередко в таких случаях имеет вид смятого пергаментного листа с тусклым отблеском—характерные признаки крауроза вульвы. Некоторые клиницисты не считают лейкоплакию вульвы самостоятельным заболеванием, а рассматривают ее как начальную стадию крауроза. Во всяком случае нужно иметь в виду, что нередко оба эти процесса наблюдаются одновременно.

У больных с карциномой вульвы часто можно обнаружить в окружности опухоли лейкоплакические участки. Реже карциномы развиваются на фоне крауроза вульвы.

Лейкоплакии слизистой оболочки влагалища, а также и эритроплакии следует тоже расценивать как предраковые заболевания и проводить своевременное и радикальное лечение.

Помимо указанных, хотя и неспецифических симптомов предраковых заболеваний, нужно всегда иметь в виду, что для предраковых заболеваний характерны следующие общие признаки: 1) длительное, хроническое течение, 2) известное постоянство тех или иных симптомов, 3) стойкость в отношении консервативных методов лечения, которые обычно мало эффективны, 4) иногда рецидивирование после оперативного иссечения (что чаще всего наблюдается при лейкоплакиях).

Выявление больных с предраковыми заболеваниями врачами-гинекологами на повседневных приемах в поликлиниках и женских консультациях, а также на профилактических осмотрах, своевременное и радикальное лечение таких больных являются реальной профилактикой рака.

Относительно принципов лечения при предраковых заболеваниях среди онкологов, по нашему мнению, нет расхождений. Если в тканях произошли стойкие патологические изменения пролиферативного характера, то лечение должно быть радикальным. Лекарственная терапия в таких случаях не может быть эффективной, а в некоторых случаях (при применении сильных раздражителей) она приносит только вред, ускоряя злокачественное превращение.

К радикальным методам лечения мы относим хирургические операции (пластические операции с удалением пораженных тканей), например, ампутацию шейки матки или диатермохирургию пораженных тканей, а также лучевую терапию (радий). Каждый из этих методов имеет, конечно, свои показания.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

До Великой Октябрьской социалистической революции вопрос о массовой профилактике рака даже не поднимался. Условия, при которых возможно осуществление противораковых профилактических мероприятий, появились только при советском социалистическом строе.

Если до недавнего времени о профилактике злокачественных опухолей говорили как о чем-то неопределенном, то в настоящее время никто не сомневается в том, что и при этих заболеваниях профилактика реально осуществима.

Профилактика в широком смысле слова должна охватывать: 1) профилактику возникновения и развития болезни; 2) профилактику запущенности болезни; 3) профилактику возврата болезни.

Хотя при решении первого вопроса мы наталкиваемся на значительные трудности вследствие незнания истинной причины возникновения рака, тем не менее уже и теперь многое можно сделать для предупреждения возникновения и развития рака.

Как уже было сказано выше, возникновению и развитию рака женских половых органов, как и рака других локализаций, обычно предшествует ряд длительно существующих патологических процессов, получивших

название предраковых заболеваний. Своевременная диагностика и радикальное лечение при названных процессах являются реальной профилактикой рака.

Особое значение приобретает вопрос о лечении так называемых эрозий шейки матки. Я говорю «так называемых эрозий», потому что в сущности те пролиферативные процессы, которые наблюдаются на шейке матки (см. раздел «Предраковые заболевания женских половых органов»), не являются эрозиями в собственном смысле слова.

Отсылая интересующихся этим вопросом к моим прежним работам¹, я нахожу нужным вновь привести принципы, которых мы придерживаемся.

1. При «местном» лечении эрозий не следует применять средства, способствующие дальнейшему раздражению эрозированной ткани. Исходя из этого, при истинных (десквамативных) эрозиях, наряду с лечением основного заболевания (в огромном большинстве это бывают эндоцервициты), необходимо прежде всего защитить эрозированную ткань от раздражения ее выделениями (белями); это может быть достигнуто путем применения жирных мазей или жидких масел (вазелиновое, рыбий жир и др.), чтобы создать более благоприятные условия для эпителизации.

Категорическому осуждению, с нашей точки зрения, подлежат методы лечения эрозий прижигающими химическими средствами, из которых еще до сих пор пользуется незаслуженной популярностью ляпис. Мы считаем также нецелесообразным применять ихтиоловые тампоны, напоминающие дегтярные смазывания при экспериментальном воспроизведении опухолей.

2. При выборе метода лечения пролиферативных (гиперпластических) процессов на шейке матки мы должны исходить из оценки их как предраковых заболеваний.

Если в тканях произошли стойкие патологические изменения пролиферативного характера, лечение должно быть радикальным. Лекарственная терапия в таких случаях не может дать эффекта, а в некоторых случаях (при применении сильных раздражителей) может даже принести вред, ускоряя малигнизацию.

К радикальным методам лечения мы относим хирургические операции (пластические операции с удалением пораженных тканей, ампутация шейки матки, диатермохирургические операции—диатермокоагуляция, диатермоэксцизия), а также лучевую терапию (радий). Каждый из этих методов имеет свои показания².

Принимая во внимание, что пролиферативные процессы на шейке матки чаще всего развиваются на фоне эктропиона шейки матки в результате родовой травмы, необходимо уделять особое внимание таким профилактическим мероприятиям, как зашивание разрывов шейки матки после родов.

Опыт родильного дома имени проф. В. Ф. Снегирева (Ленинград), где с 1947 г. производят систематическое зашивание разрывов шейки матки у всех первородящих, говорит о том, что это мероприятие является весьма эффективным. Это даст нам основание рекомендовать в качестве обязательного мероприятия осмотр шейки матки сразу после родов и зашивание обнаруженных разрывов.

¹ А. И. С е р е б р о в, Рак шейки матки, Изд. АМН СССР, М., 1948; О н ж е, Эрозии шейки матки и их рациональное лечение, Акушерство и гинекология, 1951, № 6, стр. 6—11.

² А. И. С е р е б р о в, Рак шейки матки, Изд. АМН СССР, М., 1948, стр. 39—44.

Своевременная ликвидация последствий родовой травмы шейки матки имеет большое значение при устранении условий, способствующих развитию предраковых заболеваний, а следовательно, и рака шейки матки.

Мы считаем восстановление нормальных физиологических функций органа (в данном случае матки) основой профилактики злокачественных опухолей.

Важнейшим в противораковой борьбе мероприятием, осуществляемым в СССР в широких масштабах, являются профилактические медицинские осмотры населения с целью выявить предраковые заболевания и ранние формы рака.

Значение профилактических осмотров заключается в том, что этим путем удастся обнаружить, а следовательно, и своевременно ликвидировать различные хронически протекающие без особо выраженных симптомов заболевания, которые в значительном числе случаев могут быть рассматриваемы как предраковые (эрозированные рубцы и вывороты шейки матки, лейкоплакии, папилломы, полипоз слизистых оболочек и др.).

Профилактические осмотры повышают осведомленность населения о злокачественных опухолях и воспитывают «онкологическую настроженность» у медицинского персонала.

Эти осмотры, проводимые в СССР в настоящее время повсеместно, вполне себя оправдали как эффективное мероприятие в профилактике злокачественных опухолей. Опыт массовых профилактических осмотров показывает, что этим путем среди практически здоровых людей удастся выявить ранние формы заболевания раком и предраковые состояния.

Согласно инструкциям Министерства здравоохранения СССР, помимо массовых профилактических осмотров организованных и неорганизованных групп населения, как обязательное мероприятие должны проводиться онкологические обследования всех поликлинических больных, особенно длительно и часто болеющих. Углубленному онкологическому обследованию должны также подвергаться все больные старше 35 лет, поступающие в любое отделение стационара больницы. Наконец, профилактические онкологические обследования нужно проводить при различных специальных медицинских осмотрах (при поступлении на работу, при диспансерном обследовании, при отборе нуждающихся в диетпитании, в курортно-санаторном лечении и т. п.).

Огромную роль при проведении профилактических осмотров играет санитарное просвещение, хорошая организация которого может способствовать более полному охвату намечаемых для осмотра групп населения.

Практика показывает, что неаккуратная явка женщин на профилактические осмотры объясняется их неосведомленностью о злокачественных опухолях и их ранних признаках, об отсутствии симптомов в начальной стадии развития рака, об излечимости больных раком при раннем его выявлении, о достижениях советской онкологии в области излечения и предупреждения рака и т. д.

В отношении профилактики запущенности болезни главную роль играют также организационные мероприятия.

Как ни велики наши организационные успехи в противораковой борьбе, все же больные раком нередко приступают к лечению уже при запущенном процессе. Причин этого несколько. В ряде случаев запущенность болезни обуславливается бессимптомным течением, но главными причинами являются две: а) беспечное отношение некоторых больных женщины к своему здоровью и б) недостаточная квалификация врачей по вопросам раннего распознавания опухолей.

Для устранения последней причины органами здравоохранения проведены соответствующие организационные мероприятия (удлинение срока медицинского образования, специальные курсы повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала), что же касается беспечного отношения отдельных больных женщин к своему здоровью, то для устранения этого необходимо вести большую разъяснительную работу среди населения. #1

Профилактика рецидивов злокачественных опухолей должна заключаться в правильном подборе и умелом осуществлении комбинированных методов лечения (в абсолютном большинстве случаев—оперативно-лучевых) и в систематическом наблюдении за лечеными больными, что в СССР в основном осуществляется районными онкологическими пунктами.

Противораковая борьба может быть эффективной только в том случае, если она проводится в масштабах государственного мероприятия. Мы с гордостью можем сказать, что эти условия имеются в Советском Союзе, где проявляется подлинная забота о здоровье человека.

ЛИТЕРАТУРА

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ

I. Общие вопросы лучевой терапии

- Аглинцев К. К. Дозиметрия ионизирующих излучений, Л., 1950.
 Ардашников С. Н. и Козлова А. В. Дозирование гамма-излучения при кюритепии в рентгенах, М., 1947.
 Голубицкая М. В. О применении тезана при лейкопениях после лучевой терапии злокачественных опухолей. Вопросы онкологии, 1953, № 6, стр. 266—272.
 Черумова Н. Д. Обследование радиевых препаратов методом фоторадиограмм. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 253—255.
 Черумова Н. Д. Фотометрический метод исследования аппликаторов радия на однородность иррадиации. Вопросы онкологии, 1951, № 3, стр. 307—313.
 Подляцук Л. Д. Рентгенотерапия злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1952.
 Серебров А. И. Принципы современной терапии рака женских половых органов. Вопросы онкологии, 1951, № 3, стр. 134—142.
 Тобилевич В. П. и Габелов А. А. Методы радиевого лечения рака шейки матки и расчеты доз в рентгенах. Новости медицины, Изд. АМН СССР, 1950, в. 18, стр. 58—68.

II. Предраковые заболевания и вопросы профилактики

- Гинзбург И. С. Активная терапия предраковых состояний в профилактике рака. Вопросы онкологии, 1952, № 5, стр. 88—93.
 Лебедева А. Н. Предраковые заболевания яичников. Вопросы онкологии, 1952, № 5, стр. 71—78.
 Материалы научного совещания по вопросам злокачественных новообразований женских половых органов. Тезисы докладов по вопросам: 1) организация борьбы против рака женских половых органов; 2) профилактика рака женских половых органов; 3) диагностика и лечение рака матки; 4) диагностика и лечение опухолей яичников, Л., 1953.
 Нецаева И. Д. и Шемякина Т. В. К вопросу о массовых осмотрах с целью профилактики злокачественных опухолей. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 17—20.
 Нудольская О. Е. Предраковое состояние шейки и тела матки. Медгиз, М., 1947.
 Петров Н. Н. Профилактика злокачественных опухолей. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 7—17.
 Серебров А. И. О предраковых заболеваниях. Изд. Всесоюзного общества по распространению политических и научных знаний, Л., 1950.
 Серебров А. И. Эрозия шейки матки и их рациональное лечение. Акушерство и гинекология, 1951, № 6, стр. 6—11.

- Серебров А. И. Пути профилактики рака. Изд. «Знание», М., 1952.
- Серебров А. И. Клиническая картина предраковых заболеваний шейки матки. Советская медицина, 1952, № 10, стр. 7—9.
- Серебров А. И., Майкопар-Холдина Т. А., Причины запоздалого поступления гинекологических больных, страдающих злокачественными опухолями. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 47—50.
- Сыроватко Ф. А. Роль профилактических осмотров в раннем выявлении рака шейки матки. Советская медицина, 1950, № 7, стр. 15—16.
- Цимбал В. Е. Профилактика рака шейки матки. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 305—313.

III. Рак матки

- Александров М. С. и Нифонтов Б. В. Расширенная абдоминальная операция при запущенных формах рака шейки матки. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 343—352.
- Альтгаузен А. Я. Микроскопическое исследование нативных препаратов отделяемого из поражений шейки матки в диагностике рака. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 357—366.
- Апетов С. А. Материалы к клинике рака тела матки. Акушерство и гинекология, 1948, № 4, стр. 34—38.
- Астрахан Д. Б. Предрак прямой кишки как особая форма лучевого повреждения при лечении рака шейки матки. Вопросы экспериментальной и клинической онкологии, Медгиз, М., 1952.
- Астрахан Д. Б. Применение радия и радия-мезотория для лечения рака шейки матки. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 372—379.
- Голубицкая М. Б. Гистологические структуры солидизированных форм аденогенных раков шейки матки. Вопросы онкологии, 1951, № 3, стр. 152—160.
- Голубицкая М. Б. Ошибки в диагностике и роль биопсии при раке матки. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 108—112.
- Голубицкая М. Б. Существует ли зависимость между гистологическим строением опухоли и отдаленными результатами лечения рака шейки матки? Вопросы онкологии, 1953, № 6, стр. 232—241.
- Гордеев В. Г. Профилактика и лечение рака кожи и слизистых оболочек жидкостью Гордеева. Медгиз, М., 1953.
- Дмоховская Н. П. Отдаленные результаты лечения главных локализаций злокачественных опухолей (по материалам стационара Института онкологии АМН СССР за 1926—1935 гг.). Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 35—36.
- Дмоховская Н. П. Роль некоторых эндогенных и экзогенных факторов в этиологии рака шейки матки. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 42.
- Домшляк М. П. Лучевая терапия рака шейки матки. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 323—331.
- Зимина А. П. Клиника рецидивов и метастазов рака шейки матки. Вопросы экспериментальной и клинической онкологии, Медгиз, М., 1952.
- Комиссарова Д. А. Клиническая симптоматология и диагностика первичного рака тела матки. Акушерство и гинекология, 1945, № 3, стр. 31—36.
- Костина Л. И. Морфология эпителия матки в норме и в условиях гиперплазии. Вопросы онкологии, 1949, № 1, стр. 243—250.
- Лебедева А. Н. Отдаленные результаты лечения рака матки лучистой энергией. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 331—337.
- Лебедева А. Н. и Глузман В. С. Отдаленные результаты лучевого и оперативного лечения рака матки. Вопросы онкологии, 1952, № 5, стр. 81—88.
- Лурье А. Ю. Клиника и лечение рака шейки матки в свете учения о физиологической системе соединительной ткани, Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 352—357.
- Майкопар-Холдина Т. А. Методика и техника радиевой терапии рака тела матки 216. Вопросы онкологии, Л., 1953, № 6, стр. 209—216.
- Малиновский М. С. и Кватер Е. Н. Рак женской половой сферы. Гемездат, 1931.
- Новикова Л. А. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения рака шейки матки. Вопросы экспериментальной и клинической онкологии, Медгиз, М., 1952.
- Новикова Л. А. К вопросу о снижении инфекционных осложнений при лучевой терапии рака шейки матки. Вопросы экспериментальной и клинической онкологии, Медгиз, М., 1952.

- Новотельнова Е. Р. и Арнштам О. И. Лечение рака женской половой сферы. Вестник рентгенологии и радиологии, 1924, т. III, № 1, стр. 119—125.
- Нудольская О. Е. Ранняя диагностика рака матки. Вопросы онкологии, Изд. АМН СССР, М., 1950, стр. 313—323.
- Полубинский В. А. Современное состояние проблемы гинекологического рака. Акушерство и гинекология, 1937, № 1, стр. 59—67.
- Серебров А. И. Рак шейки матки, Изд. АМН СССР, М., 1948. (Библиографический указатель русской и иностранной литературы.)
- Серебров А. И. Учебник гинекологии. Медгиз, Л., 1954.
- Тобилевич В. П. К вопросу о послеоперационном облучении при раке шейки матки. Акушерство и гинекология, 1947, № 3, стр. 14—23.

IV. Опухоли яичников

- Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. Медгиз, Л., 1954.
- Майкопар-Холдина Т. А. Клинико-морфологическая характеристика метастатических опухолей яичника, Вопросы онкологии, 1951, № 3, стр. 160—167.
- Майкопар-Холдина Т. А. Метастатические опухоли яичников, Изд. АМН СССР, М., 1951. (Библиографический указатель русской и иностранной литературы.)
- Михайлов В. П. Гистогенез эпителиальных опухолей яичника. Изд. АМН СССР, М., 1949.
- Окинчиц Л. Л. Рак яичников и труб. Злокачественные новообразования. Госмедиздат УССР, Киев, 1937.

V. Рак влагалища

- Роговенко С. С. Рак влагалища. Медгиз, Л., 1954. (Библиографический указатель русской и иностранной литературы.)

VI. Рак наружных половых органов

- Богораз Н. А. О первичном раке похотника. Врачебная газета, 1907, № 39, стр. 1081—1082; 1907, № 40, стр. 1105—1106.
- Грабченко И. М. Рак вульвы по материалу онкологического института. Журнал акушерства и женских болезней, 1933, № 44, стр. 33—42.
- Дешевило И. Я. Рак вульвы по материалам акушерско-гинекологической клиники проф. В. С. Груздева за время с 1901 по 1931 год. Труды Казанского медицинского института, 1935, т. 4, стр. 77—86.
- Мандельштам А. Э. Злокачественные опухоли наружных половых органов у женщин. Клиника злокачественных опухолей, под ред. Лифшица и Мельникова, т. II, Харьков, 1930, стр. 165—177.
- Маслов Н. П. Рак вульвы. Вопросы клинической и экспериментальной онкологии, 1938, стр. 223—230.
- Окинчиц Л. Л. Оперативная гинекология. Биомедгиз, 1938, стр. 156—158.
- Пирогов Н. И. О трудностях распознавания хирургических болезней и о счастье в хирургии, объясняемых наблюдениями и историями болезней. Военно-медицинский журнал, 1854, № 64, стр. 1—66.
- Фраткин Б. А. Рак наружных половых органов. Русский хирургический архив, 1902, № 2, стр. 405—428.

VII. Рак женской уретры

- Вейсман И. Р. К вопросу о фибромиомах уретры, Гинекология и акушерство, 1930, № 6, стр. 696—698.
- Зеренин В. Саркома мочеиспускательного канала у женщины. Хирургия, 1907, № 22, стр. 44—48.
- Потапов В. Г. Полипозные новообразования женской уретры. Урология, 1937, № 14, стр. 80—83.
- Яблонский С. М. К клинике и патологической анатомии начальных форм рака женской уретры. Урология, 1929, № 2 (24), стр. 83—86.

ЗАРУБЕЖНАЯ

РАК МАТКИ

- Broders A. C. Practical points on the microscopic grading of carcinoma. New York state journ. med., 1932, 32, 667—671.
- Cashman B. Z. The prevention of cancer of the cervix. Amer. journ. obst. a. gyn., 1945, 49, 2, 190—192.
- Coutard H. Principles of X-ray therapy of malignant diseases. Lancet, 1934, 2, 1—8.
- Coutard H. et Regaud Cl. Résultats et technique de la roentgen-therapie dans les cancers du col de l'utérus. Gynec. et obst., 1925, 12, 344—347.
- Crossen H. Operative gynecology. St.-Louis, 1948.
- Ferey D. Un nouveau traitement de la douleur par les injections d'alcool dans les tumeurs inopérables. Bull. méd., Paris, 1932, 40, 871—873; Presse. méd., 1932, 40, 1125.
- Heyman J. Atlas illustrating the division of cancer of the uterine cervix into four stages according to the anatomico-clinical extent of the growth. Stockholm, 1938.
- Heyman J., Benner S. Further experience with radiotherapy in cancer of the corpus of the uterus. Acta radiol., 1946, 27, 328—333.
- Hinselmann H. Einführung in die Kolposkopie. Hamburg, 1933.
- Leveuf et Godard L'exérèse chirurgicale des ganglions pelviens complètement de la curie-therapie des cancers du col de l'utérus. Journ. chir., 1934, 43, 177—187.
- Mathey-Cornat R. Radiothérapie gynécologique (Curie- et Rö-Thérapie). Paris, Masson et Cie, 1936.
- Pankow O. Die Therapie des Uteruscarcinoms. В кн.: Handbuch d. Gynäk., Stoeckel W., 1934, 6, 2, 404—490.
- Regaud C. Quelques problèmes relatifs au traitement radiothérapique des épithéliomes cervico-utérins. Cancer, Bruxelles, 1935, 12, 93—112.
- Taussig F. Iliac lymphadenectomy with irradiation in treatment of cancer of the cervix. Amer. journ. obst. a. gyn., 1934, 28, 650—667.
- Wintz H., Wittensbeck F. Klinik der gynäkologischen Rö-Thérapie. Handbuch d. Gynäk., W. Stoeckel, 1933, 4, 575—602.

ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

- Helsel E. V. A review of one hundred cases of ovarian cancer. Amer. journ. obst. a. gynec., 1946, 52, 3, 435—439.
- Mayer A. Zbl. Gynäk., 1937, 1637—1639.
- Miller J. Handbuch F. Henke u. O. Lubarsch., VII, 3, 302—577.
- Zweifel Handbuch Zweifel u. Payr. Bd. III, 1937.
- Taylor H. C. a. Greeley A. V. Surg., gyn. a. obst., 1942, 74, 928—934.

РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

- Göbel A. u. Hamann A. Zur Klinik und Therapie der Karzinome am äusseren Genitale. Zbl. Gynäk., 1937, № 24, 1394—1419.
- Grossen H. Operative gynecology. St.-Louis, 1939.
- Mathey-Cornat R. Radiothérapie gynécologique (Curie- et Rö-thérapie). Paris, Masson et Cie, 1936.
- McKelvey J. L. The treatment of carcinoma of the vulva. Amer. journ. obst. a. gyn., 1947, 54, 4, 626—635.
- Rupprecht P. Erfahrungen über das Vulva-carcinom. Ztschr. Geburtshilf. u. Gynäk., 1912, 72, 664—723.
- Stoeckel W. Ueber die Radikalheilung des Vulvakarzinoms. Münch. med. Wschr., 1910, 9, 497.
- Stoeckel W. Zbl. Gynäk., 1912, 36, 1102—1106.
- Stoeckel W. Zur Therapie des Vulvakarzinoms. Zbl. Gynäk., 1930, 54, 47—70.
- Taussig F. J. Primary cancer of the vulva, vagina and female urethra; five years results. Surg., gynec. a. obst., 1935, 60, 477—478.
- Taussig F. J. Carcinoma of the vulva. Pack a. Livingston, N. Y., 1940.
- Taussig F. J. Results in treatment of lymphnode metastasis in cancer of the cervix and the vulva. Amer. journ. roentg., 1941, 45, 813—816.
- Watson B. P. a. Gusberg S. B. Prevention and treatment of carcinoma of the vulva. Amer. journ. obst. a. gyn., 1946, 179—190.

Рак влагалища

- Ducuing M. Sur l'extirpation des adénopathies cancéreuses de la région de l'aîne. *Revue de chirurgie*, 1934, 2, 158—186.
- Livingston R. G. Primary carcinoma of the vagina. Springfield, 1950.
- Mathey-Cornát R. Radiothérapie gynécologique. Paris, 1936.
- Olshausen R. Ueber extirpation der Vagina, *Zbl. Gynäk.*, 1895, 19, 1—6.
- Patterson R. a. Parker H. A dosage system for Gamma-Ray-therapy. *Brit. Journ. Radiol.*, 1934, 7, 82, 592.
- Stoeckel W. *Handbuch der Gynäkologie*, Bd. IV, H. 2, München, 1935.

Рак женской уретры

- Auer Eugene S. Ca of the female urethra. *Amer. Journ. Obst. a. Gynec.*, 1935, 30, 318—322.
- Den Hoed D. Results obtained in the treatment of malignant tumours of the vagina, vulva and urethra. *Acta radiologica (Stockholm)*, 1936, 17, 569—578.
- Fricke R. E., McMillan J. T. Radium-therapy in carcinoma of the female urethra. *Radiology*, 1949, 52, 4, 533—540.
- Hammann A. u. Göbel A. Zur Klinik und Therapie der Karzinome am äusseren Genitale. *Zbl. Gynäk.*, 1937, 44, 2526—2540.
- Heinemann *Zbl. Gynäk.*, 54, № 5.
- Kaplan J. Ra-therapie in primary carcinoma of the urethra. *Amer. Journ. Roentg.*, 1938, 40, 535—539.
- Menville J. G. Primary neoplasma of the female urethra. *Surg., Gynec. a. Obst.*, 1935, 61, 229—238.
- Miculicz-Radecki. *Zbl. Gynäk.*, 55, № 40.
- Reiprich A. Dauerresultate bei Vulva- und Urethra-Karzinom der Univers. Frauenklinik Königsberg. *Inaug. Diss.*, Königsberg, 1934.
- Riches E. W., Cullen T. H. Carcinoma of the urethra, *Brit. Journ. Urol.*, 1951, 23, 3, 209—221.
- Ruch R. M., Frerichs J. B., Arneson A. N. Cancer of the female urethra, *Cancer*, 1953, 5, 4, 748—753.
- Stalker L. K. a. Schlotthauer C. F. Carcinoma of the urethra of a female dog. *Amer. Journ. of Cancer*, 1935, 28, 3, 591—594.
- Watson E. M. *Journ. Urolog.*, 1936, 35, 654—663.

БЕСПЛОДИЕ

◆

Под женским бесплодием подразумевают отсутствие способности к зачатию у женщины чадородного возраста¹.

Бесплодие является не только источником трагедии брака, но может иметь и большое общественное значение с точки зрения проблемы народонаселения, так как бесплодные браки способствуют уменьшению рождаемости в стране.

По литературным данным, около 10—15% всех браков бесплодны либо с самого начала брачной жизни (п е р в и ч н о е б е с п л о д и е), либо становятся бесплодными после одной или нескольких беременностей (в т о р и ч н о е б е с п л о д и е)².

Точно установить частоту бесплодия трудно хотя бы потому, что у различных авторов имеются значительные колебания в определении срока, по истечении которого следует считать женщину бесплодной. Одни говорят о бесплодии, если беременность не наступила в течение 2 лет половой жизни; другие устанавливают срок в 3—4 года и, наконец, ряд авторов увеличивает этот срок до 5—6 лет.

Представляют интерес некоторые статистические данные относительно сроков наступления беременности после вступления женщины в брак. Из этих данных видно, что в большинстве случаев беременность наступала на первом году половой жизни. В последующие годы процент забеременевших прогрессивно уменьшался и как редчайшая казуистика приводились случаи наступления беременности через 20—25 лет. Конечно, такие редкие случаи не дают основания удлинять условно принимаемый срок, после которого женщина считается бесплодной.

Само собой разумеется, что для стоящей перед нами задачи подобные статистические данные могли бы иметь ценность только в том случае, если бы в них имелись точные сведения не только продолжительности по-

¹ Бесплодие может явиться результатом как неспособности женщины забеременеть, так и неспособности ее доносить беременность до срока, когда плод считается жизнеспособным.

² Бесплодие может быть относительным и абсолютным. При относительном бесплодии возможность зачатия логически допустима, тогда как при абсолютном бесплодии (отсутствие матки, яичников, влагалища или всех внутренних половых органов) возможность наступления беременности полностью исключается.

ловой жизни, но и о времени, в течение которого применялись противозачаточные средства.

Мы считаем женщину бесплодной после 2—3 лет супружеской жизни. Конечно, это произвольный срок, но из практических соображений правильнее его не удлинять.

Как будет видно из дальнейшего, наиболее частой причиной женского бесплодия являются воспалительные процессы внутренних женских половых органов. В этих случаях при рано начатом лечении наблюдались хорошие результаты. Но и при другой этиологии длительно пассивное выжидание наступления беременности может неблагоприятно отразиться. Так, например, известно, что большое влияние на биологические процессы, происходящие в организме, оказывает психическое состояние женщины. Внезапный испуг, любое потрясение могут остановить или задержать менструальный процесс или, наоборот, вызвать преждевременное менструальное кровотечение. Несомненно, что длительное из месяца в месяц, из года в год разочарование, вечно усиливающийся по мере приближения срока менструации страх, что столь желанная беременность не наступит, являются хронической травмой высшего отдела центральной нервной системы—коры головного мозга. Едва ли могут быть сомнения в том, что такая хроническая травма уже сама по себе неблагоприятно влияет на биологический процесс наступления беременности или на процесс выздоровления при наличии какой-нибудь патологии в области женской половой сферы.

ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ

Женщина, обращаясь к врачу за помощью, обычно считает себя «виновной» в бесплодии, в действительности же довольно часто в бесплодии «виновен» муж. Старые авторы утверждали, что в трети случаев муж является прямым виновником бесплодия, а в трети случаев—косвенным виновником, заражая жену гонорреей, и только в трети случаев бесплодие является результатом аномалии развития половых органов женщины или следствием ее болезни.

Женское бесплодие не представляет собой определенную пазологическую единицу, а является симптомом различных заболеваний или аномалий развития женских половых органов.

Инфекционные болезни, заболевания внутренних органов и отравления могут повести к понижению функций половых органов женщины. Обычно после выздоровления от острого заболевания эти функции восстанавливаются, длительные же хронические заболевания (туберкулез, остеомиелит, сифилис и пр.) могут привести к стойким нарушениям этих функций. Точно так же влияет и хроническое отравление алкоголем, никотином, морфином, фосфором, мышьяком, свинцом и пр., если эти яды поступают в организм в больших дозах.

Болезни обмена веществ. Среди болезней обмена веществ, влияющих на понижение детородной функции женщины, следует прежде всего указать на ожирение, особенно на ожирение, являющееся следствием тяжелых эндокринных расстройств (тиреогенные и гипофизарные формы ожирения), при котором всегда наблюдается бесплодие. У женщины с гипофизарной формой ожирения тонкая костная система, недостаточно развиты вторичные половые признаки, отложение жира

наблюдается главным образом вокруг бедер. При тиреогенном же ожирении жир отлагается не на определенных участках, а более или менее равномерно.

Нельзя упускать из виду как причину бесплодия и возможность ожирения на почве неправильного и чрезмерного питания, что требует изменения пищевого режима.

О значении витаминов в борьбе с бесплодием. Учение о витаминах уже давно приобрело большое практическое значение, особенно в профилактике и лечении инфекционных и воспалительных процессов. За последнее время оно стало привлекать внимание исследователей также при изучении причин бесплодия. Толчком к этому послужили исследования ряда биохимиков и витаминологов, которые показали, что процессы сперматогенеза и овогенеза нарушаются, когда в организме исследуемого не достает некоторых витаминов, например, витамина Е, рибофлавина, а также витаминов А и В. Однако эти интересные исследования еще не дали акушерам-гинекологам практического оружия для борьбы с женским бесплодием. Интересующихся этим вопросом мы отсылаем к монографии Б. А. Кудряшова «Физиологическое и биохимическое значение витаминов», изданной в 1953 г. Московским обществом испытателей природы.

Воспалительные процессы женских половых органов несомненно имеют самое важное значение в этиологии женского бесплодия.

Хотя воспалительные заболевания нижнего отдела полового аппарата, сопровождающиеся патологическими выделениями, неблагоприятно влияют на жизнедеятельность семенных нитей и могут явиться препятствием к зачатию, однако самой частой причиной женского бесплодия, как показали исследования многочисленных авторов (А. Э. Мандельштам, М. Н. Побединский и др.), являются заболевания маточных труб. Отсюда ясно, что в профилактике женского бесплодия огромное значение имеет борьба с гонорройной инфекцией.

Недоразвитие женских половых органов является относительно частой причиной женского бесплодия. Чем значительнее степень недоразвития, тем скорее оно может стать причиной бесплодия. Прежде врачи приписывали большую роль в этиологии бесплодия наличию конической шейки с узким шеечным каналом и точечным наружным маточным зевом. В связи с этим лечение заключалось в расширении и рассечении шеечного канала. В свете современных взглядов бесплодие, наблюдающееся при инфантилизме, вызывается не механическим препятствием проникновению сперматозоидов, а главным образом гипоплазией тканей (неполноценность децидуальной реакции, препятствующая привитию оплодотворенного яйца). Функциональное состояние матки и маточных труб, их тонус и реакции на физиологические импульсы тоже могут играть роль в возникновении бесплодия. Поэтому не удивительно, что зондирование, расширение и рассечение маточного зева и шеечного канала редко обеспечивали успех. Однако полностью отрицать значение этого метода лечения больных с первичным бесплодием и имеющих инфантильную матку все же нельзя.

Внутриматочные впрыскивания иода. Особое место в этиологии женского бесплодия занимают внутриматочные впрыскивания иода, применяемые как противозачаточное средство.

Так как с этой целью впрыскивают в матку иодную настойку раз, а часто 2 и 3 раза в месяц, то само собой разумеется, что такая «профиллак-

тика» беременности в большинстве случаев является не предупреждением, а химическим разрушением беременности. Химические аборт в ряде случаев сопровождаются обильным кровотечением, лихорадочным течением и нередко осложняются пара-перитонитом, воспалением матки и придатков, тазовым, а иногда и общим перитонитом или септическим состоянием и т. д.; все это ведет к бесплодию. Нельзя также отрицать возможность возникновения впоследствии внематочной беременности.

Иногда даже однократное впрыскивание йода уже влечет за собой такие последствия как стойкое бесплодие вследствие зарращения маточных труб. Через маточные трубы йодная настойка может проникнуть до самой брюшины и вызвать в ней слипчивый процесс не только вследствие неправильной техники впрыскивания, но и по закону капиллярности каналов, содержащих хотя бы минимальное количество секрета.

Искусственный аборт. Большую роль в возникновении вторичного бесплодия играют искусственные аборты. По некоторым статистикам больше чем в половине случаев вторичного бесплодия и в 25% общего числа бесплодия причиной явился искусственный аборт. Л. И. Бубличенко, обследовавший 200 женщин, страдавших бесплодием после операции искусственного аборта, нашел в 57% случаев явления хронического воспаления. Шварцкопф при анализе своего материала по вопросу бесплодия нашла, что причиной бесплодия у 22% женщин явился аборт, произведенный при первой беременности, а у 11,8%—аборт, произведенный после уже бывших родов.

Механические препятствия. Изменения девственной плевы, в виде *atresia hymenalis* или ригидности девственной плевы, препятствующие введению мужского полового органа, наблюдаются очень редко. Ригидность девственной плевы нередко сочетается с вагинизмом. В редких случаях механическим препятствием к зачатию является склеивание и сращение половых губ вследствие неправильного их развития или имевших место язвенных процессов, наличие опухолей во влагалище и т. д. Следует напомнить, что беременность может наступить, несмотря на большое механическое препятствие. Наблюдалась случаи наступления беременности при неповрежденной девственной плеве, когда половой акт совершался *ante portas*. Описаны случаи наступления беременности после операции полного искусственного закрытия влагалища (*kolporrhesis*) по поводу пузырно-влагалищного свища: семенная жидкость, излитая в преддверие влагалища, попала через наружное отверстие мочеиспускательного канала в уретру, мочевого пузыря, свищевое отверстие, влагалище и из него в матку. Но все эти случаи, конечно, относятся к редкой казуистике.

Препятствием к попаданию спермы во влагалище иногда служит большая мошоночная грыжа или опухоль (водянка яичка).

«Биологическая несовместимость». Под «биологической несовместимостью» приводились случаи бесплодного брака, когда при исследовании супругов у них не было обнаружено существенных отклонений от нормы, и после вступления каждого из них в новый брак у обоих рождались дети.

В чем же здесь дело? Всегда ли в подобном случае мы стоим перед совершенно загадочным фактом?

Пример супругов, которых мы наблюдали много лет назад, позволяет думать, что не всегда это так, и туманное представление о «биологической несовместимости» иногда может оказаться не загадочным явлением, а результатом неправильного исследования спермы.

Анализ спермы мужа, которого мы здесь имеем в виду, указывал только на наличие достаточного числа подвижных сперматозоидов, каков же был характер движений этих сперматозоидов, не указывалось. Известно, что в полноценной сперме движение сперматозоидов активное и, что очень важно, имеет поступательный характер. Если в свежем препарате обнаруживаются вялые, не поступательные, а «маневные» (по кругу) или «колебательные» (качательные) движения сперматозоидов, то это указывает на их недостаточную активность. При проверочном исследовании этой спермы опытным специалистом оказалось, что движения сперматозоидов недостаточно активны, а это свидетельствовало об их относительной неполноценности. Поэтому не было ничего загадочного в том, что в первом браке с женщиной, имевшей, пусть небольшое, но все же клинически определяемое отклонение половых органов от нормы, брак оставался бесплодным, а во втором браке с женщиной, не имевшей никаких отклонений от нормы в половом аппарате, наступила беременность. Нет ничего удивительного и в том, что его первая жена, вступив в новый брак с мужчиной, сперма которого была полноценной, тоже забеременела. Мы думаем, что подобные случаи бывают чаще, чем это удается доказать.

Мы отнюдь не считаем, что для всех случаев «биологической несовместимости» в браке пригодно приведенное выше объяснение. Но важно помнить, что такая возможность не исключена, и само собой разумеется, это отнюдь не лишает нас надежды, что с углублением знаний в области биологии зачатия обнаружатся и другие несомненно материалистического характера причины «биологической несовместимости» в браке.

Практически из приведенного объяснения вытекает, что при диагнозе «биологическая несовместимость» необходимо, во-первых, тщательно и повторно исследовать сперму, учитывая не только наличие достаточного количества подвижных сперматозоидов, но непременно и характер их движений; во-вторых, если при исследовании обоих супругов будут обнаружены преодолимые препятствия к наступлению зачатия, то этот брак еще нельзя считать обреченным на бесплодие: своевременное, целеустремленное и умелое лечение супругов (жена должна лечиться под наблюдением гинеколога, а муж—андролога)¹ повышает шансы на наступление беременности.

ВЫЯСНЕНИЕ ПРИЧИН БЕСПЛОДНОГО БРАКА

Для выяснения причин бесплодного брака необходимо, как уже указывалось выше, исследование обоих супругов.

ИССЛЕДОВАНИЕ МУЖЧИНЫ

Исследование мужа обычно не входит в компетенцию гинеколога. Но так как основной причиной мужского бесплодия являются те или иные отклонения от нормы со стороны спермы, то гинеколог, приступая к исследованию бесплодной женщины, должен обязательно иметь и данные анализа спермы. Без исследования спермы никакие заверения женщины, что причина бесплодия кроется именно в ней, не являются убедительными, а тем более доказательными. Иногда женщина искренне заблуждается, полагая, что нормально происходящий половой акт при общем хорошем состоянии здоровья мужа и его сильной половой потенции свидетельствует и об его нормальной способности к оплодотворе-

¹ Андрологом (от древнегреческого андрос—муж) называют специалиста по болезням половых органов мужчины. В настоящее время этим лечением обычно занимаются урологи.

нию. Такое мнение нередко поддерживается заверением мужа, что он не болен венерическими болезнями; не убедительна и уверенность мужа в его *potentia generandi* на том основании, что женщина, с которой у него до настоящей женитьбы была связь, заявляла о наступившей от него беременности. Полной уверенности в *potentia generandi* мужа нельзя иметь даже и тогда, когда жена раньше была уже от него беременна, так как с того времени качество спермы могло измениться.

Самой частой причиной мужского бесплодия является азооспермия, когда сперма совершенно не содержит сперматозоидов; это говорит о полной неспособности мужа к оплодотворению по крайней мере в данное время. Причиной мужского бесплодия может быть олигоспермия—состояние, при котором во время полового акта выделяется скудное количество спермы, а также астеноспермия или некроспермия—состояние, когда под влиянием патологического секрета предстательной железы и семенных пузырьков сперматозоиды становятся мало подвижными или совсем неподвижными.

Необходимо указать, что отсутствие сперматозоидов может наблюдаться временно после тяжелых болезней или психических переживаний. Поэтому плохой прогноз следует ставить лишь в тех случаях, когда исследованию подверглась сперма совершенно здорового мужчины. Но и в подобных случаях нужно произвести повторное исследование через 1—2 недели, в течение которых исследуемому необходимо предложить полное воздержание от половых сношений. Если же исследование опять даст отрицательный результат, то наличие мужского бесплодия будет установлено. При достаточном количестве подвижных сперматозоидов необходимо обратить внимание на активный и поступательный характер этих движений, а также выяснить, не имеется ли патологических форм сперматозоидов. В настоящее время в области биологии сперматозоидов накопились факты, дающие возможность предположить, что причиной бесплодия может явиться неправильное строение сперматозоидов (А. А. Шорохова и др.).

Методика добывания спермы и условия ее хранения имеют большое значение для получения правильного результата исследования. Среда и температура, при которой хранится сперма до момента исследования, должны обеспечить жизнеспособность сперматозоидов. Супругам предлагают иметь половое сношение с применением мужского резинового презерватива (кондома). Кондом перевязывают ниткой так, чтобы сперма не вылилась, и, обернув его куском ваты, относят в лабораторию. Чтобы сохранить необходимую для жизнедеятельности сперматозоидов температуру в холодное время года, рекомендуется обернуть кондом положить в карман брюк, если его доставляет в лабораторию муж, или за бюстгалтер, когда жена выполняет это поручение; можно также завязанный кондом опустить в воду, подогретую до 30°, и сохранять в ней сперму до исследования; для этой цели можно использовать бутылку-термос. Некоторые авторы не рекомендовали применять резиновые кондомы, опасаясь, что сера, содержащаяся в невулканизированной резине, может оказать вредное влияние на жизнеспособность сперматозоидов: современная высококачественная продукция из латекса не представляет этой опасности.

Менее надежно исследование спермы, добытой путем массажа. Так как сок предстательной железы оказывает оживляющее действие на семенные нити, то одновременно надо массировать семенные пузырьки и предстательную железу.

На VII Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов М. П. Бушмакина рекомендовала «пробу сперматозоидов» по Хуннеру (Hunner), заключающуюся в следующем: сперму для исследования добывают пипеткой из цервикального канала вскоре после полового акта. Если в добытом содержимом обнаруживаются живые сперматозоиды с активными поступательными движениями, то такие аномалии, как преждевременная эякуляция спермы, неблагоприятное влияние влагалищного секрета на сперматозоиды, не играют роли в происхождении бесплодия. Если в содержимом, взятом браунновским шприцем из полости матки, тоже находятся нормальные сперматозоиды, то это указывает на нормальное состояние цервикального канала, и тогда надо перейти к исследованию маточных труб. Если во всем нижнем отрезке полового канала не находят нормальных сперматозоидов, то исследуют содержимое кондома.

Способ изолированного исследования секрета, добываемого из различных отделов полового канала особым прибором, был предложен у нас Шуварским значительно раньше, а именно в 1895 г., но не получил широкого распространения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИНЫ

Установить причину женского бесплодия во многих случаях трудно, так как оно может быть обусловлено совокупностью многих переплетающихся между собой причин. Поэтому необходимо уделять самое большое внимание исследованию всего организма больной и, конечно, ее половой сферы. Могут понадобиться микроскопические исследования выделений, определение кислотности влагалищного содержимого и другие клинико-лабораторные исследования. Зондирование и выскабливание полости матки, которые в прежнее время широко применяли в качестве лечебного метода при бесплодии, и теперь не утратили своего значения для диагностических целей, например, при определении гипофункции яичников, ановуляторных кровотечений и т. п. Если при тщательном гинекологическом исследовании изменения, объясняющие причины бесплодия, не будут обнаружены, то, учитывая частоту нарушения функционального состояния маточных труб, главным образом в результате воспалительных процессов, необходимо произвести соответствующее исследование.

Как всегда, исследование начинают с анамнеза, который в этих случаях должен быть собран особенно тщательно ввиду многочисленных и разнообразных этиологических факторов, лежащих в основе бесплодия. Само собой разумеется, что в вопросах, касающихся интимнейших сторон брачной жизни, необходима полнейшая откровенность женщины, а чтобы этого добиться, врач должен обладать большим тактом. Индивидуальный подход к каждой больной несомненно имеет, как всегда, огромное значение, но нельзя рассчитывать на полную откровенность больной, если анамнез собирают в присутствии посторонних, при медицинском персонале или при других больных. Вопросы интимного характера лучше также задавать после гинекологического осмотра, когда между больной и врачом уже установлен известный контакт и она поборола начальное смущение. Собирая анамнез у бесплодной женщины, необходимо иногда выяснить и такие вопросы, как плодовитость членов семьи, наличие у них каких-либо эндокринных заболеваний — диабет, микседема, базедова болезнь и др. Следует учитывать не только жалобы, непосредственно указывающие на заболевания половой сферы, но и указывающие на заболевания других органов и систем, как, например, жалобы на боль в об-

ласти желудка, спастические запоры, спазмы сосудов, желчные и почечные колики, наблюдаемые у женщин с склонностью к спазмам, у которых часто бывает нарушена и функция половых органов.

Гинекологическое исследование должно быть произведено тоже очень тщательно. Иногда двуручное исследование может быть затруднительным вследствие ожирения брюшной стенки, узости влагалища или ригидности и неподатливости тканей клетчатки и связочного аппарата, чрезмерной чувствительности больной и т. п. Поэтому в некоторых случаях целесообразно произвести также исследование через прямую кишку, повторив его через несколько дней, и даже исследовать больную под наркозом. Само собой разумеется, что здесь, как и при каждом гинекологическом исследовании, необходим осмотр при помощи зеркала.

Необходимо микроскопическое исследование выделений, иногда определение кислотности влагалищного секрета или применение других клинико-лабораторных методов исследования. Зондирование и выскабливание матки в большинстве случаев являются лечебным мероприятием, но нередко они служат и для диагностических целей.

Иногда двуручное исследование приводит к полному выяснению причин бесплодия женщины, но в ряде случаев оно не дает удовлетворительного ответа. Отрицательный результат исследования может быть получен потому, что женщина действительно здорова в гинекологическом отношении, или потому, что имеющиеся в маточных трубах изменения не поддаются определению пальпацией. Памятаю, что во многих случаях женское бесплодие является следствием непроходимости маточных труб, необходимо в тех случаях, когда подробное исследование организма не обнаруживает явных причин женского бесплодия, а мужское бесплодие полностью исключено, произвести функциональное исследование маточных труб.

МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Продувание маточных труб

Наиболее распространенным методом функционального исследования маточных труб является их продувание. В техническом отношении продувание маточных труб—несложный метод и приобрести в нем необходимые навыки нетрудно. Однако этот метод не безопасен.

Противопоказания к продуванию труб служат острые и подострые воспалительные процессы тазовых органов, маточные кровотечения, подозрение на маточную или внематочную беременность, предменструальный, менструальный и постменструальный периоды, гнойные выделения из половых органов, наличие ускоренной реакции оседания эритроцитов, повышенный лейкоцитоз, положительная реакция Борде-Жангу, а также явное утолщение маточных труб. Перед продуванием маточных труб необходимо тщательно исследовать выделения из влагалища и мочевого канала (а иногда и из уретры). При наличии в мазках гнойных клеток или влагалищной флоры, соответствующей III или IV степени чистоты, продувание производить не следует. Очень важным противопоказанием к продуванию труб является имевшее недавно место обострение воспалительного процесса внутренних женских половых органов. Поэтому при решении вопроса о применении продувания маточных труб мы придаем большое значение анамнезу и наблюдению за больной. Если обострение процесса произошло несколько недель или месяцев назад, то даже при нормальной реакции оседания эритроцитов и наличии в мазках картины

I или II степени чистоты мы считаем продувание маточных труб все же противопоказанным. Точно так же противопоказанием к продуванию труб является пуэрперальный период, пороки сердца, status thymico-lymphaticus.

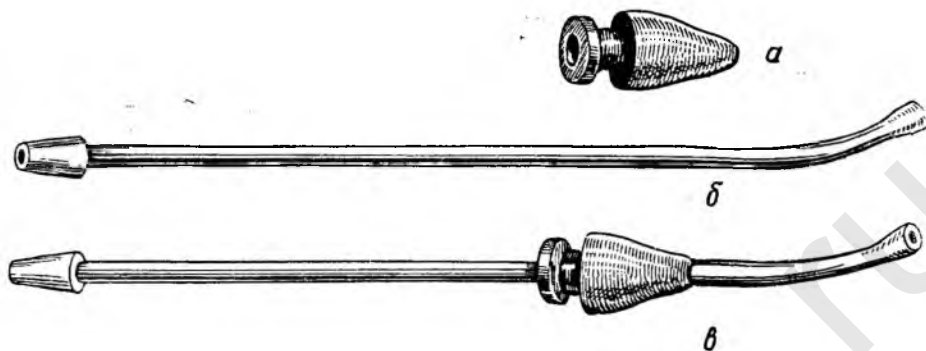


Рис. 111. Маточный наконечник для продувания труб.

a—резиновая насадка; **б**—металлический наконечник; **в**—наконечник, готовый к введению в матку.

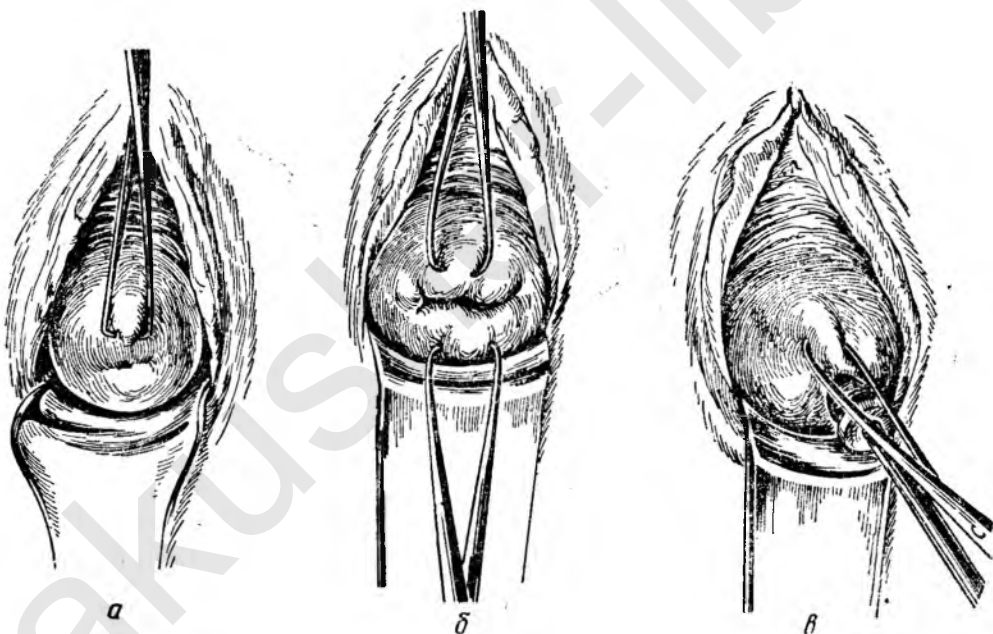


Рис. 112. Продувание маточных труб при бесплодии.

a—передняя губа наружного маточного зева тангенциально захвачена пулевыми щипцами; **б**—при наличии разрыва наружного маточного зева пулевыми щипцами тангенциально захватывают отдельно переднюю и заднюю губу наружного маточного зева; **в**—при наличии разрыва наружного маточного зева пулевые щипцы после введения маточного наконечника перекрещивают, чтобы надежнее замкнуть канал шейки матки и воспрепятствовать выхождению воздуха мимо наконечника.

Методика и техника продувания маточных труб. Для продувания маточных труб мы пользуемся простым прибором, состоящим из следующих частей: 1) маточного наконечника от шприца Брауна; на наконечник насаживается резиновый конус от спринцовки

Тарновского (рис. 111); 2) ртутного манометра для измерения давления в системе (аппарат Рива-Роччи); 3) обыкновенного двойного резинового баллона. Ртутный манометр можно заменить любым манометром, например, пружинным, а вместо двойного резинового баллона можно использовать большой шприц, емкостью в 150—200 мл.

Перед продуванием маточных труб больная должна помочиться, кишечник надо опорожнить клизмой; все инструменты (зеркало, пулевые щипцы, пинцет, маточный наконечник и резиновую трубку) стерилизуют. Исследование производят на гинекологическом кресле.

При продувании маточных труб, как и при любой внутриматочной манипуляции, необходимо соблюдать самую строгую асептику.

Резиновыми трубками маточный наконечник через манометр соединяют с баллоном и всю систему проверяют.

После соответствующей подготовки наружных половых органов влагалищную часть шейки матки обнажают при помощи зеркал и тщательно дезинфицируют спиртом. Под контролем глаза пулевыми щипцами захватывают тангенциально (не прокалывая ее насквозь) переднюю губу шейки матки несколько выше наружного зева (рис. 112, а). Затем щипцы берут в левую руку, а правой осторожно, учитывая положение матки, вводят наконечник так, чтобы его резиновый конус по возможности герметически закрывал наружное отверстие шеечного канала. Наконечник вводят в матку, не расширяя предварительно шейку.

Если имеются большие разрывы шейки матки, то полезно второй парой пулевых щипцов захватить и заднюю губу маточного зева (рис. 112, б). Введя наконечник в матку, пулевые щипцы перекрещивают, чтобы надежно закрыть отверстие шеечного канала вокруг наконечника и таким образом предотвратить обратный выход воздуха мимо наконечника (рис. 112, в). Введя наконечник и прижав резиновый конус к шейке матки, в систему медленно (с перерывами) нагнетают воздух¹ и наблюдают за постепенным подъемом ртутного столба (50, 75, 100, 150 мм—не выше), отмечая начало падения давления (нередко это бывает уже при 75—100 мм) (рис. 113).

О проходности или непроходности маточных труб мы заключаем, суммируя субъективные и объективные данные: аускультация, падение давления в манометре, френикус-симптом и боли. Если нет ассистента, врач, выполняющий эту процедуру, сам может выслушивать через фонэндоскоп, который больная рукой удерживает вверху живота.

Если маточные трубы проходимы, то отмечается следующее: 1) при выслушивании через брюшную стенку слышно «бульканье» или тихий звук, напоминающий свист; 2) ртуть в манометре с высоты давления, равной примерно 150 мм, с которой воздух нагнетался в матку, падает до 60 мм; при хорошо проходимых трубах этот минимум равен 40—35 и даже 25 мм; 3) воздух, проникший через трубы в брюшную полость при переходе больной в вертикальное положение, поднимается к грудобрюшной преграде, раздражает первые волокна (n. phrenici), что может вызвать болевые ощущения в плече и под лопатками, особенно под правой (френикус-симптом); эти боли быстро прекращаются. Иногда френикус-симптом появляется через несколько часов или даже на следующий день после продувания, о чем надо предупредить больную.

Если труба на каком-либо участке плохо проходима, что чаще наблюдается в ее интерстициальной части, то прослушивающийся через брюш-

¹ Впервые продувание маточных труб комнатным воздухом предложил А. Э. Мавельштам в 1922 г.

ную стенку звук будет более высокого тона, столбик ртути будет падать медленнее и не опустится так низко, как при полной проходимости.

Следует указать, что при неполном замыкании наружного маточного зева воздух из матки может пройти во влагалище мимо резинового конуса канюли, симулируя характерный для проходимости маточных труб звук.



Рис. 113. Продувание маточных труб без помощника по М. Н. Побединскому. Пулевые щипцы и наконечник, введенный в шейку матки, врач держит в одной руке; резиновый баллон аппарата Рива-Роччи он держит в другой руке. Фонэндоскоп держит больная.

Это может ввести в заблуждение малоопытного врача. Поэтому надо помнить, что обратное выхождение воздуха обычно сопровождается легким шипением и появлением вокруг шейки матки и наконечника заметных на глаз мелких пенящихся пузырьков.

Из технических погрешностей, которые могут 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 маточных труб и вследствие этого диагностическую ошибку, но и тяжелые осложнения, как, например, разрыв пиосальпинкса. Такие случаи не раз описывались в литературе. При отрицательном результате следует, не извлекая канюли, через 2—3 минуты повторить продувание. Иногда вследствие раздражения матки быстро входящим в ее полость воздухом происходит спазм маточного отверстия трубы, который через несколько минут прекращается.

Наилучшим моментом для продувания маточных труб является период с 10-го по 16-й день, считая с первого дня менструации. Непроходимость труб может быть ошибочно диагностирована, если продувание будет произведено незадолго до менструации, так как набухшая слизистая препятствует прохождению вводимого воздуха. Точно так же при ретрофлексии матки труба может оказаться непроходимой для воздуха вследствие набухания слизистой в ее интрамуральной части.

Диагностические ошибки наблюдаются и при положительных симптомах проходимости труб: акустический феномен—шум прохождения струи воздуха или своего рода «бульканье»—может иметь место и тогда, когда воздух, проникая через узкую интрамуральную часть трубы в растянутую и запаянную ее часть у фимбриального конца, превращает трубу в пневмосальпинкс.

Отсутствие акустического феномена при продувании маточных труб также не служит абсолютным доказательством непроходимости. Так, при извитой интрамуральной части трубы, пропускающей лишь небольшое количество воздуха под небольшим давлением, акустический феномен может отсутствовать; если же давление будет увеличено, то в извитой части трубы образуется перегиб, не пропускающий воздуха, и таким образом создается впечатление, что труба непроходима, тогда как в действительности она проходима. Если после продувания появится френикус-симптом, это подтвердит проходимость трубы. Описанное выше явление А. Э. Мандельштам наблюдал у 2 женщин, у которых впоследствии наступила беременность.

Первоначальное понижение давления в манометре не служит абсолютным доказательством проходимости труб, так как, во-первых, при неправильной технике воздух может пройти во влагалище мимо маточного катетера, а во-вторых, воздух может проникнуть в запаянную у фимбриального конца часть трубы и вызвать пневмосальпинкс, что также ведет к падению давления в манометре.

Наличие френикус-симптома раньше считалось надежным симптомом; в настоящее же время установлено, что при растяжении заращенных труб воздухом или иодолиполом наблюдается резко выраженный френикус-симптом.

Если женщина остается в постели после пертубации в течение нескольких часов или одного-двух дней, то френикус-симптом при проходимых трубах может не появиться (А. Э. Мандельштам). При нарушенной внематочной беременности, при болезни печени и других заболеваниях френикус-симптом может быть положительным.

Таким образом, с достоверностью о наличии проходимых труб можно говорить лишь тогда, когда при пертубации имеется одновременно несколько положительных симптомов: 1) падение давления в манометре после первоначального его подъема, который, повторяем, не должен превышать 150—180 мм; 2) появление характерного шума или «бульканья», производимого струей воздуха, проникшего в брюшную полость; 3) появление френикус-симптома.

Описанного метода продувания маточных труб вполне достаточно, если трубы проходимы; если же трубы непроходимы и надо точно установить место, где имеется непроходимость (или стеноз), следует прибегнуть к другому методу исследования—к метросальпингографии.

Метросальпингография (гистеросальпингография)

Этот метод заключается в том, что в маточные трубы через матку вводят контрастное вещество, дающее тень на рентгенограмме. В гинекологической практике таким веществом обычно является иодолипол. Иодолипол отпускают в ампулах по 10 мл, в нем содержится 30% химически связанного иода. Иодолипол не раздражает слизистых оболочек и брюшины, дает четкие, контрастные изображения и хорошо всасывается, не вызывая явлений иодизма (М. Н. Побединский).

Противопоказания к метросальпингографии те же, что и к продуванию маточных труб: острые, подострые (или обострившиеся) воспалительные процессы в половых органах, эрозия шейки матки, патологические выделения или патологическая влагалищная флора, ускоренная реакция оседания эритроцитов (выше 12 мм по Панченкову), подозрение на беременность (маточную или внематочную), менструация, маточные кровотечения и пр. Наилучшим временем для производства метросальпингографии считается середина интервала между двумя менструациями (через 8—12 дней после окончания менструации).

Метросальпингография требует некоторой подготовки: желательно, чтобы накануне женщина приняла слабительное, а за 1—2 часа до исследования надо очистить кишечник клизмой. Рекомендуется за полчаса до исследования ввести в прямую кишку свечу с белладонной. Перед самой метросальпингографией производят туалет наружных половых органов.

Техника метросальпингографии. У нас в клинике А. Л. Каплан производил ее следующим образом.

Больная лежит на краю рентгеновского стола в положении для гинекологического исследования. Если нет ногодержателей, то женщина опирается ступнями на высокие табуретки. Во влагалище вводят зеркала и тупфером, смоченным спиртом, дезинфицируют влагалище и влагалищную часть матки. Затем центрируют рентгеновскую трубку на нижнюю половину живота так, чтобы вся область малого таза просцировалась на пленке. Заряженную кассету размером 18×24 см или 24×30 см подкладывают под большую соответственно центральному пучку. Иодолипол, подогретый в горячей воде, набирают в шприц (количество вводимого иодолипола колеблется от 2—3 мл при инфантильной матке до 5—6 мл при большой матке), который соединяют с маточным наконечником. Проверив систему, шприц, наполненный иодолиполом, кладут на столик, покрытый стерильным полотенцем. Влагалищную часть матки опять обнажают зеркалами, наружный маточный зев протирают спиртом и пулевыми щипцами захватывают отдельно каждую губу шейки. Зная благодаря предварительному перед метросальпингографией исследованию положение и величину матки и ориентируясь в направлении канала шейки матки, вводят в него за внутренний зев наконечник, надетый на шприц. Слегка надавливая на поршень шприца, вводят в полость матки иодолипол. Некоторые указывают на необходимость проверять тупфером область заднего свода непосредственно перед снимком, так как вытекающий в ряде случаев иодолипол будет затемнять рентгеновскую картину. Иногда после введения 2—3 мл иодолипола больная жалуется на боли, обычно скоро проходящие. Как только болевые ощущения исчезнут, в матку медленно, не повышая давления, вводят еще 1—2 мл иодолипола и одновременно делают снимок. Больная остается в том же положении; через 5 минут, не извлекая наконечника, производят второй снимок, снимают пулевые щипцы; в этот момент часть иодолипола вытекает.

М. Н. Побединский делает второй снимок через 1—2 минуты и третий через 5—10 минут. А. Э. Мандельштам считает, что надо делать не меньше 3—4 снимков для того, чтобы иметь представление о динамике передвижения контрастной массы из матки в трубы и в брюшную полость; промежутки между снимками следует варьировать от 1 до 5 минут и больше, в зависимости от тонуса и реактивности матки.

Больная остается в постели не менее суток.

На следующий день вновь снимают рентгенограммы, но уже не вводят контрастного вещества.

Оценка рентгенографических данных, полученных при метросальпингографии. Изображение маточных труб на рентгеновском снимке получается, если в них проникло контрастное вещество. При проходимости трубы контрастное вещество обнаруживается не только в матке и трубе, но и вне трубы в виде отдельных пятен в области малого таза (рис. 114).



Рис. 114. Контрастное вещество легко прошло через обе трубы и широко распространилось в область тазовой брюшины. При первом же исследовании установлена полная двусторонняя проходимость маточных труб.



Рис. 115. *а*—контрастное вещество быстро прошло в обе маточные трубы и проникло в область брюшины малого таза, особенно слева. Проходимость левой трубы не внушает сомнения. Наличие большого пятна справа вызывает предположение о гидросальпинксе. Необходимо произвести контрольное исследование через 24 часа; *б*—контрольный снимок, произведенный через 24 часа. Пятно, вызвавшее подозрение на гидросальпинкс, исчезло. Двусторонняя проходимость маточных труб доказана.

Если при введении контрастного вещества проходимость просвета маточной трубы вызывает сомнение, необходимо произвести контрольное исследование через 24 часа (рис. 115). Если не только на первом, но и на контрольных снимках получается изображение лишь полости матки, то

можно заключить, что облитерирована вся труба или ее интерстициальная часть.

Метросальпингография дает возможность обнаружить непроходимость одной или обеих труб и установить место, где начинается препятствие для прохождения контрастного вещества (рис. 116). Таким образом, при помощи метросальпингографии можно прийти к заключению о состоянии

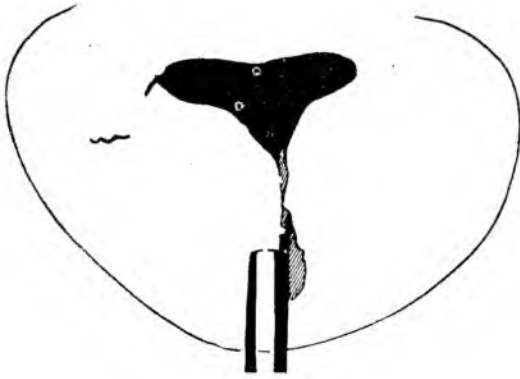


Рис. 116. Полость матки нормальна. Левая маточная труба непроходима на всем протяжении. Справа тонкая струйка контрастного вещества проникла до конца трубы. Фимбриальный конец трубы запаян, просвет ее резко сужен.

канала трубы, что часто бывает необходимо и для решения вопроса о возможности и целесообразности хирургического вмешательства, а также об его методе. К операции следует прибегать после повторной метросальпингографии, произведенной не менее чем через 2 месяца после первой. Это необходимо, потому что обнаруженная при первом исследовании непроходимость иногда исчезает и проходимость трубы восстанавливается. Наблюдения послужили основанием для некоторых авторов признать за метросальпингографией значение лечебного фактора.

Сальпингография и продувание маточных труб дают в основном представление об анатомическом состоянии труб. О функциональной же их деятельности можно судить более или менее удовлетворительно на основании рентгенокимографии матки и труб.

Известно, что мускулатура маточных труб обладает способностью сокращаться перистальтически. В норме эти сокращения происходят в направлении от ампулярной части трубы к матке, но С. А. Рейвберг, М. Н. Побединский, Я. И. Русин и др. обнаружили после введения контрастных веществ также и антиперистальтические движения. А. И. Осякина доказала влияние половых гормонов на интенсивность и ритм сокращений маточных труб. Я. И. Русин установил наличие дополнительных движений труб. С. Я. Шахмейстер посвятила свою работу выяснению связи между сократительной способностью маточных труб и их проходимость у женщин, страдающих бесплодием. Ею обследованы с помощью рентгенокимографии матка и маточные трубы у 50 бесплодных женщин.

Методом рентгенокимографии получают интересные данные при определении сократительной способности маточных труб, но ввиду сложности этот метод еще не получил широкого распространения в гинекологической практике.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ

Для определения функционального состояния яичников еще нет прямых методов исследования, т. е. таких, какие имеются для определения функционального состояния маточных труб. Некоторое представление о функциональной деятельности яичников мы получаем лишь косвенным путем. Так, правильно протекающие менструации с большой вероятностью говорят о нормальной функции яичников. Такой взгляд, выработанный на практике, основывается на твердо установленном научном факте, что овуляция предшествует менструации и что без овуляции не бывает менструации. Но из этого неопровержимого факта, как показали работы по-

следнего времени, нельзя делать вывод, что ослабленная менструация (гипо-олигоменоррея) или временное ее отсутствие (аменоррея) является несомненным признаком слабости яичниковой функции. Исследования «пробных цугов» (при выскабливании) при наличии гипо-олигоменорреи и даже многолетней аменорреей показали, что развитие матки во многих случаях было вполне удовлетворительным и что даже в тех случаях, когда менструального кровотечения совершенно не было, наблюдались более или менее регулярные смены фаз (А. Э. Мандельштам).

Работы Гартмана показали, что у человекоподобных обезьян регулярные маточные кровотечения бывают и при отсутствии в яичниках желтых тел, наличие которых служит доказательством имевшей место овуляции (ановуляторные кровотечения). У обезьян оплодотворение наступает только во время зимних циклов, ановуляторные же циклы, не сопровождающиеся оплодотворением, наблюдаются у них не только в летние месяцы.

Ряд наблюдений показал, что ановуляторные кровотечения бывают и у женщин; в большинстве случаев это отмечается в пубертатном и предклимактерическом периоде. Таким образом, менструация, кажущаяся нормальной, может и не явиться результатом предшествующей овуляции, т. е. она происходит без созревания и лопания граафова пузырька и без выхода из яичника способных к оплодотворению яйцевых клеток (ановуляторные циклы). Разумеется, наличие ановуляторных циклов может сделать женщину в течение этого времени бесплодной. Поэтому в отдельных случаях женского бесплодия могут понадобиться более точные сведения о функциональном состоянии яичников, чем те, которые можно получить при простом наблюдении за течением и характером периодических кровотечений.

Для определения функционального состояния яичников существует два способа.

а) Гистологическое исследование соскоба слизистой оболочки матки, полученного при выскабливании, наиболее частым показанием к которому служат обильные или слишком частые менструации. Если гистологическая картина слизистой оболочки матки соответствует тому дню овариально-менструального цикла, когда был взят соскоб, то это говорит о нормальной функции яичников; если же не соответствует, то это указывает на патологические изменения функциональной деятельности яичников. В одних случаях могут иметь место нарушения процесса созревания фолликулов, характеризующиеся образованием большого количества атретических фолликулов и отсутствием желтых тел (на это указывает картина соскоба, в которой прежде всего ярко выражена гиперплазия); в других случаях в соскобе, взятом перед наступлением менструации или в первые 2—3 часа после ее наступления, обращает на себя внимание полное отсутствие характерных для секреторной фазы изменений, что указывает на наличие в яичнике персистирующего желтого тела или лютеиновой кисты.

б) Определение функционального состояния яичников по микроскопической картине влагалищного мазка. Этот способ заключается в микроскопическом исследовании мазка, взятого из влагалища после того, как в течение нескольких дней оно не подвергалось никакому лечебному воздействию. Если в мазке обнаруживают чистоту I степени, т. е. чистую культуру влагалищных палочек при кислой реакции влагалищного содержимого, то это говорит о нормальной функции яичников. Если же влагалищная

флора оказывается в мазке сильно загрязненной (III—IV степень чистоты), то это может указывать на нарушенную функцию яичников (гипофункция). Такая флора встречается прежде всего при воспалительных процессах половых органов женщины, главным образом при воспалении влагалища, канала шейки матки, эндометрия. В этих случаях характерно для воспалительного процесса наличие большого количества лейкоцитов в мазках. Поэтому такая микроскопическая картина свидетельствует о нарушении функции яичников только в том случае, если тщательное клиническое исследование не обнаруживает воспалительного процесса, а в мазках, наряду с влагалищным эпителием, имеется лишь незначительное количество лейкоцитов и лимфоцитов, среди же флоры, соответствующей III и IV степени чистоты, имеется симбиоз различных бактерий и кокков. Такая картина не исключает возможности зачатия, но указывает на имеющиеся к этому затруднения.

По Папаниколау (Papanicolaou), в цитологической картине влагалищного мазка соответственно отображаются четыре фазы овариально-менструального цикла и определяется наличие овуляции: менструальная фаза—1—7-й день, копулятивная—8—12-й день, овуляторная—12—13-й день, предменструальная—с 17-го дня до начала следующей менструации.

Исследования А. П. Преображенского, Е. Н. Петровой и М. Д. Мойсеевко показали, что существенными элементами влагалищного мазка, имеющими диагностическое значение, являются различные виды эпителиальных клеток, слущившихся с поверхности влагалищной стенки. Среди этих клеток различают следующие виды: 1) поверхностные ороговевающие клетки, 2) клетки промежуточного типа и 3) так называемые базальные, или атрофические, клетки.

1. Ороговевающие поверхностные эпителиальные клетки—самые крупные клетки мазков; они отличаются слабой окрашиваемостью протоплазмы и пикнотическими ядрами. Степень орогосения клеток определяется в известной мере эозинофилией их протоплазмы. Наличие этих клеток в мазке характерно для фолликулиновой фазы овариально-менструального цикла.

2. Промежуточные клетки происходят из наиболее поверхностных отделов шиповатого слоя влагалищного эпителия. Эти клетки в норме всегда входят в состав содержимого влагалища женщины и встречаются во всех фазах овариально-менструального цикла, но главным образом в лютеиновой фазе. Ядра их круглые, относительно более крупные, чем в ороговевающих клетках.

3. В содержимом влагалища встречаются также базальные, или атрофические, клетки, которые несколько больше мононуклеарных лейкоцитов и отличаются относительно крупными ядрами. При гипофункции яичников количество базальных клеток бывает различным.

Соотношение описанных элементов, а также количественное содержание лейкоцитов определяют цитологическую картину влагалищного мазка. Большое количество эстрогенов обуславливает наличие в мазке многочисленных ороговевающих клеток, лежащих изолированно. При резко уменьшенном количестве эстрогенов (гипофункция яичников) наблюдаются главным образом базальные клетки и большое количество лейкоцитов. В лютеиновой фазе цикла мазки состоят из клеток промежуточного типа, находящихся в состоянии более или менее выраженного распада.

При нормальной функции яичников в различных фазах цикла имеют место сравнительно небольшие сдвиги в цитологической картине влага-

лищных мазков, поэтому обнаружить их может только опытный глаз специалиста.

При дисфункции яичников сдвиги в цитологической картине влагалищного мазка более резки, и поэтому в широкой практике оценка мазков значительно проще и доступнее (А. П. Преображенский, Е. Н. Петрова и М. Д. Моисеенко).

Некоторые авторы полагают, что функцию яичников еще можно оценивать и путем определения количества половых гормонов в крови или в моче. Этот метод основан на том, что наибольшее количество фолликулина выделяется из организма во время овуляции.

Сложный вопрос методики исследования функционального состояния яичников далеко еще не может считаться разрешенным. Достигнутые результаты открывают перспективы для дальнейшего изучения испытываемых способов и поисков еще более точных методов. В настоящее время можно лишь сказать, что определение функционального состояния яичников путем микроскопического исследования влагалищных мазков подкупает тем, что оно не связано с необходимостью производить выскабливание; однако диагностическое выскабливание в некоторых случаях имеет преимущества, например, при маточных кровотечениях на почве дисфункции яичников (гиперплазия эндометрия) выскабливание может явиться не только диагностическим, но и лечебным методом (см. руководства по оперативной гинекологии). Выскабливание полости матки в некоторых случаях неожиданно объясняло истинную причину бесплодия; так, например, при гистологическом исследовании соскоба обнаруживалось туберкулезное поражение эндометрия, в большинстве случаев указывающее на туберкулезное поражение и маточных труб (см. раздел «Туберкулез женских половых органов»).

МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ЖЕНСКИМ БЕСПЛОДИЕМ

Как видно из обзора причин женского бесплодия, в этиологии его основную роль играют воспалительные процессы, особенно заболевания маточных труб. Отсюда ясно, что в профилактике женского бесплодия огромное значение имеет борьба с венерическими заболеваниями и абортom.

Первичное бесплодие относительно часто наблюдается и при недоразвитии женских половых органов. Чем значительнее степень этого недоразвития, тем сильнее она отражается на детородной функции женщины. Большую роль в борьбе с недоразвитием половых органов, как известно, играет правильное физическое воспитание в широком его понимании как в детские годы, так и особенно в период полового созревания. Правильное трудоустройство и другие мероприятия, направленные на оздоровление женского организма, должны быть максимально использованы и в профилактических целях.

Методы лечения при воспалительных процессах. Причиной женского бесплодия могут быть воспалительные процессы, локализующиеся в различных отрезках полового тракта: эндометрициты, метроэндометриты и особенно сальпингиты, ведущие к утолщению стенок труб, к их частичному или полному закрытию, к образованию сактосальпинксов, к сращениям труб с маткой и с окружающими органами; наконец, причиной бесплодия могут быть поражения яичников, проявляющиеся в виде анатомических и функциональных изменений.

Как только что указывалось, воспалительные процессы половых органов занимают первое место среди причин женского бесплодия. Опытный гинеколог не раз мог убедиться в эффективности консервативного лечения женского бесплодия, возникшего на почве воспалительных процессов. Мы не разделяем пессимистических взглядов некоторых зарубежных авторов, сомневающих в возможности восстановления проходимости зарастенных маточных труб путем рассасывающего лечения. Поэтому при наиболее частом виде женского бесплодия—трубном—мы считаем методом выбора консервативное лечение.

Применяя комплексный метод лечения воспалительных процессов внутренних половых органов женщин, мы нередко наблюдали излечение от бесплодия даже у женщин с двусторонними воспалительными опухолями придатков матки.

Методика лечения воспалительных процессов при бесплодии ничем не отличается от обычно применяемой при воспалении половых органов женщины.

Женщины, страдающие бесплодием, обычно обращаются к врачу при наличии уже хронического воспалительного процесса или с последствиями бывшего воспаления в виде спаек; поэтому лечение должно быть активным и продолжительным. Следует помнить, что добиться клинического выздоровления, т. е. такого состояния, при котором женщина чувствует себя здоровой и работоспособной, гораздо легче, чем добиться восстановления способности к зачатию, так как даже при успешном лечении часто остаются изменения, препятствующие наступлению беременности.

Поставив перед собой задачу ликвидировать воспалительный процесс и его последствия, препятствующие наступлению беременности, следует прежде всего составить план лечения, исходя из общего состояния больной, характера и стадии воспалительного процесса внутренних половых органов. В большинстве случаев лечение бесплодия, возникшего на почве воспалительного процесса половых органов женщины, должно состоять, в зависимости от приведенных данных, из нескольких этапов, сменяющих друг друга полностью или частично. Очень важно, чтобы последующий этап лечения был начат лишь после того, как предыдущий дал все, что от него можно было требовать; иначе любая недоделка на каком-нибудь из этапов может плохо отразиться на конечном результате даже упорного и длительного лечения. Поэтому полученный результат лечения каждого этапа необходимо проверять методами, допустимыми в данной стадии заболевания. Так, например, если при проверке окажется, что имевшаяся воспалительная опухоль не уменьшилась или лишь незначительно уменьшилась или осталась болезненной, то лечение следует продолжать теми же методами, изменив иногда дозировку или вводя новые ингредиенты (само собой разумеется, что проверка результатов лечения продуванием труб в этой стадии заболевания противопоказана). Если на следующих этапах лечения продувание труб дало слабо положительный или сомнительный результат, то, конечно, этим нельзя удовлетвориться: в таких случаях зачатие может наступить, но ввиду наличия остаточных явлений воспаления беременность может оказаться внематочной.

При наличии хронических воспалительных изменений в придатках матки может наступить и нормальная беременность (мы, как и ряд других авторов, наблюдали, правда, редко, наступление нормальной беременности даже при гнойном воспалении придатков с образованием осумкованного абсцесса в одной стороне таза). Но беременность, наступившая при наличии воспалительного процесса, иногда нарушается, и тогда насту-

пает самопроизвольный выкидыш, последствия которого также могут явиться источником женского бесплодия. Выкидыш может наступить и по другой причине: так, например, у женщины, долго и упорно лечаемой без систематического врачебного контроля и без перерыва, необходимого при рассасывающем лечении, возникшая беременность очень раннего срока (срок ожидаемой менструации еще не наступил) может быть нарушена под влиянием продолжающегося лечения.

Вопрос о функциональном состоянии маточных труб после перенесенного воспалительного процесса до настоящего времени окончательно не разрешен. Можно допустить возможность возникновения неправильной функции маточных труб даже по окончании воспалительного процесса, например, в форме ангиперистальтических движений, которые могут повести к трубному бесплодию или к развитию внематочной беременности.

Из сказанного выше вытекает следующий практический вывод в отношении половой жизни женщины, страдающей бесплодием на почве воспалительного процесса в хронической стадии и особенно при остаточных формах воспаления—женщина должна предохраняться от беременности (разумеется, наиболее безвредным и относительно надежным противозачаточным средством, каким является мужской презерватив). Если проверка лечения на последнем этапе покажет, что причину бесплодия можно считать полностью устраненной, нормальная половая жизнь (без предохранения от беременности) может быть возобновлена.

Методы лечения женского бесплодия при недоразвитии половых органов. Относительно частой причиной женского бесплодия является инфантилизм, часто проявляющийся лишь в гипоплазии половых органов, особенно в гипоплазии матки.

Если причиной бесплодия является гипоплазия матки, выражающаяся в ее малой величине и слабой менструальной функции (слабо развитой эндометрий, недостаточно реагирующий на яичниковые гормоны, маленькая менструирующая поверхность матки), то лечение должно быть направлено на доразвитие матки и усиление ее менструальной функции путем физиотерапии (диатермия, грязелечение, озокерит и пр.) и гормональными препаратами (фолликулярный гормон). Дозировка гормональных препаратов и длительность лечения находятся в прямой зависимости от степени гипоплазии. Мы не являемся сторонниками массивных доз гормональных препаратов, поэтому при умеренной гипоплазии назначаем дозу 5000—10 000 единиц фолликулина на инъекцию, которые производят ежедневно или через день в течение периода, соответствующего фазе пролиферации эндометрия, т. е. до середины интервала между двумя менструациями. Во второй половине интервала эти инъекции делать не следует, так как если наступит зачатие, то инъекции могут явиться причиной выкидыша. Лечение продолжают до тех пор, пока матка не достигнет нормальных размеров, если же гипоплазия сопровождалась скудной менструацией, то и до нормализации менструаций. Таким образом, лечение гормонами рассчитано иногда на несколько месяцев.

Для контроля эффективности проводимого лечения можно систематически, через определенные промежутки времени, измерять длину полости матки зондом: это даст более точные данные, чем обычное двуручное исследование. Если при зондировании увеличение полости матки не будет отмечено, то надо продолжать лечение, а иногда и увеличить дозировку. При проверке длины полости матки зондом надо всегда помнить, что при этой манипуляции беременность может прерваться. Поэтому зондирование можно применять лишь тогда, когда

врач будет твердо уверен в отсутствии беременности (нормально протекавшая менструация закончилась лишь несколько дней назад и с ее окончанием исчезли признаки предменструального набухания и сочность тканей, или если женщина в настоящее время вовсе не живет половой жизнью).

Следует помнить, что чрезмерно длительное и интенсивное лечение эстрогенными препаратами подчас может затормозить гонадотропную функцию гипофиза и подавить овуляцию в период лечения этими препаратами (А. П. Преображенский). Уже это одно говорит о необходимости ограничить количество препарата и длительность лечения им.

Из эстрогенных препаратов наиболее распространены фолликулин, синэстрол, диэтилстильбэстрол.

Физические методы лечения в сочетании с действием гормональных препаратов усиливают влияние последних на гипопластическую матку. Грязелечение на курортах пользуется большой популярностью при лечении женского бесплодия; это лечение прекрасно сочетается не только с бальнеологическим и другими целебными факторами курортного лечения, но и с гормонотерапией.

Другие гормональные препараты, получившие известное распространение в гинекологической практике, реже применяются для лечения женского бесплодия. Прогестерон и другие препараты желтого тела, вызывающие в эндометрии изменения, характерные для секреторной фазы (способствующие прививке оплодотворенного яйца, его сохранению и развитию), показаны лишь в тех случаях, когда бесплодие вызвано именно отсутствием или неполноценностью этих изменений эндометрия, что клинически выражается в кровотечениях, анатомически—в гиперплазии эндометрия. Эта гиперплазия распознается путем гистологического исследования соскоба, произведенного за 2—4 дня до срока ожидаемой менструации, или, если этот срок не может быть установлен, в первый же день, лучше в первые часы наступившей менструации. Прогестерон вводят внутримышечно в виде масляного раствора в количестве 5 мг на инъекцию в течение 5—6 дней.

Имеется ряд сообщений о положительных результатах лечения эстрогенными препаратами в сочетании с прогестероном. Так, например, Г. Л. Дозорцева у 60 больных гипоплазией органов половой сферы применяла эстрогенные препараты (фолликулин, синэстрол) и прогестерон, который вводили больной сразу по окончании курса лечения эстрогенами. Лечение обычно прекращалось за 1—2 дня до срока наступления ожидаемой менструации. Из этих 60 больных у 21 больной лечение проводилось в течение одного овариально-менструального цикла, у остальных— в течение 2—3 циклов. Из 60 женщин беременность наступила у 8 (у одной из них была внематочная беременность).

При недостаточной функции щитовидной железы у женщин, страдающих бесплодием, применяется лечение тиреоидином.

В прежнее время врачи, как мы уже указывали, придавали большое значение в этиологии бесплодия наличию конической шейки с узким шейным каналом и точечным наружным маточным зевом, что имеет место при инфантилизме. Поэтому лечение в подобных случаях заключалось главным образом в расширении и рассечении канала шейки матки. Согласно современным взглядам, бесплодие при наличии инфантилизма вызывается не механическим препятствием к проникновению сперматозоидов, а гипоплазией тканей (неполноценность децидуальной реакции эндометрия, препятствующая прививке оплодотворенного яйца). Функциональное состояние

матки и труб, их тонус и реакции на физиологические импульсы также могут играть роль в возникновении бесплодия. Поэтому не удивительно, что зондирование, расширение и рассечение маточного зева и шеечного канала далеко не часто приводили к благоприятному результату. Все же полностью отрицать значение этого метода лечения женщин, страдающих первичным бесплодием при недоразвитой матке, нельзя. После подобных небольших хирургических вмешательств Д. О. Отт, Г. И. Гиммельфарб и др. наблюдали положительные результаты у 25% женщин, а некоторые авторы указывали еще больший процент.

Применяя небольшие хирургические вмешательства в тщательно отобранных случаях при недоразвитии матки, мы, как и многие авторы, изредка наблюдали наступление беременности даже при простом зондировании матки, а иногда после расширения шеечного канала расширителями Гегара до № 6—8. К кровавому методу расширения шеечного канала (дисцизия) мы прибегали еще реже и лишь тогда, когда при первичном бесплодии на почве инфантилизма (все другие причины бесплодия были исключены тщательным исследованием) у женщин были сильные боли с момента наступления первой менструации, и эти боли повторялись при каждой менструации. При дисцизии мы рассекали заднюю губу маточного зева, в результате чего укорачивался путь для достижения сперматозоидами маточного канала.

Возможно, что, как полагают некоторые авторы, этой операцией достигается не только стойкое расширение шеечного канала, но и удаляется густая слизистая пробка, закупоривавшая узкий шеечный канал и затруднявшая проникновение сперматозоидов в матку.

В некоторых случаях к зондированию матки и расширению шеечного канала тем или иным способом присоединяют еще и выскабливание слизистой полости матки, считая, что это может способствовать восстановлению циклического процесса регенерации слизистой матки. Выскабливание иногда помогает обнаружить туберкулезный эндометрит как причину бесплодия. Возможно, что выскабливание матки при ее гипоплазии оказывает рефлекторно через рецепторы матки стимулирующее влияние на рост, развитие и функцию самого органа. Впрочем, эта концепция требует еще экспериментального обоснования.

Кроме различных видов недоразвития матки, патологическое состояние ее шейки тоже может стать причиной бесплодия, например, фолликулярная гипертрофия шейки на почве хронического воспаления. В этих случаях причина бесплодия кроется не только в деформации шейки, но главным образом в сопутствующем воспалительном процессе. Поэтому при подобной патологии шейки надо применять и хирургические и неоперативные методы (см. соответствующие разделы).

При женском бесплодии, обусловленном недоразвитием половых органов в форме инфантилизма влагалища (короткая и узкая влагалищная трубка с недостаточно упругим и слабо пружинящим преддверием, с сильно уплощенными сводами), вследствие чего излитая во влагалище сперма легко вытекает наружу, можно рекомендовать больной принимать во время полового акта положение с приподнятым тазом. Для того чтобы такое положение было устойчивым, надо подложить под таз толстый, плотный валик цилиндрической или клиновидной формы. Мягкая подушка для этой цели не годится, так как под тяжестью тела она сплющивается, и таз почти или вовсе не приподнимается. В ряде случаев сперматозоиды могут сразу попасть в зияющий маточный зев рожавшей женщины. Однако чаще для того, чтобы сперматозоиды попали из заднего влагалищного

свода, где при половом акте депонируется сперма, в наружный маточный зев, требуется, как предполагают, приблизительно 10 минут, а при неблагоприятных условиях даже больше, поэтому некоторые авторы рекомендуют женщине оставаться в положении с приподнятым тазом по окончании полового акта еще минут 20—30. Предложению проводить половой акт в коленно-локтевом положении или в коленно-грудном по понятным причинам едва ли будут следовать. Старые разрывы промежности, плохо или совсем не зашитые, также благоприятствуют вытеканию спермы, но в этих случаях необходимо произвести большой пластической операцией.

Лечение бесплодия при наличии доброкачественных опухолей женских половых органов. Вопрос о лечении бесплодия при наличии доброкачественных опухолей возникает, когда имеются новообразования яичников (кистомы) и фибромиомы (фибромы) матки.

Что касается новообразований яичников, то эти опухоли уже сами по себе требуют удаления путем брюшностеночного чревосечения. При удалении опухоли яичников у молодых женщин, особенно у страдающих бесплодием, надо приложить все усилия к тому, чтобы сохранить там, где это возможно, здоровую ткань хотя бы одного яичника и хотя бы одну маточную трубу (см. руководства по оперативной гинекологии). Следует подчеркнуть, что опухоли яичников типа ретенционных опухолей (фолликулярные кисты, кисты желтого тела и т. п.) подлежат обычно консервативному лечению. При наличии фолликулярных кист может быть сделана попытка превратить патологическую функцию яичника в физиологическую. С этой целью А. Э. Мандельштам и другие авторы рекомендуют устранять хроническую гиперемию малого таза и уничтожать неполноценные фолликулы «раздражающими дозами» рентгеновых лучей и лечением мышьяком, железом, кровью беременных, гормональными препаратами — проланом, прогестероном и др. Другие авторы при фолликулярных кистах и кистах желтого тела предлагают раздавливать эти образования при двуручном исследовании. К такому способу мы никогда не прибегали, опасаясь, что раздавливание «в темную» может вызвать значительное внутрибрюшное кровотечение. Мы не прибегаем и к лечению дисфункции яичников «раздражающими» дозами рентгеновых лучей ввиду трудности их дозировки и опасности, что намеченные дозы вследствие индивидуальных особенностей больной могут оказать на яичники вместо ожидаемого раздражающего действия угнетающее.

При нарушениях гормонального цикла, вызванных отсутствием желтого тела или его недостаточностью (фолликулярная киста, киста желтого тела) и сопровождающихся маточными кровотечениями, хорошее действие оказывает прогестерон. При привычных выкидышах, которые, многократно повторяясь, также могут повлечь вторичное бесплодие, тоже применяют прогестерон. Назначают его в виде внутримышечных впрыскиваний по 5—10 мл в день в течение 3—8 дней.

Наличие фибромиомы матки само по себе не является показанием к операции, так как наступившая беременность может закончиться своевременными благополучными родами и только в редких случаях фибромиома является препятствием к наступлению беременности или нарушает ее течение. Но если у молодой женщины, бесплодной в течение 3—4 лет, не обнаруживают никаких причин, объясняющих ее бесплодие, кроме наличия фибромиомы, и если имеется небольшое количество узлов (внутристеночных или особенно подсерозных), то надо в данном случае считать по-

казанной консервативную операцию (миомэктомию) (см. руководства по оперативной гинекологии).

Лечение бесплодия при неправильных положениях матки. Если подвижная ретродевиация матки является единственным отклонением от нормы у женщины, страдающей бесплодием, то матку надо перевести в нормальное положение и удержать ее в этом положении, что надежнее всего достигается хирургическим путем. Начинаем лечение мы все же не с операции, а делаем попытки придать матке нормальное положение с помощью введенного пессария. При этом следует систематически проверять, остается ли матка в приданном ей нормальном положении. Однако при врожденных ретродевиациях ткань матки в области перешейка так податлива, что введенный пессарий не всегда удерживает матку, и она часто принимает прежнее неправильное положение. Если применение пессария оказывается безрезультатным, следует произвести операцию.

При бесплодии вследствие фиксированной ретродевиации матки надо учитывать, что спайки, фиксирующие матку, являются следствием воспалительного процесса. В этих случаях прогноз, конечно, хуже, чем при подвижных ретродевиациях матки, так как причиной бесплодия здесь могут быть не одни спайки, а ряд препятствий, возникших в результате воспалительного процесса и локализующихся на любом участке полового канала, главным образом в области маточных труб. Методы лечения здесь будут те же, что и при хроническом воспалении внутренних половых органов за исключением гинекологического массажа. При безуспешности консервативного лечения прибегают к хирургическому. В этих случаях показано брюшностеночное чревосечение. Оно дает возможность точнее установить причины бесплодия, чему может во многом способствовать ретроградное продувание маточных труб во время самой операции, а обнаруженные препятствия к зачатию (хотя бы механического происхождения) устранить под контролем глаза. Это не значит, разумеется, что операция обязательно является заключительным актом лечения бесплодия: в некоторых случаях может оказаться необходимым ликвидировать остаточные явления основного воспалительного процесса или послеоперационные осложнения дополнительными мероприятиями из области консервативных методов лечения.

Опыт лечения женского бесплодия показывает, что оно часто бывает длительным, об этом следует предупредить больную с самого начала лечения, так как желание иметь ребенка делает ее подчас нетерпеливой. Недовольная отсутствием скорого результата, она обращается в другие учреждения, переходит от одного врача к другому, получает различные назначения, не всегда доводит их до конца, и в конечном счете такое лечение остается нередко безрезультатным. Для того чтобы избежать подобных явлений, мы считаем полезным с самого начала посвятить больную в общий план ее лечения, разъясняя ей при этом, что выдержка и точное выполнение врачебных назначений являются важнейшими условиями для осуществления ее заветной мечты—стать матерью.

Для диагностики и лечения женского бесплодия у нас уже давно имеются при акушерско-гинекологических институтах и кафедрах, а также при некоторых медицинских частях промышленных предприятий специальные кабинеты.

Мы не являемся сторонниками того взгляда, что борьба с женским бесплодием должна преимущественно сосредоточиваться в таких кабинетах, или, как их часто называют, «станциях». В большинстве случаев борьба

с женским бесплодием, являющимся последствием разнообразных патологических состояний женского организма, по существу начинается с обычной женской консультации. Врачи, работающие в такой консультации, имеют возможность предпринять соответствующее лечение при первых же симптомах какой-либо патологии, которая, развившись, может явиться причиной женского бесплодия. Само собой разумеется, что врачи, работающие в консультации, должны обладать опытом в методах диагностики причин наступившего бесплодия, а также владеть методами функционального исследования маточных труб. Консультация должна быть оснащена соответствующим оборудованием и инструментарием.

Обстановка, в которой производится прием женщин, страдающих бесплодием, должна располагать женщину к полной откровенности, так как при собиании анамнеза и назначении лечения врачу часто приходится касаться интимной стороны супружеской жизни. Для того чтобы откровенному разговору ничто не мешало, целесообразно выделить в поликлинике или в женской консультации для приема бесплодных женщин определенные дни и часы.

Какую же роль в борьбе с женским бесплодием должны играть специальные станции?

Нам представляется, что их роль должна заключаться преимущественно в подготовке гинекологов к научно-исследовательской работе по данной проблеме. Практически роль станций по борьбе с женским бесплодием должна быть особенно плодотворной, так как эти станции должны служить педагогическим целям, а именно помочь гинекологам овладеть современными методами исследования бесплодных женщин, в частности, методами функционального исследования маточных труб. При изучении вопроса женского бесплодия на станциях преподавание не должно ограничиваться лишь внедрением практических навыков, а должно широко ознакомить с показаниями и противопоказаниями к применению этих методов.

Стимулировать педагогическую работу может введение в форму отчетности станции пункта об обязательном включении в отчет сведений о педагогической работе, в частности, о том, сколько врачей получили за отчетный год полноценную подготовку по борьбе с женским бесплодием и кто именно (поименно).

Л И Т Е Р А Т У Р А

- А й л а м а з я н М. И. Диагностическое и терапевтическое значение повторной метросальпингографии при непроходимости труб. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Ереван, 1936 г., Изд. Наркомздрава Армянской ССР, 1937, стр. 578—582.
- А л ь ш е в с к а я Е. Н. Организация работы кабинетов по диагностике и лечению бесплодия в женских консультациях. Новости медицины, 1953, в. 35, стр. 76—78.
- А р и с т И. Д. и М а к с и м о в а А. П. Терапия бесплодия по материалам кабинетов консультации. Там же, стр. 168—172.
- Б а р у т ч е в С. К. и О х о т и н К. И. О метросальпингографии при женском бесплодии. Вестник рентгенологии и радиологии, 1946, т. XXVI, в. 4.
- Б р а у д е И. Л. Консервативное лечение женских болезней. Медгиз, М., 1939.
- О н ж е. Лечение женского бесплодия. Советская медицина, 1950, № 8.
- О н ж е. О причинах женского бесплодия. Советская медицина, 1940, № 23.
- Б ы к о в С. Г. О диагностическом и лечебном значении продувания фаллопиевых труб при бесплодии. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 2.
- О н ж е. Отдаленные результаты продувания фаллопиевых труб при бесплодии. Акушерство и гинекология, 1936, № 11.
- Г а м б а р о в Г. Г. О так называемом фолликулярном цикле. Акушерство и гинекология, 1937, № 3, 3—8.

- Гамбаров Г. Г. и Джавахишвили Н. М. К вопросу об ановуляторных кровотечениях при бесплодии. *Акушерство и гинекология*, 1953, № 5, стр. 77.
- Гиллерсон А. В., Крутикова К. А. и Коссовская С. М. Консервативное лечение женского бесплодия. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 1, стр. 42—46.
- Гофштейн Р. А. Цитологическое исследование влагалищных мазков при комбинированном грязелечении и гормональной терапии гипосфункции яичников. *Акушерство и гинекология*, 1953, № 4, 63—66.
- Дозорцева Г. Л. Функциональная диагностика в акушерстве и гинекологии на основе цитологических исследований. Госиздат БССР, Минск, 1952.
- Дубинчик Я. С. Биологические особенности шеечно-влагалищного секрета и неполноценность спермы как этиологического фактора бесплодия. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 1, стр. 28—37.
- Дьяченко В. А. Об инъекции венозного сплетения матки при сальпингографии. *Акушерство и гинекология*, 1946, № 2, стр. 49—52.
- Жорданиа И. Ф. Отдаленное влияние искусственного медицинского выкидыша на женский организм. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 1, стр. 98—100.
- Израильсон Р. М. Монофазные циклы при бесплодии. *Акушерство и гинекология*, 1947, № 6, стр. 49—50.
- Калюта А. Л. Лечение бесплодия мацестинской водой с графическим изображением проходимости фаллопиевых труб. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 4, стр. 426—430.
- Каримова-Берлин Ш. С. и Кушталов Н. И. Цитотерапия при бесплодии. *Гинекология и акушерство*, 1930, № 1, стр. 19—23.
- Круглова М. М. Случай смерти при продувании труб. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 7—8, стр. 61—62.
- Кудряшов В. А. Физиологическое и биохимическое значение витаминов. Изд. Московского общества испытателей природы, М., 1953.
- Куликовская А. А. и Загородная В. И. Морфологические и функциональные изменения эндометрия при бесплодии. *Новости медицины*, 1953, в. 35, стр. 24—3.
- Лиходеева Л. Л. Физические методы лечения при анатомической непроходимости фаллопиевых труб. *Новости медицины*, 1953, в. 35, стр. 64—70.
- Майберг Р. М. Бесплодие и его лечение по поликлиническому материалу. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 1, стр. 47—48.
- Майзель Е. П. Патогенез женского бесплодия. *Новости медицины*, 1953, в. 35, стр. 2—12.
- Малиновская В. К. и Савельева З. Д. Клиническая и диагностическая ценность метросальпингографии. *Гинекология и акушерство*, 1933, № 3, стр. 39—47.
- Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика причин женского бесплодия. В помощь практическому врачу. *Акушерство и гинекология*, 1946, № 2, стр. 52—60.
- Мандельштам А. Э. Этиология и клинические методы распознавания причин женского бесплодия. *Труды VII съезда гинекологов и акушеров*, Л., 1926, стр. 237—238.
- Маненков П. В. и Либов С. В. Наш опыт лечения женского бесплодия путем оперативного восстановления проходимости фаллопиевых труб. *Акушерство и гинекология*, 1940, № 1, стр. 37—42.
- Маненков П. В. и Сызанова К. Н. Диагностика и систематическое лечение бесплодия у женщин. *Труды Казанского медицинского института*, в. II, Татгосиздат, 1948, стр. 55—60.
- Марков Н. В. О проходимости фаллопиевых труб у плодов и о врожденной их непроходимости. *Гинекология и акушерство*, 1931, № 2, стр. 182—187.
- Микеладзе Ш. Я. Усовершенствованный аппарат для продувания фаллопиевых труб. *Акушерство и гинекология*, 1941, № 6, стр. 57—58.
- Микеладзе Ш. Я. Учет результатов применения физических методов лечения при непроходимости фаллопиевых труб. *Акушерство и гинекология*, 1936, № 4, стр. 422—425.
- Осякина-Рождественская А. И. О транспорте яйца из яичника в матку. Л., 1947.
- Перетц В. Г. и Гладкова Ф. В. К организации станций по лечению бесплодия. *Акушерство и гинекология*, 1938, № 5, стр. 77—78.
- Побединский М. Н. Некоторые актуальные вопросы профилактики, диагностики и терапии бесплодия. *Акушерство и гинекология*, 1946, № 2, стр. 40—43.
- Побединский М. Н. Бесплодие женщины. Медгиз, 1949.
- Покровский В. А. Бесплодие женщины. Государственное медицинское издательство, 2-е изд., М., 1930.

- Преображенский А. П. К вопросу о гормонотерапии женского бесплодия. *Акушерство и гинекология*, 1946, № 2, стр. 44—49.
- Преображенский А. П., Петрова Е. Н., Моисеев М. Д. О клинко-диагностическом значении цитологической картины вагинального мазка у женщины. *Акушерство и гинекология*, 1947, № 5, стр. 22—28.
- Проняева К. В. Ановуляторный менструальный цикл у женщин. *Акушерство и гинекология*, 1946, № 3, стр. 56—59.
- Руси Я. И. Контрастная рентгенография матки и фаллопиевых труб. Воронеж, 1941.
- Семенова Е. А. Гистеросальпингография при определении проходимости фаллопиевых труб. *Новости медицины*, 1953, в. 35, стр. 45—52.
- Сяроткина Ф. С. Организация районной станции по борьбе с бесплодием. Сборник научных работ Воронежского областного института охраны материнства и младенчества, Воронежское областное книгоиздательство, 1940, в. IV, стр. 40—42.
- Старцева Л. Н. Сравнительная оценка данных пертубации и гистеросальпингографии в диагностике трубного бесплодия. *Новости медицины*, 1953, в. 35, стр. 37—44.
- Теодор Л. Б. Бесплодие женщины и как с ним бороться. Ростов-на-Дону, 1938.
- Топузе С. И. Проблема бесплодия женщины. Госмедиздат, Харьков—Киев, 1934.
- Туманова Е. С. и Подольская И. Ю. Клинико-лабораторные методы определения функционального состояния яичников. *Новости медицины*, 1953, в. 35, стр. 31—37.
- Хмельевский В. Н. Фибромиома матки и бесплодие. *Акушерство и гинекология*, 1938, № 11, стр. 90—95.
- Цирюльников М. С. Эффективность грязелечения при бесплодии на почве воспалительных заболеваний фаллопиевых труб. *Акушерство и гинекология*, 1954, № 2, стр. 76—77.
- Шмундак Д. Е. и Осетинский Т. Г. К вопросу о диагностическом и прогностическом значении сальпингографии при лечении трубного бесплодия. *Гинекология и акушерство*, 1929, № 5—6, стр. 647—653.
- Шорохова А. А. Трубное бесплодие. Ташкент, 1935, Приложение к журналу «За социалистическое здравоохранение Узбекистана» за 1936 г.
-

БЕЛИ

◇

Ощущение наличия белей, т. е. увеличенного против нормы количества выделений из половых органов, отличается большим субъективизмом. Так, некоторые женщины жалуются на бели, в то время когда никакой патологической секреции нет или она весьма незначительна, другие же не замечают выделений или не страдают от них, в то время как при обследовании обнаруживаются патологические выделения.

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

Бели не только влекут наиболее частые жалобы гинекологических больных, но и являются весьма важным симптомом, который независимо от вызывающих его причин может стать источником плохого самочувствия. Длительные и упорные выделения, сопровождающиеся мацерацией наружных половых органов, вызывая ощущение постоянной влажности, часто бывают источником неврастенических жалоб. Если бели являются результатом ухудшения общего состояния организма на почве неврастении, то получается порочный круг: ввиду расстройства нервной системы появляются или усиливаются выделения из полового канала, ощущение же постоянной влажности усиливает нервозность больной. Некоторые авторы отмечают также, что постоянное и длительное истечение из полового канала вызывает потерю белков, а это в конечном итоге может привести к истощению организма.

Успех лечения при патологических выделениях в значительной мере зависит от определения этиологии и патогенеза этого заболевания в каждом отдельном случае. Прежде всего надо установить источник белей, т. е. выяснить, какой отрезок полового канала выделяет патологический секрет. Различают, как известно, секрецию маточных труб, полости матки, шейечного канала, влагалища и преддверия влагалища. Напоминаем, что слизистая оболочка влагалища не имеет желез и поэтому содержащее влага-лища не является «влагалищным секретом».

Нормальная слизистая оболочка маточных труб и полости матки обычно бывает влажной вследствие наличия тонкого слоя водянистой, прозрачной, бесцветной жидкости, свободной от бактерий и имеющей щелочную реакцию. Количество отделяемого здоровых маточных труб и эндометрия настолько незначительно, что практически оно только увлажняет поверхность слизистой оболочки этих органов, но не вытекает наружу. Шеечный канал выполнен тягучей слизью, продуцируемой железами слизистой оболочки канала шейки матки; эта слизь отчасти смешана с отделяемым полости матки. Серозно-слизистое содержимое шеечного канала дает щелочную реакцию и в нормальном состоянии не содержит бактерий, по крайней мере в верхнем отделе. Нормальное содержимое шеечного канала обычно примешивается к содержимому влагалища лишь в очень незначительном количестве.

Содержимое влагалища здоровых женщин имеет молочнобелый цвет, иногда слегка тягучую консистенцию, иногда несколько крошковатый вид. Отделяемое состоит из отторгшихся клеток плоского влагалищного эпителия, незначительного количества лейкоцитов, клеточного распада и огромного количества молочнокислых бактерий. Перед наступлением менструации к влагалищному содержимому часто примешивается немного слизи из шеечного канала; тотчас после окончания менструации во влагалищном содержимом еще можно обнаружить элементы красной крови. Жидкая часть влагалищного содержимого образуется, как уже указывалось, за счет трансудации из венозных сосудов слизистой оболочки влагалища. Кислотность влагалищного содержимого может изменяться под влиянием различных физиологических факторов, среди которых главную роль играет эндокринная функция яичников. Согласно данным некоторых авторов, степень кислотности влагалищного содержимого изменяется в течение одного и того же овариально-менструального цикла, достигая наибольшей степени перед наступлением менструации. Многочисленные исследования состава бактериальной флоры влагалища подтверждают возможность наличия во влагалище здоровых женщин различных микроорганизмов, которые в иных условиях существования могут стать даже патогенными. Бактерицидные свойства придает влагалищному содержимому нормальная флора, состоящая из молочнокислых бактерий (палочки Дедерлейна), вырабатывающих кислоту из гликогена, который содержится в эпителии слизистой оболочки влагалища при нормальной эндокринной функции яичников. К. К. Скробанский указывает, что и ряд других причин, отражающихся на содержании гликогена во влагалищном эпителии, может влиять и на характер бактериальной флоры влагалища. Болезненные состояния и ряд заболеваний (инфантилизм, анемия, хлороз, диабет, предшествующие заболевания и т. д.) также могут иметь при этом известное значение. Надо заметить, что между процентным содержанием кислоты в содержимом влагалища и количественным содержанием гликогена в слизистой оболочке влагалища нет строгого параллелизма. Некоторые авторы указывают, что не одни палочки Дедерлейна обуславливают кислотность влагалищного содержимого; это видно, например, из того, что влагалищное содержимое новорожденных имеет кислую реакцию при отсутствии бактериальной флоры; указывают также, что в образовании кислотности влагалищного содержимого могут играть роль и другие микроорганизмы, например, стрептококки, пневмококки, кишечная палочка. Во влагалищном содержимом, кроме молочной кислоты находят и другие кислоты, например, фосфорную и др.; они могут образоваться из продуктов ферментативного расщепления белков.

Для оценки роли влагалищной флоры в изменениях, обуславливающих жалобы больной, определяют так называемую степень влагалищной чистоты путем бактериоскопического исследования мазка влагалищного содержимого. Херлейн предложил при определении степени чистоты влагалищного содержимого различать четыре степени. Шредер различает три степени чистоты: I степень характеризуется наличием в мазке почти исключительно молочнокислых палочек; при II степени чистоты, наряду с палочками Дедерлейна, находят колибациллы, *V. corynebacterium*, грамположительных диплококков и небольшое количество стафилококков; кроме того, наряду с клетками влагалищного эпителия, часто находят и лейкоциты. При III степени чистоты палочки Дедерлейна совершенно отсутствуют или встречаются в небольшом количестве, большую же часть флоры влагалища составляют прочие виды бактерий; в этих случаях, наряду с клетками плоского влагалищного эпителия, обнаруживают большое количество лейкоцитов. Большое значение имеет уровень влагалищной трубки, на котором был взят мазок: чем выше берут мазок, тем чаще встречается I и II степень чистоты, а чем ближе к преддверию, тем чаще будет встречаться III степень чистоты. Ряд авторов отмечает, что многие женщины при наличии у них влагалищного содержимого III степени чистоты чувствовали себя совершенно здоровыми.

Вестибулярные бели могут быть связаны с патологическим процессом в слизистой оболочке преддверия влагалища на почве ее мацерации ненормальными выделениями из вышележащих отрезков полового канала; бели могут выделяться из протоков бартолиновых желез, парауретральных ходов, наблюдаться при поражении потовых и сальных желез вследствие негигиенического содержания наружных половых органов, при гиперсекреции этих желез вследствие мастурбации и различных травм. Характер этих белей различен и зависит от их происхождения: так, при гиперсекреции потовых желез они будут водянистыми, при гиперсекреции сальных желез—более густыми, при негигиеническом содержании наружных половых органов бели становятся зловонными.

Распознавание. Если при осмотре наружных половых органов и преддверия влагалища причина патологических выделений не будет установлена, надо выяснить состояние влагалища и влагалищной части матки. Исследование производят на гинекологическом кресле; мы рекомендуем в подобных случаях исследовать не пальцевым или двуручным способом, при которых выделения из разных источников могут быть перемешаны, а в зеркалах.

При положении больной, изображенном на рис. 117, наружный маточный зев в большинстве случаев будет виден лишь частично (рис. 118 и 119). Если же больной придать положение, представленное на рис. 120, то маточный зев будет виден полностью (рис. 121).

Дифференциальная диагностика облегчается введением пробного тампона по Шульце: к очищенной от выделений влагалищной части шейки матки прикладывают тампон так, чтобы наружный зев находился приблизительно в центре тампона. Выделения из матки остаются в том месте, где тампон прилегает к наружному зеву, тогда как выделения из влагалища пропитывают периферические части тампона.

Источником слизистых выделений является шеечный канал, а жидких серозных выделений—тело матки. Если в выделениях гной смешан со слизью, это указывает на наличие катарра шейки матки. Вид влагалищной части матки часто имеет решающее значение в дифференциальной диагностике, так как наличие эрозий и наботковых пузырьков говорит за шеечный

процесс. Патологический секрет из тела матки может быть результатом гнойного эндометрита, но тогда выделения не будут ни главным, ни единственным симптомом заболевания. Если выделения являются следствием ракового заболевания слизистой оболочки матки, то они имеют сукровичный характер, а в запущенных случаях бывают зловонными. Если источником белей являются маточные трубы, то обильные выделения возникают

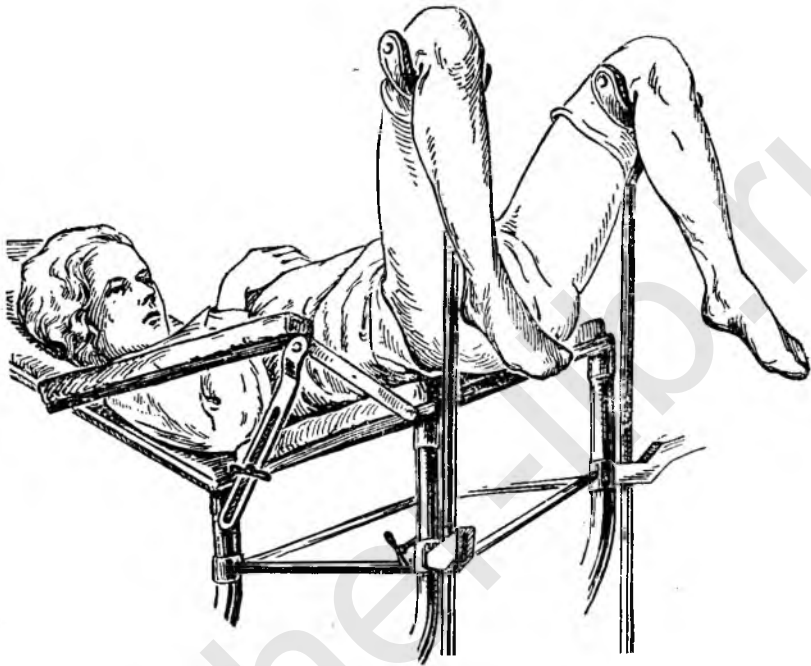


Рис. 117. Положение больной на гинекологическом кресле для двуручного исследования.

лишь по временам, как бы толчками; при этом пальпаторно можно определить характерную опухоль придатков, которая после выделения секрета уменьшается. Если, как указывают некоторые авторы, после таких толчков выделяются бели светложелтого, янтарного цвета, а при пальпации определяется опухоль трубы, это говорит за раковый характер этой опухоли; при наличии же бесцветных выделений их источником может быть гидросальпинкс или тубоовариальная киста. Если заболевания матки или труб будут исключены как возможные источники патологических выделений, то можно полагать, что бели в данном случае влагалищного происхождения.

Причиной белей могут быть подслизистые фибромиомы матки (фиброзные полипы), слизистые полипы тела или шейки матки, а также пессарии, надолго оставленные во влагалище, или шеечные колпачки, применяемые как противозачаточные средства, и тому подобные инородные тела. Некоторые авторы считают, что слишком частые спринцевания, к которым прибегают женщины по собственному почину вследствие ложных понятий о правилах личной гигиены, также могут стать источником белей, так как являются своего рода раздражителем.

Необходимо еще упомянуть о белях так называемого психогенного происхождения, источником которых являются преимущественно

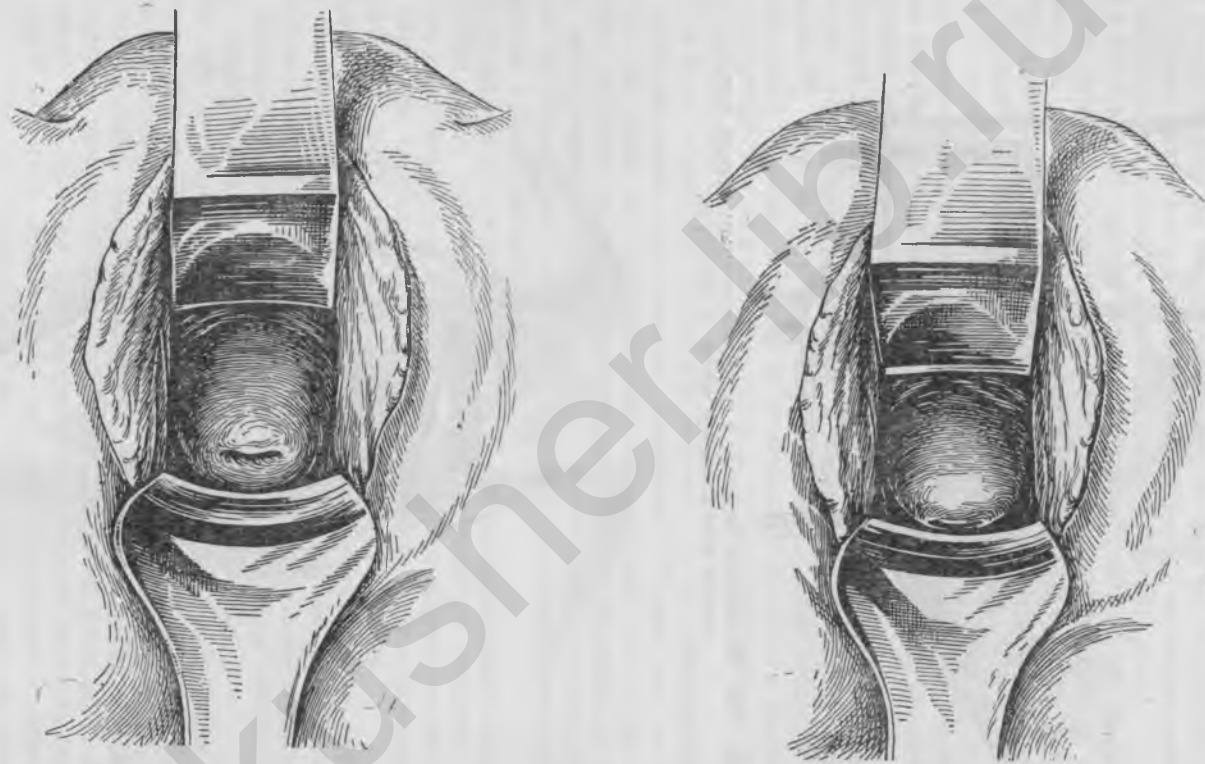


Рис. 118 и 119. Вид наружного маточного зева при положении больной, изображенном на рис. 117.

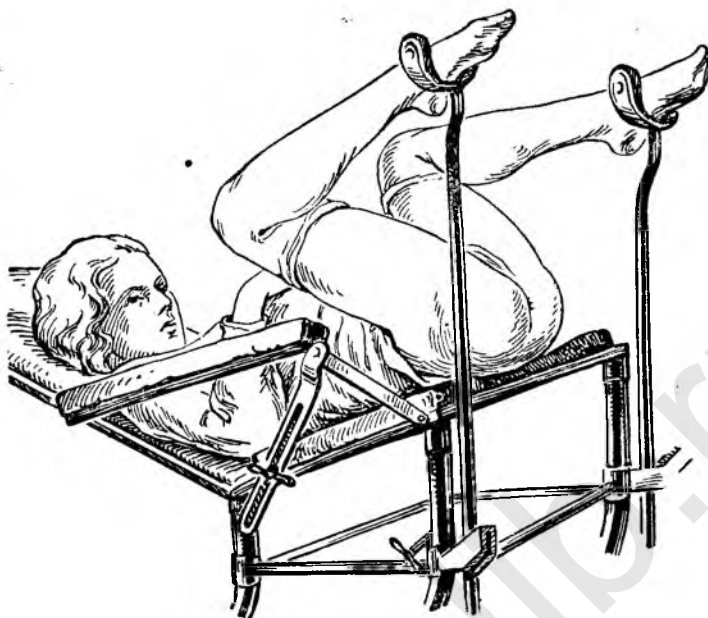


Рис. 120. Положение больной в гинекологическом кресле для осмотра влагалищной части в зеркалах.

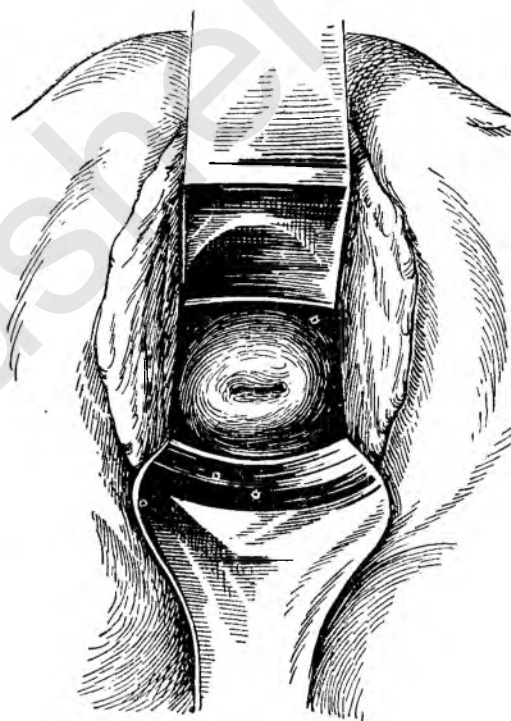


Рис. 121. Вид наружного маточного зева при положении больной, изображенном на рис. 120.

вестибулярные железы. Бели психогенного происхождения обычно имеют сексуальную базу: страх перед возможностью инфицироваться во время полового сношения, нерешимость вступить в половую связь и т. п. На почве ваготонических расстройств также может возникнуть обильное выделение из мочевого канала.

Отсюда видно, что для выяснения причины белей во многих случаях может понадобиться не только гинекологическое исследование, но и подробное обследование всего организма женщины, без чего истинная причина белей не будет установлена и лечение не даст эффекта.

Л е ч е н и е. Методика лечения при белях зависит от причин, которыми они вызваны. Причиной патологических выделений могут быть, как указывалось, воспалительные процессы различных отрезков полового канала (кольпит, цервицит, эндометрит), поэтому и лечение, направленное на ликвидацию белей, должно совпадать с лечением при этих заболеваниях (см. соответствующие разделы). Но, как было отмечено, бели могут явиться следствием усиленной трансудации из слизистой оболочки влагалища без наличия воспалительного процесса или при незначительных изменениях воспалительного характера.

Так как бели могут быть местным проявлением расстройства функций организма, различных его органов и их систем, например, эндокринно-вегетативной, или результатом нарушенного обмена веществ на почве неправильного питания и т. п., то некоторые гинекологи совсем отказались от местного воздействия при белях и сосредоточивают все свое внимание на ликвидации указанных общих расстройств.

Если бели появились у больной недавно, то они действительно могут быть ликвидированы при лечении основного заболевания, но если они имеются уже давно и успели вызвать катарральное состояние слизистых оболочек полового канала, сопровождающееся изменением флоры и химизма влагалищного содержимого, то необходимо сочетать причинное лечение патологических выделений с местным применением лечебных мероприятий (спринцевания).

Изучение физиологической флоры и химизма влагалища, показавшее, что кислая среда влагалищного секрета зависит от наличия молочной кислоты, вырабатываемой палочками Дедерлейна из гликогена влагалищного эпителия, естественно, вызвало стремление восстановить флору и химизм влагалища при помощи биологических методов.

Идея биологических методов лечения заключается в том, что во влагалище, флора которого загрязнена чужеродными бактериями, вводят палочки Дедерлейна или родственные им бактерии, которые и должны вытеснить патологические и чужеродные для влагалища микроорганизмы. Таким средством является, например, б и о л а к т и н.

Мы все же считаем, что биолактин служит прекрасным средством главным образом для закрепления результатов, достигнутых при лечении кольпитов, особенно трихомонадного происхождения. Конечно, в тех случаях, когда бели были обусловлены расстройством внутрисекреторной деятельности яичников, изменение микробизма и химизма содержимого влагалища при помощи «биологических» методов лечения имеет лишь временный характер. Для стойкого же успеха необходимо также и воздействие на общее состояние организма. В частности, надо восстановить нарушенную функцию яичников путем применения гормональных препаратов, физических методов лечения, общеукрепляющего режима в сочетании с медикаментозным лечением (железо, мышьяк и пр.), лечением курортными факторами (см. соответствующие разделы).

Наиболее распространенным методом лечения при белях являются влагалищные спринцевания. Цель их двоякая: во-первых, влагалищные спринцевания удаляют все образующиеся во влагалище или стекающие в него из верхних отделов полового канала продукты воспаления, во-вторых, лекарственные вещества, входящие в состав растворов, действуют как дезинфицирующее или вяжущее средство на пораженную слизистую оболочку влагалища и влагалищной части матки.

Как ни проста техника спринцеваний, все же их часто делают неправильно, вследствие чего они часто и не дают желаемого эффекта. Спринцевания, производимые не в лежачем положении больной, иногда бесполезны, так как раствор не достигнет глубоких частей влагалищной трубки и влагалищной части шейки матки. Во многих случаях спринцевание должно быть обильным; поэтому не следует применять для спринцевания резиновые баллоны, вмещающие незначительное количество жидкости. Если слизистая оболочка влагалища покрыта густым слоем выделений, то до лечебного спринцевания надо очистить влагалище от выделений спринцеванием содовым раствором (столовая ложка очищенной соды на 1 л воды) или удалить выделения тампоном, смоченным в этом растворе.

Для спринцевания употребляют стеклянные и каучуковые, прямые и изогнутые наконечники с одним большим или несколькими маленькими отверстиями на конце. Стеклянные наконечники более гигиеничны, но они легко ломаются; каучуковые прочнее, но их нельзя кипятить, поэтому в амбулаториях и больницах надо употреблять только стеклянные наконечники.

Техника влагалищного спринцевания настолько проста, что больная может самостоятельно производить эту процедуру, но она должна быть проинструктирована, как делать спринцевание. В кружку Эсмарха вливают соответствующий теплый раствор в 36—37°, а иногда и более высокой температуры. Кружка должна находиться приблизительно на 40—50 см выше постели, наконечник вводят на глубину 4—5 см, открывают кран, и жидкость вливается во влагалище и вытекает в подкладное судно, на котором лежит больная. Если больная почему-либо не может делать спринцевание лежа, то она производит его сидя на биде или над тазом.

Средств для спринцевания очень много, но такие препараты, как сулема, больная вообще не должна применять в домашних условиях. Мы отказываемся от влагалищных спринцеваний растворами сулемы у беременных и в послеродовом периоде, даже в условиях стационара. Для длительного применения не следует назначать формалин или хлористый цинк, оказывающие в ряде случаев чрезмерно сильное действие на слизистые оболочки; неприемлемы с нашей точки зрения и препараты, распространяющие «больничный» запах, например, карболовая кислота, лизол. Если нет необходимости применять специфические средства (препараты серебра при гонорройных процессах), то лучше назначать мало раздражающие средства—поваренную соль (1—2 чайные ложки на 1 л воды), настой ромашки (1—2 столовые ложки заварить крутым кипятком, дать настояться в чайнике, затем процедить настой через ситечко или кусок марли и влить в эсмарховскую кружку, содержащую 1 л воды); можно применять борную кислоту (1 столовую ложку на 1 л воды), марганцовокислый калий (несколько кристалликов до получения раствора красного цвета), квасцы (*Alumen crudum* или *Alumen pulveratum*, чайную ложку на 1 л воды), танин (1—2 чайные ложки на 1 л воды); спринцевания с танином, обладающим вяжущим действием, особенно приятны больным с опущением влагалища. При гнойных выделениях, являющихся результатом воспали-

тельного процесса, назначают более интенсивно действующие средства, как сернистый цинк, солянокислый цинк, сернистую медь и др.

Спринцевания раствором молочной кислоты (1 чайная ложка на 1 л воды) создают во влагалище благоприятные условия для развития молочнокислых бактерий и являются, таким образом, методом биологического воздействия. Эффект этих спринцеваний весьма кратковременный и их приходится делать 2 раза в день.

Перечень лекарств, рекомендуемых для спринцевания, можно было бы значительно увеличить, но практический опыт показывает, что указанных простых и мало раздражающих средств совершенно достаточно, если применять их правильно, т. е. своевременно заменять одни средства другими, а по мере улучшения все реже и реже прибегать к спринцеваниям (сначала спринцевания делают ежедневно, затем через день и наконец 1—2 раза в неделю).

Если имеющиеся выделения связаны с бывшим цервицитом, полезно применять ванночки с 5% раствором протаргола или 1—2% раствором азотнокислого серебра. Подобием ванночки может служить следующая процедура: во влагалище вводят зеркало типа Треля или Куско; бранши медленно раздвигают, влагалище очищают тупфером и вводят во влагалище смоченный указанным раствором тупфер. Тупфер прижимают к влагалищной части матки, а затем к сводам влагалища; раствор слегка прижигает слизистую оболочку влагалища; затем зеркало удаляют из влагалища. Небольшое количество раствора, оставшееся во влагалище, попадает на слизистую оболочку, которая была прикрыта браншами зеркала. Процедуру в случае надобности повторяют через неделю. В некоторых случаях достаточно одной процедуры, в других—требуется 2—3 процедуры. В промежутках между процедурами для усиления их действия назначают спринцевания с настоем ромашки или слабым раствором сернистого цинка (*Zinci sulfurici, Aq. fontanae* аа 150,0; 1 чайная ложка на 1 л воды), или сернистой меди (1 чайная ложка на 1 л воды). Рекомендуется по окончании этого лечения еще в течение 2—3 недель применять влагалищные спринцевания (в первую неделю через день, во вторую—через 2 дня на третий). Если после такого курса лечения бели вторуд, то дальнейшие спринцевания излишни. Как уже указывалось, мы наблюдали хороший эффект лечения, применяя после проведенного курса прижигающий биолактин. Сначала назначали биолактин ежедневно, а затем все с большими промежутками.

Одним из методов лечения белей является влагалищная фототерапия, заключающаяся в применении через специальное зеркало ультрафиолетовых лучей, испускаемых кварцевой лампой. Так как слизистая оболочка влагалища чувствительна к лучам, то продолжительность освещения должна быть 1—8 минут. Показанием к применению этого метода лечения являются бели при наличии эрозии шейки матки. Лампу Ландекера (ультразвонне) применяют при белях, сопровождающих воспалительные процессы матки и ее придатков. Лампа дает мало лучей, не вызывает эритемы и поэтому длительность сеанса может быть доведена до 30 минут.

При туберкулезной интоксикации организма, часто сопровождающейся влагалищными выделениями, местно лечебные средства не применяют или употребляют весьма осторожно, не прибегая к прижигающим растворам.

Если же бели являются следствием ваготонии, ведущей к гиперсекреции, особенно перед наступлением менструации, можно испытать эффективность атропина или белладонны:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015
Natrii bicarbonici 0,25
M. f. pulv.
D. t. d. N. 6
S. По 1 порошку 3 раза в день

Согласно некоторым авторам, флора и химизм влагалища изменяются под влиянием состава пищи: так, при употреблении большого количества мяса, яиц, сыра, сала, грибов, способствующих ацидозу, наблюдается усиление существовавших неспецифических выделений, если же пища содержит много алкалоидов, то отмечается уменьшение выделений, и влагалищная флора улучшается. Некоторые авторы считают, что большие количества соли в пище также вызывают усиление белей. Поэтому для устранения выделений в этих случаях рекомендуют преимущественно растительную пищу.

ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЕ И КОПЧИКОВЫЕ БОЛИ

ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЕ БОЛИ

Оба понятия объединены, так как больные часто не могут четко разграничить локализацию болей. Боли часто наблюдаются у женщин, у которых имеются заболевания или аномалии в области половых органов. В разделе о смещениях или неправильных положениях половых органов женщины мы уже указывали, как осторожно надо подходить к решению вопроса о причинной связи между пояснично-крестцовыми болями и неправильными положениями матки. Такую же осторожность следует проявлять и при истолковании пояснично-крестцовых болей при наличии различных гинекологических заболеваний. Очень многие заболевания женских половых органов могут сопровождаться пояснично-крестцовыми болями, так, например, воспалительные инфильтраты, рубцовые тяжи, спайки, опухоли, ущемленные в тазу и давящие на соседние органы и окружающие ткани, могут явиться причиной этих болей. В то же время установлено, что у значительного числа женщин, жалующихся на пояснично-крестцовые боли, тщательное обследование половых органов не дает удовлетворительного объяснения происхождения этих болей.

Этиология пояснично-крестцовых болей. В основе крестцовых болей, наблюдающихся главным образом у женщин с воспалительными процессами половых органов, часто лежит не в рит, сопровождающий воспалительные изменения тазовой клетчатки и брюшины.

В своем докладе «О крестцовой боли и ее лечении» Г. Г. Гентер на VII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов указывал, что припухлости на стенках таза могут явиться причиной крестцовых болей. «Уже давно,—говорил он,—мой покойный учитель Владимир Александрович Вастен обратил внимание на болезненные припухлости, локализующиеся на задне-боковых стенках таза и являющиеся, по его мнению, источником болевых ощущений в крестце. Он считал их отеком пристеночной клетчатки таза и называл „подушками“. Об их этиологии он вовсе не высказывался. Опыт многих лет убедил меня, что припухлости эти не есть явление редкое и случайное, а что они являются весьма частым заболеванием *sui generis*, с характерной клинической картиной, течением и требующим особенной терапии. Вышеупомянутые припухлости ряд авторов считает заболеванием грушевидной мышцы».

Описываемые припухлости можно (по Г. Г. Гентеру) обнаружить следующим образом: при двуручном исследовании внутренние пальцы проникают глубоко во влагалище по направлению крестца и отсюда идут сначала вправо, в сторону большого седалищного отверстия. Здесь при наличии «подушки Вастена» ясно ощущается выступающая над стенкой таза более или менее плоская, круглая или овальной формы возвышенность с более или менее резкими контурами, припухлость плотноватой консис-

тенции, иногда резко болезненная по всей доступной пальпации поверхности, иногда же чувствительная лишь на ограниченном участке. Во время пальпации больная реагирует более или менее резко, причем определенно указывает, что это и есть та боль, которая привела ее к врачу. Это заболевание Г. Г. Гентер называет «пириформитом».

Говоря о топографической анатомии грушевидной мышцы, Г. Г. Гентер указывает, что она выходит из таза через большое седалищное отверстие, оставляя выше и ниже мышцы щелевидные пространства, через которые проходят сосуды и нервы. Если представить себе, что грушевидная мышца приходит в состояние воспаления и набухает, то, пишет Гентер, боли могут возникнуть как в самой мышце, так и в нервных стволах, подвергшихся сжатию.

Жалобы больных сводились к тупым ноющим или шемющим болям в нижней части спины, в крестце, часто локализующимся по ту или другую сторону средней линии.

Из 300 амбулаторных больных, жаловавшихся на боли в крестце, у 112 Г. Г. Гентер нашел пириформит (37,3%); почти у половины этих больных одновременно имелось воспаление внутренних половых органов. Одним из важнейших этиологических моментов пириформита автор считает прерванный половой акт, ведущий, как известно, к стойким явлениям в полости малого таза. Течение пириформита затяжное: больные лечатся годами и не получают облегчения. Профилактикой пириформита Г. Г. Гентер считает борьбу с прерыванием полового акта, борьбу с искусственным абортom, особенно у первобеременных, профилактику послеродовых заболеваний, борьбу с гонореей.

Описанную Г. Г. Гентером клиническую картину крестцовой боли, вызванной воспалением грушевидной мышцы, нам лично не приходилось наблюдать.

Пояснично-крестцовые боли могут сопровождать ряд заболеваний внутренних женских половых органов, а также заболевания, относящиеся к области терапии, урологии, неврологии и ортопедии. Особенно следует подчеркнуть значение ревматической и подагрической этиологии. Наибольший интерес для гинеколога представляют те случаи, когда боли появляются в результате мышечной усталости. Ортопеды уже давно указывали на мышечную усталость как на этиологический фактор, вызывающий пояснично-крестцовые боли; практическим подтверждением этого взгляда является благотворное влияние отдыха, отмечаемое часто и самой больной.

Некоторые авторы частоту пояснично-крестцовой боли объясняют следующим образом: в нормальных условиях благодаря синергетическому действию мускулатуры брюшной стенки и тазового дна весь блок внутрибрюшных органов находится в состоянии, так сказать, балансирования. У женщин астенического телосложения с отвислым животом, а также у беременных с растянутой брюшной стенкой или у женщин с поврежденной мускулатурой тазового дна эта синергетическая работа является неполноценной: внутрибрюшные органы опускаются и оказывают одностороннее давление; в результате мышцы и связки перерастягиваются и вызывают различные болезненные ощущения. У полных женщин, особенно у женщин с отвислым животом, увеличивается лордоз поясничного отдела позвоночника. Это вызывает повышенные требования к мышцам спины, а также ведет к большей нагрузке лумбально-сакрального поддерживающего и мышечного аппаратов и в конечном итоге к общей статической декомпенсации. Статический аппарат болезненно реагирует на изменившиеся условия, появляется боль в перерастянутых мышцах (*mm. erector trunci, iliopectineus, piriformis*), в растянутых суставных сумках и в соответствующих нервах.

Рентгенологические исследования показали, что возраст женщины также влияет на положение костного таза; так, у пожилых женщин степень наклона таза уменьшается, что также неблагоприятно влияет на статико-динамические условия в тазау и брюшной полости.

Статико-динамическая недостаточность может явиться и результатом анатомических изменений позвоночника, наличие которых можно

определить рентгенологическим исследованием. Прежде всего надо указать на усиление поясничного лордоза вследствие износности эластической ткани между позвонками, что может наступить уже в молодом возрасте.

Направить при этом заболевании лечение на основную причину поражения позвоночника невозможно вследствие неясности этиологии этого процесса. В. Д. Чаклин указывает, что к ортопедам попадают обычно больные с уже выраженной формой окостенения позвоночника; поэтому в течение лечения ввиду жалоб больных приходится применять болеутоляющие средства, а также мероприятия для исправления деформации и для закрепления достигнутых результатов.

В настоящее время еще нет надежных средств для предупреждения развития этого заболевания. Предложенное В. А. Оппелем удаление щитовидной железы при анкилозирующем спондилезе напло, по В. Д. Чаплину, некоторое практическое применение.

С п о н д и л о л и с т е з (рис. 122)—соскальзывание V поясничного позвонка вперед по верхней поверхности крестца (реже смещается IV поясничный позвонок). Врожденная аномалия является наиболее частой причиной заболевания, но в некоторых случаях эта аномалия может быть и приобретенной вследствие усиления лордоза, перегрузки позвоночника и т. п. При спондилолистезе туловище укорочено, перегиб поясничной части позвоночника непосредственно у крестца, расстояние между грудной клеткой и тазом укорачивается; в области поясницы видна глубокая кожная складка; лордоз сохраняется даже при наклоне туловища вперед. Характерными симптомами этого заболевания являются переваливающаяся походка, боли, усиливающиеся при движении и исчезающие в состоянии покоя. Рентгеновская картина подтверждает клинический диагноз. Больная подлежит ортопедическому лечению. Если лечение не дает результата и если к имеющимся клиническим признакам присоединится сколиоз, обусловленный изменениями в пояснично-крестцовой области, то показание к операции становится, по мнению В. Д. Чаплина, безусловным.

С п о н д и л а р т р и т—заболевание ревматического происхождения, приводит к прекращению подвижности в соответствующем отделе позвоночника. Типичными признаками ревматического спондилартрита являются: значительное уплощение поясничного лордоза с напряжением длинных позвоночных мышц, резкое ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника, наличие симптома Ласега (см. ниже), короткие шаги, боли при прыжке и при давлении на остистые отростки поясничных позвонков (С. Новотельнов). Применяется пенициллинотерапия, устранение основных очагов инфекции, затем местно применяют тепловые процедуры, особенно грязелечение, озокерит, парафин и пр.

Т у б е р к у л е з н о е п о р а ж е н и е позвоночника можно заподозрить при появлении поясничных болей в молодом возрасте. Самым характерным признаком туберкулеза является угловое искривление позвоночника (горб). Чем быстрее туберкулезный процесс разрушает позвонок, тем острее становится угол искривления. Долгое время болезнь может сопровождаться неясно выраженными симптомами, затем боли принимают постоянный характер; локализация их зависит от уровня поражения. Движения становятся затрудненными, появляется вынужденное положение и, наконец, обнаруживаются такие ясные признаки туберкулезного процесса, как локализованная боль при надавливании на остистые отростки. Наибольшее значение имеет ограниченная подвижность, зависящая от рефлекторной контрактуры мышц спины. В разгар процесса, кроме того,

наблюдаются натечные абсцессы и расстройства со стороны спинного мозга. Эти расстройства появляются очень рано в виде повышения коленных рефлексов, постепенно мускулатура нижних конечностей достигает спастического состояния, что в дальнейшем может перейти в спастические параличи, паралигии. Когда процесс затихает, воспалительные явления исчезают,

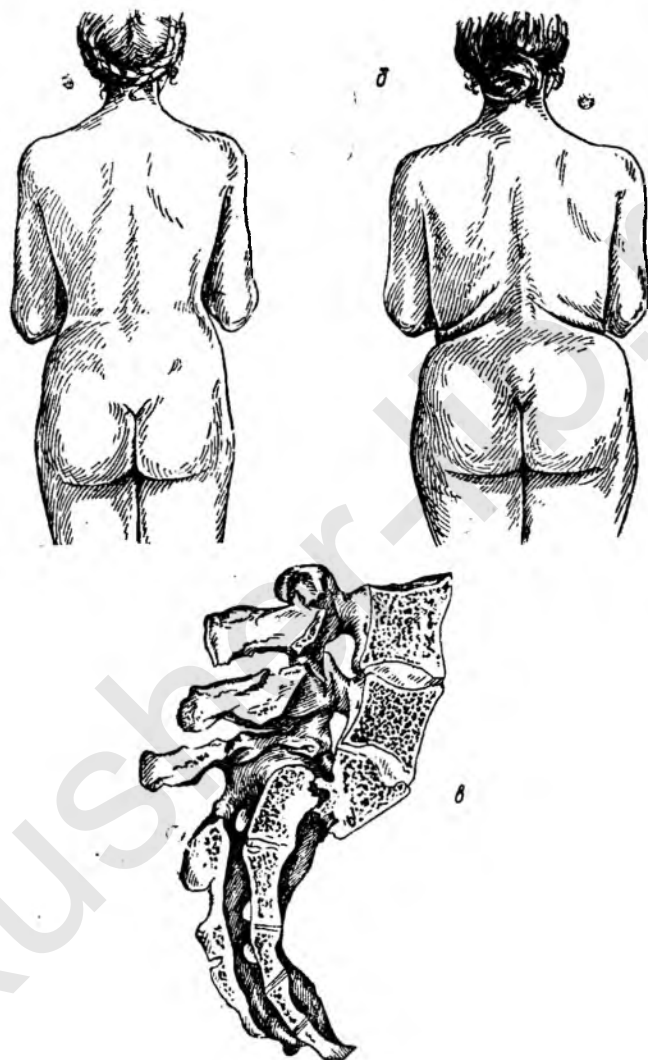


Рис. 122. Спондилолистез.

a—спина нормально сложенной женщины; *б*—спина женщины при спондилолистезе; *в*—вертикальный разрез через 3 последних люмбальных позвонка и крестцовую кость при спондилолистезе.

боли и мышечные контрактуры проходят, ликвидируются натечные абсцессы, свищи и спинномозговые явления. На рентгеновских снимках появляются признаки восстановления костной ткани (П. Г. Корнев).

Причиной крестцовых болей может явиться *spina bifida occulta*. *Spina bifida occulta* следует рассматривать не только как костную аномалию,

но главным образом как аномалию развития спинного мозга. Клинически она часто проявляется лишь в период полового созревания (Э. Ю. Остен-Сакен).

Причиной крестцовых болей может быть количественное изменение позвонков, входящих в крестцовую кость, — с а к р а л и з а ц и я (включение последнего поясничного позвонка в крестцовую кость) и л ю м б а л и з а ц и я (неполное соединение двух верхних крестцовых позвонков). Болей при полном, прочном, особенно при двустороннем, синостозе может и не быть, но они всегда имеются при неполном одностороннем синостозе. Эти боли могут быть периостального происхождения, они могут быть следствием бурсита, но чаще являются следствием остеоартроза. Диагностическим признаком может явиться резкая локализованная боль при наклоне туловища.

При люмбализации поясничный отдел позвоночника удлинён, крестцовая кость укорочена, вследствие чего подвижность позвоночника увеличивается, а стойкость таза уменьшается, мышечное утомление наступает быстрее. Статико-динамические условия таза, получающего нагрузку всего тела и передающие ее нижним конечностям, а также синдесмотическое (подвижное) соединение крестцовой кости с тазовыми объясняют, почему даже незначительные изменения в структуре этого сочленения могут вести к функциональным расстройствам, которые будут выражены тем резче, чем больше нагрузка и чем она длительнее.

А р т р и т п о д в з д о ш н о - к р е с т ц о в о г о с о ч л е н е н и я часто бывает результатом какой-либо инфекции: скарлатины, гриппа, сепсиса; он может также наблюдаться и в связи со специфической инфекцией, особенно туберкулезной.

При инфекционных и инфекционно-токсических процессах нередко поражаются поясничные мышцы и фасции, что вызывает внезапные приступы резких болей в пояснице. Типичным проявлением токсического миозита является «прострел» (lumbago), иногда развивающийся в связи с гриппом. Большое значение в возникновении «прострела» имеет общее или местное охлаждение тела (лежание на сырой земле, сидение на холодном камне, пребывание вспотевшей на сквозняке). Внезапно наступают «стреляющие» боли, особенно при перемене положения, при кашлевых толчках, при чихании. Заблевание длится обычно лишь несколько дней, но склонность к рецидивам остается.

Д е ф о р м и р у ю щ и е п р о ц е с с ы в о б л а с т и с о ч л е н е н и й т а з о в ы х к о с т е й могут наступить вследствие изношенности организма. У многодетных женщин среднего возраста эти изменения обычно выражены резче, чем у мужчин такого же возраста. Расхождение лонного сочленения также ведет к ненормальной нагрузке крестцово-подвздошных сочленений и к их преждевременной изношенности.

Т р о ф о с т а т и ч е с к и й о с т е о а р т р о з люмбо-илео-сакральной области наступает вследствие регрессивных процессов при нарушенном обмене веществ в климактерическом периоде. В этиологии заболевания играет роль выпадение гормонов (arthropathia ovaripriva). Анкилоз крестцово-подвздошного сочленения, которым заканчивается процесс, является своеобразной формой излечения от болей; оно наступает через 1—2 года после менопаузы.

Р а с п о з н а в а н и е. Существенную помощь при определении причины крестцово-поясничной боли может оказать анамнез. Так, например, если больная отмечает, что боли проходят после отдыха, то это указывает на связь болей с утомлением.

Боли могут возникнуть в связи с каким-либо душевным потрясением или психическим возбуждением: это указывает на их психоневротическое происхождение; в таких случаях больные жалуются скорее на парестезии, чем на боли. Длительность заболевания также указывает на психоневротическое происхождение болей.

Распознавание «прострела» обычно не представляет трудности. Боли при простреле распространяются по всей пораженной поясничной мышце, тогда как при переломе поперечных отрезков позвонков, с которым иногда приходится дифференцировать, боль локализуется только в одной точке. В сомнительных случаях необходим рентгеновский снимок (М. О. Фридланд).

Боли могут явиться следствием давления, вызванного новообразованием, аневризмой аорты или туберкулезом позвоночника. Если больная отмечает, что боли появляются при перемене положения (сгибание, разгибание, поворот туловища, вставание со стула, с постели), при сильной и длительной нагрузке, особенно односторонней, то это указывает на наличие пояснично-крестцовых болей, относящихся к так называемой ортопедической группе. Подобные боли наблюдаются при ожирении брюшной стенки и при беременности. Боли, появляющиеся в период менопаузы, указывают на их связь с климактерическими изменениями. При осмотре больной, жалующейся на пояснично-крестцовые боли, спина и крестец должны быть обнажены; при этом необходимо установить, нет ли неподвижности на протяжении всего позвоночника или на каком-либо его участке, не принимает ли больная вынужденного положения для уменьшения нагрузки на больную сторону. При осмотре спины надо убедиться в отсутствии какого-либо вдавления, оволосения на каком-нибудь участке, пигментации, телеангиэктазии, так как все это может, как уже упоминалось, указывать на имеющуюся *spina bifida occulta*. Очень часто приходится прибегать к рентгенологическому исследованию для постановки правильного диагноза.

Лечение. Так как пояснично-крестцовые боли имеют весьма разнообразную этиологию, то и лечение их, в зависимости от этиологии, будет различным.

Так, боли, возникшие на почве переутомления, требуют в первую очередь отдыха; боли психоневротического происхождения — соответствующего лечения; ревматические и подагрические — антиревматического и антиподагрического лечения; ортопедическое лечение требуется при так называемой ортопедической группе пояснично-крестцовых болей. Если крестцовые боли вызваны заболеванием почек (мочевые камни, опущение почек, гидронефроз, пиелит), больная подлежит урологическому лечению. Если на поясничные боли жалуется больная, у которой гинекологическое исследование обнаруживает ясно выраженное заболевание внутренних половых органов, особенно воспалительного характера, или вколоченные в таз доброкачественные новообразования этих органов, или метастазы злокачественных опухолей — лечение поясничных и крестцовых болей совпадает с лечением обнаруженной патологии.

КОПЧИКОВЫЕ БОЛИ (КОПЦИГОДИНИЯ)

Заболевание характеризуется появлением болей в области копчика; эти боли могут быть так сильны, что даже болеутоляющие средства не уменьшают их. Иногда боль возникает при легком надавливании на коп-

чик, особенно усиливаясь при попытке больной сесть. Боль может возникнуть при дефекации, при половом сношении.

Э т и о л о г и я. В гинекологической практике кокцигодия наблюдается при воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, особенно при заднем параметрите и пельвеоперитоните. Заболевание прямой кишки также может быть причиной кокцигодии. Копчиковые боли еще реже, чем поясничные, являются характерным признаком гинекологического заболевания. Можно даже утверждать, что воспалительные процессы половых органов редко являются причиной копчиковых болей. Кокцигодия может быть первичным—идиопатическим заболеванием и вторичным—в результате травмы. Переломы и вывихи (падение на ягодицы) часто ведут к анкилозам в области копчика и к срастанию его костей под углом; при этом нерв может быть ущемлен, в результате чего могут возникнуть копчиковые боли. Кокцигодия может быть результатом длительных и тяжелых родов, сопровождавшихся вывихом крестцово-копчикового сочленения, а также следствием деформирующего артрита (на почве старой травмы) крестцово-копчикового сочленения. Иногда кокцигодия бывает симптомом местного заболевания, но в большинстве случаев копчиковые боли являются отражением более или менее отдаленного процесса. Кокцигодия может быть следствием первичного поражения нерва, например, при радикулите, чем, повидимому, объясняется появление копчиковых болей при отсутствии местных поражений, но при наличии общей причины, инфекционной или токсической, например, туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, гриппа и т. д.

Распознавание. При пальпации (указательный палец вводят в прямую кишку, а большой палец лежит на спинной поверхности копчика или крестца) определяется болезненная точка—это либо кость, либо место прикрепления мышц; на кожных покровах имеются небольшие участки гиперестезии или анестезии. Движения копчика болезненны.

Некоторые авторы считают характерным для кокцигодии отсутствие спонтанного излечения. Если, несмотря на принятые меры, процесс не приостанавливается, то боли могут усиливаться, чередуясь с периодами улучшения; при каждом новом обострении боли становятся все сильнее и крайне неблагоприятно влияют на психику больной, доводя ее порой до очень тяжелого состояния.

Прогноз лучше, если боли вызваны образовавшейся послеродовой гематомой, которая под влиянием покоя и лечения рассасывается. В этих случаях с успехом применяют гинекологический массаж. При травматических повреждениях, сопровождающихся разрывом связок, болезненными смещениями, вывихами и повреждениями костей копчика, а также при копчиковой боли большое значение имеет соблюдение полного покоя, что устраняет рефлекторное напряжение мышц.

Л е ч е н и е. Среди паллиативных средств надо упомянуть горячие припарки, пиявки, всевозможные болеутоляющие средства, как, например, антипирин, пирамидон, атофан, аспирин, свечи с белладонной или кокаином; иногда только впрыскивания морфина приносят облегчение. Так же как при воспалении седалищного нерва, можно испробовать пульверизацию эфиром или хлорэтилом.

При рецидивирующих формах многие авторы с успехом применяли фарадизацию, другие—токи высокой частоты. При упорном течении заболевания можно применить инъекции 0,5% раствора новокаина в эпидуральные пространства.

ЛИТЕРАТУРА

- Б е л о ц е р к о в с к и й В. М. Пояснично-крестцовые боли и спондилолистез. Клиническая медицина, 1938, т. XVI, № 8, стр. 1074.
- Б р а у д е И. Л. Консервативное лечение женских болезней. Медгиз, М., 1939, стр. 344—348.
- В а н ш т е й н З. М. Пояснично-крестцово-седалищные боли как невропатологический синдром. Советская врачебная газета, 1933, № 12, стр. 543—552.
- Г а р и б у ж а н я н Г. Я., К у с л и к М. И., Н и к и ф о р о в а Е. К. и П е т р о в а А. А. Поясничные боли. Советская хирургия, 1934, т. VI, стр. 386—420.
- Г е н т е р Г. Г. О крестцовой боли и ее лечении. Труды VII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Изд. «Практическая медицина», Л., 1927, стр. 329—335.
- Г р е ч е н и н В. А. Физическая терапия заболеваний пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы. Сборник «Теория и практика физиотерапии», Медгиз, 1940, стр. 317—322.
- З а х е р л ь Г. Боли в крестце и внизу живота и их значение в гинекологии. Перевод с немецкого М. Г. Брауде под редакцией С. А. Селицкого, Изд. Наркомздрава РСФСР, 1927, стр. 32. (Вопросы практической медицины).
- К о н д р а т ь е в П. П. О значении врожденных дефектов развития пояснично-крестцовой области позвоночника в происхождении поясничных болей. Труды Военно-медицинской академии РККА имени С. М. Кирова, т. 24, Л., 1940, стр. 101.
- К о ф м а н В. С. и И о ф а н Л. К диагностике пояснично-крестцовой боли. Советская медицина, 1941, № 3, стр. 29.
- О с т е н - С а к е н Э. Ю. К вопросу о люмбаго. Советская хирургия, 1926, т. I, в. 3—4, стр. 207—234.
- П о н а т а р е в П. Е. К вопросу об объективном анализе жалоб больных на пояснично-крестцовые боли в условиях амбулаторной экспертизы. Неврология и психиатрия, 1947, т. XVI, № 4, стр. 53—55.
- Т а г е р И. Л. Рентгенологическое исследование при поясничных болях. Медгиз, 1949.
- Ф р е н к е л ь А. Б. Пояснично-крестцовые боли, их распознавание и лечение. Фельдшер и акушерка, 1941, № 10, стр. 36—40.
- Ф р и д л а н д М. О. Пояснично-крестцовые боли при заболевании нервной системы и внутренних органов. Советская медицина, 1954, № 6, стр. 22—26.
- Ф е л ь д м а н С. Р. и О к у н ь Н. С. Гальваническая проба на боль проф. Залкинсона как объективный метод исследования при заболеваниях пояснично-крестцовой области, Клиническая медицина, 1936, т. 14, кн. 12, стр. 1865—1869.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ¹



Заболевания половой сферы женщины и ее мочевых путей чрезвычайно тесно связаны и нередко взаимно обусловлены.

В анамнестическом анамнезе женщин с гинекологическими заболеваниями часто встречаются жалобы на расстройства мочеиспускания. Они могут явиться следствием гинекологического заболевания, как, например, затруднение мочеиспускания при сдавлении или смещении мочевых путей какой-либо опухолью, исходящей из половых органов (фибромиома матки, киста яичника и пр.). Причиной затрудненного мочеиспускания может служить и загиб матки кзади (чаще при беременности).

Если длительному давлению подвергается нижний отрезок мочеточника, то может образоваться гидроуретер или гидронефроз; если к сдавлению присоединится инфекция, то это может повести к гангрене стенки мочевого пузыря или мочеточника. Полное выпадение влагалища и матки тоже сопровождается нарушением мочеиспускания, особенно при образовании большого цистоцеле. Гинеколог должен обратить особое внимание на состояние мочевых органов при злокачественном новообразовании: из заболеваний раком у женщин чаще всего отмечается рак шейки матки; выбор метода лечения—радикальная операция или лучевая терапия—в значительной степени зависит от состояния мочевых путей.

Нередко больные обращаются к гинекологу по поводу недомогания, которое они относят к заболеванию половых органов, тогда как причиной их жалоб является нарушение со стороны мочевого аппарата; так, например, жалобы на боли в крестце может вызвать камень, лежащий в почечной лоханке, в мочеточнике, в мочевом пузыре; при воспалительном процессе в мочевом пузыре больные жалуются иногда на боли в области матки. Наблюдались случаи, когда ни гинекологическое исследование, ни анализ мочи, проводимый в дополнение к гинекологическому исследованию, не давали возможности установить диагноз, а при исследовании мочевого пузыря* в нем обнаруживали инкрустирующую (сталактитовую) язву (инкрустацией солями была захвачена лишь небольшая грануляционная поверхность слизистой мочевого пузыря). Исследование мочи может и не обнаружить патологических элементов при сужениях мочеиспускательного

¹ В этом разделе излагаются только основные сведения по урологии, с которыми должен быть знаком акушер-гинеколог.

канала или мочеточника при гидронефрозе. Жалобы больной на учащенное мочеиспускание, императивные к нему позывы, боли при мочеиспускании, столь характерные для заболеваний мочевых путей, бывают и при гинекологических заболеваниях (воспалительные процессы, опухоли). Поэтому правильный диагноз часто можно поставить лишь после тщательного не только гинекологического, но и урологического исследования. Вот почему гинеколог должен быть знаком с современными методами урологического исследования, особенно с цистоскопией.

Цистоскопическое исследование может помочь и гинекологическому исследованию при определении положения матки (по форме, расположению и характеру выступов, которые образует матка на задней стенке и в дне мочевого пузыря), опухолей матки и ее придатков, при беременности (цистоскопия обнаруживает характерные изменения слизистой мочевого пузыря—расширение и извилистость артериальных сосудов, густую сеть капилляров, широкие темносиние вены, более темный оттенок слизистой, набухшие устья мочеточников) и в трудных в диагностическом отношении случаях. При дифференциальном диагнозе между опухолью придатков и внематочной (трубной) беременностью, между кистой яичника и гидронефрозом, между пиелитом беременной и аппендицитом при беременности, а также при решении вопросов об операбельности рака шейки матки путем цистоскопии можно получить ценные данные. Только при помощи цистоскопии и пиелографии можно определить комбинацию уродства женских половых органов с дефектом мочевых органов (отсутствие одной почки, наличие подковообразной или тазовой почки и т. п.)

Очень большое значение имеет цистоскопия при определении места расположения мочеполового свища, образовавшегося после родов или после гинекологической операции. Нельзя приступать к операции мочеочечниковому свища, не произведя цистоскопии, так как до операции надо точно установить, какой мочеточник поражен, и т. д.

ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Среди анамнестических данных, важных при распознавании урологического заболевания, видное место занимает болевой синдром.

БОЛИ ПРИ МОЧЕИСПУСКАНИИ

Боли могут быть вызваны заболеванием мочеиспускательного канала, мочевого пузыря или обоих органов. Острое воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) характеризуется жжением и режущими болями при мочеиспускании и по его окончании. При воспалении мочевого пузыря боли часто возникают до мочеиспускания в результате растяжения мочой воспаленного пузыря, вестимость которого при цистите уменьшается. В начале мочеиспускания боли иногда даже стихают, но затем усиливаются, если одновременно с циститом имеется уретрит или если процесс перешел на окружающие мочевой пузырь брюшину, клетчатку (параперидитит). При параперидитите боли появляются к концу мочеиспускания или после него. Боль при цистите может появиться и в конце мочеиспускания, когда воспаленные стенки опорожненного мочевого пузыря соприкасаются между собой. Следует отметить, что жжение и боль при мочеиспускании

могут возникнуть после дефлорации, когда моча попадает на свежий разрыв девственной плевы. При сильно концентрированной или содержащей гной моче мочеиспускание бывает болезненным.

ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ (ПОЛЛАКИУРИЯ)

Характерным симптомом заболевания нижнего отрезка мочевых путей является частое мочеиспускание (поллакиурия). Жалобы больных на учащенное мочеиспускание необходимо тщательно проверять. Так, если больная, обладающая хорошим сном, вынуждена ночью вставать из-за позывов к мочеиспусканию, то можно говорить о частом мочеиспускании; если же больная хорошо спит ночью, то едва ли ее жалобы основательны.

Частота мочеиспускания (обычно женщина мочится 4—5 раз в сутки) меняется в зависимости от количества введенной жидкости, состава пищи, температуры воздуха, степени физического напряжения. Поллакиурия возникает при эссенциальной, нервной, диабетической и медикаментозной полиурии. Причиной учащенного мочеиспускания может быть давление на мочевой пузырь беременной маткой или опухолью (фибромиома матки, межсвязочное расположение истинных опухолей яичников, воспалительные опухоли придатков матки, опухоли передней стенки влагалища). Учащенное мочеиспускание могут также вызвать опухоли и камни мочевого пузыря, смещения мочевого пузыря и уретры, циститы и параперитсититы, при которых мочевой пузырь утрачивает способность растягиваться. Учащенное мочеиспускание наблюдается во время беременности перед менструацией и во время нее, в родах (главным образом в периоде изгнания), при туберкулезных и калькулезных пиелонефритах, а также в старческом возрасте.

НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ

Оно зависит от многих причин. Так, например, если моча выделяется при быстрой ходьбе, кашле, физическом напряжении, то это указывает на слабость жема мочевого пузыря. О наличии свища надо думать, когда больная жалуется на подтекание мочи во время сна.

ЗАДЕРЖКА МОЧИ

Задержка мочи может наблюдаться при заболеваниях центральной нервной системы, при закупорке мочевых путей камнем или опухолью, при сдавлении и смещении мочевого пузыря ретрофлексированной маткой или опухолью, исходящей из половой сферы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Наружное исследование производится путем осмотра, ощупывания, перкуссии. При осмотре можно обнаружить сравнительно редко встречающиеся аномалии нижних отделов мочевых путей, как-то: эктопию мочевого пузыря, гипоспадию, ненормальное положение отверстия мочеиспускательного канала и др. При уретрите осмотр наружного отверстия мочеиспускательного канала может обнаружить признаки, характерные для острого воспаления: покраснение и набухание слизистой,

гнойный характер отделяемого, выполняющего просвет канала и вытекающего при легком надавливании пальцем (палец, обращенный ладонной поверхностью к симфизу, вводят во влагалище и выжимают сзади наперед содержимое уретры.) Наружный осмотр может обнаружить новообразования в области наружного отверстия мочеиспускательного канала или выпячивающиеся из него.

Перкуссия и ощупывание играют большую роль при исследовании почек, при исследовании же нижних отделов мочевых путей благодаря развитию эндоскопии и рентгенодиагностики они частично утратили свое прежнее значение. Ощупывание следует производить со стороны брюшной стенки, со стороны влагалища двуручным гинекологическим исследованием. Ощупывание обнаруживает болезненность или утолщение стенок мочеиспускательного канала или мочевого пузыря. Утолщение может быть результатом инфильтрации на почве воспалительного процесса или следствием гипертрофии, развившейся в результате усиленной работы мышц мочевого пузыря, если отток мочи затруднителен. Ощупыванием можно обнаружить камень, инородное тело, опухоль мочеиспускательного канала, мочевого пузыря или нижних отрезков мочеточника. Двухручный метод исследования применяют и при распознавании некоторых аномалий почки (газовая почка). Точный диагноз подобной аномалии может быть установлен только при использовании всех современных методов исследования (выделительная и ретроградная пиелография, урография и т. п.).

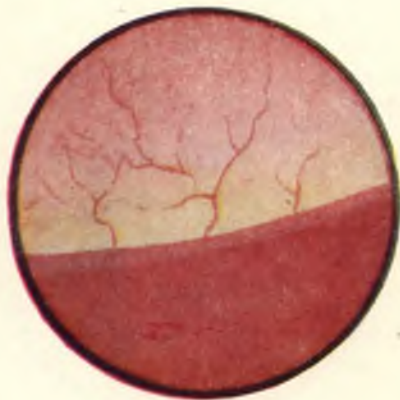
ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧИ

Если при анализе в моче обнаруживают патологические элементы, то необходимо для точного исследования взять мочу, спущенную катетером (при самопроизвольном мочеиспускании в нее могут попасть выделения из влагалища). Противопоказанием к катетеризации служит уретрит или скенелит, так как при катетеризации можно внести инфекцию из этих очагов в еще здоровый мочевой пузырь.

Жалобы больной на изменение цвета мочи и наличие в ней крови или гноя требуют проверки: сильно насыщенная моча может показаться больной кровавой, а влагалищные выделения, попавшие в мочу, она может принять за гнойную мочу.

Судить о составе мочи можно на основании пробы с двумя или несколькими стаканами. Больная должна помочиться в два или несколько стаканов и если моча, которая была гнойной в первом стакане, станет светлой в следующих стаканах, то это будет говорить о процессе, протекающем в уретре; если моча в последующих стаканах остается мутной, это указывает на процесс в мочевом пузыре или в почечных лоханках. Если надо сделать анализ мочи больной со значительными влагалищными выделениями, то прежде, чем она помочится, надо промыть влагалище теплой водой, а наружные половые органы обмыть и осушить; если же почему-либо промыть или проспринцевать влагалище нельзя, больная должна помочиться в коленно-локтевом положении.

При катетеризации надо соблюдать те же правила асептики, что и при операции. Наружные половые органы должны быть тщательно обмыты теплой водой; малые срамные губы разводятся пальцами одной руки так, чтобы отверстие мочеиспускательного канала было хорошо видно, при этом волосы наружных половых органов не должны касаться наружного



a



b



в



г

Рис. 123. Цистоскопическая картина нормального мочевого пузыря [Каспер (Casper)].

a—край жома мочевого пузыря, окрашенный в темнокрасный цвет; *b*—пузырек воздуха в верхней части рисунка; *в*—устье нормального мочеточника расположено на валине, вдоль которого ветвятся сосуды; *г*—слизистая в окружности устья мочеточника, сильно увеличенного благодаря близко подведенной к нему призмы цистоскопа. Устье лежит в центре рисунка.



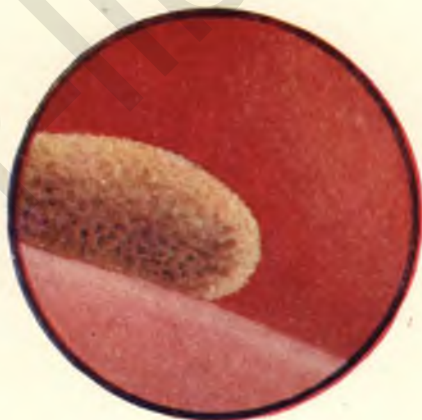
a



b



в



г

Рис. 124. Камни мочевого пузыря.

a—щавелевокислый камень, картина цистита; *b*—мочекислый камень, слизистая мочевого пузыря почти не изменена; *в*—фосфорнокислый камень, нормальная слизистая мочевого пузыря; *г*—мочекислый камень, большой размер его и неровная поверхность явились причиной цистита.

отверстия уретры; другой рукой берут смоченный раствором сулемы ватный шарик и протирают им отверстие мочеиспускательного канала сверху вниз; затем свежим шариком вытирают отверстие, пока оно не станет совершенно чистым. Так как уретра у женщин короткая, широкая и почти прямая, то ввести катетер обычно легко; затруднения возникают лишь при отеке наружных половых органов, при наличии опухоли, при ненормальном расположении отверстия уретры.

УРЕТРОСКОПИЯ

Уретроскопия применяется редко. Показанием к ней может служить подозрение на наличие в уретре дивертикула или стеноза.

ЦИСТОСКОПИЯ

Цистоскоп—толстый металлический катетер, имеющий на конце небольшой короткий изгиб (клюв цистоскопа), снабженный ненагревающейся электрической лампочкой, которая через окошечко, расположенное у изгиба, освещает внутренность мочевого пузыря. В полном стволе цистоскопа имеется оптическая система, состоящая из ряда чечевиц. Изображение поступает в окошечко, в котором имеется прямоугольная призма с посеребренной гипотенузой; один из катетов призмы соприкасается с объективом, а другой катет образует стекло в окошке, расположенном у клюва (изгиба) цистоскопа. Исследующий смотрит через окуляр, в котором имеется лупа, увеличивающая изображение. На окуляре имеется пуговка, расположенная соответственно призме объектива; если эта пуговка направлена вниз, то цистоскопическая картина даст изображение предметов, находящихся на задней стенке или на дне мочевого пузыря; если она будет направлена вверх, то видно будет изображение предметов, находящихся на передней стенке мочевого пузыря или в его куполе.

Современный цистоскоп дает изображение почти трети всей полости мочевого пузыря; поэтому, сделав несколько поворотов и несколько раз вдвигая и выдвигая цистоскоп, удастся очень быстро осмотреть весь мочевой пузырь. Оптика новейших цистоскопов дает резкое и прямое изображение, что значительно облегчает цистоскопирование и катетеризацию мочеточников.

Лампочка цистоскопа питается электрическим током, получаемым от аккумулятора или от уличной сети (при получении тока от сети его пропускают через реостат для понижения вольтажа). Одним проводом являются металлические части цистоскопа, другим—проволока, находящаяся внутри цистоскопа. Провода изолированы; ток включается вилочкой, насаженной на цистоскоп.

М е т о д и к а и с с л е д о в а н и я. Введение цистоскопа в мочевой пузырь совершенно безболезненно. Больная лежит на гинекологическом кресле или на столе в положении для гинекологического исследования. Мочу спускают катетером, мочевой пузырь промывают под небольшим давлением из кружки Эсмарха, небольшими количествами (50—100 мл) теплого раствора 2—4% борной кислоты до тех пор, пока промывная жидкость не станет совершенно прозрачной; после этого в мочевой пузырь вводят 150—200 мл этого же раствора. Достаточная емкость мочевого пузыря и безусловная прозрачность раствора в нем являются непременными условиями для получения ясной цистоскопической картины. При емкости мо-

чевого пузыря в 100 мл цистоскопия затруднена, а при емкости в 50 мл — невозможна. Анестезию при цистоскопии ввиду безболезненности последней применяют только в исключительных случаях. Средняя толщина вводимого цистоскопа не должна превышать 20 делений по шкале Шаррьера. Цистоскоп до и после употребления промывают мыльным спиртом (оптический аппарат и изоляция проводов не допускают кипячения) и споласкивают борным раствором или же протирают марлей, смоченной спиртом. Если цистоскопия производилась при наличии в мочевом пузыре гноя, то цистоскоп подвергают действию формалиновых паров или 1% раствора лизола в течение 12—24 часов.

Цистоскоп перед введением в мочевой пузырь должен быть проверен: оптическая система его должна быть совершенно прозрачной, лампочка — исправной; лишь после введения цистоскопа в мочевой пузырь ток включают. Если пользуются промывным цистоскопом, то предварительная катетеризация не нужна: оптический прибор временно вынимают, и цистоскоп превращается в простой катетер. Через такой цистоскоп можно производить повторные промывания, не извлекая его из мочевого пузыря.

Включив ток при помощи металлической задвижки, имеющейся на вилочке, и приложив глаз к наружному (окулярному) концу цистоскопа, осматривают внутреннюю поверхность мочевого пузыря, имеющую вид диска светлорозового цвета, на котором ясно видны кровеносные сосуды и их разветвления (рис. 123).

Вдвигая и выдвигая цистоскоп, поворачивая его в разные стороны, наклоняя в разных направлениях, можно осмотреть весь мочевой пузырь, главным образом треугольник с устьями мочеточников. При осмотре треугольника цистоскоп следует повернуть так, чтобы призма была обращена вниз, и медленно извлекать его, пока в поле зрения не появится более темная окраска сфинктера. Повернув цистоскоп на 45°, например, вправо и снова чуть продвинув его вперед, находят левый мочеточник. Таким же образом поступают, чтобы отыскать правый мочеточник. Конечно, не всегда легко отыскать мочеточник; иногда это удается только после сложных движений цистоскопа и тщательного осмотра всего дна мочевого пузыря. Область треугольника отличается более обильным разветвлением сосудистой сети, более насыщенным темнокрасным цветом слизистой при гиперемии.

Устья мочеточника имеют вид узкой щели темнокрасного цвета, а иногда эллипсоидной или круглой ямки. Устье мочеточника лежит на валике, который соответствует ходу мочеточника в стенке мочевого пузыря, в некоторых случаях валик мало или вовсе не выдается в мочевой пузырь. Ввиду разнообразия мочеточниковых устьев дать общую картину их формы и расположения не представляется возможным. Цистоскопируя, можно наблюдать, как через определенные промежутки времени устье мочеточника открывается и струя мочи выбрасывается в мочевой пузырь. При прозрачной светлой моче струя видна неясно, но зато ясно виден получающийся от выбрасывания этой струи водоворот в жидкости, которой наполнен мочевой пузырь.

Цистоскопия, обнаруживая изменения стенок мочевого пузыря, главным образом изменения слизистой, его формы и формы мочеточниковых устьев, помогает выявить опухоли, камни и другие инородные тела в мочевом пузыре. Она имеет огромное значение при распознавании заболеваний почечных лоханок и почек, так как делает возможной катетеризацию мочеточников и получение мочи из каждой почки отдельно.

ХРОМОЦИСТОСКОПИЯ

Хромоцистоскопия—цистоскопия в сочетании с введением в организм красящих веществ, например, индигокармина. Эти вещества, будучи введены внутривенно, через определенное время выделяются из почек. Струя мочи, поступающая из мочеточников в мочевой пузырь, ярко окрашена в синий цвет; это помогает определить функциональную способность почек, облегчает поиски мочеточниковых устьев, если они не видны при обыкновенной цистоскопии, и помогает определить проходимость мочеточников, нормальное их функционирование и пр.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ПОЧЕК

В первую очередь необходимо выяснить, в какой мере почки совместно функционируют при обычных условиях и при повышенных требованиях к ним, во вторую—в какой степени нарушена функциональная способность пораженной почки и в третью—насколько здоровая почка может восполнить недостаточную функцию больной почки.

В качестве пробы для определения функции каждой почки в отдельности широко применяется индигокарминовая проба. Вводят внутривенно 5 мг раствора индигокармина (Indigocarmini 0,1 г; Sol. Natrii chlorati 1% 10 мл) и через цистоскоп, введенный в мочевой пузырь, наблюдают за устьями мочеточников. Если почки функционируют нормально, то через 3—4 минуты из обоих мочеточников появляется моча, хорошо окрашенная в синий цвет. Через 15 минут почки перестают выделять краску, из устьев появляются струйки прозрачной мочи. Если функция обеих почек или одной из них нарушена, выделение краски задерживается или окраска мочи будет бледнее (Р. М. Фрошштейн, однако, подчеркивает, что более слабая окраска мочи не всегда соответствует распространенности процесса). Таким образом, можно установить, поражены ли обе почки или одна, и если одна, то именно которая.

Если по какой-либо причине раствор индигокармина ввести больной внутривенно нельзя, его впрыскивают в толщу поясничной или ягодичной мышцы в количестве 0,08 г (10 мл 0,8% раствора). В этих случаях нормально окрашенная моча появляется через 8—12 минут. Наиболее резкая окраска отмечается через 20—30 минут.

КЛИНИКА УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ

У советских гинекологов прочно укоренился взгляд, согласно которому воспаление тазовых органов представляет собой не местное заболевание, а общий патологический процесс, нарушающий ход реакций и функций не только отдельных органов и систем, но и всего организма в целом. Воспаление мочевых органов не является исключением из этого правила.

Уделяя должное внимание лечению воспалительного процесса как такового, необходимо одновременно бороться за нормализацию функций не только мочевых органов, но и всех остальных систем больного организма.

Современная методика лечения воспалительных процессов преследует две главные цели: поднятие реактивных сил организма и угнетение инфекционного начала.

Первая цель достигается переливаниями крови (цельной или отдельных ее ингредиентов—эритроцитарной массы, плазмы нативной, плазмы сухой, сыворотки), внутривенным введением различных жидкостей (5% раствор глюкозы, физиологический раствор и пр.), вторая—назначением сульфаниламидов и антибиотиков. Из сульфаниламидных препаратов обычно применяют белый стрептоцид, сульфадiazин, сульфатиазол. Наилучшее химиотерапевтическое, главным образом бактериостатическое, действие при инфекции мочевых путей, вызванное кишечной палочкой и другими представителями колиatifоидной группы, оказывает сульфодимезин. Этот препарат активнее и в то же время менее токсичен, чем другие сульфаниламидные препараты, и реже вызывает побочные явления. Сульфодимезин быстро всасывается, но медленно выделяется почками. При исследовании в моче обнаруживают большую часть введенного препарата. Эти свойства и растворимость в моче делают препарат особенно ценным.

Из антибиотиков наиболее эффективным при воспалительных процессах мочевых органов являются пенициллин и синтомицин (0,5—1 г 3—4 раза в день), а при туберкулезе почек—стрептомицин в сочетании с химиотерапевтическими препаратами, как, например, с ПАСК, фтивазидом и др.

При лечении воспалительных процессов мочевых органов уже давно применяют в качестве дезинфицирующих средств формалиновые препараты, например, уротропин. Его назначают внутрь 3 раза в день по 0,5—1 г или внутривенно по 5—10 мл 40% раствора. Действие его основано на медленном отщеплении в моче формальдегида, задерживающего развитие бактерий.

Назначая уротропин, надо помнить, что дезинфицирующее действие его связано с кислой реакцией мочи; при щелочной реакции мочи уротропин не оказывает действия, так как в щелочной среде формальдегид не отщепляется. Поэтому, назначая уротропин, не надо давать больным щелочные воды, а при щелочной моче рекомендовать прием соляной или фосфорной кислоты, например, по следующей прописи:

Rp. Acidi hydrochlorici diluti 20,0
S. 3 раза в день по 15 капель

или

Rp. Acidi phosphorici 5,0
Sir. Rubi idaei 20,0
Aq. destill. 200,0
MDS. По 1 столовой ложке 3—4 раза в день

Внутривенно уротропин вводят главным образом при тяжелых формах воспаления, чаще всего при пиелитах. Иногда при приеме уротропина усиливаются позывы и болезненность мочеиспускания, а иногда в конце мочеиспускания появляется кровь, особенно при циститах, связанных с инфекционным заболеванием—гриппом, ангиной; в подобных случаях рекомендуется щелочная терапия по следующей прописи:

Rp. Natrii bicarbonici 20,0
Magnesii ustae —
Natrii citrici aa 15,0
MDS. По 1 чайной ложке 3 раза в день

Салол, салициловокислый фенол, принятый внутрь, расщепляется в кишечнике под действием панкреатического сока на карболовую и салициловую кислоту. Чтобы предотвратить раздражение почек карболовой кислотой при ее выделении, мы назначаем салол в умеренных дозах: 1,5—2 г в день. Некоторые авторы рекомендовали, главным образом при

наличии кольпита, большие дозы салолы—5—6 г в день. Охотно применяют отвар толокнянки (медвежье ушко) (*Desoc. foliorum Uvae ursi* 8,0 : 200,0. DS. По столовой ложке 4—6 раз в день).

ВОСПАЛЕНИЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Острый уретрит обычно сопровождается гонорройной инфекцией. Гонорройный уретрит не является изолированным поражением мочеиспускательного канала, а всегда сочетается с гонорройным поражением и других органов мочеполовой системы больной, например, с эндоцервицитом, бартолинитом и т. д. Поэтому распознавание и лечение гонорройного уретрита рассматриваются в главе о женской гоноррее.

В более редких случаях уретрит может быть вызван иными патогенными кокками, а также кишечной палочкой. Механическая травма—частая характеристика, мастурбация в области наружного отверстия мочеиспускательного канала, иногда истончение слизистой оболочки уретры после наступления климактерического периода—может благоприятствовать возникновению неспецифического воспаления.

Женская уретра, особенно ее наружный отрезок, даже при отсутствии воспаления слизистой оболочки содержит значительное количество сапрофитных микроорганизмов. Эти микроорганизмы при местных или общих инфекциях, а иногда под влиянием химических раздражителей, содержащихся в пище (зеленый лук, кочености пр.), приобретают патогенный характер, вызывают со стороны слизистой мочеиспускательного канала воспалительную реакцию в виде неспецифического уретрита.

Клиническое течение неспецифического уретрита отличается от гонорройного менее острым началом и более спокойным течением, напоминает картину перехода острой стадии воспаления в хроническую. Острые неспецифические уретриты лечат так же, как и гонорройные, внутримышечными впрыскиваниями пенициллина, сульфаниламидными препаратами (белый стрептоцид, сульфодимезин, сульфатиазол и пр.). При уретрите, вызванном кишечной палочкой, хорошие результаты дает салол.

Если имеются боли, применяют болеутоляющие средства: белладонну, антипирин, кодеин, опиум в виде свечей, а в тяжелых случаях—инъекции пантонона, морфина. Большое облегчение приносит больным тепло в виде согревающих компрессов, теплых влагалищных спринцеваний, грелок, общих или сидячих ванн (температура 35—37°, продолжительность—15—20 минут). Диета молочно-растительная.

Небактериальные уретриты, вызванные раздражением слизистой уретры фосфатурией и оксалурией, излечиваются при соблюдении соответствующей диеты и лечении основного заболевания.

Хронический уретрит. Признаки те же, что и при остром уретрите, но выражены они слабее. Постоянные тупые боли во влагалище, в надлобковой области иногда принимают колющий характер. Когда боли иррадиируют вверх по ходу мочеточника, они могут симулировать поражение вышележащего отрезка мочевых путей. В этиологии хронического уретрита обычно лежит гонорройная инфекция.

Происхождение хронических неспецифических уретритов до сих пор неясно. Полагают, что они могут быть вызваны родовой травмой, мастурбацией, сопутствующими заболеваниями половых органов. Высказывались предположения, что хронический уретрит может возникнуть в результате инфекции, поступающей из миндалин, кариозных зубов, гайморовой полости.

При неспецифическом хроническом уретрите исследование обнаруживает, как и при гонорройном уретрите, утолщение и уплотнение стенки мочеиспускательного канала, но при этом отсутствует хронический цервицит или бартолинит, обычно наблюдаемые при гонорройном заболевании. Сkenовы железы могут быть также уплотнены. Путем массажа уретральной стенки через влагалище можно выдавить из уретры выделяемое, при анализе которого обнаруживается слизь, небольшое количество лейкоцитов, слущенные эпителиальные клетки и отсутствие гонококков не только в мазках, но и при посеве на соответствующих средах.

Лечение такое же, как и специфических уретритов; результаты хуже, так как этиологию их, как уже упоминалось, обычно не удается выявить. Если хронический уретрит возник на почве атрофии слизистых оболочек тазовых органов в менопаузе, то успех лечения может быть закреплен эстрогенными препаратами, которые надо периодически повторно вводить.

ВОСПАЛЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ЦИСТИТ)

Причиной цистита в громадном большинстве случаев является внедрение микроорганизмов в мочевой пузырь. В редких случаях цистит развивается вследствие раздражения слизистой оболочки мочевого пузыря мочой, содержащей большое количество солей; раздражение может быть вызвано и пищей (острые и копченые продукты и пр.), а также некоторыми лечебными препаратами, например, кантаридином.

Часто цистит возникает в результате внесения в мочевой пузырь бактерий при катетеризации. Ошибочно считать, что причиной инфекции всегда является недостаточная стерилизация инструментов или рук медицинского работника, производящего катетеризацию. Чаще всего причиной является внесение в мочевой пузырь бактерий (стафилококков, стрептококков, кишечной палочки), гнездящихся в слизистой уретры, через которую проводят катетер (эндогенная инфекция). Конечно, известную роль играет и техника катетеризации, и качество катетера: так, например, катетер с гладкой зеркальной поверхностью скользит по слизистой оболочке мочеиспускательного канала и шейки мочевого пузыря, не повреждая эпителиальный покров слизистой, тогда как металлический катетер, частично утративший никелировку, или резиновый катетер с менее гладкой поверхностью травмируют слизистую, что способствует развитию цистита. Стеклообразные катетеры имеют зеркальную гладкую поверхность, которая и при употреблении остается такой же, но они опасны ввиду их хрупкости. Поэтому мы рекомендуем применять главным образом металлические катетеры, но за их никелированную поверхность надо тщательно следить.

Микробы, населяющие широкую и короткую уретру женщины, легко могут проникнуть в мочевой пузырь и без введения в него инструментов. Однократная катетеризация или произведенная через большой промежуток времени, например, с целью получить мочу для исследования, обычно не вызывает цистита. Это понятно, так как введенные с катетером в небольшом количестве микробы удаляются с мочой, не успев вызвать заболевание стенки мочевого пузыря. Для того чтобы возник цистит, должны быть еще какие-либо предрасполагающие моменты. Развитию цистита благоприятствует ряд факторов, среди которых задержка мочи—острая или хроническая—играет видную роль. Задержка мочи может явиться следствием расслабления мышц мочевого пузыря—в послеродовом периоде, при заболеваниях нервной системы, на почве травмы стенки мочевого пузыря, при акушерских или гинекологических операциях. Наличие дивер-

тикула или других анатомических аномалий иногда также является причиной задержки мочи. Острая и особенно хроническая травма слизистой мочевого пузыря (наличие в ней камня или иного инородного тела) предрасполагает к возникновению цистита.

Инфекция может проникнуть в мочевой пузырь не только через мочеиспускательный канал, но и по лимфатическим и кровеносным сосудам его стенки.

Работы Е. И. Кватера и Ц. В. Паперно, Е. И. Кватера и С. Б. Рафалькеса и других показали, что у женщин, умерших от послеродовых и послеабортных заболеваний, особенно у перенесших септикошемию, можно было установить непосредственный переход инфекции с половых органов на мочевой пузырь. Некоторые авторы отмечали прямой переход инфекции в мочевой пузырь (перед прорывом параметритических экссудатов и гнойников). Л. И. Бубличенко указывает, что инфекционные заболевания мочевых путей в послеродовом периоде бывают чаще, чем их обнаруживают (до 19% по отношению ко всем послеродовым больным и до 1,8% по отношению ко всем роженицам). При заболевании мочевых путей кишечная палочка была обнаружена в чистом виде в 69% и в 11% в смешанном с другими бактериями.

По данным Е. И. Кватера и С. Б. Рафалькеса, изучивших 973 протокола вскрытий трупов женщин с послеродовыми инфекциями, в 75,23% (732 случая) отмечены те или иные поражения почек. Если же учесть заболевания и других отделов мочевых путей (мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, мочеточник), то окажется, что, кроме указанных поражений почек, в 55 случаях имело место поражение мочеточников, в 53—поражение мочевого пузыря, в 5—поражение мочеиспускательного канала. Часть заболеваний была комбинированной. В большинстве изученных случаев имела смешанная инфекция (стрептококки и стафилококки).

Воспалительный процесс может захватить весь мочевой пузырь или какой-либо отдельный участок. Чаще воспаление захватывает слизистую оболочку шейки мочевого пузыря в области, занимаемой так называемым льетодиевым треугольником (шеечный цистит или «тригонит»).

При гнойных заболеваниях почечных лоханок (пиелит) и при туберкулезе почек имеет место нисходящий путь инфицирования мочевого пузыря. Основными симптомами заболевания являются боли, частое мочеиспускание и наличие гноя в моче. Интенсивность болей не всегда соответствует степени воспалительного процесса, например, при цистите, возникшем в послеродовом периоде, боли обычно мало беспокоят больную; частое мочеиспускание редко наблюдается при цистите в этом периоде.

При цистите, не связанном с послеродовым периодом, интенсивность болей зависит в известной мере от локализации процесса. Так, при воспалении слизистой шейки мочевого пузыря (тригонит) вследствие большего количества заложённых здесь нервных окончаний боли выражены сильнее, чем при воспалении других отделов мочевого пузыря. При наполнении мочевого пузыря появляются боли, которые усиливаются к концу мочеиспускания, когда стенки опорожненного воспаленного мочевого пузыря соприкасаются между собой. Боли держатся некоторое время и после мочеиспускания—до тех пор, пока медленно скопляющаяся моча не разъединит воспаленные стенки мочевого пузыря; затем появляется ощущение тяжести внизу живота. Перкуссия и пальпация надлобковой области, гинекологическое исследование через передний влагалищный свод вызывают боль и позыв на мочеиспускание, особенно в острой стадии заболе-

вания. Частота мочеиспускания одинакова и днем, и ночью, тогда как при наличии камня мочевого пузыря мочеиспускание учащается при движении и становится нормальным в состоянии покоя (стр. 401). Частота позывов к мочеиспусканию при цистите стоит в тесной связи с интенсивностью воспалительного процесса в острой стадии и уменьшением растяжимости мочевого пузыря вследствие утраты эластичности его стенок при хроническом цистите.

Наиболее постоянным и характерным признаком воспаления мочевого пузыря является наличие в моче гноя, иногда с примесью крови.

Различают две клинические формы цистита: к и с л у ю, т. е. такую, при которой реакция мочи остается кислой; эта форма наблюдается при колибациллярной и туберкулезной инфекции, и щ е л о ч н у ю, при которой реакция мочи становится под влиянием различных инфекций, кроме указанных (Р. М. Фронштейн), щелочной. При этом заболевании моча всегда содержит в небольшом количестве белок (белок является следствием распада в моче форменных элементов крови). При щелочных формах цистита в моче часто находят, кроме белка и крови, трипельфосфаты.

Р а с п о з н а в а н и е цистита в острой стадии заболевания основывается на наличии следующей триады: боль, учащенное мочеиспускание, гной (а иногда и кровь) в моче. Первые два признака могут наблюдаться и при других патологических процессах, не связанных с воспалением мочевого пузыря, например, при фосфатурии, цисталгии; гной же в моче указывает на наличие цистита. Ц и с т о с к о п и я, которая могла бы подтвердить диагноз цистита, в острой стадии болезни противопоказана. Лишь когда признаки острого воспаления стихнут или будут держаться слишком долго и вызовут подозрение на наличие каких-нибудь особых патологических процессов (гематурия, резкие боли, тяжелое состояние больной), приходится прибегнуть к более подробному урологическому исследованию, прежде всего к цистоскопии. Правда, подобные заболевания мочевого пузыря по сравнению с циститом встречаются редко.

Течение х р о н и ч е с к о г о цистита весьма разнообразно; разные клинические проявления его требуют индивидуального лечения. Поэтому при хронической форме заболевания необходима цистоскопия—она помогает установить не только наличие цистита, но и его форму.

Соответственно этиологии или анатомическим изменениям, происходящим в стенке мочевого пузыря, различают следующие формы цистита: я з в е н н ы й, п о с л е о п е р а ц и о н н ы й, ф л е г м о н о з н ы й, г а н г р е н о з н ы й. Иногда цистит осложняется воспалением околопузырной клетчатки; цистит может явиться также исходным пунктом развития пиелита. Говоря о язвенном цистите, следует указать, что язвы стенок мочевого пузыря покрываются гнойными сгустками, которые впоследствии могут пропитаться солями фосфорнокислой извести (инкрустирующий цистит). Некоторые авторы различают «воспалительные язвы» и «простые язвы». Происхождение последних недостаточно выяснено. Простая язва обычно расположена поверхностно и бывает одиночной. Если язва инкрустируется солями извести, то возникает инкрустированная (сталактитовая) язва, которая может явиться результатом нарушенного обмена веществ.

Лечение. В острой стадии заболевания лечение в основном сводится к полному покою (при наличии лихорадки следует уложить больную в постель), молочно-растительной диете и обильному питью (чтобы увеличить диурез с целью вымывания продуктов воспаления из мочевого пузыря и уменьшить раздражающее влияние концентрированной мочи

на воспаленную слизистую оболочку мочевого пузыря и мочеиспускательного канала). Одновременно назначают мочегонные средства, например, отвар толокнянки (*Folia Uvae ursi*), одну столовую ложку которой заваривают в стакане кипятка и выпивают теплым в течение дня. Раствор толокнянки можно выписывать и в виде decoкта (Rp. Decoct. foliorum Uvae ursi 8 г : 200 мл. DS. По 1 столовой ложке 4—6 раз в день). Содержащийся в этом препарате гликозид арбутин отщепляет гидрохинон, дезинфицирующий мочу.

При цистите, сопровождающемся лихорадкой, назначают салол или стрептоцид по 0,5 г 3 раза в день (при щелочной реакции мочи) и уротропин по 0,5 г 3 раза в день (при кислой реакции мочи); некоторые авторы предпочитают синтомицин. При болях дают наркотики (белладонна, кодеин, антипирин) внутрь или в свечах, каждый медикамент в отдельности или в соответствующих количествах в сочетании. При сильных болях назначают опий внутрь или в свечах, в тяжелых случаях вводят морфин или пантопон под кожу.

При циститах, вызванных кишечной палочкой и другими микробами коли-тифойдной группы, некоторые авторы рекомендуют сульфодимезин по следующей прописи:

Rp. Sulfodimezini 1,0
D. t. d. N. По 10
S. По 2 порошка на прием,
а затем по 1 порошку через каждые 4 часа

Тепло применяется в виде грелок на область живота; очень хороши общие или поясничные ванны 36—37° в течение 15 минут, ежедневно (не во время беременности и не в послеродовом периоде).

Лечение гангренозного цистита имеет свои особенности, на которых следует остановиться. Гангренозный цистит, сопровождающийся частичным или полным омертвением слизистой мочевого пузыря или даже всей его стенки, является очень тяжелым заболеванием. Иногда отторгнувшаяся слизистая выделяется целиком в виде мешка, который представляет собой слепок внутренней поверхности мочевого пузыря. К счастью, гангренозный цистит встречается довольно редко. Частичная гангрена, захватившая дно и заднюю стенку мочевого пузыря, изредка наблюдалась после радикальной операции по поводу рака шейки матки. Вообще же у женщин это заболевание встречается чаще, чем у мужчин. Так как гангрена мочевого пузыря чаще наблюдается, как мы уже говорили, при ущемлении ретрофлексированной беременной матки, то врачу надо очень внимательно относиться к жалобам беременной на появившееся затрудненное мочеиспускание. Гангренозный цистит характеризуется, повторяем, очень тяжелым течением, сопровождается лихорадкой, резкими болями, затрудненным мочеиспусканием, причем моча имеет сильный запах и содержит примесь крови и некротические ткани. Некротические массы могут закупорить просвет мочеиспускательного канала и самый катетер и катетеризация таким образом становится невозможной. Введение катетера затрудняется еще и тем, что уретра вытянута и прижата к лону. Поэтому приведение матки в нормальное положение является профилактикой гангрены мочевого пузыря.

При хроническом цистите применяют главным образом местную терапию, особенно когда воспалительные явления поддерживаются наличием остаточной мочи. Ежедневно больной вводит катетер и через него выпускают остаточную мочу, а затем из шприца или из эсмарховской кружки промывают мочевой пузырь. Для промывания берут

теплый (37—38°) 2—4% раствор борной кислоты или сильнее действующие растворы азотнокислого серебра; начинают с раствора 1 : 500, а у очень чувствительных больных—с 1 : 10 000. Промывают до тех пор, пока не будет вытекать совершенно чистая жидкость. При колибациллярной инфекции Р. М. Фронштейн рекомендует применять раствор оксицианистой ртути (1 : 5000). При щелочных мембранозных циститах хороший результат дают промывания 0,5% раствором очищенной соды. Необходимо следить за деятельностью кишечника. Спиртные напитки, острые блюда, копченые закуски, консервы воспрещаются. Назначают обильное питье, мочегонные. Внутрь дают салол, стрептоцид (при щелочной моче), уротропин (при кислой моче) и, как мы уже указывали, антибиотики.

Лечение хронических циститов необходимо проводить под контролем цистоскопии и продолжать до полного исчезновения лейкоцитов в моче. Одновременно надо устранить причину, вызывающую цистит (задержка мочи, камень, запоры и т. п.). Применяя для промывания азотнокислое серебро, надо помнить, что раствор его следует готовить на дистиллированной воде.

Инкрустирующий цистит, при котором мочевые соли оседают и пропитывают изъязвленную поверхность слизистой мочевого пузыря, вызывает теземы, учащенное мочеиспускание, гематурию и отхождение мочевого «гравия». Эта форма цистита вообще с большим трудом поддается лечению, а иногда бывает и вовсе неизлечимой. К счастью, она встречается очень редко. Степень поражения и интенсивность жалоб у больных различны. Надежного средства или метода лечения до сих пор, повидимому, нет. Применялось соскабливание язвы с последующим прижиганием азотнокислым серебром; иногда благоприятный результат давало введение культур молочнокислых бактерий (болгарской палочки), длительные (в течение 3 суток) непрерывные промывания мочевого пузыря щелочными растворами и т. п. Были попытки способствовать заживлению очищенных от солей язв применением витамина А. При простой язве мочевого пузыря ряд урологов с успехом применял электрокоагуляцию.

ОРОГОВЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ЛЕЙКОПЛАКИЯ)

Лейкоплакией называют местное утолщение эпителия слизистой мочевого пузыря и превращение эпителия в плоский—ороговевающий, который полностью покрывает сосуды слизистой, поэтому в цистоскопе эти участки кажутся матовыми, беловатыми или беловато-серыми. Ороговевающий эпителий не только разрастается, но и слущивается, иногда целыми пластами (эти пласты находят в моче). Подслизистая ткань утолщается и иногда принимает форму сосочков. Лейкоплакия обычно локализуется в области льетодиева треугольника, но может распространиться и на большее пространство. Разрастается она в виде языка, поэтому края поражения напоминают географическую карту. Некоторые урологи высказывали мнение, что лейкоплакию слизистой мочевого пузыря следует рассматривать как предраковое состояние. Однако Р. М. Фронштейн и другие авторы не могли доказать это клинически.

Характерных клинических признаков лейкоплакии не имеет; иногда наблюдается учащенное мочеиспускание, появляется кровь в моче, плоские эпителиальные клетки, которые интенсивно окрашиваются пикриновой кислотой. Диагноз ставят лишь при помощи цистоскопии. Прогноз заболевания сомнительный, так как приостановить процесс ороговения

обычно не удается. Кроме симптоматического лечения, направленного на борьбу с имеющимся одновременно циститом, применяется диета, богатая витаминами, особенно витамином А.

ВОСПАЛЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ЛОХАНОК (ПИЭЛИТ)

Заболевания женской половой сферы нередко сопровождаются пиелитом. Пиелит наблюдается после радикальной операции по поводу рака шейки матки; нередко он осложняет беременность. В большинстве случаев пиелит возникает не только восходящим путем в результате проникновения микроорганизмов из мочевого пузыря в лоханки, но и лимфогенным (проникновение патогенных микроорганизмов из кишечника), а в редких случаях—гематогенным путем. Застой мочи в почечной лоханке способствует возникновению пиелита. Пиелит чаще наблюдается справа. Причина, повидимому, заключается в том, что более низкое положение правой почки придает ей большую подвижность и в ней легче возникает застой. Лимфатическая система правого мочеточника и правой лоханки является частично общей с лимфатической системой восходящей ободочной кишки, что также способствует проникновению микроорганизмов из кишки в лоханку.

Возбудителями пиелита могут быть разные микроорганизмы; чаще это кишечная палочка и стафилококк, значительно реже—стрептококк.

При пиелите беременных, возникающем обычно во второй половине беременности, заболеванию правой лоханки способствует постепенное поворачивание растущей беременной матки вокруг продольной оси вправо и увеличивающееся в связи с этим давление матки на правый мочеточник. Отсюда понятно, что выделение мочи из правой лоханки чаще встречает затруднения, чем выделение ее из левой. Следует также учесть атоническое состояние мочеточников, характерное для беременных, особенно когда они страдают токсикозом.

Клиническое течение. Пиелит бывает острым и хроническим. Острый пиелит возникает внезапно: появляется высокая температура, нередко озноб; пульс становится частым; наблюдается тошнота, рвота, головная боль; язык сухой, обложенный; кишечник вздут, запоры. Больная жалуется на тупые боли, отдающие в поясницу.

В большинстве случаев приступ пиелита длится несколько дней и при правильном лечении стихает; однако и после падения температуры возможны новые вспышки пиелита. Общее состояние больной после падения температуры улучшается. Исследование мочи обнаруживает значительное количество лейкоцитов и бактерий при малом количестве белка. Если при кислой реакции мочи количество белка превышает $0,3^0/_{00}$, то возникает подозрение на поражение почек. Количество гноя в моче при нормальной температуре часто увеличивается, при повышенной температуре оно уменьшается, а при одностороннем процессе гноя может и вовсе не быть. Р. М. Фронштейн объясняет это следующим образом: при высокой температуре воспалительные явления в прилоханочной части мочеточника усиливаются, вызывают отечность и сужение его просвета, задержку мочи и продуктов разложения в лоханке; когда же воспалительные явления утихают, температура падает, отечность уменьшается, проходимость мочеточника восстанавливается и в моче появляются лейкоциты.

Пиелит беременных трудно поддается полному излечению, даже при улучшении общего состояния больной в моче могут находиться в большом количестве патологические элементы. Иногда приступы пиелита прекра-

шаются лишь после родов. В очень тяжелых случаях больная может погибнуть от сепсиса или абсцесса почки.

Вначале пиелит может быть принят за цистит, аппендицит, холецистит, сальпингит, параметрит, тазовый перитонит и пр. Но боли, особенно если они появляются при сотрясении, производимом короткими толчками в поясничной области и в области пораженной почки (симптом Пастернацкого), болезненность при ощупывании области почек и по ходу мочеточника, а также данные исследования мочи (моча содержит бактерии, лейкоциты, часто эритроциты) приводят врача в большинстве случаев к правильному диагнозу.

В некоторых случаях пиелит переходит в хроническое заболевание. Хронический пиелит может клинически вовсе не проявляться до тех пор, пока отток мочи из пораженной лоханки будет происходить беспрепятственно. Но как только моча задержится (обычно вследствие закупорки мочеточника сгустком гноя), температура повышается, появляются боли и возникают явления интоксикации организма. Постоянное наличие гноя в моче вызывает подозрение на пионефроз или пиелонефрит, а наличие асептического гноя — на туберкулез почки.

Как при острых, так и при хронических пиелитах очень важно выявить возбудителя заболевания и его первичную локализацию. Для установления дифференциального диагноза между заболеваниями почек и хроническим пиелитом необходимо детальное и весьма тщательное исследование, включающее цистоскопию, катетеризацию мочеточников, функциональные пробы и пиелографию.

Лечение. В острой стадии заболевания пиелитом лечение строго консервативное: постельный режим (при правостороннем пиелите больную укладывают на левую, т. е. здоровую, сторону), молочно-растительная диета, обильное питье и тепло на поясничную область. Широко применяют сульфаниламидные препараты: бслый стрептоцид, сульфадиазин, сульфатиазол и пр. Препараты дают 3 раза в день по 0,5 г в течение 10—12 дней, а иногда и дольше. Лучшее химиотерапевтическое, главным образом бактериостатическое, действие при инфекции мочевых путей кишечной палочкой и другими бактериями коли-тифоидной группы оказывает, как уже указывалось, сульфодимезин. По мнению ряда авторов, этот препарат активнее и в то же время менее токсичен, чем другие сульфаниламидные препараты, и реже вызывает побочные явления. Сульфодимезин быстро всасывается, выделяется же он почками медленно; в моче обнаруживают большую часть принятого препарата. Это его качество и растворимость в моче делают данный препарат эффективным при лечении пиелита.

Применять сульфодимезин рекомендуют следующим образом.

При легкой и средней инфекции:

- 2 дня по 1 г через каждые 4 часа,
- 2 дня по 1 г через каждые 6 часов и
- 3 дня по 1 г через 8 часов.

При тяжелой инфекции:

- 2 дня по 1 г через каждые 4 часа,
- 2 дня по 1 г через каждые 4 часа и
- 3 дня по 1 г через каждые 6 часов.

Лечение проводят до падения температуры и в последующие 3 суток. При тяжелых формах пиелита и развившемся на этой почве уросепсисе применяют круглосуточно внутримышечные инъекции пенициллина через каждые 3 часа по 50 000—100 000 единиц на инъекцию или дюранным спо-

собом в соответствующих дозах стрептомицин по 0,25 г 3 раза в сутки. Если имеются боли в мочевом пузыре, дают белладонну и опий.

При кислой моче назначают щелочные воды: боржоми, эссенуки № 4, при щелочной—славяновскую или смирновскую (источник в Железноводске). Хорошие результаты дает внутривенное введение 40% раствора уротропина по 5—10 мл, повторяемое несколько раз. Питье резко ограничивают.

Пиелит может вызвать прерывание беременности (выкидыш или преждевременные роды), поэтому больную следует стационарировать не в общую больницу, а в отделение патологии беременности родильного дома. Опыт показывает, что с помощью указанных мероприятий удастся устранить острые явления пиелита и сохранить беременность.

При лечении пиелита необходимо обращать внимание на функцию кишечника: больным предписывается молочно-растительная диета и в случае надобности слабительные (ревень, серноокислая магнезия и пр.). Если заболевание продолжается, то приступают к местному лечению, которое заключается в промывании мочевого пузыря, катетеризации мочеточников и промывании почечных лоханок антисептическими растворами.

Промывание мочевого пузыря раствором борной кислоты или азотно-кислого серебра рекомендуют при пиелоцистите. Эти промывания не только оказывают влияние на слизистую мочевого пузыря, но и усиливают перистальтику мочеточника и секрецию почек, а следовательно, обуславливают лучшее опорожнение почечных лоханок.

Для промывания почечных лоханок применяют преимущественно раствор азотнокислого серебра 1:1000, постепенно усиливая концентрацию раствора и в тяжелых случаях доводя ее даже до 1:200. Количество вводимой жидкости зависит от емкости лоханки, что определяют предварительно вводя 2% раствор борной кислоты. Раствор вводят до появления у больной ощущения давления в поясничной области. С. П. Федоров во избежание раздражения слизистой мочевого пузыря крепким раствором азотнокислого серебра рекомендует предварительно наполнить пузырь физиологическим раствором. Кроме азотнокислого серебра, некоторые авторы рекомендуют вводить другие препараты серебра или растворы марганцовокислого калия.

Промывание почечной лоханки производят следующим образом: при помощи цистоскопа в мочеточник (в один или в оба) вводят мочеточниковый катетер; внутренний конец его лежит в почечной лоханке; к наружному концу присоединяют 5—10-граммовый шприц, наполненный соответствующим раствором. Под давлением поршня жидкость попадает в лоханку. Введя необходимое количество жидкости, начинают медленно извлекать поршень. Одновременно извлекают и жидкость с патологическим продуктом, образовавшимся в лоханке. Эту процедуру повторяют несколько раз. Промывания повторяют через 2—3 дня; иногда при этом наблюдается повышение температуры, озноб и усиление болей в области почки. При тяжелых формах пиелита, главным образом при коли-пиелитах, С. П. Федоров рекомендовал ежедневные промывания. Ряд авторов (С. П. Федоров, В. А. Гораш, Р. М. Фронштейн, Я. Г. Готлиб) рекомендует в подострых и хронических случаях промывание почечных лоханок, другие авторы—длительную (12—24 часа) катетеризацию почечной лоханки через мочеточниковый катетер. При тяжелых пиелитах (исключительно редко), а главным образом при тяжелых пиелонефритах (см. ниже), не поддающихся консервативному лечению, приходится применять операцию—нефротомию и даже нефрэктомию. При пиелите беременных, не

уступающем консервативному лечению, в редких случаях приходится прервать беременность. В нашей клинике мы на протяжении многих лет применяли исключительно консервативный метод лечения пиелита беременных (диета, внутривенные вливания 40% раствора уротропина), не прибегая ни к длительной катетеризации мочеточников, ни к промыванию лоханок, ни к прерыванию беременности. С успехом мы применяли и диатермию области почек. Производится это следующим образом: пластинчатый электрод размером в 200—300 см² кладут на область большой почки, второй электрод немного большего размера—на соответствующую поверхность живота. Сила тока 1—1,5 mA, продолжительность сеанса 30—40 минут и даже час. Сеансы проводят ежедневно. Если пиелит двусторонний, то два пластинчатых электрода, присоединенных к одному полюсу аппарата, накладывают на область обеих почек, а третий размером в 500 см²—на живот. При этом лечении (без применения уротропина) у 22 больных боли уменьшились, температура снизилась, общий и минутный диурез увеличился, количество лейкоцитов в осадке мочи уменьшилось (И. Б. Гуревич).

Воспаление почечной лоханки может осложниться пиелонефритом.

ПИЭЛОНЕФРИТ

При пиелонефрите область пораженной почки очень болезненна при ощупывании, мышцы верхней трети живота напряжены, признак Пастернацкого резко выражен; при хромоцистоскопии выделение индигокармина из пораженной почки нередко запаздывает, окраска выделяющейся мочи из этой почки менее насыщена, чем выделяющейся из здоровой почки. Выделительная пиелография сергозином обнаруживает расширение лоханки и чашечек и образование в паренхиме почек полостей, сообщающихся с лоханкой.

Прогноз при двустороннем пиелонефрите плохой.

Л е ч е н и е одностороннего пиелонефрита хирургическое—нефрэктомия. При двустороннем пиелонефрите в целях борьбы с инфекцией применяется пенициллинотерапия, стрептомицинотерапия в сочетании с ПАСК или тибоном. Для удаления гноя и токсинов из мочевых органов увеличивают количество вводимой жидкости до 1,5—2 л в день. Назначают нераздражающую диету, симптоматические средства.

ПИОНЕФРОЗ

Пионефроз является последней стадией гнойного воспаления почки на почве пиелита, почечнокаменной болезни, гидронефроза, туберкулеза почки. Пионефроз может наступить в результате нагноения ретенционной опухоли—гидронефроза. При исследовании: почка увеличена, бугриста, иногда очень болезненна при ощупывании; в таких случаях бросается в глаза резко выраженное защитное напряжение мышц поясницы и особенно передней брюшной стенки, как при начинающемся перитоните. По С. П. Федорову, этот симптом зависит от перехода воспалительного процесса на капсулу почки (перинефрит) и на окружающую ее клетчатку (паранефрит), не встречается при пиелитах и, таким образом, является более или менее патогномичным для нагноения в почке или вблизи нее. Стенка капсулы резко утолщена, плотно спаяна с окружающей тканью, что делает почку неподвижной. Различают две формы пионефроза: открытую и перемежающуюся. При открытом пионефрозе, характеризующемся

свободным оттоком гноя из почки (в моче определяется большое количество гноя), температура тела нормальная или субфебрильная, но общее состояние больной сильно страдает. При перемежающемся пиелонефрите, причиной которого является глубокий инфильтративный воспалительный процесс в стенке мочеточника, в результате которого просвет мочеточника становится уже и со временем легко закупоривается гноем, наблюдаются резкие подъемы температуры тела, припадки болей в области почки, значительное ухудшение общего состояния, лейкоцитоз нарастает, в то же время моча бывает иногда прозрачной и лейкоцитов в осадке почти нет; затем моча становится опять гнойной, а боли проходят, температура снижается и общее состояние несколько улучшается. Выделение индигокармина из мочеточника пораженной почки резко запаздывает, а иногда индигокармин и совсем не выделяется.

Прогноз при двустороннем пиелонефрите очень плохой. Больные быстро погибают при явлениях сепсиса и функциональной недостаточности почек.

Лечение симптоматическое. При одностороннем пиелонефрите прогноз зависит от состояния второй почки. Если почка не поражена гнойным процессом, а недостаточность ее функции является лишь следствием действия нефротоксинов, образующихся при распаде ткани пораженной почки и всасывающихся в общий ток крови (эти нефротоксины выделяются здоровой почкой), то после операции нефрэктомии больные быстро поправляются и явления токсического нефрита (альбуминурия, цилиндры в моче) быстро проходят.

ВОСПАЛЕНИЕ ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ (ЖИРОВОЙ КАПСУЛЫ ПОЧКИ)—ПАРАНЕФРИТ

Возбудителями паранефрита в большинстве случаев являются гнойные стафилококки и стрептококки, иногда находят и другие микроорганизмы, среди них нередко кишечную палочку (до 6%), реже туберкулезную палочку и гонококка; описаны единичные случаи нахождения в гное друз актиномикоза. Чаще всего наблюдается острое гнойное воспаление околопочечной клетчатки.

Патогенез паранефрита различен. В одних случаях происходит прорыв гнойника почки (пиелонефроз) в околопочечную клетчатку, которая таким образом заражается непосредственно; в других случаях инфекция при пиелонефрите, пиелонефрите, инфицированных почечных камнях и т. п. непосредственно переходит на фиброзную капсулу—собственную оболочку почки—и отсюда по лимфатическим путям в жировую капсулу—в околопочечную клетчатку. Нередко паранефрит возникает из гнойного очага, лежащего вдали от мочевых органов, или после перенесенного общего инфекционного заболевания вследствие переноса инфекции гематогенным путем. Патогенетическим моментом, играющим роль в развитии паранефрита, могут служить воспалительные заболевания, развивающиеся в тех органах, лимфатическая система которых тесно связана с околопочечной клетчаткой, как, например, аппендицит, колит и т. д. (С. П. Федоров, П. Д. Соловов и др.).

Клиническая картина, признаки, распознавание. Обычно паранефрит начинается потрясающим ознобом с повышением температуры до 40° и резкими болями в области почки. Высокая температура может долго держаться, но может снизиться и через несколько дней, периодически повышаясь, и нередко вновь сопровождается ознобом. Слабость, отсутствие аппетита, вздутие живота, запоры, нарастаю-

ций лейкоцитоз указывают на тяжесть заболевания. Боли в области почки усиливаются при малейшем движении, при глубоком вдохе. Они локализируются в поясничной области, больше кзади. Симптом Пастернацкого резко положительный. Больные принимают вынужденное изогнутое положение (позвоночник изгибается в здоровую сторону), нога согнута в тазобедренном и коленном суставе, что ведет к уменьшению напряжения в околопочечной клетчатке, в поясничных мышцах и особенно в *m. psoas* (признак *psoas*). В дальнейшем при осмотре заметно выпячивание на больной стороне, локализирующееся между краем поясничных мышц и передней подмышечной линией. При приближении гнойника кожа на этом участке отекает и краснеет. При внепочечном происхождении паранефрита моча может оставаться нормальной, но может содержать патологические элементы (белок, лейкоциты, зернистые цилиндры), если поражена сама почка.

В начальной стадии заболевания гнойный паранефрит не всегда дает типичную картину и поэтому сразу не распознается; он может быть принят за затянувшийся грипп, пневмонию, брюшной тиф, туберкулез и т. п. Если не будет своевременно предпринято надлежащее лечение, то паранефритический гнойник может распространиться и вовлечь в процесс соседние органы и ткани и вызвать ряд тяжелых и опасных для жизни осложнений: прорыв гнойника в полость плевры или в припаявшуюся к диафрагме ткань легкого; паранефритический абсcess, расположенный впереди почки, может прорваться в брюшную полость или в просвет прилегающей толстой кишки и т. п.

Пробная пункция для подтверждения диагноза гнойника допустима только при том условии, что немедленно можно будет в случае надобности вскрыть гнойник, иными словами, пункцию следует делать на операционном столе.

Если паранефрит своевременно распознается, прогноз хороший.

Диагностике паранефрита во многих случаях может помочь следующий симптом: если сильно нажать на верхнюю переднюю ость крыла подвздошной кости, то на пораженной стороне возникает острая боль, стихающая, как только палец отнимут от ости. Если паранефральная клетчатка не поражена, даже очень сильное нажатие в указанном участке не вызывает болевой реакции.

Лечение. В начальных стадиях заболевания лечение состоит в постельном содержании с применением согревающих компрессов и грелок. Проводится общая пенициллинотерапия и аутогемотерапия (через 2—3 дня по 5 мл). Если образовался гнойник, то после пробной пункции его вскрывают через задний поясничный разрез. Если имеется небольшой паранефритический гнойник, можно отсосать гной шприцем и ввести в полость гнойника пенициллин; инъекции пенициллина в полость гнойника надо повторять. Улучшение должно наступить после 2—3 инъекций. В противном случае показана операция.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА, МОЧЕВЫЕ КАМНИ (МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ)

Инородные тела. В редких случаях в мочевом пузыре находили инородные тела, попавшие в него извне через мочеиспускательный канал. Иногда это были карандаши, зубочистки, головные шпильки и пр., применявшиеся при мастурбации и в момент оргазма случайно попадавшие в уретру, а из нее — в мочевой пузырь. Иногда инородным телом был об-

ломок стеклянного или резинового катетера, введенного для спуска мочи; как редкая казуистика описаны случаи нахождения в мочевом пузыре волос и зубов из вскрывшейся дермоидной кисты яичника, части скелета плода при внематочной беременности, костные секвестры при коксите, проглоченная иголка, марлевые тампоны, забытые в брюшной полости при чревосечении, и т. п.

Мочевые камни (рис. 124). Инородные тела впоследствии инкрустируются солями; особенно быстро инкрустируются солями лигатуры, которые и становятся исходной точкой образования камней. Описаны случаи образования камней при цистоцеле после операции кольпоклеиза.

В мочеиспускательный канал камни могут попасть из мочевого пузыря, но в редких случаях они формируются в самой уретре, особенно при наличии дивертикула, в котором они и задерживаются.

Мочекаменная болезнь у женщин встречается не так редко, но распознается реже, чем у мужчин, так как мочевой гравий и мелкие камни свободно выходят с мочой через широкую и короткую уретру женщины. Причины образования камней при мочекаменной болезни до настоящего времени не выяснены.

Признаки и клиническая картина мочекаменной болезни. Самым верным и очевидным признаком болезни является выделение с мочой мочевого камня, но это далеко не постоянный признак. Большой камень заполняет всю лоханку, часто лежит неподвижно и поэтому не вызывает болей. (Патогенез почечной колики объясняется обычно рефлекторным спазмом лоханки или мочеточника, наступающим вследствие раздражения стенок проходящим камнем.) Почечная колика иногда крайне болезненна, но длится недолго; обыкновенно через несколько часов приступ прекращается, редко он длится сутки. Почечная колика может сопровождать и другие заболевания почек, например, туберкулез почки, опущение почки, гидронефроз, злокачественные новообразования. Боли, возникающие в области почек, распространяются по ходу мочеточника и отдают в пах и в область вульвы. Раздражение через мочеточник может передаться на мочевой пузырь и вызвать учащенное мочеиспускание и императивные позывы на него, несмотря на то, что цистита как такового может и не быть. Почечная колика обычно сопровождается повышением температуры тела; пораженная почка увеличивается и ее можно прощупать; количество мочи вследствие рефлекторного понижения функции второй почки (рено-ренальный рефлекс) уменьшается. Длительные или часто повторяющиеся приступы боли нередко сопровождаются головной болью, вздутием живота, тошнотой, рвотой, запором.

Почечные камни могут вызвать всевозможные осложнения. Частичная или перемежающаяся закупорка мочеточников может повести к развитию гидронефроза (а при наличии инфекции — к пионефрозу) с прогрессирующей атрофией почечной паренхимы. При полной закупорке выделение мочи соответствующей почкой прекращается. Полная анурия бывает при двусторонних почечных камнях, что приводит сначала к атрофии одной почки, а затем к закупорке другой; анурия также может наступить вследствие резкого падения артериального давления в результате болевого шока (Е. М. Тареев). Таким образом, клиническая картина почечнокаменной болезни крайне разнообразна: иногда она сопровождается тяжелыми симптомами, а иногда протекает, не вызывая никаких жалоб больной.

Частым и поэтому основным признаком почечного камня является **гематурия**, возникающая вследствие ранения слизистой почечной лоханки или паренхимы почки сместившимся камнем. Кровотечения бывают раз-

личной интенсивности, что зависит от ряда условий, например, от подвижности камня, от его поверхности (гладкая или шероховатая), от наличия или отсутствия венозного застоя в почке и т. д. Иногда при исследовании мочи находят лишь небольшое количество эритроцитов, тогда как в других случаях, особенно в моче, взятой после резких движений, все поле зрения может быть покрыто эритроцитами. Гематурия наблюдается и при других заболеваниях мочевых органов, например, при туберкулезе почки.

Пиурия — неперенный признак инфицированного камня. При механическом раздражении слизистой лоханки имеющимся в ней камнем можно обнаружить в моче лейкоциты, а инфекции может не быть. Пиурия не является специфическим признаком почечнокаменной болезни, но, возникающая на почве инфекции, она является весьма серьезным осложнением. С. П. Федоров приводит ряд собственных наблюдений и много случаев из литературы, из которых видно, что даже при двусторонних сильно инфицированных почечных камнях больной может жить долго и сравнительно редко страдать от болезни.

Мочеточниковые камни резко нарушают функциональную деятельность почки: если камень полностью закупоривает мочеточник, то в течение нескольких дней может наступить функциональная гибель почки; если же закупорка неполная, то почки постепенно атрофируются. Все это дает представление о возможном дальнейшем течении почечнокаменной болезни и позволяет не только ставить прогноз, но и составлять план лечения и намечать его методику.

Распознавание Точно установить наличие камня в мочевых органах помогает рентгенография, но отсутствие на рентгенограмме тени от камня еще не доказывает, что камня нет. Так, по Р. М. Фронштейну, у 10% больных на рентгенограмме не выявился имеющийся камень вследствие погрешности в технике снимка. Большую роль при снимке играет состояние кишечника, так как скопившиеся в кишечнике газы затемняют рентгеновскую картину. Поэтому не позже чем за 2 часа до снимка надо очистить кишечник клизмой, а иногда и повторить ее. Для уменьшения количества газов полезно в течение 2—3 дней до снимка давать внутрь салол 3 раза в день по 0,5 г. Снимок лучше делать натощак или после легкого завтрака.

Состав камня также играет известную роль. Небольшие мочекислые камни часто не дают тени на снимке, поэтому, если клиническая картина вызывает подозрение на наличие камня, а на снимке его не обнаруживают, необходимо произвести уретеропиелографию: если камень имеется, то на рентгенограмме обнаружится дефект наполнения. Наличие камня можно выявить индигокарминовой пробой (хромоцистоскопия): при наличии почечного или лоханочного камня выделение красящего вещества запаздывает.

Но это относится уже к компетенции специалиста-уролога, к которому и должна быть направлена больная, если гинеколог не обнаружил у нее патологических процессов в области половой сферы, а признаки и клиническая картина болезни вызывают подозрение на наличие мочекаменной болезни.

ТУБЕРКУЛЕЗ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулез почек. Подобно туберкулезу женских половых органов туберкулез почек обычно является вторичным и возникает путем заноса туберкулезных палочек в почку из имеющегося в организме туберкулезного

очага в легких, брыжеечных железах и т. п.—очага, иногда латентного, иногда заглохшего.

Чаще туберкулезом поражаются почки (обычно правая), на втором месте по частоте поражения стоит мочеточник. По А. И. Маянцу, из всех больных туберкулезом почек клинически процесс проявлялся как односторонний у 80%. И. В. Давыдовский, Е. Медлар (цит. по А. Я. Маянцу) показали, что в действительности поражение почек туберкулезом в большинстве случаев бывает двусторонним, но у некоторых больных процесс заканчивается самоизлечением и клинически не проявляется.

Возможность самоизлечения туберкулезного процесса в почке не только в клиническом отношении (у больных с доказанным туберкулезным процессом почки исчезали все симптомы туберкулеза), но и в патологоанатомическом признавал и С. П. Федоров.

Признаки и распознавание. Едва ли можно установить, какие признаки характерны исключительно для туберкулеза мочевых органов, в частности, для туберкулеза почки. Заболевание развивается очень медленно, иногда даже незаметно для больных, а общие симптомы (слабость, быстрая утомляемость, похудание) приписывают первичному очагу. С. П. Федоров указывает, что в распознавании туберкулезного поражения почек общее состояние больной не играет заметной роли, потому что нередко больные с двусторонним поражением почки имеют здоровый и даже цветущий вид. При далеко зашедшем туберкулезе почки симптомы могут быть так ничтожны, что больная не придает им никакого значения.

Первые жалобы больных относятся к расстройствам со стороны мочевого пузыря—частое и болезненное мочеиспускание (особенно ночью), дизурия (позывы, продолжающиеся после мочеиспускания). Наряду с этими жалобами микроскопическое исследование мочи обнаруживает в ней гнойные клетки и эритроциты. Жалобы больной могут быть незначительными, но затяжной характер патологических явлений и безуспешность обычных методов лечения цистита должны обратить на себя внимание врача. Врач должен помнить, что за таким хроническим течением цистита может скрываться туберкулезный процесс (рис. 125) мочевых органов, и если врач не предпримет соответствующих исследований для уточнения диагноза, то процесс может перейти и на вторую почку. Несвоевременное распознавание заболевания поведет к резкому ухудшению клинического течения и общего прогноза, несмотря на то, что во время болезни наблюдаются периоды затишья, в течение которых состав мочи улучшается, улучшается и самочувствие больной, жалобы становятся менее определенными.

При пальпации почки можно обнаружить увеличение ее, изменение формы, болезненность; однако эти симптомы не характерны для туберкулеза, так как они наблюдаются и при других заболеваниях почек. Чрезвычайно важные данные, главным образом в отношении локализации процесса, могут быть получены путем цистоскопии и катетеризации мочеточников.

В начальных стадиях туберкулеза почки, когда процесс, по крайней мере в клиническом отношении, носит односторонний характер, поражение мочевого пузыря туберкулезом локализуется в непосредственной близости от устья мочеточника больной почки; здесь на слизистой мочевого пузыря появляются изолированные или расположенные группами бугорки серого цвета. Эти бугорки впоследствии сливаются, распадаются

и превращаются в поверхностную язву бледножелтого цвета, окруженную красным ободком. Устье мочеточника принимает воронкообразную форму и зияет, движения мочеточника становятся вялыми, неритмичными. По мере развития туберкулезного процесса в мочевом пузыре на месте мочеточникового устья образуется большая язва, покрытая налетом

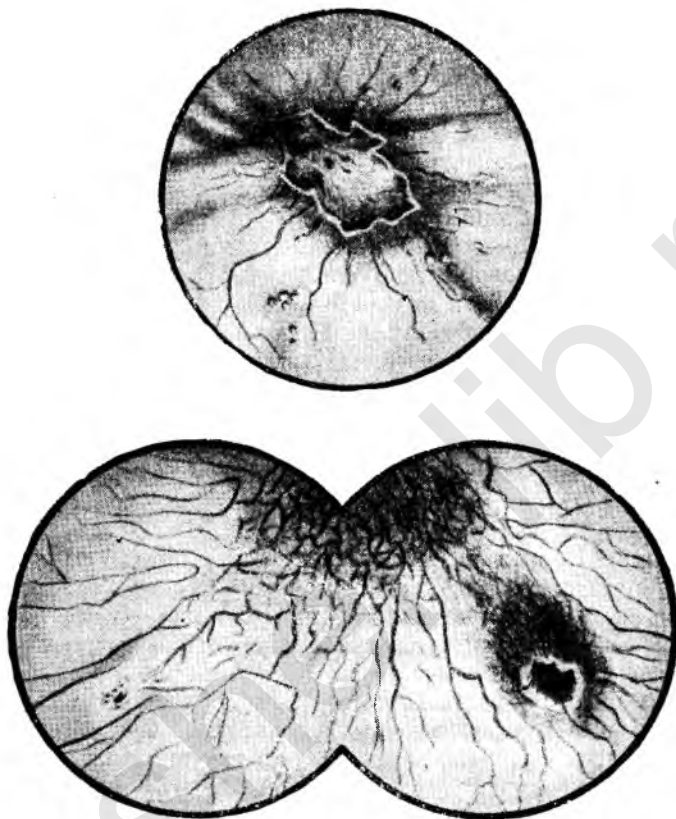


Рис. 125. Вверху—туберкулез мочевого пузыря [Опитц (Opitz)]. Устье левого мочеточника превращено в кратерообразную язву. Внизу—туберкулезная язва мочевого пузыря.

и окруженная отеком с кровоизлияниями слизистой. Контуры устья не видны и месторасположение мочеточника можно обнаружить лишь в момент выбрасывания мочи.

Решающее значение в распознавании туберкулеза мочевых органов имеет исследование мочи, которая при этом заболевании содержит белок, гной, туберкулезные палочки и нередко кровь, хотя бы в виде отдельных эритроцитов.

В начальной стадии туберкулеза почек в моче находят белок в небольшом количестве, редко более 1⁰/₀₀, единичные гиалиновые цилиндры и лейкоциты в количестве, зависящем от стадии заболевания. Реакция мочи при туберкулезе мочевых органов всегда кислая и не становится щелочной даже при наличии в ней большого количества гнойных клеток и при долгом стоянии. При смешанной инфекции реакция мочи может быть и щелочной, поэтому щелочная реакция еще не говорит против тубер-

кулезного процесса. Важным, но непостоянным признаком является профузная макрогематурия. Гематурия нередко внезапно появляется и также внезапно исчезает, сменяясь пиурией, чем отличается от гематурий, вызванных новообразованиями, при которых пиурия обычно не наблюдается. Гематурия при туберкулезе почек отличается от гематурии, вызванной почечными камнями, тем, что ее появление не сопровождается болями, не связано с предшествовавшей травмой или физическим напряжением.

Несомненным доказательством туберкулеза мочевых органов является наличие туберкулезных палочек в осадке мочи. Но, если палочки и не будут найдены, все же нельзя говорить об абсолютном отсутствии туберкулеза. Если другие клинические данные указывают на туберкулез мочевых органов, надо произвести посев полученного осадка мочи на специальных средах или впрыснуть морской свинке этот осадок. Развитие туберкулезного процесса у подопытного животного с несомненностью подтвердит наличие туберкулеза мочевых органов. Однако при всех своих положительных сторонах метод впрыскивания осадка морским свинкам все же сложен. Он требует соответствующей лабораторной обстановки; кроме того, ответ получается лишь через 2 месяца, а за это время процесс может прогрессировать.

В общем для диагностики туберкулеза мочевых органов существует ряд признаков, на основании которых гинеколог может с большой уверенностью заподозрить туберкулез мочевых органов, а владея основными методами урологического исследования, и поставить в ряде случаев правильный диагноз.

При закрытом туберкулезе почек диагноз очень труден, так как в этих случаях в моче нет ни гноя, ни туберкулезных палочек. Нефункционирующая пионефротическая или кавернозная почка большей частью прорастает в виде опухоли. Эту опухоль иногда принимают за холецистит, аппендицит или за какую-либо опухоль брюшной полости. Если при исследовании применяют цистоскопию, то отчетливо видно, что устье мочеточника на стороне такой опухоли не сокращается и из него моча не выбрасывается; еще отчетливее это будет видно при хромоцистоскопии.

Лечение. До последнего времени все хирурги-урологи придерживались того мнения, что единственным надежным эффективным лечением туберкулеза почки, особенно если в процесс не вовлечена вторая почка, является операция удаления больной почки (нефрэктомия).

Лишь в последнее время, с тех пор как при лечении туберкулеза почки начали применять стрептомицин, ПАСК и другие противотуберкулезные химические препараты, появилась обоснованная надежда на полный успех консервативного или консервативно-хирургического лечения этого заболевания, по крайней мере в отношении ближайших результатов, но при обязательном условии консервативного лечения уже в ранних стадиях заболевания.

Большой интерес для акушера-гинеколога представляет вопрос о влиянии туберкулеза почки на течение беременности и беременности—на туберкулез почки.

Как при всех гнойных и воспалительных процессах, беременность под действием токсинов может прерваться в любое время. Прерывание беременности наблюдается главным образом при кавернозных и казеозных туберкулезных процессах.

Многочисленные наблюдения над беременными, перенесшими нефрэктомия, показали, что беременность может быть доношена до срока при

условии, что у больных нет очага где-либо в других органах. Так, Д. П. Кузнецкий приходит к выводу, что нефрэктомия в большинстве случаев не нарушает течения беременности и не является препятствием для последующих родов. А. М. Гаспарян сообщает данные о 32 женщинах, подвергшихся нефрэктомии. У 20 больных беременность не наступала (3 больных предохранялись ввиду имеющих у них других заболеваний, 3 больных предохранялись по совету врача, категорически настаивавшего на предохранении, несмотря на общее хорошее самочувствие больных). Двенадцать женщин забеременели, из них четыре по совету врача прервали беременность (у одной беременность прервана на пятом, у другой — на четвертом, у третьей и четвертой — в конце третьего месяца). Восемь больных благополучно доносили беременность. Кроме указанных больных, оперированных в клинике, автор наблюдал еще 5 нормальных родов у женщин, оперированных вне клиники. Из этих 5 больных четверем нефрэктомия была произведена по поводу туберкулеза, одной — по поводу почечной гематурии. Автор считает, что при одной несомненно здоровой почке, при общем хорошем состоянии мочевых путей и всего организма нет оснований лишать женщину, подвергшуюся нефрэктомии, права быть матерью. С. П. Федоров также поддерживает тезис о возможности благополучно перенести беременность женщине, подвергшейся нефрэктомии, если в других органах нет туберкулезного очага. Далеко не все акушеры согласны с этим мнением.

Некоторые авторы полагают, что если моча перенесшей нефрэктомии содержит туберкулезные палочки, то женщина не должна беременеть по крайней мере в течение 3 лет после операции. П. Д. Соловов и др. указывали, что разрешать беременность женщинам, перенесшим нефрэктомии, следует крайне осторожно, так как удаление туберкулезной почки еще не доказывает излечения процесса, и что под влиянием беременности процесс может вновь вспыхнуть. Таким образом, беременность может быть разрешена лишь при уверенности, что все туберкулезные очаги полностью ликвидированы.

Что касается влияния беременности на течение туберкулезного процесса в почке, то многие наблюдения показали, что при беременности туберкулез почек быстро прогрессирует. Это и обусловило применение нефрэктомии в начальных стадиях туберкулеза при наличии беременности. Так, например, Вербов (Verbow) в сводной статистике, охватывающей 46 случаев сочетания туберкулеза почки (в 84% одностороннего) с беременностью, установил, что во время беременности у 56,2% женщин появляются первые признаки болезни и что беременность провоцирует развитие до того латентного туберкулеза почки, а в 89% случаев резко ухудшает течение процесса. Беременность в то же время не служит противопоказанием к операции на мочевых органах вообще и к односторонней нефрэктомии в частности, в чем раньше сомневались, учитывая лишь повышенные требования к функции почек во время беременности, особенно во второй ее половине.

В начальных стадиях заболевания прекрасные результаты дает лечение стрептомицином. При этом происходит значительная и ускоренная фибролизация и склероз бугорков, а иногда их полное рассасывание, а также рассасывание перифокальных воспалительных изменений. Если в почке имеется каверна, она в части случаев становится гладкостенной, в ней отсутствует гнойное или казеозное содержимое. Однако лечение стрептомицином не разрешает проблемы излечения кавернозной формы туберкулеза почек, — она лишь расширяет пределы хирур-

гического метода лечения при этом заболевании. Удаление пораженной туберкулезным процессом почки без предварительного лечения стрептомицином или другими противотуберкулезными химиопрепаратами признается в настоящее время недопустимым (И. М. Эпштейн).

В комплексе консервативных методов лечения туберкулеза почки огромное значение имеет санаторно-климатическое лечение и лечебное питание. Более подробные данные о лечении туберкулеза мочевых органов см. в соответствующих руководствах и монографиях.

ЭНДОМЕТРИОЗ (рис. 126)

Эндометриоз мочевого пузыря женщины встречается крайне редко. При просмотре сообщений, имеющих в литературе об этой локализации эндометриозов (кстати сказать, описанных гинекологами), оказывается, что они были обнаружены случайно при операции по поводу эндометриоза половых органов; очень редко операция производилась по поводу опухоли мочевого пузыря, которая после микроскопического исследования распознавалась как эндометриоз; иногда эндометриоз мочевого пузыря случайно обнаруживался при вскрытии женского трупа. Поэтому до сих пор еще нет достаточных данных для решения вопроса о характере жалоб и признаков, относящихся исключительно к эндометриозу.



Рис. 126. Эндометриоз мочевого пузыря [Файт-Штеккель (Veit-Stoeckel)].

Клиническое течение, признаки и распознавание. Иногда имеются жалобы на учащенные позывы на мочеиспускание, тупые боли при мочеиспускании и ощущение тяжести внизу живота. Эти ощущения возникают за несколько дней до наступления менструации и прекращаются по окончании менструации. Во время менструации наблюдается гематурия, но этот признак не является постоянным. Вне менструального периода в моче, взятой катетером, крови не содержится. Изменения, происходящие в эндометриозной ткани, хорошо известны акушерам-гинекологам в результате наблюдений за изменениями, происходящими ко времени менструации в крошечных кистозных образованиях, просвечивающих через слизистую оболочку заднего влагалищного свода, в тех случаях, когда эндометриоз развился в простенке между влагалищем и прямой кишкой. Эти кисты, часто величиной с булавочную головку, во время менструации увеличиваются и яснее выступают, а лежащие более поверхностно выделяются своей интенсивной синей окраской (см. раздел Эндометриоз).

Диагноз эндометриоза мочевого пузыря может быть установлен на основании цистоскопического исследования.

Лечение. Эндометриоз, если он не вызывает жалоб, в возрасте, близком к климактерическому, не требует лечения. Если же эндометриоз мочевого пузыря обнаруживают у молодой женщины, жалобы которой настолько

серьезны, что необходимо применить лечение, то оно должно быть главным образом хирургическим. Лучевая терапия при лечении больных чадородного возраста, по аналогии с выбором метода лечения при фибромиоме матки, противопоказана. Если серьезных показаний к операции нет, но эндометриоидный узел расположен у мочеточникового устья, то, чтобы предотвратить возможное при дальнейшем росте узла сдавление мочеточника, целесообразно применить электрокоагуляцию узла эндовезикальным способом.

НОВООБРАЗОВАНИЯ

МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ

Ангиома мочеиспускательного канала представляет собой небольшую синевато-красную опухоль, расположенную у наружного отверстия уретры. Ангиома может служить причиной кровотечения при половом акте. Кроме ангиомы, могут быть обнаружены маленькие, величиной с горошину опухоли яркокрасного цвета, выступающие из наружного отверстия мочеиспускательного канала, которые носят название **карункулов**. Если при наличии карункулов больная жалуется на жжение при мочеиспускании или на другие дизурические явления, то карункулы следует удалить хирургическим путем или термокаутером, гальванокаутером, электрокоагуляцией.

В результате гипертрофии слизистой оболочки мочеиспускательного канала иногда могут образоваться **полипы**; они могут лежать внутри канала или свисать наружу; последние часто изъязвляются. Полип надо удалить. Полипы, свисающие наружу, срезают или удаляют гальванокаутером, электрокоагуляцией; если полип лежит внутри канала, то операцию удаления полипа делают под контролем уретроскопа.

Фибромы и кисты мочеиспускательного канала встречаются редко, лечение их только хирургическое.

Рак мочеиспускательного канала встречается редко. Признаками рака служат кровавистые выделения, боли, недержание мочи. Прогноз плохой. Длительное излечение наблюдается редко даже после радикальной операции (удаление новообразования вместе с жомом и шейкой мочевого пузыря). Так как в результате операции появляется непроизвольное мочеиспускание, то в последнее время стали охотнее применять лучевое лечение (см. раздел «Злокачественные опухоли женских половых органов»).

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Первичные опухоли мочевого пузыря встречаются у женщин значительно реже (по некоторым авторам в 4—7 раз), чем у мужчин. Наиболее часты **папилломы**: они лежат обычно в области треугольника и имеют ножку. Кровеносная сеть папиллом сильно развита и потому папилломы мочевого пузыря иногда приводят к большим кровотечениям. По своему гистологическому строению папилломы мочевого пузыря относятся к доброкачественным опухолям. Клиническое течение их, однако, весьма напоминает течение злокачественных опухолей: в операционном рубце часто развиваются прививочные метастазы с ясно выраженным злокачественным ростом; в некоторых случаях при тщательном и подробном гистологическом исследовании удаленных опухолей удавалось обнаружить единичные маленькие ограниченные участки злокачественного новообразования. Нередко папиллома может достичь больших размеров, не инфильтрируя



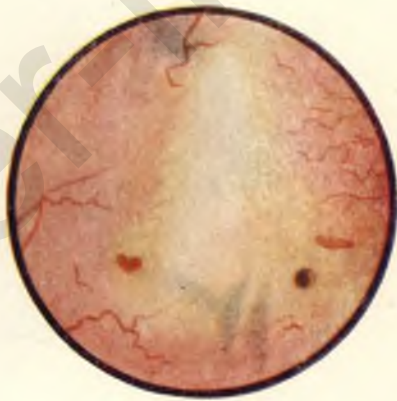
a



б



в



г

Рис. 127. Папиллома мочевого пузыря (собственное наблюдение).
a—папиллома до внутрипузырной электрокоагуляции; *б*—папиллома после первого сеанса электрокоагуляции; *в*—папиллома после повторных сеансов электрокоагуляции; *г*—белый рубец, оставшийся на слизистой мочевого пузыря после уничтожения папилломы внутрипузырной электрокоагуляцией.



Рис. 128. Гипернефрома [Файт-Штеккель (Veit-Stoessel)].
Препарат двусторонней гипернефромы, полученный на вскрытии
трупа женщины 59 лет. Левая почка полностью разрушена новообра-
зованием. Тромбоз венозных сосудов левой почки и мочеточника, а
также мочевого пузыря с кровоизлиянием в его слизистую оболочку.

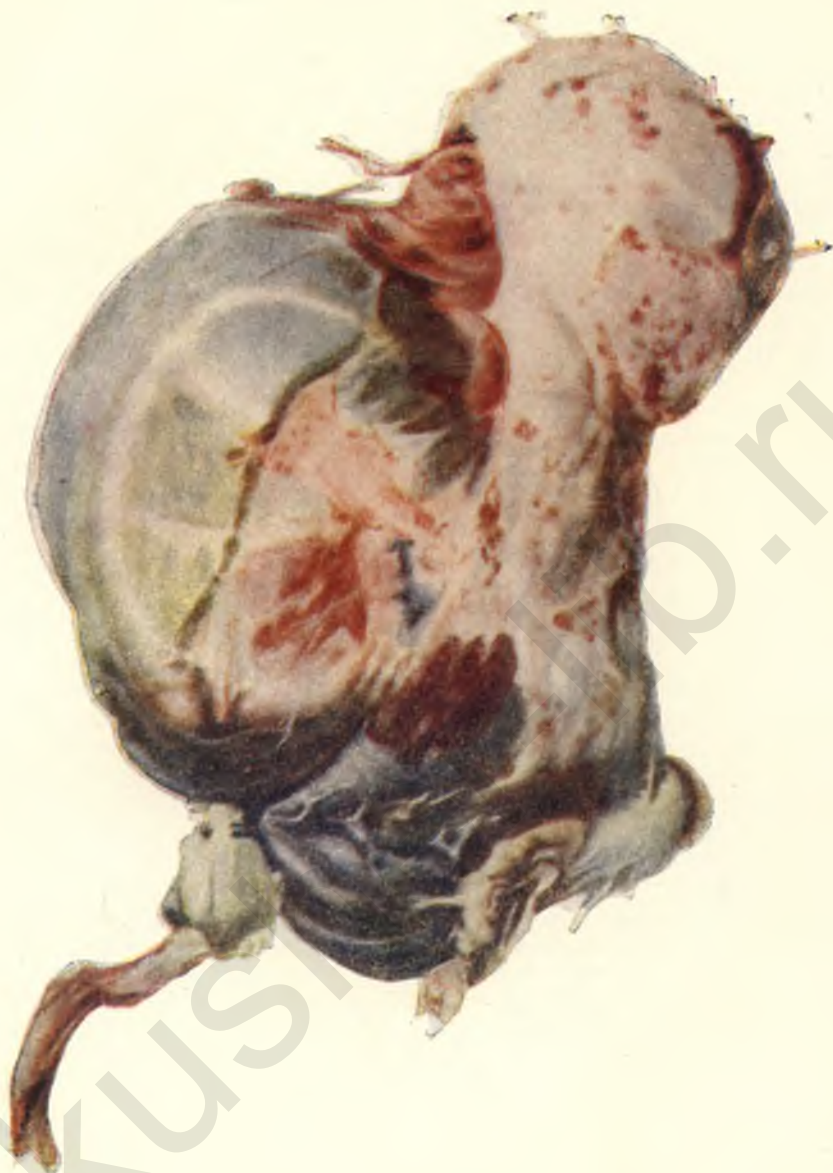


Рис. 129. Гидронефроз [Файт-Штеккель (Veit-Steockel)].

Гидронефроз у женщины 59 лет (случай описан В. Штеккелем). Больная страдала кифосколиозом, крайне истощена. При исследовании непосредственно над ретрофлексированной маткой была обнаружена умеренно подвижная, гладкостенная, эластическая опухоль величиной с голову взрослого. Диагноз: киста яичника. При чревосечении обнаружен гидронефроз; произведена нефрэктомия с иссечением мочеточника. На 12-й день наступила смерть от эмболии легкого. На рисунке гидронефроз уже на три четверти опорожнен.



Рис. 131. Уретеропеле. Цистоскопическая картина: резко суженный нижний отрезок мочеточника выпячивается в мочевой пузырь в виде опухоли. Хромоцистоскопия обнаруживает выделение тончайшей струйки мочи, окрашенной в синий цвет, из отверстия опухоли (собственное наблюдение).

подлежащей ткани и сохраняя доброкачественный характер; после простого (нерадикального) удаления не дает рецидивов. .

Папиллому можно распознать при двуручном исследовании, но установить локализацию ее можно только при помощи цистоскопии. В цистоскопической картине характерным является наличие одной или нескольких опухолей, ворсинки которых свободно колеблются, как бы плавая в жидкости, которой наполнен мочевой пузырь. Слизистая мочевого пузыря сохраняет нормальный вид. При папиллярном раке мочевого пузыря, с которым легче всего смешать папиллому, характерно наличие в опухоли более грубых и коротких ворсинок, колебания которых происходят не так свободно, как при папилломе; поверхность папиллярного рака покрыта некротическими отложениями; точных границ раковая опухоль не имеет. Слизистая, окружающая раковую опухоль, инфильтрирована, местами в ней имеются кровоизлияния.

Лечение папиллом мочевого пузыря заключается в удалении опухоли. Хорошие результаты дает электрокоагуляция опухоли под контролем цистоскопа.

Техника электрокоагуляции папилломы мочевого пузыря не представляет затруднений для гинеколога, владеющего цистоскопией и методом электрокоагуляции (рис. 127). Для электрокоагуляции применяют тот же аппарат, что и для диатермии. Большой индифферентный увлажненный электрод подкладывают под крестец, а активный электрод, имеющий форму мочеточникового катетера, вводят через мочеточниковый цистоскоп в мочевой пузырь, наполненный раствором борной кислоты, до соприкосновения с опухолью. Включают ток, и через 10—12 секунд на месте соприкосновения электрода с опухолью образуется серо-белый струп. Ток выключают и конец электрода направляют на другой, еще не коагулированный участок опухоли и т. д. Сеансы повторяют через 4—5 дней; число сеансов колеблется от 2 до 5. Количество сеансов увеличивают соответственно количеству имеющихся папиллом. В течение нескольких дней после сеанса электрокоагуляции в моче обнаруживают примесь крови и некротических частиц. Если папилломы очень маленькие, можно ограничиться одним сеансом электрокоагуляции. На месте опухоли образуется белый рубец (рис. 127).

Учитывая, что уничтожение папилломы не устраняет своеобразную способность слизистой мочевого пузыря разрастаться и вновь образовывать папилломы, Р. М. Фронштейн советует в течение ближайших 3 лет после электрокоагуляции периодически подвергать большую проверочной цистоскопии с тем, чтобы при первом же появлении папилломы тотчас же применить электрокоагуляцию.

ПОЧКИ

Доброкачественные опухоли почки—липомы, фибромы, миомы—встречаются очень редко и представляют только казуистический интерес. Чаще встречаются так называемые гипернефромы.

Гипернефромами называют аденомы, развившиеся из надпочечника (из его корковых клеток). Гипернефрома может быть доброкачественной и злокачественной. Чаще встречаются доброкачественные гипернефромы; клинически они ничем себя не проявляют. Злокачественные же хотя встречаются реже, но имеют большее практическое значение. Поэтому «гипернефромой» принято называть злокачественную форму.

Гипернефромы бывают разной величины—от лесного ореха до головы взрослого человека. Гипернефрома часто бывает круглой, иногда непра-

вильной формы; она может быть и бугристой; консистенция ее плотная, местами кистозная. Гипернефрома гнездится в почках и отличается склонностью рано прорасти в кровеносные сосуды, особенно в вены (рис. 128). Опухоль распространяется и по лимфатической системе (И. В. Давыдовский). Гипернефрому изредка находили и в других органах—в яичниках, широких связках матки, во влагалище.

Клиническое течение, признаки, распознавание. Основными признаками гипернефромы являются: гематурия, опухоль в области почки и боль. Гематурия наступает в результате разрушения стенок кровеносных сосудов новообразованием. Кровавая моча появляется иногда внезапно, иногда ее появлению предшествуют густые боли в области почек, в пояснице и в боку, иногда же имеет место типичная почечная колика. Количество крови в моче непостоянно, но обычно моча густо окрашена. Гематурия не является ранним признаком заболевания, при первом появлении крови в моче исследование часто обнаруживает уже большую опухоль почки. Для гематурии при гипернефроме характерно то, что боль возникает после или во время кровотечения и является следствием растяжения почечной лоханки или мочеточника излившейся кровью [при почечнокаменной болезни сначала имеет место колика, а затем гематурия (колика является не следствием, а причиной гематурии)]. Гематурия может сопровождаться повышением температуры тела, рвотой. При ощупывании находят в подреберье бугристую мало болезненную опухоль. Как и другие опухоли, почечная гипернефрома лежит забрюшинно, поэтому перкуссия со стороны передней брюшной стенки дает тимпанит, который усиливается после вдвухания воздуха через задний проход. Почка, пораженная гипернефромой, сравнительно долго остается подвижной и этим отличается от других злокачественных новообразований почки, которые, как правило, очень рано срастаются с окружающими тканями и делают почку неподвижной. Пока опухоль не проросла в лоханку и не вызвала кровотечения, она не отражается на общем состоянии больной. Общее состояние больной начинает страдать, когда появляются боли и гематурия; оно особенно ухудшается при появлении метастазов, которые распространяются в отдаленные органы—легкие, печень, костный мозг,—или когда опухоль прорастает капсулу почки, срастается с печенью, диафрагмой, брюшиной и т. д., а также когда процесс, распространившись по лимфатическим путям, поражает забрюшинные железы. Боли постепенно усиливаются, они могут иррадиировать в пах, крестец, ногу; появляются отеки, процент гемоглобина падает, уменьшается количество эритроцитов. Но все эти симптомы, которые вместе с данными исследованиями области почки облегчают распознавание гипернефромы, к сожалению, часто появляются слишком поздно.

Из признаков, позволяющих установить диагноз, на первом месте стоит прощупываемая в том или другом подреберье опухоль, по форме напоминающая увеличенную почку, но она может быть и шаровидной и иметь выступы на поверхности; края опухоли закругленные, консистенция ее плотно-упругая и только изредка имеется ощущение истинной или ложной флюктуации.

Как мы указывали, гематурия является относительно ранним признаком гипернефромы; поэтому каждую больную, жалующуюся на гематурию, надо исследовать цистоскопически. Для раннего распознавания гипернефромы очень важно произвести цистоскопию именно в период кровотечения, иначе, если опухоль еще не прощупывается и нет болей, нельзя будет установить, какая именно почка поражена. Если же, наряду с гематурией, в брюшной полости прощупывается опухоль, соответствующая той

почке, из которой при цистоскопии наблюдалось выделение кровавой мочи, то это подтвердит диагноз новообразования. Если цистоскопию производят в период, свободный от гематурии, следует применить хромоцистоскопию. При почечнокаменной болезни, при туберкулезе, при всех нагноительных процессах в почке выделение индигокармина обычно значительно задерживается, тогда как при опухоли почки выделение индигокармина нарушается значительно меньше. Большую диагностическую ценность имеет пиелография.

Как редкая казуистика были описаны опухоли типа гипернефромы или гиперплазии коры надпочечника у женщин со сложным синдромом: волосатость всего тела (гипертрихоз), ожирение, омужествление (вирилизм) и расстройство функциональной деятельности яичников. Этот синдром получил название **гирсутизма**, или надпочечниково-полового синдрома, указывающего на генетическую связь его с поражением двух эндокринных желез: коры надпочечника и половых желез.

Особое место среди опухолей почек занимает гидронефроз.

Гидронефроз—ретенционная киста почки—развивается в результате препятствия поступлению мочи из почки в мочевой пузырь. Эти препятствия часто лежат по ходу мочеточника; они могут возникнуть вследствие перегиба мочеточника при смещении почки, а также при полном выпадении влагалища и матки. Просвет мочеточника может сузиться вследствие давления, которое оказывает раковая опухоль, исходящая из шейки матки или из влагалища, раковый метастаз, возникший в тазовой клетчатке, а также воспалительный инфильтрат в тазу. Рубцы, образовавшиеся после радикальной операции удаления матки с придатками и тазовой клетчаткой или после операции на самом мочеточнике, также могут вызвать сужение мочеточника. Препятствием для свободного поступления мочи в мочевой пузырь могут служить мочеточниковые камни, врожденные сужения мочеточника, которые, по С. П. Федорову, представляют собой аномалии развития или результат болезненного процесса, наступившего еще во время утробной жизни. Препятствием может служить также атония мочеточника с нарушением его нормальной перистальтики. Значительно реже препятствия лежат в почечной лоханке, мочевом пузыре, уретре.

Как видно из вышеизложенного, патогенез гидронефроза иногда тесно связан с предшествовавшим заболеванием половых органов, с последствиями произведенной по поводу этого заболевания операции, с клиническим течением болезни в данное время.

Экспериментальные работы отечественных авторов (школы С. П. Федорова и др.) по патогенезу гидронефроза показали, что всякое препятствие оттоку мочи из почки, от чего бы оно ни зависело, дает при асептичном течении пиелоэктазию, гидронефроз или атрофию почки.

В 1921—1923 гг. мы оперировали больных с запущенным раком шейки матки; в числе этих больных бывали и такие, у которых стенки мочеточника оказывались замурованными или инфильтрированными раковым новообразованием на большом расстоянии по направлению к почке. Среди них были четыре, у которых пришлось резецировать мочеточник и у центрального конца его сделать из самого мочеточника два узла, лежащих близко друг от друга и как можно ближе к почке. Результаты подобной перевязки мочеточника собственным узлом оказались благоприятными—наступала атрофия почки без клинических признаков гидронефроза.

Для выяснения механизма возникновения гидронефроза при перевязке мочеточника двойным узлом Е. М. Шварцман производил опыты на собаках. Оказалось, что у всех

оперированных собак наступал гидронефроз различной степени, причем ни разу не удалось получить первичную атрофию почки. Надо полагать, что и у оперированных нами больных атрофия почки наступала не первично, а после короткого бессимптомного периода пиэлоэктазии или гидронефроза. Инфицированность гидронефроза является, по мнению А. Я. Абрамяна, добавочным, но отнюдь не обязательным фактором.

Клиническое течение, признаки и распознавание. Гидронефротическая почка представляет собой гладкую эластическую опухоль, иногда ясно флюктуирующую. Флюктуация может и не ощущаться как при чрезмерно тугом, так и при мало наполненном мешке, в который превратилась почка. Опухоль лежит в подреберье и выдается из-под края ребер; при двуручном исследовании со стороны поясницы опухоль ясно прощупывается ближе к задней стенке живота; при этом получается ощущение баллотирования—ощущение, хорошо знакомое акушерам-гинекологам.

Гидронефротическая почка иногда почти не превышает размеров нормальной почки, иногда же достигает огромных размеров. Если сращений нет, то почка сохраняет некоторую присущую ей подвижность. Боль не является ни характерным, ни постоянным признаком гидронефроза; в ряде случаев гидронефроз развивается медленно и постепенно, не вызывая никаких болезненных ощущений. Иногда боли наблюдаются уже в начале развития гидронефроза; так, например, при внезапной закупорке гидронефротической опухоли больные жалуются на острые коликообразные боли в подреберье и в соответствующей половине поясничной области; эти боли могут иррадиировать в пах, бедро, в область половых органов. Если при этом появляется гематурия, то она обычно возникает по окончании припадка болей, тогда как при новообразованиях сначала наступает гематурия вследствие закупорки отверстия кровяным сгустком, а потом приступ боли. При очень большом гидронефрозе больные испытывают ощущение давления, тяжести и стеснения в соответствующем боку и в полости живота, а также боли при ходьбе и при других движениях. Иногда гидронефротическая почка резко уменьшается вследствие временного опорожнения гидронефротического мешка, которое сопровождается обильным выделением мочи.

Очень большой гидронефротический мешок, с трудом определяемый в сильно растянутом животе, можно принять за асцит или смешать с другими опухолями брюшной полости, особенно с имеющими эластическую консистенцию, как, например, с опухолью желчного пузыря (последняя отличается боковой маятникообразной подвижностью; Е. М. Тареев). Особенно важно для акушера-гинеколога отличать гидронефроз от кисты яичника (рис. 129). При наружном исследовании нижний полюс гидронефротической опухоли хорошо контурируется, тогда как верхний уходит в подреберье и не контурируется; при наличии кисты хорошо контурируется верхний ее полюс, а нижний, особенно при большой опухоли в короткой ножке, уходит в глубину таза и при наружном исследовании не определяется. Наиболее характерным признаком гидронефроза является его ретроперитонеальное расположение; в результате этого перкуссия живота обнаруживает над гидронефрозом кишечный звук.

Громадное значение в распознавании гидронефроза имеют цистоскопия, катетеризация мочеточников и пиэлография.

Цистоскопия при гидронефрозе обнаруживает неподвижное, расширенное или слабо сокращающееся устье мочеточника, а иногда даже полное отсутствие выделения мочи на соответствующей стороне.

Катетеризация мочеточников показывает, что моча непрерывно выделяется из катетера, тогда как в норме она выделяется периодически

и по каплям. Введенный в вену индигокармин вовсе не выделяется из почки, иногда же через 20—30 минут после инъекции наблюдается выделение мочи, окрашенной в бледно-голубой цвет.

Выделительная пиелография подтверждает диагноз, так как дает представление о размерах, конфигурации и положении лоханки и позволяет таким образом отличить пиелонефроз от гидронефроза. Пиелограмма может также указать и на моменты, говорящие о патогенезе гидронефроза в каждом конкретном случае.

Лечение. Если гидронефротическая почка не вызывает жалоб, нет надобности прибегать к лечению. В тех же случаях, когда она достигает значительной величины и сопровождается полной гибелью почечной паренхимы, когда имеется угроза разрыва гидронефротического мешка, показано удаление его хирургическим путем при обязательном условии достаточной функции второй почки.

Небольшой гидронефроз, но вызывающий частые припадки почечной колики, также подлежит операции. При одностороннем пиелонефрозе показано удаление гнойной опухоли, а при двустороннем пиелонефрозе, прогноз которого всегда очень плохой, — только консервативное лечение: общая пенициллинотерапия в сочетании со стрептомицинотерапией, внутривенное введение 40% уротропина, лечение минеральными водами, применение теплых общих или сидячих ванн и пр.



Рис. 130. Частичное выпадение стенки мочеиспускательного канала при опущении стенок влагалища.

СМЕЩЕНИЯ

Выпадение слизистой оболочки мочеиспускательного канала. При круговом (полном) выпадении слизистой оболочки вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала образуется кольцевидный валик (рис. 130). Этим выпадение слизистой отличается от полипа.

Выпадение слизистой оболочки, по данным одних авторов (Б. Н. Хольцов), встречается редко, другие авторы (А. А. Ануфриев, А. М. Мажбиц) считают, что это не столь уже редкая находка. Л. М. Теплицкий опубликовал в 1952 г. 14 подобных случаев.

Выпавшая слизистая оболочка часто имеет красноватый оттенок и при дотрагивании легко кровоточит.

Жалобы больных при медленно образующемся выпадении напоминают жалобы при выпадении матки. Лечение хирургическое. При внезапно возникшем выпадении можно попытаться вправить выпавшую слизистую неоперативным путем.

Смещение мочевого пузыря. Как уже указывалось, выпадение матки очень часто влечет за собой опущение мочевого пузыря (цистоцеле). Если в тазу ущемится какая-нибудь опухоль или беременная матка, лежащая в ретродевиации, может наступить парадоксальная ишурия (см. ниже).

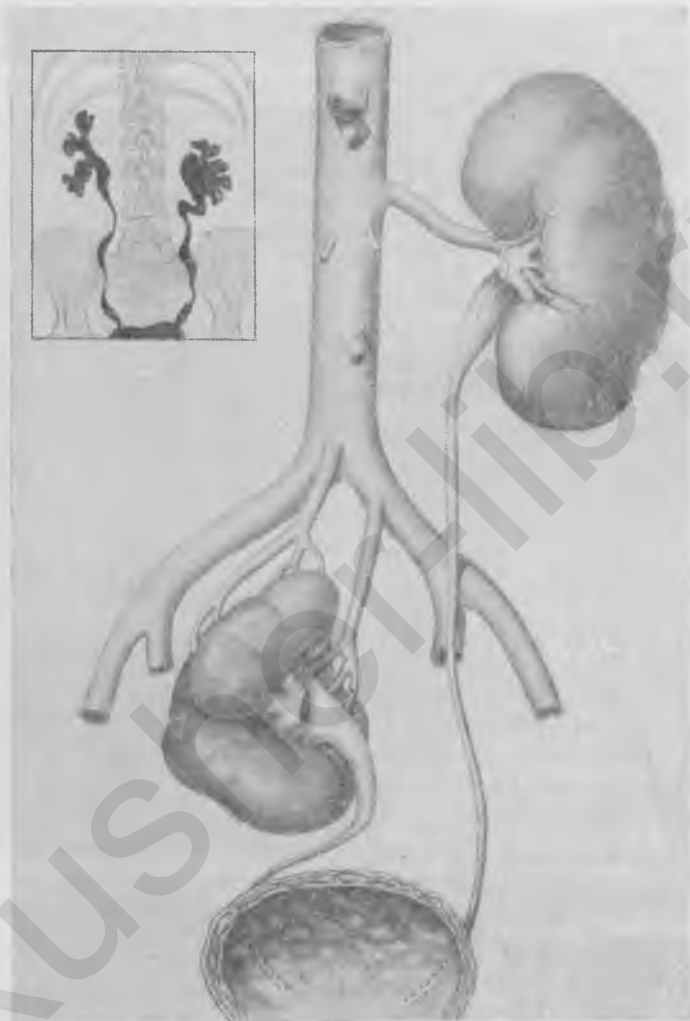


Рис. 132. На маленьком рисунке слева представлено опущение обеих почек и развившаяся в левой почке пиэлоэктазия. На большом рисунке: правая почка лежит в тазу; левая почка вместе с мочеточником, входящим в мочевой пузырь, расположена нормально [Опитц (Opitz)].

Уретероцеле (рис. 131). В настоящее время, благодаря широкому применению цистоскопии не только в урологии, но и в гинекологии, уретероцеле обнаруживается уже не так редко.

Смещение (дистопия) почек встречается у женщин гораздо чаще, чем у мужчин (по В. А. Горашу, на 500 случаев смещения у женщин оно наблюдалось у мужчин лишь 14 раз). Нередко дистопия почки сочетается с по-

роками развития половых органов. Обычно почка из нормального положения смещается по вертикали вниз (рис. 132). Смещенную и лежащую в полости таза почку иногда принимали за опухоль и удаляли оперативным путем. Такая операция может закончиться трагически, если удалена была единственная почка. Левая почка опускается чаще, чем правая.

При смещении обеих почек степень смещения их бывает различной: например, одна почка лежит в малом тазу, а другая—в поясничной области. Обычно смещенная почка неподвижна ввиду того, что ее сосуды коротки. Мочеточник в этих случаях укорочен и отходит от почечной лоханки под более или менее острым углом (в зависимости от степени смещения); направляясь вниз, он образует изгиб. Все это способствует застою мочи в почечной лоханке, что благоприятствует развитию воспалительного процесса в лоханке и камнеобразованию. Врожденное смещение почки может ничем не проявляться; у некоторых же женщин отмечаются болезненные ощущения, невроты, диспептические явления. Тазовая почка может явиться препятствием в родах; давя на мочевой пузырь, она может вызывать расстройства мочеиспускания и боли в крестце.

Р а с п о з н а в а н и е. В некоторых случаях наличие опущенной почки можно заподозрить уже при тщательном гинекологическом исследовании. Тазовая почка часто прощупывается в виде бугристой опухоли; по форме и консистенции она напоминает нормальную почку; при ощупывании смещенная почка иногда болезненна, часто малоподвижна. Смещенная почка обычно лежит впереди от мыса, в области подвздошной ямки или подвздошно-крестцового сочленения. Даже подвижную смещенную почку не удастся перевести на противоположную сторону, что легко удастся при наличии, например, опухоли яичника, часто не имеющей длинной ножки.

Для того чтобы определить, является ли опухоль смещенной почкой, С. П. Федоров и другие авторы предлагают произвести так называемую пальпаторную альбуминурию, которая проявляется в том, что после 10-минутного массажа «опухоли» в моче появляется белок, которого раньше не было. Появление белка указывает на то, что обнаруженная опухоль является почкой. При распознавании смещенной почки ряд авторов (С. П. Федоров, В. А. Гораш и др.), помимо общего исследования, придают большое значение результатам исследования женщины в разных положениях: в стоячем с несколько наклонным вперед туловищем, в лежащем на спине и на противоположном боку. В неясных случаях В. А. Гораш советует заставить больную сделать несколько сгибаний и разгибаний или пройтись, после чего надо повторить ощупывание. Смещенные почки нередко подвержены различным заболеваниям, о которых следует помнить при обследовании женщины с неясным заболеванием (В. А. Гораш).

Л е ч е н и е. Лечение смещенной почки может быть хирургическим или ортопедическим (бандаж, пояс), поэтому больную следует направить к хирургу или ортопеду. Если таких специалистов нет, то гинеколог должен принять необходимые меры к облегчению страданий больной.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

В практике акушера-гинеколога может встретиться такой редкий случай, как выворот мочевого пузыря (рис. 133), сопровождающийся наличием расщелин в нижней части передней брюшной стенки. Подобная аномалия может быть обнаружена уже у новорожденной девочки. **Л е ч е н и е**—исключительно хирургическое.

Из других пороков развития внимание гинеколога привлекает наличие одной подковообразной почки.

Пороки развития наблюдаются и со стороны почечных лоханок и мочеточников и распознаются иногда уже при цистоскопии, большей же частью—при пиэлографии. Наличие подобных аномалий может отразиться на течении воспалительного процесса, например, на пиэлите или камнеобразовании.

МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ

Венцом подготовки акушера-гинеколога к самостоятельной деятельности является успешная работа по борьбе с мочеполовыми свищами. Огромную роль здесь играет не столько лечение мочеполовых свищей, сколько их предотвращение.

Профилактика мочеполовых свищей—задача, вполне осуществимая, как это убедительно показал опыт работы всей советской системы охраны материнства и детства.

В акушерской практике основной причиной образования мочеполовых свищей является, как известно, длительное ущемление мягких родовых путей и стенок мочевого пузыря во время родового акта. Это осложнение обычно наблюдается при наличии так называемого клинически узкого таза. В целях профилактики длительного ущемления весьма важно, чтобы беременная с узким тазом состояла все время под наблюдением врача, для того чтобы он мог заблаговременно направить ее на роды в родильный дом, обеспеченный квалифицированной акушерской помощью. Во время родов у женщин с узким тазом акушер должен тщательно наблюдать за продвижением головки через родовые пути. Он должен помнить, что длительная задержка мочеиспускания во время родов

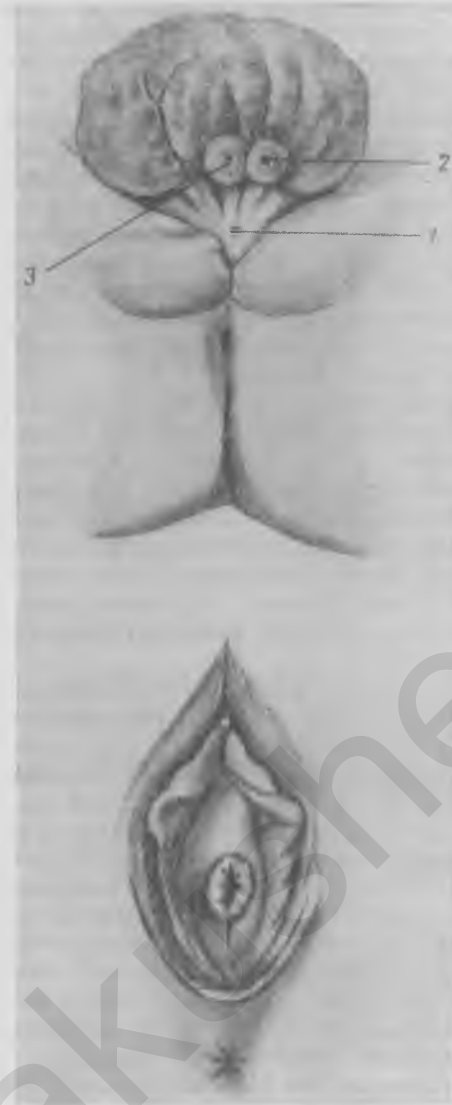


Рис. 133. Вверху—выворот стенок мочевого пузыря.

1—углубление, где должно находиться внутреннее отверстие мочеиспускательного канала; 2 и 3—валики вокруг устьев обоих мочеточников. Внизу—широкий мочеиспускательный канал при врожденном отсутствии влагалища (Штеккель).

при давно отошедших водах и фиксированной во входе или вколоченной в таз головке, примесь крови к моче, взятой катетером, являются призна-

ками ущемления. Ущемление сопровождается нарушением питания тканей, подвергшихся ущемлению, в результате чего в послеродовом периоде может образоваться мочеполовой свищ. Предвидя такое осложнение, необходимо проводить соответствующие акушерские мероприятия (см. руководства по акушерству).

Акушерские операции как таковые редко вызывают ранения мочевых органов. Если такое повреждение наступит во время операции, то в большинстве случаев мягкие ткани родовых путей и мочевого аппарата уже были подготовлены к этому длительным сдавливанием, а операция явилась лишь последним толчком к возникновению осложнения.

В гинекологической практике мочеполовые свищи наблюдаются главным образом в результате хирургического лечения женских болезней, особенно же запущенных форм рака шейки матки. Во избежание такого осложнения следует рекомендовать даже гинекологам, владеющим техникой этой сложной операции, прибегать к ней лишь в ранних стадиях рака шейки матки. Если же процесс перешел на окружающую тазовую клетчатку, следует предпочесть лучевую терапию. Для профилактики запущенных форм раковых заболеваний женских половых органов огромное значение имеет широкая диспансеризация женщин, особенно зрелого и пожилого возраста.

Таким образом, основным методом профилактики мочеполовых свищей является высокая степень организации работы акушерско-гинекологических учреждений на местах, рациональное научно обоснованное родоспоможение, наличие высококвалифицированных кадров врачей и акушеров.

ИШУРИЯ (ISCHURIA)

Ишурия—задержка мочеиспускания—может быть полной и неполной. Причины ишурии разнообразны: травмы и заболевания центральной нервной системы (особенно спинного мозга—табес), начальные стадии поперечных поражений спинного мозга, различные по своему патогенезу (миэлит, сдавление), травматические повреждения мочевых путей, разлитой воспалительный процесс в полости малого таза, прижатие уретры опухолью и пр.

В акушерско-гинекологической практике ишурия чаще встречается в виде послеродовой, послеоперационной и парадоксальной.

Послеродовая ишурия наблюдается обычно в первые дни послеродового периода (см. руководства по акушерству).

Послеоперационная ишурия может, как и послеродовая, возникнуть в результате непривычки больной мочиться лежа. Широкое распространение метода местного обезболивания при гинекологических операциях, разработанного рядом советских гинекологов (В. П. Михайлов, В. А. Покровский, А. И. Тимофеев, П. В. Маненков, И. Ф. Козлов, Б. С. Пойзнер) и применяемого при гинекологических операциях, облегчает борьбу и с послеоперационной ишурией, так как позволяет сажать или поднимать большую для мочеиспускания вскоре после операции. Для того чтобы после влагалищных операций моча не раздражала поврежденной кожи промежности, мы тотчас после окончания операции обильно смазываем операционное поле стерильным вазелином или каким-либо растительным маслом. Покрывая кожу наружных половых органов и промежности, обработанную йодной настойкой и увлажняемую во время операции кровью и влагалищными выделениями, масло хорошо предохраняет ее от мацерации. Профилактическим средством против возникновения после-

операционной ишурии является рациональная подготовка больных к операции и правильное ведение послеоперационного периода (см. руководства по хирургии и по оперативной гинекологии).

При развившейся послеоперационной ишурии назначают молочно-растительную диету, тепло на область мочевого пузыря, обильное питье. Хорошие результаты получают от приема внутрь салолы с белладонной в обычной дозировке 3 раза в день и внутривенного введения 40% раствора уротропина по 5 мл через 3—4 дня. При развившемся цистите—лечение последнего (см. выше).

Парадоксальная ишурия (*ischuria paradoxa*)—своеобразный симптом расстройства мочеиспускания, заключающийся в самопроизвольном выделении мочи по каплям из переполненного мочевого пузыря при невозможности его произвольно опорожнить. Этот симптом наблюдается при некоторых заболеваниях спинного мозга, а также при ряде урологических заболеваний. Акушеры-гинекологи наблюдают парадоксальную ишурию главным образом при ущемлении в тазу ретрофлексированной беременной матки (загиб беременной матки кзади).

Ущемленная беременная матка, выполняя малый таз, сдавливает спереди шейку мочевого пузыря и внутреннее отверстие мочеиспускательного канала, а сзади—прямую кишку. Давление влагалищной части матки на шейку мочевого пузыря и на уретру вызывает затрудненное мочеиспускание; иногда мочеиспускание становится вовсе невозможным. Моча скопляется в мочевом пузыре и растягивает его так, что верхняя граница мочевого пузыря поднимается до пупка и даже выше. Такое растяжение мочевого пузыря не остается без влияния на проходимость мочеточников. Мочевой пузырь беспрерывно наполняется мочой и наконец наступает момент, когда либо он должен лопнуть, либо (что обычно и происходит) моча начинает по каплям просачиваться наружу через растянутую, отечную уретру. Тогда возникает картина так называемой парадоксальной ишурии, характеризующаяся тем, что моча непроизвольно и беспрерывно вытекает по каплям из уретры, мочевой же пузырь остается переполненным. В результате длительного перерастяжения стенок мочевого пузыря нарушается его питание и в дальнейшем наступает некроз. Если нет нормальной струи мочи, то непроизвольное истечение мочи по каплям способствует проникновению микробов из уретры в мочевой пузырь. В некротизирующейся слизистой мочевого пузыря микробы находят благоприятную среду для развития, в результате чего наступает гангрена. Гангренозный же цистит может перейти в восходящий пиелонефрит и общий сепсис. Не исключена и возможность разрыва гангренизирующего мочевого пузыря с последующим перитонитом. В редких случаях наблюдалось выздоровление после самостоятельного выделения через уретру омертвевшей слизистой мочевого пузыря с подлежащим тонким мышечным слоем. Но и в подобных случаях оставались серьезные последствия в виде рубцового сморщивания мочевого пузыря, образования в нем дивертикулов, расширения устьев мочеточников, запирательный аппарат которых перестает функционировать.

Среди анамнестических данных особое внимание обращают на себя жалобы беременной на постоянные позывы на мочеиспускание, появившиеся в конце третьего или на четвертом месяце беременности, причем каждый раз выделяется лишь несколько капель мочи. При наружном исследовании над лобком обнаруживается вместо матки тонкостенная, флюктуирующая опухоль, доходящая до пупка, а иногда и выше (переполненный мочевой

пузырь). При влагалищном исследовании влагалищная часть матки оказывается резко смещенной вверх и впереди, задний влагалищный свод выпячен объемистым телом—беременной маткой. Чтобы избежать диагностической ошибки, необходимо в каждом случае при жалобах беременной на невозможность мочеиспускания прибегнуть к катетеризации. Катетеризация помогает не только распознать заболевание, но и излечить его, так как придать правильное положение матке можно лишь после опорожнения переполненного мочевого пузыря. В этих случаях надо пользоваться для катетеризации не обычно применяемым гинекологами женским катетером, а мужским металлическим катетером, так как при вытянутой уретре женский катетер оказывается слишком коротким; резиновый же катетер может не пройти через сдавленное шейкой матки внутреннее отверстие уретры.

Опорожнив мочевой пузырь, приводят матку в нормальное положение. Так как это вмешательство болезненно, то его рекомендуется делать под наркозом. Для более подробного ознакомления с техникой этого вмешательства мы отсылаем читателя к руководствам по акушерству. Здесь мы остановимся лишь на тех методах лечения, к которым приходится прибегать, если катетеризация не удалась.

Причиной неудачной катетеризации может быть не только сильное прижатие уретры к лонной кости, но и закупорка уретры некротическими массами, отделившимися от стенки мочевого пузыря. Попытка уменьшить ретрофлексированную матку проколом плодного пузыря через шейечный канал в большинстве случаев не удастся, так как высоко стоящая влагалищная часть матки почти или вовсе не достигается. Прокол матки и плодного пузыря толстой иглой или троакаром через задний влагалищный свод опасен: во-первых, можно поранить кровеносный сосуд и вызвать этим сильное внутреннее кровотечение, во-вторых, можно внести инфекцию в полость брюшины (В. С. Груздев). Поэтому некоторые авторы в таких случаях прибегали к лапаротомии.

Описанное тяжелое осложнение беременности встречается очень редко. Советская система организации охраны материнства и детства обеспечивает каждую беременную систематическим наблюдением врача женской консультации, объединенной с родильным домом. Добросовестный и знающий врач легко обнаружит загиб матки еще в начале беременности; но, обнаружив загиб, не следует немедленно производить какие-нибудь манипуляции для приведения матки в нормальное положение, так как весьма возможен и самопроизвольный переход матки в правильное положение. Сообщать женщине об обнаруженном загибе, по нашему мнению, также пока не следует, чтобы преждевременно и, быть может, напрасно не волновать ее. При первых же признаках нарушения мочеиспускания или в случае появления малейших признаков угрожающего выкидыша необходимо срочно стационаризовать беременную в отделение патологии беременности родильного дома. Если у беременной имеется загиб матки кзади и к началу четвертого месяца не произойдет самопроизвольного перехода матки в нормальное положение, то беременную также надо стационаризовать в отделение патологии беременности.

АНУРИЯ

Анурией принято называть такое состояние организма, при котором моча по тем или иным причинам не поступает в мочевой пузырь. Различают, во-первых, секреторную, или истинную, анурию, которая

может наблюдаться в двух разновидностях: р е н а л ь н а я а н у р и я, возникающая в результате различных патологических процессов в самой почке, и п р е р е н а л ь н а я а н у р и я, возникающая при совершенно здоровых почках как следствие процессов, протекающих вне их (расстройства почечного кровообращения на почве анемий в результате массивных кровопотерь; шоковое состояние, спинномозговая анестезия; психическая травма; послеродовые и послеабортные инфекционные заболевания); во-вторых, э к с к р е т о р н у ю (субренальную), или л о ж н у ю, а н у р и ю, когда имеется препятствие к свободному оттоку мочи из почек, сопровождающееся нарушением почечной функции. Могут наблюдаться и анурии смешанного характера.

Анурия, по мнению И. Н. Шапиро, является следствием нарушений клубочковой ультрафильтрации или канальцевой реабсорбции, или обеих вместе. Вследствие повреждения канальцевого аппарата его проницаемость нарушается (А. Я. Пытель): некроз эпителия канальцев позволяет неадсорбированному клубочковому фильтрату проникнуть обратно в кровь: олигурия с низким удельным весом мочи вскоре уступает место анурии. Особое место среди анурий занимает р е ф л е к т о р н а я а н у р и я. По С. П. Федорову, сущность ее заключается в том, что «совершенно здоровая почка при нормальном состоянии своего мочеточника внезапно перестает выделять мочу, как только почему-либо останавливается секреция мочи в другой, больной, почке. Такая форма анурии называется рефлекторно-почечной в отличие от рефлекторно-периферической, при которой обе до того здоровые почки внезапно прекращают свою секреторную деятельность под влиянием каких-либо периферических раздражений».

Нейрогенная теория патогенеза анурии является в настоящее время общепризнанной.

К л и н и ч е с к о е т е ч е н и е. Анурии обычно предшествует период олигурии. В первые дни в общем состоянии организма большинства больных не отмечается изменений, зависящих от анурии. У других же сразу наступает тяжелое состояние: обложенный язык, тошнота, рвота, задержка стула, метеоризм, мучительная икота, головная боль. В дальнейшем—сонливость, безразличное отношение к окружающему, учащение пульса, дыхание глубокое, нередко принимает чейн-стоксов характер. Температурная реакция отсутствует. Цианоз лица, отек нижних конечностей, реже уремические судороги. На 8—10-е сутки от начала анурии—летальный исход в коматозном состоянии. В моче в начале заболевания высокое содержание белка—16—20—33⁰/₀₀, в дальнейшем быстро уменьшается, большое количество эритроцитов, лейкоцитов. Повышается остаточный азот (140—180 мг% и выше) и мочевины крови. Артериальное давление обычно в пределах нормального. Кровь: высокий лейкоцитоз, резкое ускорение РОЭ, небольшой сдвиг формулы крови влево. Медленное падение гемоглобина.

Л е ч е н и е направлено к тому, чтобы вывести больную из угрожающего состояния и добиться улучшения функции почек. В первую очередь наши мероприятия должны быть направлены на основное заболевание, вызвавшее анурию. Объем этих мероприятий должен быть установлен совместной консультацией акушера-гинеколога и уролога.

При лечении сульфаниламидной анурии показано насыщение организма жидкостью, щелочами, глюкозой, введение никотиновой кислоты, тепловые процедуры, промывание лоханок и мочевых путей щелочными растворами.

При анурии, связанной с гемолитическими реакциями, показано внутривенное введение обильного количества жидкостей, щелочей, при реакции, связанной с вливаниями резуснесовместимой крови, — переливание резусотрицательной крови.

При рефлкторной анурии — длительное введение капельным методом внутривенно и подкожно больших количеств жидкости, внутривенное введение новокаина, бромистого натрия, двусторонняя паранефральная блокада по А. В. Вишневному, диатермия на область почек, кровопускания, промывание желудка, почечных лоханок, теплые ванны, сердечные; папаверин, карбохолин. В самые ранние сроки болезни — переливание малых доз крови.

В последнее время для лечения различных форм анурий были предложены дренаж и промывание брюшной полости и применение искусственной почки¹. Эти методы пока еще не вышли из стадии накопления наблюдений.

УРЕМИЯ

При ряде заболеваний почек наблюдается особый симптомокомплекс, носящий название уремии. Причиной его является почечная недостаточность, возникающая остро или постепенно. Характеризуется рвотой, потерей аппетита, явлениями колита, зудом, общей вялостью, чейн-стоксовым и куссмаулевским дыханием, запахом ацетона изо рта. Иногда наблюдается перикардит. Конечным клиническим проявлением уремии является кома. В крови повышается количество остаточного азота, развивается ацидоз, повышается артериальное давление.

Л е ч е н и е — кровопускания до 400—600 мл (под контролем артериального давления и гемоглобина крови), паранефральная двусторонняя почечная блокада, внутривенное введение 5% раствора глюкозы (этот раствор вводят также под кожу и в виде капельных клизм), внутривенное введение гипертонических растворов поваренной соли, промывание желудка, кишечника, обменное переливание крови, сердечные, сухие банки. При нарастании ацидоза — внутривенное введение 5% раствора двууглекислой соды, при общем возбуждении и судорогах — хлоралгидрат, при подергиваниях мышц — хлористый кальций внутрь и внутривенно (10% раствор).

Прогноз зависит от основного заболевания, вызвавшего уремию, и всегда сомнителен.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- А в р о в Е. Н. К вопросу о лечении послеродовой и послеоперационной задержки мочеиспускания. Казанский медицинский журнал, 1929, № 2.
- А л е к с а н д р о в А. В. Случай беременности и благополучных родов после нефрэктомии. Московский медицинский журнал, 1928, № 1.
- А л е к с а н д р о в Е. К. Обзор свихей женского полового канала, наблюдавшихся в течение 15 лет (1917—1931). Сборник, посвященный проф. Н. И. Горизонтову, Новосибирск, 1935.
- А т а б е к о в Д. Н. Недержание мочи у женщин и ее лечение. М., 1927.
- О н ж е. Очерки по урогинекологии, 2-е изд., М., 1954.
- О н ж е. Функциональное недержание мочи у женщин и физкультура. М., 1949.
- Б р а у д е И. Л. Вопросы урогинекологии. В кн.: Оперативная гинекология, Медгиз, М., 1952.
- Б у б л и ч е н к о Л. И. Заболевания мочевых путей в послеродовом периоде. Журнал акушерства и женских болезней, 1935, № 4.

¹ Искусственная почка представляет собой прибор, включаемый в систему кровотока для диализа мочевины.

- Б у й к о П. М. Хирургическое лечение пузырно-влагалищных свищей у женщин. Госмедиздат УССР, 1948.
- В а с и л ь е в А. И. и С а ф р о н о в И. Я. Пиелиты беременных. Журнал для усовершенствования врачей, 1928, № 7—8.
- В о р о б ц о в В. И. Почечнокаменная болезнь. М., 1955.
- Г а с п а р я н А. М. Беременность и роды у нефрэктомированных. Урология, 1938, № 1 (36).
- О н ж е. Наш опыт лечения больных туберкулезом почек. Урология, 1955, № 2.
- Г и м п е л ь с о н Э. И. Опухоли почек. М., 1950.
- Г о р а ш В. А. Заболевания мочевой системы женщин. В кн.: К. К. Скробанский, Гинекология, 1938.
- Г о л ь д г а м м е р К. К. Значительное расширение мочеточника у женщин (закупорка камнем), симулировавшее до операции интралигаментарную кисту яичника. Акушерство и гинекология, 1938, № 5.
- К а р а ф ф а - К о р б у т К. Значение мочеточников в этиологии почечных заболеваний. СПб, 1908.
- К в а т е р Е. И. К вопросу о «pyelitis gravidarum» с точки зрения современной урологии, Гинекология и акушерство, 1924, № 4.
- О н ж е. К вопросу о послеродовой ишурии, ее этиологии и терапии. Гинекология и акушерство, 1923, № 4.
- К в а т е р Е. И. и П а п е р н о Ц. В. Флора уретры и мочевого пузыря при септических процессах после родов и аборт. Труды I съезда российских урологов. Приложение к журналу Урология, 1927, № 4.
- К в а т е р Е. И. и Р а ф а л ь к е с С. Б. Материалы к вопросу о патологоанатомических изменениях при септических заболеваниях после родов и абортов с обращением особого внимания на мочевую систему. Гинекология и акушерство, 1932, № 3.
- К у з н е ц к и й Д. П. О лечении мочевых свищей у женщин. Акушерство и гинекология, 1938, № 9.
- Л е ж н е в Н. Ф. Пиелиты и их лечение. Труды II Московского университета, т. I, в. 2, М., 1927.
- М а ж б и ц А. М. Акушерско-гинекологическая урология. Л., 1936.
- М а я н ц А. И. Туберкулез мочеполовой системы. Изд. 2-е, М., 1954.
- М ы ш В. М. Клинические лекции по урологии. М., 1936.
- О в ч и н и к о в Н. М. и Э п ш т е й н И. М. К вопросу о патогенезе цисталгий у женщин при чистой моче. Акушерство и гинекология, 1929, № 5—6.
- П о г о ж е в а Л. Н. Уросульфам в борьбе с мочевой инфекцией. Советская медицина, 1951, № 3.
- П ы т е л ь А. Я. О патогенезе анурии. Урология, 1955, № 1.
- С е р е б р и н а М. Я. Действие уротропина при послеродовой и послеоперационной ишурии. Московский медицинский журнал, 1927, № 9.
- С м е л о в с к и й В. П. О цисталгии у женщин. Акушерство и гинекология, 1941, № 4.
- С о б о л е в И. И. и В о р о б ц о в В. И. Неотложная хирургическая урология. М., 1954.
- Т е п л и ц к и й Л. М. Выпадение слизистой уретры. Акушерство и гинекология, 1952, № 1.
- Т о п ч а н Б. А. К вопросу о гонорройных пиелитах, Московский медицинский журнал, 1926, № 6.
- О н ж е. Неспецифические воспалительные заболевания верхних мочевых путей и мочевого пузыря. Урология, 1955, № 2.
- Ф а й н ш т е й н Э. В. Камни мочевого пузыря у женщин. Акушерство и гинекология, 1937, № 6, стр. 117—119.
- Ф е д о р о в С. П. Туберкулез мочевых органов. Труды I съезда российских урологов. Приложение к т. IV журнала «Урология», стр. 4, 1927.
- О н ж е. Хирургия почек и мочеточников, В. I, М.—П., 1923.
- Ф р о н ш т е й н Р. М. Урология. М., 1938.
- Ф р у м к и н А. П. Цистоскопический атлас. М., 1951.
- Х о л ь ц о в Б. Н. Частная урология. Л., 1928.
- Ц у л у к и д з е А. П. Пути профилактики и лечение почечнокаменной болезни. Урология, 1937, № 14.
- Ч у ч е л о в Н. И. Анурия и олигурия после родов и абортов. Урология, 1955, № 1.
- Ш а п и р о И. Н. Анурия. Урология, 1955, № 1.
- Э п ш т е й н И. М. Инкрустирующие циститы. Урология, 1927, № 1.
- О н ж е. Современное состояние вопроса о лечении больных туберкулезом мочеполовой системы. Урология, 1955, № 2.
- О н ж е. Туберкулез почки. М., 1950.
- Stoessel W., Gynäkologische Urologie, 3 B-de, 1938.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ



ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Гинекологический массаж как лечебный метод появился в конце шестидесятих годов прошлого столетия и достиг значительного распространения в начале нынешнего века. В России для пропагандирования и распространения этого метода много сделали корифеи отечественной гинекологии В. Ф. Снегирев и его ученики (М. М. Ремизов и др.), Д. О. Отт и его ученики (Н. И. Рачинский и др.). Примечательно, что в своем капитальном труде «Маточные кровотечения», посвященном «Русскому земскому врачу» и широко охватывающем вопросы физиологии и патологии женской половой сферы, В. Ф. Снегирев целую главу отводит гинекологическому массажу. Другие ведущие представители отечественных гинекологических школ—В. С. Груздев, А. П. Губарев и многие другие—также выступали в защиту этого метода, который получил среди гинекологов широкое распространение. В состав гинекологического массажа входили и гимнастические упражнения, укрепляющие мышцы тазового дна, главным образом парные—*mm. levatores ani*, недостаточность которых и является одной из главных причин опущения и выпадения влагалища или влагалища вместе с маткой.

Однако спустя некоторое время после первоначального увлечения стало наблюдаться охлаждение гинекологов к гинекологическому массажу. Причины охлаждения к консервативным методам лечения выпадения матки и влагалища были различные: этому способствовало, во-первых, развитие оперативной гинекологии, сопровождавшееся увеличением числа гинекологов, овладевших хирургическими методами лечения, ростом их мастерства; во-вторых, результаты консервативного лечения выпадения матки оказывались далеко не всегда блестящими, а в то же время лечение было чрезвычайно длительным и требовало от больной и врача огромного терпения. Когда же гинекологический массаж стали применять при других заболеваниях, то и здесь в некоторых случаях бывали неудачи, главным образом вследствие недостаточного учета имеющихся противопоказаний именно к этому методу.

Гинекологам, еще не имевшим достаточного опыта в применении этого метода лечения при воспалительных процессах, в некоторых случаях приходилось переживать глубокое разочарование. Кроме того,

с развитием других методов консервативного лечения женских болезней сходные результаты можно было получать, прибегая к этим, менее обременительным методам. Конечно, все это не способствовало распространению лечения массажем.

В результате наступил новый перегиб: если энтузиасты гинекологического массажа в начале нынешнего столетия широко пользовались гинекологическим массажем чуть ли не при всех заболеваниях женских половых органов, чем несомненно дискредитировали этот метод, то теперь многие гинекологи впали в другую крайность и совсем его не применяют. Хотя и другие методы неспецифического лечения, как протейнотерапия или неспецифическая иммунизация, и некоторые физиотерапевтические методы служат тем же целям, что и массаж, но не во всех случаях дают одинаковые результаты.

Гинекологический массаж требует не только знания и опыта, но и мастерства и искусства. И хотя гинекологический массаж иногда поручался акушеркам и фельдшерицам и нередко выполнялся ими с успехом, тем не менее его должны выполнять обязательно врачи, опытные в гинекологической диагностике. Ведь во время лечения могут произойти такие изменения в состоянии половых органов, которые потребуют иной методики и техники массажа, а быть может, и полного отказа от него.

Эффект гинекологического массажа сводится к улучшению кровообращения, усилению обмена веществ, выведению из организма вредных продуктов обмена. Этот метод способствует уменьшению застойных явлений в кровеносной и лимфатической системе в тазу, урегулированию кровообращения в мышцах и нервной системе тазовых органов. Под влиянием массажа значительно улучшается кровообращение, рассасываются инфильтраты, растягиваются и уничтожаются спайки, сращения, рубцовые укорочения, увеличивается подвижность тазовых органов, нормализуются их топографические взаимоотношения. Из анализа влияния гинекологического массажа видно многообразие положительных сдвигов в организме женщины, возникающих как непосредственно от воздействия на органы малого таза, так и рефлекторным путем.

Массаж как один из физических методов неспецифического лечения нашел применение в борьбе со столь распространенным процессом, как хроническое воспаление внутренних женских половых органов.

Показания к гинекологическому массажу. При хроническом воспалении околоматочной клетчатки в той стадии, когда еще только начинается процесс образования рубцовой ткани, острый массаж, улучшая крово- и лимфообращение в тазу и трофику тканей, может остановить развитие малокровия в рубцующейся и сморщивающейся ткани и тем сохранить ее функции. Само собой разумеется, что из предосторожности и в подобном случае показана пенициллино-терапия.

У тех больных, у которых процесс образования рубцов, соединительнотканых тяжей и перемычек, брюшинных спаек и сращений, возникших в результате воспалительного процесса в клетчатке или в брюшине, закончился, все физиотерапевтические процедуры, вызывающие только улучшение крово- и лимфообращения, уже недостаточны для устранения рубцовых образований, ведущих к фиксированным смещениям матки и ее придатков, к приращению к ним других органов брюшной полости, например, кишечника или сальника. Здесь показан гинекологический массаж, желательно в сочетании с тепловыми процедурами. Гинекологический массаж показан и при недостаточном развитии матки,

при недоразвитии, сопровождающемся фиксированными или нефиксированными неправильными положениями, при гиперинволюции матки после длительного кормления грудью. Показанием к массажу могут служить старые кровоизлияния после имевшей место внематочной беременности или после яичниковых кровотечений, если они долго не рассасываются под влиянием других физиотерапевтических методов лечения.

Противопоказания к гинекологическому массажу. Развитие гинекологического массажа шло параллельно с выявлением противопоказаний к нему. В настоящее время большинство гинекологов считает массаж противопоказанным при острых и подострых воспалительных процессах в органах малого таза, при лихорадочном состоянии любого происхождения, особенно при гнойных скоплениях в тазу. К числу противопоказаний относятся: инфекционные заболевания, туберкулез, злокачественные новообразования, наличие беременности (маточной или внематочной) или подозрение на нее, повышенная чувствительность и пр. Противопоказанием к массажу служит также отсутствие полного представления о характере болезненного процесса, особенно в области придатков матки. Появление болей при массаже или после сеанса указывает на необходимость воздержаться от дальнейшего его применения. Ожирение брюшной стенки не является противопоказанием к гинекологическому массажу, но при нем возможны неудовлетворительные результаты.

При воспалительных процессах в тазовой клетчатке и тазовой брюшине с наличием старых инфильтратов массаж может явиться одним из весьма эффективных методов, способствующих окончательному рассасыванию инфильтрата, но, применяя его в этих случаях, надо быть уверенным, что эта процедура не вызовет обострения воспалительного процесса. Поэтому, прежде чем начать массаж, надо еще раз тщательно обследовать больную, понаблюдать за ней в течение некоторого времени. Приступать к массажу следует только после того, как выяснится, что температура длительно держится в пределах нормы, количество лейкоцитов не превышает 7000—8000, реакция оседания эритроцитов не ускорена или лишь незначительно ускорена, а инфильтрат при пальпации безболезнен.

Мы хотели бы подчеркнуть, что большая осторожность при выборе и выполнении этого метода отнюдь не может его опорочить. Наоборот, мы считаем, что гинекологический массаж следует изучать, в нем необходимо совершенствоваться.

Методика и техника гинекологического массажа в известной степени зависят от той цели, с которой массаж применяется, а именно, применяется ли он для растяжения сращений и соединительнотканых рубцов или для рассасывания остатков инфильтратов в прямокишечно-маточном кармане или в околоматочной клетчатке. Для приведения матки в нормальное положение при загибе ее кзади пользуются одними приемами, а при опущении стенок влагалища—несколько иными. В большинстве случаев приходится сочетать различные приемы гинекологического массажа; так, например, при фиксированных загибах матки кзади сперва надо устранить или растянуть сращения, а затем перевести матку в нормальное положение, после чего в некоторых случаях надо усилить ослабленный тонус связочного аппарата матки и мышц тазового дна.

Для того чтобы гинекологический массаж дал наилучшие результаты, существенное значение имеет положение больной и врача во время сеанса

массажа. Необходимо создать условия, облегчающие глубокое введение «внутренней», т. е. массирующей со стороны влагалища, руки врача и полное расслабление мышц брюшной стенки больной, через которую «наружная», т. е. массирующая со стороны брюшной стенки, рука врача производит массаж.

Гинекологический массаж в том виде, в каком его разработали основоположники этого метода, в настоящее время мы, как и большинство гинекологов, не применяем. Прежде всего это касается положения больной. Мы считаем далеко не обязательным делать массаж на «массажной» кушетке, на диване или на кровати, как это производили прежде: лучше

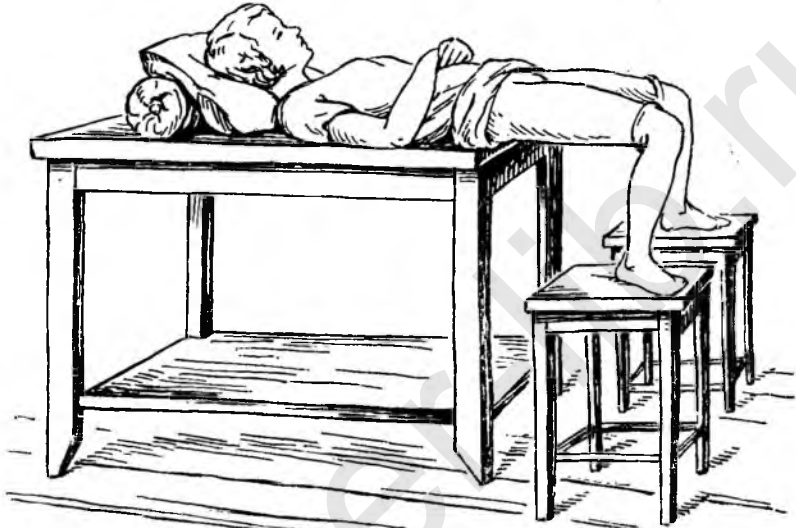


Рис. 134. Положение больной на простом столе при проведении] массажа.

делать его на гинекологическом кресле. Ведь массаж является продолжением гинекологического исследования, которое должно быть полноценным и состоять не только в пальпации, но и в осмотре влагалища и влагалищной части шейки матки при помощи зеркал, что возможно только на гинекологическом кресле или на столе упрощенного типа.

Для осмотра задней губы маточного зева и заднего влагалищного свода необходимо, чтобы больная максимально притянула к животу ноги, согнутые в тазобедренных и коленных суставах (рис. 120). Для удобства двуручного гинекологического исследования, а также для того, чтобы приблизить и лучше охватить массирующей рукой внутренние половые органы больной, следует меньше согнуть ноги в тазобедренных суставах, т. е. меньше притянуть их к животу. При таком положении бедер они не мешают работе наружной руки врача со стороны брюшной стенки. Тело матки при этом наклоняется больше вперед и таким образом несколько приближается к массирующим рукам врача. На гинекологическом кресле всего этого легко достигнуть.

Больная при массаже должна лежать на гинекологическом кресле, а врач стоит, как при обычном гинекологическом исследовании. Если гинекологического кресла нет, можно использовать деревянную кушетку с приподнятым изголовьем: больная ложится на кушетку, слегка притягивает к себе согнутые в коленных суставах ноги, упирается ступнями

ног в кушетку и таким образом принимает положение для гинекологического исследования; врач же садится слева от больной. Н. М. Какушкин и др. пользовались гинекологическими деревянными столами упрощенного типа. На таком столе больная укладывается не с приподнятыми, а только с согнутыми в коленях ногами, а ступнями упирается в две табуретки (рис. 134). Можно в крайнем случае использовать любой прочный стол и уложить на нем больную так, чтобы ягодицы немного выступали за край стола. Под голову больной кладут тугую подушку или валик.

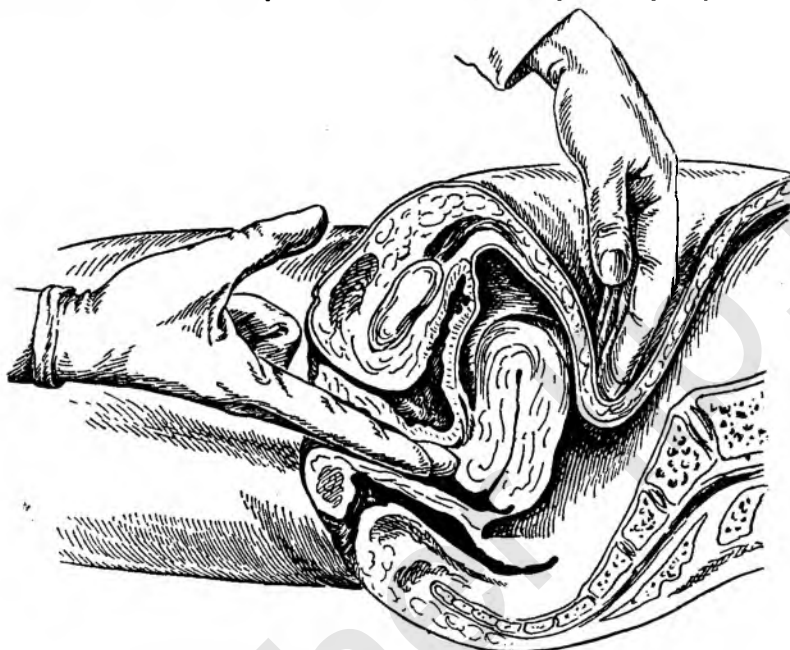


Рис. 135. Положение пальцев внутренней и наружной руки при проведении массажа.

Необходимо приучить больную не напрягать брюшную стенку во время массажа, дышать ровно и спокойно, позволяя врачу глубже и свободнее проникнуть наружной рукой в полость малого таза. А для этого прежде всего необходимо, как, впрочем, и при каждом гинекологическом исследовании, производить массаж «мягкой рукой», как можно осторожнее и нежнее.

Как и всякое гинекологическое исследование, гинекологический массаж требует, чтобы кишечник и мочевой пузырь были предварительно опорожнены: мочевой пузырь—непосредственно перед массажем, кишечник—не позже нескольких часов до массажа. Массаж надо производить не раньше чем через 2 часа после еды.

Брюшную стенку смазывают жиром или припудривают тальком. Одни считали, что во влагалище надо вводить пальцы левой руки,—тогда правая, как более сильная, сможет интенсивно массировать со стороны брюшной стенки. Другие советуют вводить во влагалище руку, противоположную той стороне таза, на которой имеется патологический процесс. Мы не придаем этому значения, но стараемся по возможности ввести во влагалище два пальца, особенно, если надо произвести растяжение (рис. 135). Массаж облегчается, когда локоть врача опирается на

бедро его ноги, стоящей на табурете или подножке кресла. Правый локоть должен опираться на правое бедро. При таком фиксированном положении локтя пальцы введенной руки массируют нежнее и спокойнее. Внутренняя рука производит массаж не концами, а ладонными поверхностями трех фаланг. Наружная рука массирует со стороны брюшных покровов.

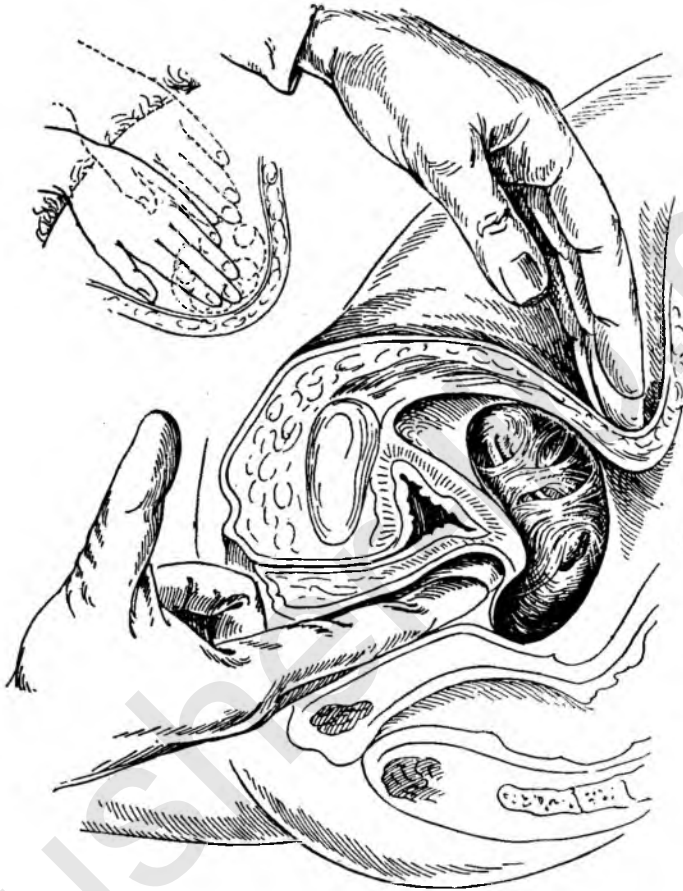


Рис. 136. В верхнем углу рисунка наружная рука производит круговые движения и постепенно вдавливает брюшную стенку. На большом рисунке пальцы обеих рук работают сочетанно, подвергая массажу спайки, окружающие матку, и соседние ткани.

Производя круговые движения, массирующей постепенно вдавливает наружной рукой брюшную стенку и все глубже проникает навстречу пальцам внутренней руки. Таким образом ткань, которая должна подвергаться массажу, попадает между пальцами обеих рук.

Гинекологический массаж состоит преимущественно из поглаживания, разминания, надавливания и растягивания. Все эти приемы направлены прежде всего к тому, чтобы вызвать гиперемию.

Мы пользуемся гинекологическим массажем главным образом для растяжения рубцов, спаек и тяжей (рис. 136). Растяжение производят следующим образом: если, например, необходимо растянуть укороченный рубцами правый параметрий, то введенные во влагалище два пальца руки

направляют в правый влагалищный свод и упираются ими в рубец. Наружной рукой делают круговые движения, постепенно вдавливая ее, и таким образом проникают к задней поверхности матки. Отсюда наружная рука продвигается к правому ребру матки в область широкой связки, к правому параметрию. Пальцы руки, введенной в правый влагалищный свод, ладонными поверхностями производят давление на шейку матки и стараются отодвинуть ее в сторону левого параметрия; наружная рука с медленно нарастающей силой оттягивает тело матки к левой стороне таза. Никакой боли этот прием не должен вызывать. Производя такое постепенно усиливающееся, но непродолжительное растягивание, врач ослабляет напряжение рук и делает паузу, причем пальцы остаются во влагалище. После небольшой паузы растяжение повторяют. В первый сеанс мы производим растяжение однократно, в последующие же сеансы растяжение повторяют два, три, а затем несколько раз.

При очень плотных рубцах полезно предварительно применить курс тепловых процедур, особенно диатермию; оба метода можно комбинировать, что особенно полезно при лечении бесплодия, явившегося следствием воспалительного процесса.

Если массаж в виде исключения делают для рассасывания компактного инфильтрата, то его целью должна быть активная гиперемия и выжимание продуктов воспаления из тканей. Для этого начинают массировать с периферии инфильтрата и идут по направлению отводящих кровеносных и лимфатических сосудов.

Если массаж производят, чтобы высвободить из сращений и рубцов яичники или яичники и трубы, то это надо делать очень нежно, так как яичник весьма чувствителен к давлению.

Количество сеансов, их частоту и продолжительность устанавливают индивидуально для каждой больной. Первую процедуру надо рассматривать как пробную; при возникновении малейшего осложнения массаж должен быть прекращен. При гладком течении целесообразно производить массаж через 3—4 дня, такой промежуток необходим для выявления возможной реакции. Первый сеанс должен длиться не более 5 минут, последующие могут продолжаться 10—15 минут, но более 20 минут массировать не следует. Во время массажа рука врача устает, поэтому следует делать маленькие паузы в 10—20 секунд; пальцы во время этого кратковременного отдыха остаются во влагалище.

Гинекологический массаж во время менструации мы считаем нецелесообразным хотя бы потому, что в этом периоде возрастает опасность внести инфекцию в половой канал и способствовать ее проникновению во внутренние половые органы. Гиперемию, сочность и разрыхление тканей, которыми желают воспользоваться для повышения эффективности гинекологического массажа, можно вызвать и вне менструации при помощи ряда физиотерапевтических процедур.

ЭЛЕКТРОВИБРАЦИОННЫЙ МАССАЖ

Показания к электровибрационному массажу, по данным ряда авторов, в основном такие же, как и к ручному массажу.

Электровибрационный аппарат состоит из электромотора, непосредственно соединенного с наконечником—вибратором, который может быть различной формы (для наших целей—шар или полушарие) (рис. 137).

Общие правила применения электровибрационного массажа следующие: 1) не следует сразу включать мотор на полную мощность; 2) число

и интенсивность колебаний (скорость мотора) надо увеличивать постепенно; 3) следует избегать частого и быстрого перехода от одной скорости к другой; 4) во время массажа не прижимать сильно наконечник (вибратор) к телу больной. Вопрос о превосходстве того или иного вида массажа решался авторами различно и до сих пор остается спорным.

Чтобы пользоваться электровибрационным массажем для лечения гинекологических больных, врач прежде всего должен обладать солидным опытом в проведении двуручного гинекологического массажа. Только

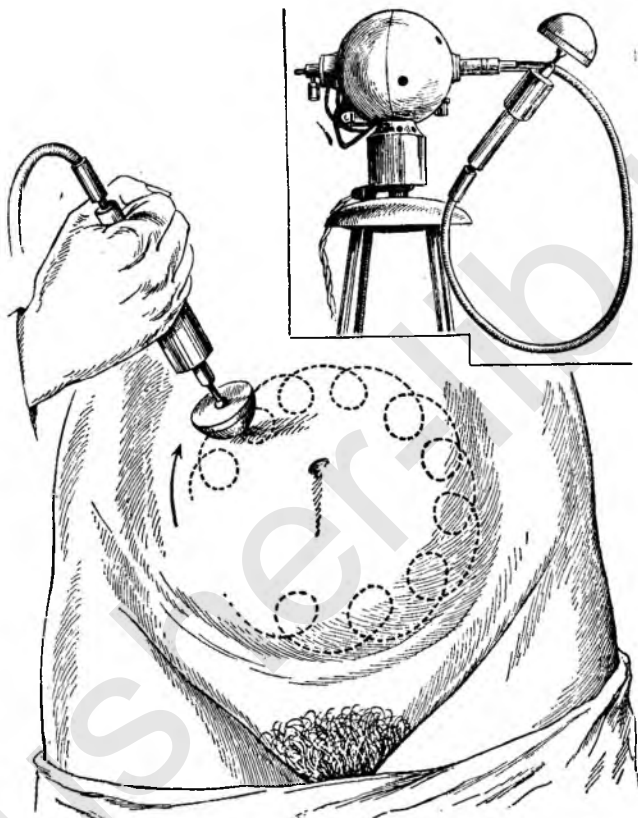


Рис. 137. Электровибрационный массаж. В верхнем углу рисунка изображен аппарат для электровибрационного массажа. На большом рисунке показан ход электровибрационного массажа, производимого со стороны брюшной стенки.

совершенствуясь в его выполнении, врач сможет более правильно производить электровибрационный массаж и научиться улавливать ранние признаки обострения заглохшего воспалительного процесса и во-время прекратить процедуру.

Электровибрационный массаж мы проводим следующим образом: вводим во влагалище, как и при двуручном гинекологическом массаже, две пальца руки. Этими пальцами мы подводим к брюшной стенке матку с придатками и подвергаем их массирующему действию полусферовидного или шаровидного наконечника электровибрационного аппарата.

Мы широко пользуемся электровибрационным аппаратом для массажа живота, чтобы ликвидировать последствия воспалительных про-

цессов в органах таза и брюшной полости (конечно, при отсутствии противопоказаний к массажу), когда у больной отмечается вялость кишечника—запор. Этот метод особенно показан, когда диета—овощи (морковь, свекла, капуста свежая и особенно квашеная), черный хлеб, фрукты (яблоки, сливы свежие или сухие) не улучшает действия кишечника. Чтобы усилить действие кишечника, производят круговые движения, начиная с области слепой кишки, и по ходу часовой стрелки продолжают по линии расположения толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

- В е р б о в А. Ф. Основы лечебного массажа. Медгиз, изд. 2-е, 1943, и изд. 3-е, 1947.
Г р у з д е в В. С. Массаж. Глава в руководстве для студентов и врачей, «Гинекология», Казань, 1922, стр. 263—269.
З а б л у д о в с к и й И. Техника массажа. Дисс., СПб, 1913.
З д р а в о м ы с л о в В. И. Гинекологический массаж и дыхательная гимнастика как необходимые добавочные факторы грязевых курортов. Гинекология и акушерство, 1932, № 4, стр. 53—56.
И л ь и н Ф. К. Физические методы лечения в гинекологии. Глава в руководстве по женским болезням Л. А. Кривского, изд. Практическая медицина, Л., 1927, стр. 364—394.
К а к у ш к и н Н. М. Гинекологический массаж в послеродовом периоде, Клиническая медицина, 1929, № 23—24, стр. 1821—1829.
К р а м а р е н к о В. и А н о х и н А. А. К массажу и врачебной гимнастике. Руководство, Киев, 1911.
Л а н к о в и ц А. В. К методике массажа матки в послеродовом периоде. Гинекология и акушерство, 1933, № 6, стр. 42—44.
О т т Д. О. Массаж и гимнастика как лечебный метод при болезнях женской половой сферы. Врач, 1889, № 10, стр. 162—163.
П р о с к у р я к о в а М. Массаж в гинекологии. Русский врач, 1911, № 51, стр. 2065—2068.
Р а ч и н с к и й Н. И., Массаж и гимнастика при женских болезнях. СПб, 1895.
Р е м и з о в М. М. Массаж в гинекологии, М., 1891.
С л е т о в Н. Курс массажа и врачебной гимнастики. М.—Л., 1930.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ ВПРЫСКИВАНИЯ ИОДА

Внутриматочные впрыскивания иода как метод лечения разнообразных воспалительных процессов женских половых органов был введен профессором Томского университета И. Н. Грамматикати в конце прошлого столетия. Автор рекомендовал для внутриматочных впрыскиваний смесь иода с алумнолом. Впрыскивания производили ежедневно, число их в некоторых случаях доходило до 100, а иногда и больше. Эти впрыскивания И. Н. Грамматикати применял как в острых, так и в хронических стадиях воспаления матки и ее придатков различной этиологии, в том числе и гонорройной. Метод И. Н. Грамматикати после сообщения автора о благоприятных результатах лечения применялся очень многими отечественными гинекологами; большинство из них пришло к весьма благоприятным заключениям (Г. И. Лебедев из клиники А. И. Лебедева, В. С. Груздев, М. С. Малиновский, Д. Л. Чернеховский, С. И. Благоволлин, В. Я. Илькевич, К. К. Скробанский, М. Г. Сердюков и др.). Были и противники этого метода, главным образом за рубежом.

Один из крупнейших специалистов В. С. Груздев, применявший данный метод в течение нескольких десятков лет при лечении большого количества больных, пришел к выводу, что в подходящих случаях этот метод дает превосходные результаты. На подобной позиции стоят и многие современные гинекологи. Развитие метода шло главным образом по линии отбора больных и уточнения показаний и противопоказаний.

Показания и противопоказания. Прежде всего следует подчеркнуть, что больные воспалительными процессами в острой и подострой стадии заболевания не подлежат этому лечению. Основоположник этого метода и его приверженцы применяли впрыскивания иода и в острой стадии болезни любой этиологии, но тогда еще не было ни сульфаниламидов, ни антибиотиков, которые особенно эффективны именно в острой и подострой стадии заболевания. В настоящее время это лечение, с нашей точки зрения, следует применять только в хронической стадии болезни. Но и при хронических воспалительных процессах наличие гнойника в маточных трубах или яичниках является противопоказанием к внутриматочным впрыскиваниям, так как клинически не всегда можно установить, насколько надежны сращения, осумковывающие гнойник. Еще не окрепшие спайки могут быть нарушены перистальтическими (или антиперистальтическими) волнами, которые могут возникнуть в результате впрыскивания иодной настойки в полость матки, что угрожает разрывом гнойника.

Наиболее эффективные результаты лечения наблюдались нами при применении внутриматочных впрыскиваний 5% иодной настойки при воспалительных процессах любой этиологии (даже гонорройной), сопровождавшихся маточными кровотечениями—мено- или метроррагиями. Результаты лечения были особенно благоприятны при хронических аднекситах, если в процесс были вовлечены и яичники.

О прижигающем действии на эндометрий смеси иода с алумнолом, впрыскиваемой в полость матки, знал И. Н. Грамматикати и его последователи, так как у некоторых больных под влиянием иодистых впрыскиваний в выделениях из матки находили кусочки некротизированного эндометрия, а иногда и целые пласты его. О том, что иод из полости матки всасывается, И. Н. Грамматикати и другие авторы заключали на основании жалоб больных, указывавших на появление вкуса иода во рту после иодистых впрыскиваний. При гистологическом исследовании яичников, удаленных у больной, получившей 115 внутриматочных впрыскиваний, было обнаружено прекращение созревания фолликулов. На основании этого И. Н. Грамматикати предположил, что главная причина целебного эффекта впрыскиваний заключается в достигаемом «физиологическом покое» половых органов.

Чтобы выяснить, почему метод И. Н. Грамматикати дает лучший результат при лечении хронических воспалительных процессов, сопровождающихся маточными кровотечениями, была проведена экспериментальная работа (И. Л. Брауде и Е. М. Шварцман). Гистологическое исследование яичников подопытных животных (крольчих и самок белых мышей) обнаружило, что иод, введенный парентерально и парагенитально, вызывал в яичниках половозрелых животных деструктивные изменения, выражающиеся прежде всего в дистрофии и гибели фолликулярного аппарата яичника. Было установлено, что размеры морфологических изменений в яичниках зависят главным образом от срока, в течение которого вводили животному иод, а не от количества введенного иода. Спаривание иодированных крольчих со здоровыми самцами ни разу не привело к зачатию. Овуляторная деятельность самок белых мышей прекращалась под влиянием введенного иода. Контрольные опыты с парентеральным введением крольчихам белковых препаратов не вызвали морфологических изменений в яичниках. Таким образом было установлено, что иод, введенный в организм подопытного животного, действует на яичник, угнетая его функцию и разрушая его фолликулярный аппарат.

Конечно, нельзя переносить результаты опытов на здоровых животных непосредственно в гинекологическую практику. Но полное совпадение результатов опытов и данных гистологического исследования яичников, удаленных И. Н. Грамматикати при операции подтверждают угнетающее действие внутриматочных впрыскиваний иодной настойки на функцию яичников, что способствует уменьшению или прекращению маточных кровотечений.

Благодаря этим опытам явилась возможность объяснить, почему у женщин, успешно леченных по способу И. Н. Грамматикати, иногда наблюдалась аменоррея и бесплодие. Аменоррея обычно со временем проходила, что указывает лишь на временное угнетение овариально-менструальной функции. Бесплодие же могло быть также следствием хронического воспаления придатков матки, приведшего к трубному бесплодию, и не связано с лечением по И. Н. Грамматикати. Случаи наступления беременности после лечения иодистыми впрыскиваниями подтверждают такую концепцию. Тем не менее экспериментальные данные о влиянии иода на яичники требуют от врачей, пользующихся этим методом лечения гинекологических больных, строгого учета возраста больных. Иодистые впрыскивания молодым женщинам не следует делать. Показанием к применению впрыскиваний, повторяем, служат хронические воспалительные процессы матки и ее придатков, сопровождающиеся маточными кровотечениями на почве воспаления у женщин, находящихся в возрасте, близком к климактерическому. Успех лечения особенно очевиден у больных, длительно, систематически и настойчиво, но безрезультатно лечившихся другими методами.

Наш клинический опыт показал, что при достаточных показаниях и правильном проведении данного метода получают одинаковые результаты вне зависимости от того, применяются ли впрыскивания ежедневно или через день. Мы, как и многие другие гинекологи, полагаем, что можно ограничиться 30 впрыскиваниями, в случае надобности повторив лечение через 2—3 месяца.

Осложнения, возникающие при внутриматочных впрыскиваниях иодной настойки, могут быть следствием применения метода при отсутствии ясных показаний или при наличии противопоказаний к его применению. В результате состояние больной ухудшается, воспалительный процесс обостряется и распространяется за пределы его первоначальной локализации; жалобы больной, конечно, возрастают. Наблюдались осложнения иного порядка; так, например, в конце впрыскивания или тотчас после впрыскивания наступал приступ резкой боли, иногда принимавший характер болевого шока. Такой приступ иногда длится час и дольше. Причиной такого состояния может быть проникновение иода через абдоминальный конец трубы в брюшную полость. Конечно, это возможно только при проходимости маточных труб, чего обычно не бывает при хроническом воспалении придатков матки. В этих случаях шок может возникнуть вследствие чрезмерной силы интероцептивных импульсов, поступающих из полости матки в центральную нервную систему. Во избежание внезапного проникновения иодной настойки через маточные трубы в брюшную полость и чрезмерного раздражения интероцепторов матки вводить иодную настойку следует всегда очень медленно. На это указывают все авторы, проводившие лечение по И. Н. Грамматикати. Кроме этого, чтобы предотвратить возникновение шока, маточный наконечник должен

иметь достаточно широкое выходное отверстие. При узком отверстии иодная настойка поступает в матку в виде тонкой струи, которая механически чрезмерно раздражает интерорецепторы матки. С этой целью Д. А. Парышев вместо обычного маточного наконечника предложил к брауновскому шприцу наконечник с небольшим утолщением на конце с одним центральным отверстием шириной с диаметр канала трубки. С тех пор как он начал пользоваться шприцем с подобным наконечником, часто наблюдавшиеся до этого боли при впрыскиваниях, по данным автора, ни разу не встречались.

Много лет назад, когда среди инструментария у нас не оказалось брауновского шприца с маточным наконечником, нам пришлось приспособить для внутриматочных впрыскиваний иодной настойки металлический женский мочевого катетер, который мы соединяли с обычным стеклянным шприцем короткой резиновой трубкой. При медленном впрыскивании жидкость вытекает из бокового отверстия катетера не струей, а каплями. Этот импровизированный способ, правда, не лишен недостатков. Прежде всего неудобно мочевого катетер соединять со шприцем резиновой трубкой; затем металлический катетер, введенный в шеечный канал нерожавшей женщины, если и не встретит затруднений, то между ним и стенкой шейки не останется пространства для свободного оттока впрыскиваемой жидкости из матки. Поэтому для лечения по И. Н. Грамматикати целесообразно применять специальный маточный наконечник более тонкий, чем металлический катетер; наконечник должен иметь закрытый конец и вблизи него одно или два боковых овальных отверстия большего размера, чем поперечник канала трубки наконечника. Маточный наконечник следует насаживать непосредственно на небольшой стеклянный шприц, применяемый для подкожных инъекций. Большое значение для успешного лечения по методу И. Н. Грамматикати имеют условия, в которых оно проводится: результаты лечения в стационаре будут несравненно лучше получаемых при амбулаторном лечении.

Техника внутриматочных впрыскиваний иодна. Этот метод, как и любое внутриматочное вмешательство, требует строгого соблюдения правил асептики и антисептики. Руки врача, наружные половые органы больной, влагалище и шейка матки должны быть тщательно обработаны, все инструменты простерилизованы. Из инструментов следует приготовить: влагалищные зеркала, ложкообразные или створчатые, пулевые щипцы для фиксации шейки матки, маточный зонд и шприц с маточным наконечником.

Больную укладывают на гинекологическое кресло. Обнажив (после дезинфекции наружных половых органов и влагалища) при помощи зеркал влагалищную часть матки, смазывают ее иодной настойкой, причем особенно тщательно область наружного маточного зева.

Шеечный канал у рожавших женщин достаточно широк, поэтому между его стенкой и введенным в него наконечником обычно имеется свободное пространство, которое обеспечивает отток из матки впрыскиваемой в нее иодной настойки. Если шеечный канал чересчур узок, то его слегка расширяют расширителями Гегара до № 5 или № 6, предварительно фиксируя шейку матки пулевыми щипцами. Такая фиксация позволяет не только расширить шейку и зондировать матку, что необходимо для определения направления маточного канала и длины полости матки, но и дает возможность, потягивая за пулевые щипцы, выпрямить маточный канал при чрезмерном загибе матки кпереди или кзади и тем облегчить введение иодной настойки в матку и отток ее из матки.

При достаточно широком канале у рожавшей женщины можно ввести наконечник и не фиксируя влагалищной части шейки пулевыми щипцами, но в целях сохранения асептики надо вводить наконечник обязательно под контролем глаза, а не вслепую по пальцу, введенному во влагалище.

Если шейка фиксирована, врач берет в левую руку пулевые щипцы, а в правую—наполненный иодной настойкой шприц с надетым на него наконечником. Наконечник он вводит в полость матки и, отступая немного от ее дна, начинает медленно продвигать поршень, одновременно медленно выводя наконечник из полости матки: при этом иодная настойка поступает в матку по каплям и не раздражает чрезмерно интерорецепторов матки. Особенно осторожно надо производить первые 2—3 вливания. В первый раз вводят 0,5 мл иодной настойки, постепенно доводя до 1 мл, максимум до 2—3 мл (при увеличенной полости матки и беспрепятственном оттоке жидкости из нее).

В случае наступления шока внутриматочное впрыскивание надо немедленно прекратить и ввести морфин. Если имеется подозрение, что иодная настойка проникла в брюшную полость, следует назначить больной полный покой, лед на живот, болеутоляющие (белладонна, морфин).

Лечение при хронических воспалительных процессах матки и ее придатков внутриматочными впрыскиваниями иодной настойки можно в некоторых случаях сочетать с другими методами, например, с физиотерапией.

Если хронический воспалительный процесс сопровождается упорными метроррагиями, целесообразно дополнить лечение ионогальванизацией с хлористым кальцием и иодистым калием (попеременно). Внутриматочные впрыскивания можно комбинировать с диатермией, грязелечением, применением озокерита, парафина и пр. Стойкость эффекта, достигнутого внутриматочными впрыскиваниями иодной настойки, во многом зависит от условий, в которых будет находиться больная по окончании лечения. Нередко общеукрепляющее лечение—водолечение, курортные факторы и пр.—в значительной мере закрепляет достигнутый успех.

ЛИТЕРАТУРА

- Брауде И. Л. и Шарцман Е. М. Влияние иода на яичники. Гинекология и акушерство, 1929, № 1, стр. 6—15.
- Грамматикати И. Н. Внутриматочные впрыскивания. Изд. 1-е, Томск, 1898; изд. 2-е, СПб, 1899.
- Груздев В. С. Гинекология. Руководство для студентов и врачей. Казань, 1922, стр. 237—244.
- Губарев А. П. К вопросу о лечении воспалений придатков матки внутриматочными впрыскиваниями. Русский врач, 1902, 25, стр. 529—530.
- Илькевич В. Я. О внутриматочных впрыскиваниях. В кн.: Новые данные в области противозачаточных средств, в. 11, Государственное медицинское издательство, М.—Л., 1931, стр. 11—18.
- Лебедев Г. И. О лечении воспалений придатков матки методическими внутриматочными впрыскиваниями, СПб, 1898.
- Парышев Д. А. Внутриматочные впрыскивания при грязелечении женских болезней. Журнал акушерства и женских болезней, 1900, 10, стр. 1169—1189.
- Сердюков М. Г. Роль и значение внутриматочных впрыскиваний в женской патологии. В кн.: Новые данные в области противозачаточных средств, в. 11, Государственное медицинское издательство, М.—Л., 1931, стр. 19—29.
- Скробанский К. К. Внутриматочные впрыскивания. Там же, стр. 3—11.
- Чернеховский Д. Л. Внутриматочные впрыскивания. Выступление в прениях. В кн.: Новые данные в области противозачаточных средств, Государственное медицинское издательство, М.—Л., 1931, стр. 71—77.

НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА

Новокаиновая блокада предложена, тщательно разработана и всесторонне обоснована А. В. Вишневым. Она широко и с успехом используется при многообразных патологических процессах, в первую очередь для лечения как воспалительных процессов независимо от их локализации, так и нейроdistрофий и заболеваний, характеризующихся нарушением мышечного тонуса.

Изучение изменений, наступающих под воздействием новокаиновой блокады в клиническом течении воспалительного процесса, позволило А. В. и А. А. Вишневым прийти к следующим заключениям:

1. Различной этиологии гнойные воспалительные процессы в начале их развития подчинены одним и тем же закономерностям.

2. Развитие воспалительного процесса может быть остановлено, пока он еще не вышел из стадии серозного пропитывания тканей.

3. Абсцедирующие формы воспалительных процессов быстрее ограничиваются и нагнаиваются, а скрыто протекающие—клинически выявляются.

4. Инфильтративные формы воспаления, подострые и некоторые хронические дают значительные трофические сдвиги, а иногда очень быстро рассасываются.

5. В гнойном очаге после обработки его по способу А. В. Вишневого может сразу оборваться деструктивная стадия воспаления и тут же начаться вторая—восстановительная—фаза, которая протекает при необыкновенно живой реакции активной соединительной ткани.

Исходя из указанных положений, новокаиновую блокаду можно считать показанной во всех фазах и стадиях воспаления женских половых органов, в особенности в экссудативной (начальной) фазе воспаления, характеризующейся отеком пропитыванием воспаленных тканей и органов.

В случаях абсцедирования новокаиновая блокада может быть использована для ускорения процесса, более быстрого его отграничения и разрешения, что имеет особое значение при длительно и вяло протекающих нагноительных процессах в половых органах женщины.

Новокаиновая блокада должна сочетаться со специфическим лечением в случаях воспаления, обусловленных специфической инфекцией—гонококком, туберкулезной палочкой и некоторыми другими.

По мнению А. В. и А. А. Вишневских, новокаиновую блокаду следует рассматривать как «комплексное воздействие на центральную и периферическую нервную систему, которое включает в себя как элементы торможения или блокирования ее пусковой деятельности, так и раздражение, которое выражается по преимуществу в улучшении ее трофической функции».

На раздражение, вызываемое новокаиновой блокадой, органы и ткани, пораженные патологическим процессом, отвечают в зависимости от состояния нервов, иннервирующих болезненный очаг.

Согласно исследованиям С. П. Протопопова, состояние нерва при воспалении аналогично парабозу, при этом степень угнетения нерва при воспалении различна и зависит от тяжести воспалительного процесса и близости нерва к очагу воспаления. После новокаиновой блокады функциональное состояние нерва улучшается, иначе говоря, имеет место уменьшение парабактериального состояния нерва за счет антипарабактериального действия новокаина как дополнительного слабого раздражителя.

Свое лечебное действие новокаиновая блокада реализует посредством общих трофических функций нервной системы, которые осуществляются при ведущем участии центральной нервной системы. Новокаиновая блокада, согласно исследованиям О. Л. Немцовой, в большинстве случаев действует нормализующе на вазомоторные центры, выравнивает интенсивность сосудистых условных рефлексов на фиксированные внешние раздражения.

Антипарабиотическое действие новокаиновой блокады как одного из видов слабого раздражения осуществляется преимущественно через интерорецепторы кровеносных сосудов и далее через центральную нервную систему. Интенсивность интерорецептивных рефлексов под влиянием новокаиновой блокады нарастает (Е. И. Шур, Л. А. Бараз, Р. С. Виницкая и др.). Ответная реакция организма на новокаиновую блокаду зависит от исходного функционального состояния организма.

В гинекологии новокаиновая блокада применяется преимущественно для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов, дисменорреи и зуда наружных половых органов (Г. А. Бакшт, М. М. Бергал, Н. Н. Верхацкий, И. Елигулашвили, Н. С. Кипарисов, С. И. Орлов, и В. И. Малевич, Г. Э. Лазарев, Я. С. Рабинович и др.). Лучшие результаты получили все авторы, применяя этот метод при свежих воспалительных процессах, преимущественно в экссудативной фазе воспаления. Менее благоприятные результаты отмечены при длительно существующих воспалительных заболеваниях. Метод не эффективен при наличии воспалительных мешотчатых (ретенционных) опухолей придатков матки. При вяло протекающих нагноительных процессах в околоматочной (тазовой) клетчатке новокаиновая блокада по А. В. Вишневному способствует ускорению абсцедирования, ограничению гнойного очага и его обратному развитию.

Новокаиновую блокаду, независимо от методики ее использования, следует сочетать с химиотерапией (сульфаниламидами и антибиотиками), дезинтоксигирующими средствами (глюкоза, кальций, витамины) и общестимулирующими мероприятиями. Такое сочетанное лечение направлено на обеспечение положительного (стойкого) результата в наиболее короткие сроки.

При всех методиках новокаиновой блокады большинство авторов отмечает скоропреходящие побочные явления, что заставляет проводить этот метод лечения преимущественно в стационарных условиях, особенно, если учитывать, что лечение в стационарных условиях при соблюдении большими определенными режима эффективнее, чем в амбулаторно-поликлинических.

МЕТОДИКА И ТЕХНИКА

Для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов применяют поясничную новокаиновую блокаду, блокаду новокаином зон повышенной кожной болевой чувствительности и короткий новокаиновый блок через задний влагалищный свод.

Наиболее подходящей для новокаиновой блокады А. В. и А. А. Вишневики считают поясничную область с обильным скоплением больших нервных узлов и стволовых проводников, что позволяет выключить наибольшее число связей между центром и периферией и использовать новокаиновую анестезию как «раздражение» (активный процесс) на путях общей регуляторной функции нервной системы.

ПОЯСНИЧНАЯ БЛОКАДА

Больная укладывается на бок. Под поясницу ей подкладывают валик. Между XII ребром и длинными мышцами спины (*m. sacro-spinalis*) вводят маленьким шприцем 0,25% раствор новокаина, после чего образуется кожный инфильтрат. Затем на шприц емкостью в 10—20 мл насаживают длинную иглу (10—20 см), которую постепенно продвигают через полученный желвак в глубину тканей. Игла при этом должна стоять строго перпендикулярно к поверхности кожи. По мере того как игла продвигается в глубину тканей, вводят раствор новокаина. Для контроля (кровь!) шприц периодически снимают с иглы. После того как игла пройдет через слой



Рис. 138. Техника производства поясничной новокаиновой блокады по А. А. Вишневскому.

мышц и задний листок почечной фасции (*lamina renalis posterior*), конек иглы попадает в межфасциальное пространство (рис. 138, 139).

С этого момента раствор новокаина начинает поступать из шприца в ткани без напряжения, а при снятии шприца с иглы обратный ток жидкости отсутствует. После этого вводят 80—100 мл 0,25% раствора новокаина. Если в игле появляется кровь, иглу необходимо слегка вытянуть.

А. В. и А. А. Вишневские указывают, что при поясничной блокаде необходимо соблюдать правило: «из иглы—ни капли жидкости, ни капли крови!». Несоблюдение этого правила неблагоприятно отражается на эффективности метода.

Я. С. Рабинович описал и другой признак попадания иглы в межфасциальное пространство. Когда игла попадет в околопочечную клетчатку, она производит «экскурсию» в унисон дыханию больной: игла движется вверх и вниз, она как бы «дышит». «Дыхание» иглы указывает, по мнению автора, что она находится в межфасциальном пространстве. При неправильной технике поясничной новокаиновой блокады больные в ближайшие часы после блокады испытывают в поясничной области чувство напряжения, тяжести, а иногда боли.

Поясничную блокаду следует производить только в лежачем положении больной. При слишком глубоком продвижении иглы и несоблюдении указанного выше правила возможно повреждение почки. Во избежание этого при продвижении иглы в глубину следует чаще снимать шприц и контролировать вытекающую обратно жидкость.

По А. В. и А. А. Вишневским, при правильной технике новокаиновой блокады раствор распространяется вдоль сосудов почек, омывая при этом нервные образования (рис. 140).

Введение раствора в межфасциальное пространство совершенно безболезненно. Раствор распространяется книзу до подвздошной ямки (*fossa iliaca*). В забрюшинное межфасциальное пространство может быть введено большое количество жидкости. В некоторых случаях, например, у тучных больных поясничная блокада может представлять известные затруднения. Однако их нетрудно преодолеть, если строго выполнять требования в отношении правильного поло-

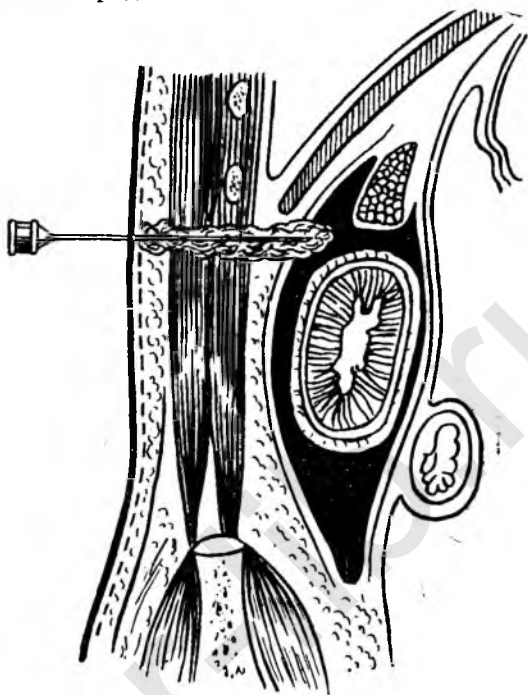


Рис. 139. Схема распространения раствора новокаина между листками почечной фасции при поясничной новокаиновой блокаде (по А. А. Вишневскому).

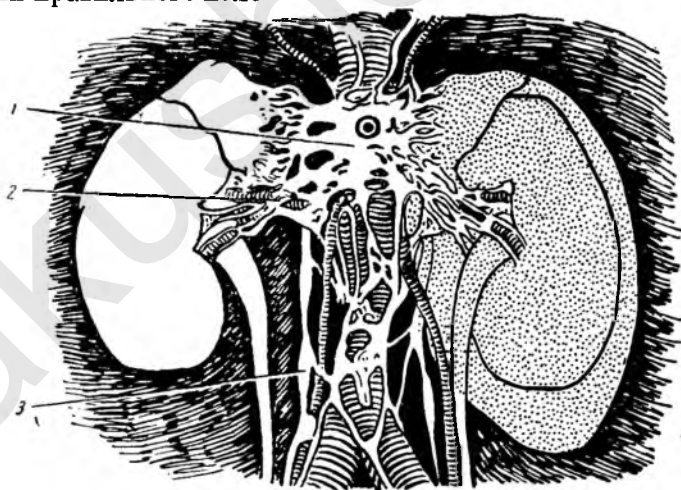


Рис. 140. Распределение новокаина при поясничной блокаде.
1—plexus solaris; 2—plexus renalis; 3—truncus sympathicus lumbalis.

жения больной и контроля во время продвижения иглы в глубину, а также направлять иглу строго перпендикулярно к поверхности туловища.

При подготовке больной к поясничной новокаиновой блокаде и производстве ее необходимо соблюдать строжайшую хирургическую асептику.

БЛОКАДА ЗОН ПОВЫШЕННОЙ КОЖНОЙ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ (ЗОНЫ В. Ф. СНЕГИРЕВА-ГЕДА)

Наличие сегментарных нервных связей между внутренними органами и кожной поверхностью туловища ведет к тому, что при воспалительных заболеваниях женских половых органов, в зависимости от локализации процесса, его распространенности, фазы и стадии воспаления, появляются участки повышенной чувствительности и болезненности на более или менее определенных участках кожи и подкожной клетчатки.

По данным Г. Э. Лазарева, при заболеваниях половой сферы женщины такие участки повышенной чувствительности и болезненности обычно появляются в коже передней брюшной стенки, поясничной и крестцовой областей. Зоны эти располагаются по одну или по обе стороны от лобка до пупка, часто по наружному краю прямой мышцы живота на различных уровнях, преимущественно на границе средней и нижней третей расстояния между пупком и лобком. Они могут располагаться и в области паховых складок, вдоль гребешков подвздошных костей, иногда вокруг пупка и режа по средней линии. Сзади они чаще появляются вдоль гребешков подвздошных костей.

Нередко сами больные указывают, что у них болит кожа, даже прикосновение к ней белья болезненно, причем точно указывают эти участки. Зоны повышенной чувствительности и болезненности меняют свое положение и размеры вместе с изменением топографии воспалительного процесса, остроты его.

Новокаиновой блокаде зон В. Ф. Снегирева-Геда предшествует определение этих зон. Для блокады применяется 1% или 0,5% раствор новокаина. Раствор вводят подкожно соответственно зоне повышенной болевой чувствительности. Иглу вкалывают перпендикулярно поверхности кожи. Мы вводим раствор новокаина из двух точек по радиусам таким образом, чтобы анестезировать всю зону, для чего пользуемся длинными иглами, насаженными на шприц емкостью в 10—20 мл. Всего вводят от 25 до 100 мл раствора в зависимости от числа и величины зон. Если необходимо ввести большее количество раствора, свыше 50—60 мл, то применяют 0,5% раствор новокаина. Учитывая, что при новокаиновой блокаде иногда наблюдаются токсические явления—головокружение, тяжесть в голове, чувство жара в лице, слабость в руках и ногах, возбуждение, причем эти явления наступают через несколько минут после введения новокаина, не следует новокаиновую блокаду производить в амбулаторных условиях, а также вводить большие дозы новокаина. При появлении токсических явлений показано введение кофеина, быстро купирующего явления интоксикации. Новокаиновую блокаду зон В. Ф. Снегирева-Геда, в зависимости от особенностей клинического течения воспалительного процесса, можно повторить несколько раз, с промежутками в несколько дней.

БЛОКАДА ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ ВЛАГАЛИШНЫЙ СВОД

При объяснении механизма действия новокаиновой блокады авторы метода исходят из основного положения, что «удар» по нервной системе тем эффективнее, чем дальше от пораженного органа его наносят. Отсюда

возможность получить наибольший эффект при воздействии на поясничный отдел пограничного ствола, поскольку при этой методике раствор новокаина воздействует не только на поясничные узлы пограничного ствола, но частично и на другие нервные образования, как почечное сплетение, надпочечное сплетение и отчасти солнечное сплетение (Я. С. Рабинович).

Я. С. Рабинович применил новокаиновую блокаду через задний влагалищный свод, при которой «удар» наносится вблизи воспалительного очага.

Техника. Влагалищные своды обнажают с помощью ложкообразных зеркал Симса. Пулевыми щипцами захватывают заднюю губу шейки матки и осторожно низводят. Длинной иглой прокалывают задний свод. На иглу насаживают шприц и вводят от 30 до 60 мл 0,25% раствора новокаина.

Реакция больных в момент введения новокаина через задний свод ничем не отличается от таковой при введении его в поясничную область. Блокада не сопровождается болезненностью. У отдельных больных отмечалось скоропреходящее учащение дыхания, сердцебиений.

В «послеблоковом» периоде наблюдалось повышение вечерней температуры на 1°, а затем у большинства больных со 2—3-го дня начиналось литическое падение температуры.

Наибольший лечебный эффект отмечен автором при остром воспалении тазовой клетчатки, воспалении тазовой брюшины и придатков матки. Меньший эффект получен при преформированных воспалительных мешотчатых опухолях. Отрицательный результат наблюдался у больных с разлитым перитонитом и при туберкулезе придатков матки.

По Я. С. Рабиновичу, лечебный эффект зависит от остроты процесса и степени его распространения. Он указывает на известное «прогностическое» значение первого блока. При отрицательной реакции повторный блок дает лишь некое улучшение.

«Послеблоковых» осложнений в виде резких болей в пояснице, рвоты, обморочного состояния и т. д., описываемых отдельными авторами, Я. С. Рабинович не наблюдал.

Новокаиновая блокада через задний влагалищный свод дает, по его мнению, не меньший положительный результат, чем поясничная.

ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА

Отдельные авторы применяют для лечения воспалительных заболеваний женских половых органов эпидуральную новокаиновую блокаду (И. И. Томилев). Техника не сложна. Через сакральное отверстие вводят шприцем в эпидуральное пространство 35—40 мл теплого 1,5% раствора новокаина. Раствор новокаина подводят непосредственно к крестцовым нервам, участвующим в иннервации тазовых органов.

Основываясь на учении И. П. Павлова, И. И. Томилев считает, что периферическая новокаиновая блокада нервной системы является одним из способов охранительного торможения центральной нервной системы. Положительное действие новокаиновой блокады сказывается в прекращении или ослаблении болевого синдрома, уменьшении экссудации и явлениях общей интоксикации.

По И. И. Томилову не все виды воспалительных заболеваний женских половых органов одинаково поддаются воздействию эпидуральной новокаиновой блокады. Положительный эффект получен при остром воспалении придатков матки, тазовой брюшины и тазовой клетчатки.

Эпидуральная блокада не эффективна при мешотчатых воспалительных опухолях придатков матки. После эпидуральной блокады осложнения встречаются редко и носят скоропреходящий характер. Отмечается учащение дыхания и сердцебиения, не требующее терапевтического воздействия.

БЛОКАДА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Для борьбы с зудом, возникающим на почве воспалительных заболеваний наружных половых органов женщины, В. В. Третьяков предложил пользоваться вместо поясничной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому инфильтрационно тугой и ползучей анестезией (блокадой) новокаином наружных половых органов, т. е. той области, где находил свое отражение болезненный процесс.

Техника новокаиновой блокады наружных половых органов по В. В. Третьякову: больная укладывается на гинекологическое кресло, как для влагалищного исследования, волосы на лобке сбрасывают, наружные половые органы и прилегающие участки кожных покровов живота и внутренних поверхностей бедер обрабатывают спиртом и иодной настойкой по общехирургическим правилам. По наружной поверхности большой половой губы делают вкол тонкой иглой, с помощью которой шприцем вводят 0,25% раствор новокаина с адреналином. Затем шприцем емкостью в 20 мл из первоначально образовавшегося желвака длинной иглой циркулярно инфильтрируют всю область наружных половых органов. Постепенно переходя с одной большой половой губы на лобок, а затем опускаясь на другую большую половую губу, замыкают линию инфильтрации между задней спайкой и заднепроходным отверстием. Затем иглу продвигают глубже под основание больших и малых половых губ; местами концы иглы доводят до кости. Всего расходуется до 250 мл 0,25% раствора новокаина с адреналином. Инфильтрировать ткани следует медленно, постепенно, чтобы не вызвать у больных неприятных ощущений, связанных с раздвиганием тканей при вливании раствора под давлением.

Изредка после новокаиновой блокады области наружных половых органов у больных отмечаются побочные явления в виде легкой тошноты и головокружения.

В. В. Третьяков считает возможным проводить такой блок и в амбулаторных условиях, отпуская больных домой через полчаса-час после новокаиновой блокады. Согласно его данным, новокаиновый блок в разработанной им методике дает длительный положительный лечебный эффект. В отдельных случаях применялась повторная блокада (до двух раз). Под влиянием новокаиновой блокады быстро исчезает упорный, мучительный зуд наружных половых органов, вызванный хроническим воспалением их. Положительные результаты отмечены при заболеваниях большой давности—до 10 лет.

Собственный опыт позволяет нам подтвердить результаты клинических наблюдений В. В. Третьякова. При этом мы пользуемся одновременной циркулярной анестезией наружных половых органов, начиная ее с кожи центра промежности и дополняя ее пудендальной анестезией.

Циркулярную инфильтрацию наружных половых органов новокаином стараемся проводить из одного укола длинной иглой, насаженной на шприц емкостью в 20 мл. По окончании циркулярной инфильтрационной анестезии блокируем срамные нервы, для чего при помощи длинной иглы вводим по 50—100 мл 0,25% раствора новокаина на глубину 10—12 см на расстоянии 1 см кнутри от седалищных бугров. Направление иглы стро-

го перпендикулярно к коже. Иглу продвигаем в глубь тканей постепенно, предосылая ей раствор новокаина. Такой сочетанный блок, по нашим наблюдениям, более эффективен, поскольку он, кроме местной анестезии, включает и регионарную, осуществляемую за счет блокады срамных нервов, иннервирующих область наружных половых органов.

БЛОКАДА ИШИОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Взамен поясничной блокады М. М. Бергал предлагает вводить новокаин в ишиоректальную область, богатую жировой клетчаткой. Автор при этом исходит из предположения, что действие новокаинового блока зависит не только от анестезии нервных сплетений, но и от тех биохимических процессов, которые происходят в самой клетчатке в результате введения раствора новокаина.

Техника ишиоректального блока по М. М. Бергалу: больная лежит на гинекологическом кресле в положении для камнесечения. Нащупывают седалищный бугор. Отступя от него на один палец кнутри, перпендикулярно к поверхности кожи вводят длинную иглу, надетую на шприц емкостью в 20 мл. По ходу иглы ишиоректальную область постепенно инфильтрируют 0,25% раствором новокаина. Доводя иглу до глубины 7—8 см, под небольшим давлением вводят 100—120 мл тепловатого раствора. При правильной технике введение раствора безболезненно. Из побочных явлений, наблюдаемых при этом, нужно отметить чувство «мления», жара или похолодания в ногах, чувство тяжести в животе, сопровождающееся ноющими болями в пояснице. У 70% больных через 3—4 часа отмечено повышение температуры на 0,5—1,5° в течение нескольких часов. М. М. Бергал указывает, что ишиоректальный новокаиновый блок действует аналогично паранефральному блоку по А. В. Вишневному; наилучшие результаты получены при остром и подостром воспалении тазовой брюшины и клетчатки; в отдельных случаях отмечено ускорение нагноения.

БЛОКАДА ПУТЕМ ИОНОФЕРЕЗА

Предлагают применять новокаиновый блок, особенно в области зон повышенной кожной болевой чувствительности, путем ионофореза кокаина и новокаина, основанный так же, как и новокаиновая блокада зон В. Ф. Снегирева-Геда, на принципе отрицательной реперкуссии. Положительной стороной ионофореза новокаина или кокаина следует признать то, что вещество, введенное в ткани в ионизированном состоянии дольше в них фиксируется (А. Е. Щербак, В. А. Милицин, Н. И. Коротнев и др.). Имеет значение при этом и действие самого электрического тока, а именно болеутоляющее действие анода, с которого вводится ионизируемый раствор (Н. И. Коротнев).

Так, С. И. Орлов и В. И. Малевич при лечении обострившихся хронических воспалительных заболеваний женских половых органов применяли новокаиновую блокаду в виде ионофореза—2% раствора кокаина по Вирцу и Рейну (Wierz и Rein) в следующей прописи: Cocaini 2,0; Adrenalinii 0,1% 5,0; Aq. destill. 100,0.

Методика. Активный (плюсовой) электрод с 10 мл электролита накладывают на соответствующую зону позвоночника (для матки и яичников на X—XII грудные позвонки), располагая в центре электрода часто обнаруживаемую при пальпации «максимальную болевую точку»,

пассивный (минусовый)—на брюшную стенку, соответственно больному органу.

Плотность тока $0,2 \text{ mA/cm}^2$. Длительность сеанса 30 минут. Всего больные получали за месяц 5—6 сеансов. Под наблюдением состояло 65 больных. Авторы указывают, что применение кокаин-ионофореза по методу отрицательной реперкуссии дает выраженный болеутоляющий эффект, «граничащий с субъективным выздоровлением», и что лучше поддаются лечению больные с экссудативными формами воспаления. Положительный эффект отмечен у больных с дисменореей. Токсические явления отсутствуют.

Для этих же целей предпочтительно пользоваться 1—2% раствором новокаина, который вводят с положительного полюса либо по указанной методике, либо накладывают активные электроды на зоны Снегирева-Геда соответственно их величине и положению (Е. Л. Бирнбаум и Е. Т. Колаева).

М. А. Петров-Маслаков при электрофорезе новокаина пользуется 2% спиртовым раствором новокаина с добавлением 5—10 капель адреналина 1 : 1000. Активный электрод помещают соответственно зонам В. Ф. Снегирева-Геда, индифферентный—на пояснице или бедре. Часто используют два активных электрода в зависимости от локализации процесса. Плотность тока вначале $0,2—0,3 \text{ mA/cm}^2$. К концу лечения плотность тока доводится до $0,4 \text{ mA/cm}^2$. Продолжительность сеанса 10—15 минут. Автор отмечает хороший анальгезирующий эффект. Новокаиновая блокада путем электрофореза новокаина способствует понижению температуры, уменьшению реактивных воспалительных явлений, ведет к стабилизации воспалительного процесса и содействует более быстрому обратному его развитию, позволяя раньше перейти на более энергичное рассасывающее противовоспалительное лечение.

БЛОКАДА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ¹

При некоторых формах лактационных маститов в начальном периоде их развития приходится в целях возможного купирования процесса проводить новокаиновую блокаду молочной железы, исходя из приведенных выше теоретических соображений.

Техника¹. Блок молочной железы производят из одной точки—по передней аксиллярной линии на уровне V—VI ребра. Положив больную на спину, подкладывают ей под лопатку больной стороны валик или слегка поворачивают ее на противоположный бок. Если больная лежит на операционном столе, его наклоняют в сторону здоровой молочной железы. Образуют в указанной выше точке кожный желвак, вводя двухграммовым шприцем с тонкой иглой 0,25% раствор новокаина; затем вводят в желвак длинную иглу, насаженную на шприц емкостью в 10—20 мл и начинают вводить этот же раствор под железу. При продвижении иглы вглубь всегда вводят сначала раствор, что обеспечивает правильное распространение его между задним листком фасции молочной железы и большой грудной мышцей. Этот футляр, выполненный жировой клетчаткой, используют для блокирования всех нервов, иннервирующих молочную железу. Количество раствора, необходимое для блока, варьирует в пределах от 150 до 300 мл в зависимости от анатомических особенностей железы.

¹ По Е. С. Лушникову.

Все вводимое количество распределяется примерно равными порциями в трех направлениях, для чего, не вынимая иглы, выдвигают ее несколько назад и меняют направление. Надо следить за тем, чтобы раствор новокаина при этом не попадал в паренхиму железы или в инфильтрат.

При неправильном направлении струи обычно для введения раствора требуются значительные усилия. При правильном направлении иглы раствор вводится очень легко, без всяких усилий; больная не ощущает болей, лишь иногда она жалуется на чувство распирания в молочной железе.

Иногда ввиду анатомических особенностей органа и его патологического состояния приходится вводить раствор не с одного вкола, а с двух или трех, особенно когда имеется большая или отвислая молочная железа или в случаях так называемой куриной грудной клетки. В таких случаях при попытке пройти за сосок можно легко попасть в паренхиму молочной железы. В этих случаях рекомендуется следующая методика.

Образовав 0,25% раствором новокаина кожный желвак на уровне V—VI ребра по передней аксиллярной линии, подводят через него под железу 80—100 мл раствора. Второй кожный желвак образуют на уровне верхнего края II ребра ближе к наружной трети ключицы и вводят через него 60—80 мл раствора. Наконец, через третий вкол у внутреннего края грудины, отступя на ширину поперечного пальца от нее, вводят 60—80 мл раствора.

ЛИТЕРАТУРА

- Бжаздырев Е. Г. Применение новокаиновой блокады по Вишневскому-Сперанскому в гинекологии. Акушерство и гинекология, 1936, № 5.
- Бергал М. М. Лечение воспалительных заболеваний женской половой сферы введением слабых растворов новокаина в ишиоректальную область. Акушерство и гинекология, 1937, № 8.
- Бирнбаум Е. Л. и Коласва Е. Т. Ионтофорез новокаина как метод воздействия на боли при хронических воспалениях женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1937, № 7.
- Верхадский Н. П. Блокада зон Геда в терапии острых воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1947, № 5.
- Вишневский А. В. и Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид патогенетической терапии, М., 1952.
- Вишневский А. С. и Дерчинский Г. Д. Некоторые наблюдения над применением блокады нервной системы при маточных кровотечениях. Акушерство и гинекология, 1937, № 8.
- Егорова М. Г. Новокаиновая блокада как метод лечения гинекологических больных. Здравоохранение Казахстана, 1947, № 2.
- Елигулашвили И. Новокаиновый блок в терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1936, № 5.
- Кипарисов Н. С. К вопросу о значении новокаиновой блокады в деле консервативного лечения пельвеоперитонитов. Акушерство и гинекология, 1941, № 2.
- Лазарев Г. Э. Новокаиновый блок зон Геда в терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1937, № 1.
- Петров-Маслаков М. А. Опыт применения электрофореза новокаина при острых воспалительных заболеваниях внутренних женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1937, № 7.
- Рабинovich Я. С. Новокаиновый блок нервной системы в консервативном лечении воспалительных процессов женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- Томитов И. И. Эпидуральный блок при воспалительных процессах женской половой сферы. Труды Хабаровского медицинского института, Хабаровск, 1952.
- Третьяков В. В. Новокаиновый блок нервной системы при лечении зуда наружных половых органов. Акушерство и гинекология, 1936, № 3.
- Циммерлинг Я. Н. Течение воспалительных хронических процессов женского полового аппарата под влиянием новокаиновой блокады по Вишневскому. Акушерство и гинекология, 1940, № 1.

ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Тканевая терапия как новый лечебный метод была предложена в 1933 г. акад. В. П. Филатовым¹.

Основные положения, обосновывающие метод тканевой терапии, были им сформулированы в следующих 8 пунктах:

1. Отделенные от организма животные или растительные ткани при воздействии на них факторов среды, которые затрудняют их жизнь, подвергаются биохимической перестройке. При этом в тканях вырабатываются вещества, стимулирующие их биохимические процессы. Указанные вещества, способствующие сохранению жизненных процессов в тканях при неблагоприятных условиях, названы «стимуляторами биологического происхождения» (биогенные стимуляторы). При этом надо отметить, что образование биогенных стимуляторов следует рассматривать как выработанный эволюционным путем способ приспособления обмена веществ организма к действию условий среды, если они не превышают какой-то максимальной степени, и что биогенные стимуляторы образуются в тканях, находящихся в состоянии переживания.

2. Биогенные стимуляторы, будучи введены в какой-либо организм тем или иным путем (ткань, экстракт из нее) активизируют в нем жизненные процессы. Усиливая обмен веществ в организме, они тем самым повышают его физиологические функции, увеличивают сопротивляемость этиологическим факторам и усиливают регенеративные свойства, что способствует выздоровлению.

3. Биогенные стимуляторы возникают и в целых организмах, подвергнутых неблагоприятным, но не убивающим их условиям среды, внешним или внутренним, в процессе биохимической перестройки этих организмов.

4. Факторы среды, вызывающие появление биогенных стимуляторов, могут быть разнообразны. Наиболее изученным является сохранение ткани животных при относительно низкой температуре (2—4°), а в отношении листьев растений (алоэ, агава, люцерна и др.) — сохранение их в темноте.

5. Биогенные стимуляторы накапливаются в тканях и организмах при воздействии на них внешних и внутренних факторов, которые приводят к нарушению их нормального обмена и в химическом отношении являются продуктами нарушения обмена.

6. Появление биогенных стимуляторов под влиянием факторов среды представляет собой общий закон для всей живой природы. Биогенные стимуляторы образуются всюду, где идет приспособление к новым условиям существования и борьба за жизнь.

7. Биогенные стимуляторы действуют на весь организм в целом, чем объясняется широта диапазона их влияния.

8. Интимная сторона действия биогенных стимуляторов выражается в изменении обменных и энергетических процессов организма.

Многочисленные клинические наблюдения различных авторов в разных клиниках показали достаточно высокую эффективность применения тканевой терапии в различных модификациях.

Наибольшее распространение в гинекологии получил метод консервации и применения консервированной ткани, разработанный В. П. Фила-

¹ В. П. Ф и л а т о в, Клиника и теоретические основания тканевой терапии. Современные вопросы медицинской науки, 1951. О н ж е, Тканевая терапия (учение о биогенных стимуляторах), М., 1955.

товым и его сотрудниками¹. Согласно их данным, для тканевой терапии могут быть использованы различным образом приготовленные и примененные: а) животные ткани, б) листья различных неядовитых растений и в) лиманная грязь.

Меньшее распространение получили остальные методы, являющиеся в сущности лишь различными модификациями основного метода В. П. Филатова.

К модифицированным методам тканевой терапии относятся методы Г. Е. Румянцева, Н. И. Краузе, Н. Ф. Гамалеи, Д. И. Гольберга, Л. Ф. Скосогоренко и др.

Тканевой материал может быть введен в организм путем: а) имплантации (подсадки), б) инъекций, в) внутреннего и г) ректального применения. В гинекологической практике наиболее часто применяют два первые метода.

Для имплантации используют животные ткани, чаще кожу, плаценту и водные оболочки (амнион), а для инъекций—экстракт алоэ, рыбий жир, грязевые вытяжки.

Подсаживать ткани можно в любую часть тела. Наиболее удобным местом является область левого подреберья по передней аксиллярной линии. После обычной обработки операционного поля и анестезии 0,25—0,5% раствором новокаина производят разрез кожи длиной в 2—2,5 см, доходящий до подкожной клетчатки.

Острым скальпелем делают небольшой надрез в подкожной клетчатке и образуют карман, куда пинцетом вводят кусочек (6—8 см²) приготовленной ткани. На кожу накладывают 2—3 шва и асептическую фиксированную коллодием или клеолом повязку. Швы снимают на 8-е сутки. Операцию следует производить в операционной, соблюдая все правила асептики.

Согласно данным В. П. Филатова, на 11 000 имплантаций послеоперационные нагноения составляли 0,41%.

В последнее время для введения подсадного материала под кожу применяются специальные винтовые шприцы (В. П. Филатова, С. Я. Билинкиса и др.). Эти шприцы в значительной степени упрощают технику подсадки и создают условия для проведения ее в поликлинических условиях, что обеспечивает более широкое ее применение.

При отсутствии или недостаточном лечебном эффекте подсадка может быть сделана повторно, но не ранее чем через 2 недели после предшествующей подсадки. Подсаженные кусочки ткани рассасываются в течение 3—5 недель.

Водные экстракты вводят под кожу по 1—2 мл ежедневно. Курс лечения состоит из 25—35 инъекций. Лечение может быть повторено через месяц.

В клинике женских болезней тканевую терапию применяют главным образом для лечения больных с воспалительными заболеваниями половой сферы. У отдельных больных после имплантации ткани наступало кратковременное обострение (повышение температуры, недомогание, увеличение инфильтрата и пр.). Вскоре после имплантации у большинства больных отмечалось улучшение общего состояния, падение температуры, исчезновение болей. В дальнейшем воспалительные инфильт-

¹ Инструкция по приготовлению и применению тканей по акад. В. П. Филатову, Приказ Министерства здравоохранения СССР от 1/XI 1951 г., № 100.

траты начинали уменьшаться, органы становились более подвижными, нередко нормализовалась менструальная функция.

Тканевая терапия больных с воспалительными опухолями, если предполагалось в дальнейшем оперативное вмешательство, нередко приводила к рассасыванию окружающих эти опухоли воспалительных экссудатов, что облегчало оперативное вмешательство.

Наиболее благоприятные результаты тканевой терапии отмечаются при воспалении матки и при экссудативных пельвеоперитонитах; менее эффективно оно при воспалении тазовой клетчатки и при пиосальпинксах (С. Я. Билинкис, В. Н. Нехаева, В. М. Савицкий и др.).

У больных с аномалиями менструаций, обусловленных хроническими воспалительными заболеваниями матки и придатков, после двух подсадов менструации начинали протекать правильно и без болей (С. Я. Билинкис и др.).

А. С. Пшеничникова и Б. Б. Пинкус изучали сравнительное действие вытяжек, изготовленных из листьев алоэ, на 52 больных и вытяжки, полученной из карачинской грязи, на 77 больных. Подкожно вводили 1—2 мл вытяжки ежедневно или через день. Число инъекций на курсе лечения от 15 до 35. Инъекции грязевых вытяжек оказались менее болезненными, чем инъекции экстракта алоэ, после которых на месте инъекции отмечалось кратковременное жжение. Авторы указывают на благоприятное действие применяемых ими биогенных стимуляторов в различных стадиях воспалительных заболеваний гениталий, причем значительной разницы в эффективности лечения грязевыми вытяжками и вытяжками алоэ авторы не отмечают.

Небезопасным, согласно нашим наблюдениям, является применение тканевой терапии при острых воспалительных заболеваниях. Недостаточно эффективна тканевая терапия при эрозиях шейки матки, особенно фолликулярных и папиллярных, при наличии в половой сфере старых спаечных процессов, а также при функциональных расстройствах, гипо-аменореех и поли-гиперменореех.

ЛИТЕРАТУРА

- Д а и н а х и й М. А. Тканевая терапия в гинекологии. Советская медицина, 1946, № 5—6.
- Д е р ж а в и н а Л. С. Тканевая терапия воспалительных процессов женских половых органов. Врачебное дело, 1950, № 9.
- П ш е н и ч н и к о в а А. С. и П и н к у с Б. Б. Применение биогенных стимуляторов в терапии воспалительных гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология, 1951, № 6.
- Р у д ю к М. П. Тканевая терапия при эрозиях шейки матки. Акушерство и гинекология, 1954, № 2.
- С а в и ц к и й В. М. Тканевая терапия воспалительных заболеваний женской половой сферы. Пед. акуш. і гіг., 1950, № 5, стр. 20—26 (укр.).

ФИЗИОТЕРАПИЯ

Физиотерапию следует рассматривать как один из основных видов неоперативного (консервативного) лечения женских болезней, как сохраняющее и восстановительное лечение.

В развитии отечественной физиотерапии большая роль принадлежит А. Е. Щербаку, П. Г. Мезерницкому, С. Б. Вермелю, С. А. Бруштейну, А. В. Рахманову и др.

Физические методы лечения женских болезней высоко оценил В. Ф. Снегирев, что нашло отражение в его труде «Маточные кровотечения».

Большого расцвета клиническая и экспериментальная физиотерапия в гинекологии достигла после Великой Октябрьской социалистической революции. Следует упомянуть работы В. А. Полубинского, Г. Г. Гамбарова, Д. Л. Чернеховского, Н. С. Желоховцева и многих других.

МЕХАНИЗМ И ОСОБЕННОСТИ ДЕЙСТВИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ОРГАНИЗМ

Воздействуя на поверхность кожи или на внутренние ткани, физические факторы вызывают раздражение заложенных в них многочисленных экстеро- и интерорецепторов, что вызывает развитие трофического, сосудодвигательного или функционального рефлекторного акта. При этом данный акт сочетается по времени с индифферентными раздражителями внешней или внутренней среды. В дальнейшем возникают ответные реакции организма и на воздействие второй сигнальной системы, поскольку при назначении и отпуске физиотерапевтических процедур это воздействие всегда имеет место (И. А. Пионтковский).

Из особенностей, присущих физическим методам лечения, следует отметить зависимость механизма биофизиологического действия от физической природы раздражителя. Так, различные виды электрического тока (синусоидальный, фарадический, гальванический, токи д'Арсонваля, диатермический, токи высоких и ультравысоких частот, токи Ледюка и Лапика), различные источники искусственного света (инфракрасные излучатели, ультрафиолетовые) с разной длиной волны и другие физические факторы оказывают на организм неодинаковое действие.

Действие физических факторов на животный организм во многом сходно с действием других неспецифических раздражителей, широко используемых при лечении разных патологических процессов, но имеются и различия. Так, наряду с неспецифическим действием, физические факторы обладают и известного рода специфическим действием, т. е. таким, которое характерно только для данного раздражителя и не может быть вызвано раздражителем другой физической природы, например, внетепловое (экстратермальное—колебательное) действие электрических токов высокой и ультравысокой частоты (Г. А. Френкель, В. А. Милицин, И. А. Пионтковский, М. М. Аникин и др.) другими факторами не вызывается.

Своеобразное избирательное действие отдельных физических факторов отмечается в отношении как тканевых элементов, так и некоторых образований. Так, избирательное действие на яйцевые клетки, заключенные в фолликулах яичника, отмечено при воздействии высоких и ультравысоких частот (А. Б. Гиллерсон, В. М. Лотис, Р. В. Георгиевская) и ультрафиолетового излучения ртутно-кварцевой лампы (И. Б. Асатуров). А. В. Рахмановым, Г. С. Варшавером, М. Е. Маниковым и др. доказано избирательное действие некоторых физических факторов (токов д'Арсонваля, электрического поля высокой и ультравысокой частоты, ультрафиолетового излучения, пограничных лучей Букки и др.) на соединительнотканые и эпителиальные элементы.

Воздействие любого физического фактора, независимо от его физических свойств (электричество, свет, вода и пр.), методики применения, дозировки неизменно обеспечивает как местное, так и общее действие, в основе которого лежит нервно-гуморальный механизм.

Учитывая, что при гинекологических заболеваниях местом приложения физических факторов являются либо кожные покровы, либо кожные покровы и слизистые оболочки, реже только последние, можно допустить, что в механизме действия физических факторов первым этапом является воздействие их на многочисленные, притом дифференцированные экстеро- и интерорецепторы, заложенные в коже и слизистых оболочках. Отсюда раздражение по афферентным путям достигает высших отделов центральной нервной системы—коры головного мозга, и далее по эфферентным путям вызывает ту или иную ответную реакцию местного и общего характера, что определяется функциональным состоянием коры головного мозга (И. П. Павлов, К. М. Быков, М. А. Усиевич).

Положительные реакции могут быть получены и при так называемой внеочаговой методике воздействия физическими факторами; однако практика показала, что при непосредственном воздействии на пораженный орган эффективность лечения выше. Следовательно, нельзя отрицать и непосредственное действие физического фактора на патологический процесс.

Ответная реакция на одно и то же физиотерапевтическое воздействие у различных лиц или при различных функциональных состояниях организма не одинакова. Так, рефлекторно-сегментарная ультрафиолетовая эритемотерапия у больных аменореей способствует восстановлению нормальной менструации, а у больных с маточными кровотечениями функционального характера вызывает остановку кровотечения (А. Б. Гиллерсон, Г. С. Варшавер и Э. Д. Тыкочинская).

По И. А. Пионтковскому, применение физических факторов с лечебной и профилактической целью ставит перед врачом задачу путем безусловных и условных рефлексов мобилизовать компенсаторные, викарные и пластические процессы организма и путем систематического воздействия физических факторов помочь корковым компонентам «притти на выручку» организму в его борьбе с «болезненными агентами» (А. Г. Иванов-Смоленский).

Таким образом, ответная реакция организма на физиотерапевтическое воздействие является многозвеньевым сложным рефлекторным актом, где, наряду со спинальными или подкорковыми компонентами безусловного рефлекса, имеют место кортикальные условнорефлекторные звенья (И. А. Пионтковский).

В разворачивании этого процесса принимает участие и гуморальный механизм (гормоны, медиаторы).

Физиотерапевтические факторы оказывают существенное влияние на течение обменных функций организма, на все виды межклеточного обмена веществ—белкового, углеводного, липоидного и т. п. Патологический процесс в отдельных фазах своего развития сопровождается глубокими нарушениями обмена веществ, вызванными интоксикацией организма продуктами жизнедеятельности патогенных микробов (их ассоциаций) и распада клеточных элементов очага поражения.

Воздействуя на организм больной рефлекторным нейро-гуморальным путем, физиотерапевтические факторы способствуют выравниванию нарушенного в результате болезни обмена веществ, обезвреживанию токсических веществ, десенсибилизации и дезаллергизации организма, т. е. процессу выздоровления.

Следовательно, при выборе физического метода лечения, его методики, дозировки необходимо, с одной стороны, правильно использовать физиологические меры защиты самого организма против болезни (И. П. Пав-

лов), а с другой—из большого числа современных методов физиотерапии выбрать такой, который позволил бы в кратчайшие сроки достичь восстановления нарушенных функций и обратного развития патологического процесса или по крайней мере задержать дальнейшее его развитие (профилактика стойких необратимых анатомо-функциональных изменений).

Сочетание отдельных видов физиотерапии, последовательно или одновременно применяемых, значительно повышает эффективность лечения. Такой же эффект дает сочетание физиотерапии с другими видами консервативного (неоперативного) лечения. Вот почему при неоперативном лечении женских болезней следует широко пользоваться комбинированной, комплексной, синтетической терапией.

ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЕ

Для лечения электричеством применяют постоянный электрический ток (гальванический или выпрямленный переменный ток) в форме ионофореза (ионогальванизация), различные виды переменного электрического тока высокой частоты: токи д'Арсонваля, диатермический ток, токи высокой и ультравысокой частоты (короткие и ультракороткие волны), а также их сочетание (ионогальвано-диатермия).

Ионогальванизация (ионофорез). Под ионогальванизацией (ионофорезом) понимают введение в пораженные ткани и органы ионов лекарственных веществ при помощи постоянного (гальванического или выпрямленного низкочастотного переменного, синусоидального) электрического тока.

При воздействии постоянным электрическим током на растворы лекарственных веществ, содержащих электролиты¹ (растворы иодида калия, хлористого кальция, хлористого натрия, сернистой меди, азотнокислого серебра, ихтиола и др.), происходит процесс электролитической диссоциации с образованием положительно и отрицательно заряженных ионов². Положительно заряженные ионы направляются под влиянием электрического тока от положительного полюса (анода) к отрицательному (катоде), отрицательно заряженные ионы—от катода к аноду. Ионы, несущие на себе отрицательный заряд, называются анионами (движутся к аноду), а несущие положительный заряд—катионами³ (движутся к катоду).

Таким образом, в электролите имеет место одновременное движение ионов в двух взаимно противоположных направлениях—от катода к аноду и от анода к катоду.

Проникая в ткани, ионы лекарственного вещества значительно дольше удерживаются в них и оказывают более выраженный лечебный эффект, чем те же вещества, но введенные в организм иными путями. При ионофорезе лекарственные ионы, с одной стороны, насыщают ткани, располагающиеся между электродами в межполюсном пространстве, с другой—воздействуют на организм гуморальным путем, попадая в ток крови и лимфы.

Проникновение ионов лекарственных веществ в ток крови и непосредственно в ткани доказано опытами А. Е. Щербака, М. М. Аникина, Б. М. Бродерсона, В. А. Милицина, Ледюка и др.

¹ Электролитами называются химические вещества, которые при растворении в дистиллированной воде делают последнюю электропроводящей.

² Ионами называются частицы распавшейся молекулы, несущие на себе электрический заряд.

³ К катионам относятся ионы калия, натрия, кальция, магния, серебра, меди, свинца, алкалоиды—хинин, новокаин; к анионам—хлор, иод, радикалы кислот.

Имеются также указания на различное действие положительного и отрицательного полюса гальванического тока на кровеносные сосуды: анод действует сосудосуживающе, а катод—сосудорасширяюще (Лакер). Понятно, что при ионофорезе это также должно быть учтено. Знание полюса, с которого следует вводить в организм большой ионы того или иного лекарственного вещества, является обязательным.

По Н. И. Коротневу, Лакеру, анод обладает болеутоляющим (успокаивающим) действием и в то же время возбуждает гладкую мускулатуру. Катод оказывает менее выраженное болеутоляющее действие, чем анод.

По М. М. Аникину, терапевтическое действие ионофореза (гальвано-ионотерапия) складывается из влияния гальванического тока, местного и общего воздействия вводимых током и распространяемых кровью и лимфой лекарственных ионов. Местное воздействие гальванического тока через нервные пути может вызвать и отдаленные реакции организма, в результате чего проявляется его общее влияние.

По мнению А. Е. Щербака, его сотрудников и последователей, механизм действия ионофореза (гальвано-ионофореза) можно представить себе следующим образом: при ионофорезе лекарственные ионы, проникая поверхностно в кожу как специфические раздражители, вызывают рефлекторный ответ со стороны вегетативных аппаратов—универсальный ионный рефлекс, обеспечивающий как местное, так и отдаленное действие.

Такое объяснение механизма действия ионофореза мы считаем недостаточным, поскольку вегетативные аппараты функционально связаны с состоянием и деятельностью высших отделов центральной нервной системы, коры головного мозга. Оба отдела вегетативной нервной системы (симпатический и парасимпатический), по И. П. Павлову, находятся под общим влиянием коры головного мозга, которая со своей стороны является высшим регулятором всех функций в нормальных условиях существования (К. М. Быков). А. П. Кузнецовским установлено, что в области, находящейся под воздействием гальванического тока, процессы поглощения посторонних частиц, циркулирующих в кровяном русле, клетками ретикуло-эндотелиальной системы значительно усилены.

Применяя ионофорез при воспалительных заболеваниях женских половых органов, пользуются преимущественно ионами иода, кальция, серы, серебра, цинка, новокаина, сульфаниламидов и антибиотиков (Р. В. Георгиевская, С. А. Ягунов, В. А. Полубинский, Г. А. Келлат, Е. Д. Свет-Молдавская и др.).

При сухих слипчивых воспалительных процессах, сопровождающихся образованием спаек, сращений, соединительнотканых рубцов, развитием соединительной ткани в матке, придатках матки, положительный лечебный эффект получается в результате применения иод-ионофореза, ихтиол-ионофореза. При воспалительных процессах, сопровождающихся маточными кровотечениями, а также в экссудативной фазе воспаления показан кальций-ионофорез. Хронические воспалительные процессы шейки матки с образованием обширных эрозий, плохо поддающиеся воздействию лекарственных веществ, поддаются воздействию цинк-ионофореза (С. А. Ягунов), ионофореза серебра, меди, т. е. солей тяжелых металлов, обладающих одновременно прижигающим и дезинфицирующим действием.

Ионофорез кальция, иода, ихтиола, сульфаниламидов, пенициллина применяется как в хроническом, так и в подостром периоде.

В качестве источника постоянного электрического тока при ионофорезе пользуются либо батареями гальванических элементов, либо вы-

прямым при помощи кенотронных ламп низкочастотным переменным током. При этом как гальванический, так и переменный ток (от осветительной сети) подводятся к распределительной доске, на панели которой помещаются приспособления для включения тока, потенциометр (реостат), измерительный прибор—миллиамперметр с шунтом на 5; 50 и 500 мА, приспособление для изменения направления тока и зажимы для проводов. Выпрямление переменного электрического тока происходит непосредственно в распределительной доске при помощи выпрямительных ламп.

Для ионофореза необходимо иметь изолированные провода, пластинчатые станиоловые электроды соответствующих размеров, угольные или металлические влагалищные электроды в виде оливок, серебряные, цинковые электроды-зонды для внутришеечного и внутриматочного ионофореза, фланелевые гидрофильные прокладки, лучше в виде мешочков, и растворы лекарственных электролитов.

Помимо указанных, применяются проточные и наливные электроды, для изготовления которых можно воспользоваться эбонитовым, фаянсовым или стеклянным трубчатым зеркалом, наполняемым раствором соответствующего лекарственного электролита и закрываемым резиновой пробкой, через которую пропускают угольный штифт и стеклянные патрубки.

А. В. Бартельс и Г. А. Келлат предложили для влагалищного и внутришеечного ионофореза деревянные электроды (рис. 141): цельнодеревянный, наливной полый со слепым концом, наливной полый с открытым концом, осевой электрод-стержень для навивки гидрофильной ткани, внутришеечный деревянный электрод в форме расширителя. Деревянные электроды вводят во влагалище или непосредственно, или под контролем зеркала. После процедуры электроды очищают щеткой с мылом под струей воды и кипятят в течение 20 минут. Затем электроды погружают на сутки в лекарственный раствор.

Для ионофореза применяют лекарственные растворы в следующих концентрациях: иод 1%, кальций 1—2%, ихтиол 1%, новокаин 0,25%, серебро 0,25—0,5%, цинк 0,125—0,25%, медь 0,125—0,25%, натрий 1%.

Техника применения. 1. На нижнюю часть живота, по средней линии, над лоном и на область нижней части поясницы и крестца накладывают по одному пластинчатому электроду, каждый площадью 200—300 см², с толстой гидрофильной прокладкой из фланели или марли; под активный электрод кладут прокладку, смоченную лекарственным раствором соответствующей концентрации, а под индифферентный—

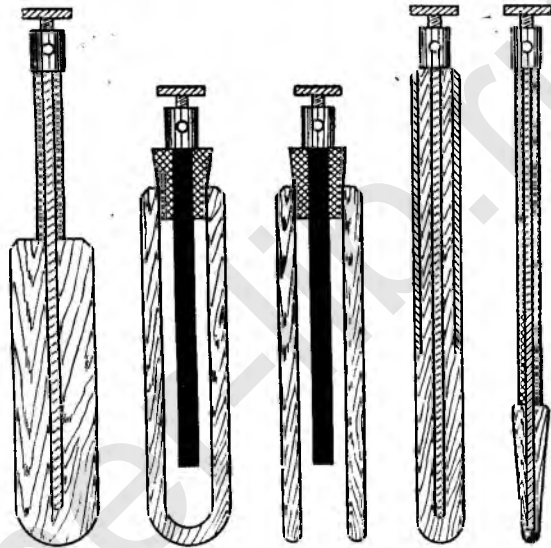


Рис. 141. Деревянные электроды для влагалищной и внутришеечной ионогальванизации.

прокладку, смоченную теплой водопроводной водой или физиологическим раствором поваренной соли. С помощью клемм и изолированных проводов электроды соединяют с источником постоянного тока, распределительной доской. Соблюдение полярности для каждого электролита, как указано выше, строго обязательно.

Такой способ наложения электродов называют накожным, а по месту расположения их—брюшно-пояснично-крестцовым.

2. Активный деревянный электрод по Бартельс-Келлату, пропитанный или наполненный лекарственным раствором, или электрод в виде угольного штифта (оливы), равномерно обмотанного толстым слоем марли и ваты (тампоно-влагалищный электрод), смоченной раствором лекарства, или наливные электроды соответствующих размеров вводят во влагалище. При пользовании наливными электродами влагалищную часть матки устанавливают в просвете трубчатого зеркала. Тампоно-влагалищные электроды вводят в задний влагалищный свод. Индифферентный пластинчатый электрод с гидрофильной прокладкой под ним, смоченный теплой водопроводной водой или физиологическим раствором поваренной соли, располагают внизу живота над лоном или в пояснично-крестцовой области (брюшно-влагалищное наложение электродов). Вместо одного индифферентного пластинчатого электрода можно пользоваться двумя электродами на одном раздвоенном проводе (брюшно-пояснично-крестцово-влагалищное наложение электродов). Сила тока от 15 до 40 мА (по миллиамперметру). Продолжительность сеанса 15—30 минут. Сеансы назначают через день или ежедневно. Общее количество сеансов зависит от особенностей клинического течения воспалительного процесса.

При ионофорезе в результате технических погрешностей иногда отмечаются ожоги слизистой стенок влагалища, влагалищных сводов и влагалищной части матки. Ожоги могут быть одиночными или множественными. Они редко достигают значительных размеров, имеют округлую или овальную форму с резко очерченными краями, сухим дном, покрытым желтым, трудно отделяющимся налетом. Возникают они вследствие сухого некроза, не кровоточат и обычно не вызывают жалоб со стороны больных, в силу чего долгое время могут оставаться нераспознанными.

Изъязвления на месте ожога по внешнему виду легко смешать с первичным сифилитическим склерозом, мягким шанкром и даже раком влагалища (А. Б. Гиллерсон). Отсюда вытекает правило: при назначении больным накожно-влагалищного ионофореза следует не реже раза в 3—5 дней подвергать больную осмотру при помощи гинекологических зеркал. Пользуясь тампоно-влагалищными электродами, необходимо следить за тем, чтобы угольный штифт электрода, а тем более металлический, был равномерно обмотан достаточным слоем марли.

Во время менструации иод-, ихтиолинофорез и ионофорез растворами солей тяжелых металлов отменяется.

Ионофорез может быть широко использован как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

Дарсонвализация. Токи д'Арсонваля—это токи высокой частоты от 150 000 до 1 000 000 колебаний в секунду (длина волны от 300 до 2000 м) высокого напряжения (до десятков и даже сотен тысяч вольт) и малой силы (при местном применении в пределах нескольких миллиампер).

Одновременно с д'Арсонвалем физиологическое действие указанных токов описал Н. Е. Введенский.

Токи д'Арсонваля не вызывают сокращения мышц и обуславливают тепловой эффект, развиваемый в тканях эндогенно. При местной дарсонвализации тепловой эффект наблюдается непосредственно в области соприкосновения электродов с кожей или слизистыми оболочками. При концентрированном точечном действии наблюдается прижигающее действие, разрушающее ткани,—фульгурация. Короткие, мелкие искры оказывают местное тепловое действие и производят легкое покалывание (М. М. Аникин). Так как кожа оказывает токам высокой частоты значительно меньшее сопротивление, они легче действуют на внутренние органы.

Под влиянием токов д'Арсонваля при местном применении вакуумных электродов возникает гиперемия с расширением артериол и капилляров.

Под воздействием токов д'Арсонваля понижается возбудимость двигательных нервных элементов и уменьшаются боли. Действуя болеутоляюще на чувствительные концевые нервные приборы, токи д'Арсонваля способствуют уменьшению или полному исчезновению состояния их раздражения, вследствие чего прекращается или уменьшается спазм сосудов. Это ведет к улучшению кровообращения, питания тканей и обмена веществ (М. М. Аникин, В. А. Милицин, Л. В. Фельдман и др.).

Дарсонвализацию применяют для лечения хронических воспалительных заболеваний слизистой вульвы и влагалища (вульвита, вагинита, вульво-вагинита) неспецифической инфекционной этиологии, а также хронических воспалений шейки матки, сопровождающихся образованием эрозии (Ю. Н. Панютин и Е. М. Тенета). Особенно показано местное применение дарсонвализации при старческом кольпите, когда воспалительный процесс сочетается со значительными трофическими изменениями возрастного характера, вследствие чего эти заболевания трудно поддаются медикаментозному лечению.

При длительно не заживающих, кровоточащих эрозиях шейки матки применяют фульгурацию искрой д'Арсонваля (Ю. Н. Панютин, А. Б. Гиллерсон). Фульгурация, как показывают данные кольпоскопии, ведет к поверхностной коагуляции эрозии. Нам удалось установить, что коагулированная поверхность эрозии сравнительно быстро очищается и эпителизируется; одновременно уменьшается или прекращается патологическая гиперсекреция. Гипертрофированная до лечения влагалищная часть матки уменьшается.

Техника применения. Обычно пользуются стеклянными вакуумными электродами цилиндрической формы, вводимыми во влагалище.

Электрод при помощи специального провода присоединяют к аппарату для местной дарсонвализации, которая проводится ежедневно или через день. Продолжительность сеанса от 5 до 10 минут. Число сеансов зависит от течения болезни.

Для фульгурации пользуются специальным электродом с металлическим шариком на конце. Эрозированную влагалищную часть матки устанавливают в просвете деревянного, эбонитового или стеклянного трубчатого влагалищного зеркала соответствующих размеров. Под контролем зрения электрод подводят к поверхности эрозии с таким расчетом, чтобы между ним и поверхностью эрозии оставался небольшой (искровой) промежуток. Затем включают ток. Образующаяся при этом между электродом и эрозией крупная искра вызывает фульгурацию эрозии на небольшом участке. Перемещая электрод соответственно поверхности эро-

зии, можно фульгурировать всю эрозию. При обширных эрозиях фульгурацию эрозии проводят в два, реже в три сеанса. Полная эпителизация эрозии, как показали наши наблюдения, происходит в течение 3—4 недель.

Средневолновая диатермия. Диатермия (эндотермия)—применение с лечебной целью переменного электрического тока высокой частоты, большой силы и сравнительно небольшого напряжения.

В современных аппаратах для диатермии (искроразрядниковых и ламповых—катодных) частота колебаний тока варьирует в пределах от 400 000 до 1 000 000—2 000 000 в единицу времени (в секунду), что соответствует длине волны от 750 до 300—150 м в противоположность коротковолновым и ультракоротковолновым диатермиям, в которых длина волны находится в пределах от 20 до 3 м и ниже.

Частота колебаний электрического тока имеет существенное значение при практическом их использовании в лечебных целях. С увеличением числа колебаний значительно меняются особенности биофизиологического действия тока. Чем больше число колебаний, тем более выражен болеутоляющий эффект высокочастотного тока. Раздражение чувствительных и двигательных нервов резко понижается с увеличением частоты колебаний. Оно подчиняется закону Нернста-Лазарева, по которому раздражение прямо пропорционально силе тока (I) и обратно пропорционально корню квадратному из частоты колебаний (n):

$$P = \frac{I}{\sqrt{n}}$$

Тепловой эффект при диатермии выражен значительно сильнее, чем при дарсонвализации. Теплообразование при этом подчиняется закону Джоуля-Ленца, согласно которому количество тепла, образующегося в проводнике (Q), выраженное в малых калориях, прямо пропорционально квадрату силы тока (I), сопротивлению проводника (R) и времени прохождения тока через проводник (t).

$$Q = 0,24 I^2 R t \text{ малых калорий}^1.$$

Однако закон Джоуля-Ленца не может быть полностью применен к электролитическому проводнику, а следовательно, и к живому организму, который состоит из ряда тканей, пропитанных растворами солей с различным сопротивлением.

По мнению большинства исследователей, одним из основных моментов физиологического действия диатермического тока является его способность к внутритканевому (эндогенному) теплообразованию.

Реакции же организма на тепловое действие диатермии значительно отличаются от реакций на раздражение экзогенным теплом. Так, при воздействии диатермией за сравнительно короткий срок (20—30 минут) можно достигнуть повышения температуры тканей на значительной глубине (С. А. Бруштейн и Е. Т. Залкиндсон, В. А. Милицин, Л. В. Фельдман, М. М. Аникин и др.).

При одном и том же сопротивлении и силе тока количество образующегося в тканях тепла зависит от длины волны: чем короче волна, тем легче преодолевается током сопротивление тканей. В тканях при местном применении диатермии возникает гиперемия, увеличивается скорость тока крови и количество крови, протекающей через орган. Омывая нагреваемые ткани, кровь, по М. М. Аникину, удаляет из них теплоту

¹ 0,24—коэффициент для перевода джоулей в малые калории.

и распределяет ее по всему телу. Органы, богатые кровеносными сосудами, в силу этого нагреваются меньше, чем органы, плохо васкуляризованные. Поэтому слизистые оболочки более выносливы к диатермическому току, чем кожные покровы. Следовательно, при отпуске процедур необходимо учитывать кровоснабжение органов и тканей, подвергаемых воздействию диатермии, иначе легко может наступить перегревание.

Лечебный эффект диатермии при воспалительных заболеваниях женских половых органов обусловлен выраженным рассасывающим и отчасти бактерицидным действием.

Рассасывающее действие диатермического тока следует отнести за счет тех вазомоторных реакций, которые возникают в тканях и органах рефлекторным путем и в результате непосредственного воздействия диатермии.

Гиперемия, увеличение скорости тока крови и количество протекающей через орган крови повышают обмен веществ, способствуют усиленному снабжению воспаленных органов питательными веществами и удалению продуктов бактериального и клеточного распада. В результате отмечается усиление восстановительных процессов и дезинтоксикации организма, что клинически выражается в уменьшении воспалительных инфильтратов и в быстром улучшении общего состояния.

Бактерицидное действие диатермического тока доказано экспериментально. В клинических условиях вряд ли можно говорить о бактерицидном действии диатермии, а если и можно допустить такое действие, то лишь в свежих случаях гонорройных поражений слизистых оболочек половых органов.

Правильнее поэтому говорить не о бактерицидном, а о бактериостатическом действии диатермического тока, т. е. об изменении в неблагоприятную сторону условий среды, в которой живут и размножаются бактерии, тем более, что большинство патогенных микроорганизмов, являющихся возбудителями инфекционного воспаления, относительно теплоустойчивы. Многочисленные термометрические измерения, проведенные нами и рядом других авторов, показывают, что при влажной диатермии температура во влажной среде повышается нередко до $40-40,5^{\circ}$. Тем не менее даже после 15—20—25 сеансов ежедневной диатермии при длительности каждого сеанса в 1 час в отделяемом из половых путей продолжают обнаруживаться гонококки.

Причиной благотворного действия токов высокой частоты является, по Н. И. Коротневу, та энергия, которую несут волны. Количество же энергии, которой обладают волны, зависит от длины волны. Колебания тока вызывают в организме собственные колебания (явления резонанса по А. Е. Щербаку). Для резонанса нужно, чтобы колебания резонирующего тела совпадали с колебаниями вибратора. Обладая разной емкостью, человек, по Н. И. Коротневу, настраивается в резонанс к разным волнам и поэтому, быть может, для одной большой подходит одна частота тока, для другой—другая.

Сущность действия токов высокой частоты, согласно теории ионного возбуждения П. П. Лазарева, заключается в глубоком воздействии на ионное равновесие, на процессы перемещения ионов под переменным влиянием то электрического поля, то диффузии (Н. И. Коротнев).

Учитывая, что непосредственное действие физического фактора на патологически измененный орган несомненно имеет место и что в межплоском пространстве интенсивность протекающих процессов высокая, мы полагаем, что применение диатермии с учетом топографии воспали-

тельного образования имеет преимущества перед так называемым «внеочаговым» ее использованием, особенно если при назначении диатермии учитывается период заболевания, его острота. Поэтому мы опишем несколько методик аппликации электродов.

Брюшно-пояснично-крестцовая. Два пластинчатых свинцовых электрода одинаковой или разной величины, площадью от 200 до 400 см² накладывают один непосредственно над лобком, другой—соответственно крестцово-поясничной области и удерживают при помощи мешочков с песком и тяжести туловища самой больной. Активный электрод (меньших размеров) накладывают соответственно локализации воспалительного процесса, например в области крестца, когда воспалительные

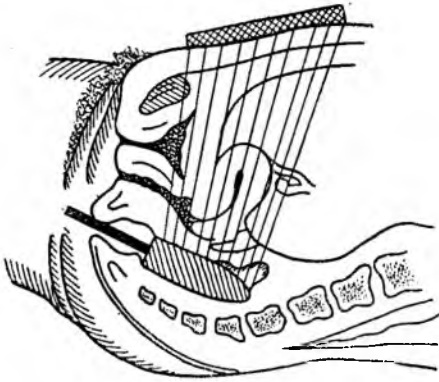


Рис. 142. Брюшно-прямокишечная методика приложения электродов.

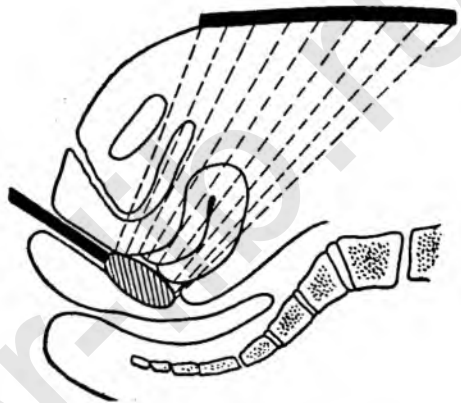


Рис. 143. Брюшно-влагалищная методика приложения электродов.

инфильтраты располагаются в заднем отделе малого таза, или над лобком, если они расположены в переднем отделе. Измерения влагалищной температуры до сеанса и непосредственно после него показывают, что при этой методике полостная температура при силе тока 1,5 А и продолжительности сеанса 30 минут повышается всего лишь на несколько десятых градуса.

Брюшно-влагалищная, брюшно-прямокишечная и крестцово-прямокишечная. Предварительно дезинфицированный путем кипячения полостной (активный) электрод соответствующей формы и величины осторожно вводят во влагалище (влагалищный электрод) или в прямую кишку (прямокишечный электрод). Пластинчатый же электрод площадью от 200 до 400 см² при брюшно-влагалищной и брюшно-прямокишечной методике располагается непосредственно над лобком, а при крестцово-влагалищной—в области крестца. Влагалищный электрод обычно располагается в заднем влагалищном своде, позади влагалищной части матки. Такое положение электродов мы считаем показанным при воспалении околовлагалищной и околопрямокишечной клетчатки, клетчатки, расположенной позади шейки матки с одновременным поражением крестцово-маточных связок, при остаточных явлениях в заднем отделе клетчатки малого таза, при воспалении брюшины, выстилающей позадиматочное пространство при воспалительных олухолях, фиксированных низко позади матки, а также при сакро- и кокцигодинии неясной этиологии (рис. 142, 143 и 144).

Брюшно-пояснично-крестцово-влагалищная (прямокишечная). Вместо одного пластинчатого электрода пользуются двумя электродами на одном раздвоенном проводе, причем один электрод располагается над лобком по средней линии или параллельно одной из паховых складок, а другой—в пояснично-крестцовой области. Для этой цели пользуются специальными пластинчатыми электродами (рис. 146), которые легко перемещаются один относительно другого и хорошо фиксируются. Такое положение электродов приводит к повышению влагалищной температуры в среднем на $1-1,5^{\circ}$, а в отдельных случаях даже на $3-3,5^{\circ}$. Независимо от продолжительности воздействия диатермическим током и силы тока температура во влагалище приходит

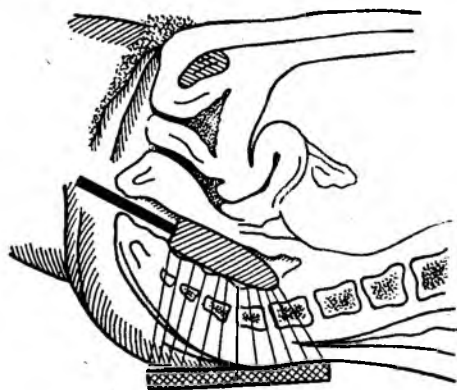


Рис. 144. Крестцово-прямокишечная методика приложения электродов.

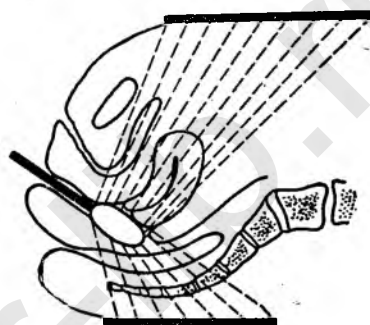


Рис. 145. Брюшно-крестцово-влагалищная методика приложения электродов.

к норме уже через 15—20 минут по окончании сеанса. Указанная методика наиболее показана при лечении воспалительных заболеваний тазовых органов (рис. 145).

Вместо двух пластинчатых электродов отдельные авторы [Н. С. Желуховцев, Ю. Н. Панютин, Коваршик (Kowarschuk) и др.] рекомендуют пользоваться специальным металлическим гибким поясом соответствующей ширины, который плотно фиксируют к туловищу больной над верхними передними осями подвздошных костей. При этом методические силовые (тепловые) линии диатермического тока образуют (схематически) как бы конус, обращенный основанием кверху, а вершиной к полостному электроду; таким образом, воздействию диатермического тока подвергаются все органы, заключенные в тазу (рис. 147).

Подвздошно-влагалищная (прямокишечная). Активный электрод вводят во влагалище или в прямую кишку; индифферентные же электроды на раздвоенном проводе накладывают в области тазобедренных суставов таким образом, чтобы в центре их проицировались основания широких маточных связок (рис. 148).

Коксо-влагалищная (прямокишечная) методика диатермии требует определенной последовательности в наложении электродов. Вначале вводят полостной электрод, а затем уже накладывают пластинчатые электроды, удерживаемые бинтами. Наложение электродов в обратном порядке затрудняет последующее введение электрода во влагалище, так как при этом трудно развести бедра больной.

При описанных методиках пользуются силой тока в 1—1,5 А, но не выше 2 А при продолжительности сеанса не менее 30—40 минут, а еще лучше до часа. Обеспечивая длительную гиперемию органов малого таза, такая продолжительность сеанса значительно повышает эффективность



Рис. 146. Подвижные пластинчатые электроды.

лечения в отношении как времени его наступления, так и стойкости. По И. И. Фейгелю, применение длительной диатермии (до 2 часов) является ценным методом выявления хронической гонорреи.

В стационарных условиях диатермия проводится ежедневно, в поликлинических же через день с перерывом на время менструального периода, хотя при дисменоррее воспалительного происхождения мы считаем показанной диатермию по брюшно-пояснично-крестцовой методике.

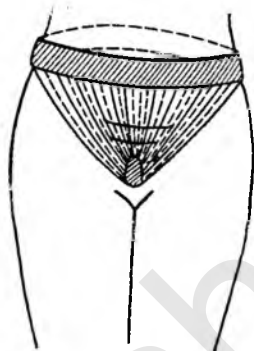


Рис. 147. Поясно-влагалищная методика при-
ложения электродов.



Рис. 148. Бикинско-влагалищная методика при-
ложения электродов.

Из возможных осложнений при диатермии нужно указать на ожоги слизистой и кожных покровов, а также на болезненные уплотнения, наблюдаемые иногда в подкожной клетчатке нижней половины брюшной стенки при неизмененных кожных покровах. Эти уплотнения, повидимому, являются следствием сухого некроза подкожной клетчатки, вызванного передозировкой или неправильной техникой отпуска процедуры. При строгом соблюдении правил отпуска процедур (правильное наложение электродов, надлежащее их состояние, исправность аппаратуры и проводов) этих осложнений не наблюдается.

Показания к применению диатермии при воспалительных заболеваниях женских половых органов зависят, с одной стороны, от фазы и стадии воспалительного процесса, его клинико-анатомических особенностей (характера воспалительных образований), а с другой—от условий, в которых проводится лечение (стационарно или поликлинически), и в значительной степени—от методики и дозировки. Вот почему при уточнении показаний следует постоянно учитывать и такие факторы, как методика

и дозировка. Понятно, что весьма существенное значение имеет при этом оценка не только и не столько очагово-анатомических изменений в половых органах, сколько общего состояния организма больной, его реактивности и сопротивляемости.

В поликлинических условиях диатермию назначают преимущественно в хроническом периоде воспаления, при значительной длительности заболевания, удовлетворительном общем состоянии больной, нормальных показателях красной и белой крови, нормальной или умеренно ускоренной реакции оседания эритроцитов, при отсутствии осумкованных гнойных скоплений в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке. В этих случаях показаны сеансы длительностью не менее 30 минут при силе тока, в зависимости от методики, до 1,5—2 А. Число сеансов определяется особенностями клинического течения болезни. Отдельные авторы рекомендуют после 10 сеансов назначать перерыв на 10 дней, а затем снова возобновлять лечение. За последние годы диатермию в поликлинических условиях назначают и при субхронических воспалительных заболеваниях при удовлетворительном общем состоянии больной, ясно ограниченном процессе, отсутствии указаний на вирулентную инфекцию (частые, длительные тяжело протекающие рецидивы-обострения), а также незначительных сдвигов со стороны крови. Продолжительность отдельных сеансов диатермии в начале лечения не должна быть большой (15 минут), а сила диатермического тока не должна превышать 1 А. При отсутствии признаков обострения процесса (усиление болей, повышение температуры, нарастание лейкоцитоза, ускорение реакции оседания эритроцитов, ухудшение общего состояния больной) продолжительность сеанса постепенно доводят до 30 и более минут, а силу тока—до 1,5 А.

Учитывая, что в поликлиниках общего типа физиотерапевтические процедуры, в том числе диатермию, отпускают общие физиотерапевты, а не специалисты-гинекологи, мы настоятельно рекомендуем проводить по возможности совместное обсуждение каждого случая гинекологом и физиотерапевтом, а также возможно подробнее излагать истории болезни: клинико-анатомические особенности заболевания, методику и дозировку назначенного лечения. Независимо от этого большую не реже раза в 5 дней должен осматривать гинеколог; кроме того, следует вести систематический лабораторный контроль (клинический анализ крови, реакция оседания эритроцитов, цитобактериоскопия отделяемого из половых путей).

Более целесообразно, чтобы каждая гинекологическая больная с подострым воспалением лечилась в стационарных условиях, где существенными условиями являются правильно организованные режим и уход.

Повседневные наблюдения показывают, что при большой давности воспалительного процесса, в результате чего возникли стойкие функциональные нарушения, неоперативное лечение в любой его форме лишь в весьма незначительном проценте случаев позволяет полностью восстановить нарушенные функции. Поэтому нам кажется, что раннее выявление больных с первичным острым воспалением в сочетании с ранней госпитализацией и ранним началом правильно обоснованного неоперативного лечения (физиотерапия) являются теми главными моментами, которые должны быть положены в основу восстановления нормального анатомо-функционального состояния организма. Вследствие этого категорическое отрицание многими авторами самой возможности применять диатермию при ограниченном остром воспалении женских половых органов представляется недостаточно обоснованным.

Основными показаниями к лечению диатермией в стационаре являются подостро и особенно хронически протекающие воспалительные процессы как неспецифической инфекционной этиологии (стафило-стрептококки,

кишечная палочка, смешанная инфекция), так и специфической (гонококк) со значительными очагово-анатомическими изменениями в половых органах без гнойных скоплений. При этом используют все описанные выше методики в зависимости от топографо-анатомических особенностей патологического процесса.

При подостром воспалении первые сеансы должны быть непродолжительными, начинать их следует с малой силы тока, регулируя в зависимости от ответных реакций организма.

При хронических воспалительных процессах, особенно большой давности, сразу начинают с тока в 1,5—2 А (смотря по величине пластинчатых электродов) при продолжительности сеанса от 30—40 минут до часа и более.

Показания термоамперметра не дают ясного представления о степени теплообразования в тканях и органах, почему приходится руководствоваться также теплощущением больной. Необходимо следить за тем, чтобы больная во время сеанса не испытывала неприятных ощущений (фарадические явления), покалывания на месте наложения электродов или под зажимами, соединяющими электроды с проводами. Поэтому после наложения электродов нужно тщательно проверить правильность применяемой техники. Пластинчатые электроды должны быть без изъянов, поверхность их должна быть ровной, гладкой, края закругленными, рукоятки полостных электродов хорошо изолированными; под клеммы рекомендуется подкладывать небольшие кусочки клеенки, сухой материи. Полостные (влагалищные, прямокишечные) электроды выбирают с гладкой, хорошо отполированной поверхностью, концы электродов не должны быть заостренными.

Пластинчатые электроды накладывают на сухую (не увлажненную) кожу. Полостные электроды предварительно дезинфицируют кипячением.

У больных с хроническими слизистыми воспалительными процессами брюшинного покрова задней поверхности матки, фиксирующими матку кзади, одновременно с диатермией назначают и систематический гинекологический массаж.

Особо следует остановиться на применении диатермического тока для лечения воспалительных заболеваний шейки матки и обширных длительно незаживающих эрозий.

При хроническом воспалении шейки матки без образования эрозий показана наочно-влагалищная методика диатермии с использованием для этой цели специального шеечного электрода, предложенного Н. С. Желоховцевым. Шеечный электрод представляет собой металлический колпачок Кафки, навинчиваемый на изолированную рукоятку. Вводят его под контролем влагалищного зеркала. Электрод подбирают соответственно размерам влагалищной части матки и стерилизуют кипячением. Сила тока от 0,5 до 1А, продолжительность сеанса 30 минут и больше.

При длительно незаживающих эрозиях применяют диатермокоагуляцию и диатермопунктуру эрозированной поверхности влагалищной части матки и эрозированной слизистой канала шейки матки при выворотах ее, возникших в результате разрывов во время родов.

Пользуясь этим методом на протяжении многих лет, мы, так же как и многие другие авторы (А. И. Серебров, Л. Н. Старцева, А. С. Пшеничкова и Б. Б. Пинкус, М. В. Александров, И. И. Фейгель, А. Г. Кан, М. В. Григорьева, П. Я. Лельчук, Т. А. Капдинова, И. И. Каганович, М. М. Абрамова и др.), считаем диатермокоагуляцию одним из наиболее эффективных методов консервативного лечения длительно незаживающих эрозий. Мы ни разу не наблюдали при этом сколько-нибудь серьезных

осложнений (значительные кровотечения, облитерация канала шейки матки). Одновременно с заживлением эрозии излечивается и воспалительный процесс, в результате которого образовалась эрозия, прекращаются выделения (бели), гипертрофированная до лечения влагалищная часть матки уменьшается и принимает нормальный вид. Излечивается бесплодие, обусловленное хроническим воспалением шейки матки; беременность и роды протекают без осложнений (А. С. Пшеничникова). Наблюдения большинства авторов показывают, что раскрытие шейки матки в родах у больных, подвергавшихся до беременности диатермокоагуляции, происходит нормально.

По А. И. Сереброву, при лечении истинных (десквамативных) эрозий диатермокоагуляция показана лишь в случае безуспешного применения других неоперативных методов. Она показана также для устранения ограниченных эктопий цилиндрического эпителия, ограниченных участков гиперкератоза, лейкоплакий. При распространенных же гиперпластических процессах, а также при вывороте шейки матки с эрозированной слизистой А. И. Серебров предлагает пользоваться диатермокоагуляцией в пределах здоровых тканей при помощи наконечника Л. Н. Старцевой, электрода Гейма или диатермической петли.

В нашей клинике более чем 2500 больным с длительно не заживающими эрозиями и эрозированными выворотами применялось лечение диатермокоагуляцией—пунктурой; согласно данным А. С. Пшеничковой и Б. Б. Пинкус, стойкое (длительное) излечение наступило у 94—99%.

К диатермокоагуляции следует прибегать после безуспешного применения других видов консервативного (неоперативного) лечения, причем ей предпосылают биопсию с последующим гистологическим исследованием биопсированной ткани.

Диатермокоагуляция противопоказана при наличии острого воспаления, воспалительных изменений в вышележащих отделах половых органов (в придатках матки, тазовой брюшине, клетчатке), при беременности и подозрении на наличие раковой эрозии.

Этот метод лечения основан на использовании большой плотности диатермического тока. В результате диатермокоагуляции происходит поверхностная коагуляция измененной слизистой влагалищной части матки и канала шейки матки. Заживление коагулированной поверхности (эпителизация) заканчивается обыкновенно к концу третьей-четвертой недели. Процесс заживления коагулированной эрозии сопровождается увеличением выделений, изменением их характера, постепенным расплавлением и отторжением некротизированной ткани.

Техника электрокоагуляции. Активным электродом служит металлический игольчатый наконечник, насаженный на изолирующую рукоятку. Под контролем зеркала (лучше из тонконепроводящего материала) электрод подводят к поверхности эрозии или вкалывают в нее на небольшую глубину и в течение нескольких секунд пропускают через него диатермический ток силой 0,2—0,5 А. Перемещая электрод по эрозии и включая повторно ток, проводят множественную точечную коагуляцию. Вместо игольчатого электрода можно пользоваться электродами другой формы. При отсутствии специальных электродов для коагуляции такой электрод легко изготовить самому из станиоля; площадь его не должна превышать 0,5—1 см².

Индифферентный пластинчатый электрод может быть фиксирован на любой части туловища, лучше в области крестца. Заживление эрозии после диатермокоагуляции наступает, повидимому, в результате измене-

ний крово-лимфообращения (образование множественных мелких рубцов), а также разрушения патологических измененных тканей шейки матки. Пользуясь металлическими зеркалами для обнажения влагалищной части матки, следует избегать ожогов стенок влагалища от проскакивания искр.

Противопоказанными к применению диатермии при воспалительных заболеваниях мы считаем: а) острые и подострые процессы при поликлиническом лечении; б) острые воспалительные процессы в начальном периоде заболевания при отсутствии явлений отграничения и при выраженной общей интоксикации организма независимо от условий, в которых проводится диатермия; в) все нагноительные воспалительные процессы; г) туберкулез половых органов.

В отличие от других способов теплолечения экзогенным теплом длительная диатермия при силе тока 1,5 А не отражается вредно на деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, мочевыделительных органов, а следовательно, может применяться больным, которым другие виды теплолечения по состоянию этих органов противопоказаны. Последнее обстоятельство имеет немаловажное значение, когда возникает вопрос о выборе физического фактора.

Согласно данным ряда авторов, средневолновая диатермия дает довольно высокие цифры полного (стойкого) излечения—от 53,5 до 78,4% и более (Г. Г. Гамбаров, В. А. Полубинский, Р. В. Георгиевская, А. В. Бартельс, Н. С. Желоховцев, Ю. Н. Панютин и др.). Наши наблюдения совпадают с данными указанных авторов.

И о н о г а л ь в а н о - д и а т е р м и я. Для усиления лечебного действия ионогальванизации применяют сочетание гальванического и диатермического токов в форме ионогальвано-диатермии. Последовательное, а в еще большей степени одновременное их использование повышает лечебный эффект.

Ионогальвано-диатермия показана при слипчивом хроническом воспалении тазовой брюшины, хроническом воспалении околоматочной (тазовой) клетчатки, возникшем в результате инфекции, операционной травмы, при хроническом воспалении придатков матки с образованием конгломератных опухолей различной величины, а также при подострой восходящей гоноррее (А. Б. Гиллерсон и Д. Л. Чернеховский, М. Ф. Елистратова, С. М. Кабачник и др.).

При ионогальвано-диатермии болеутоляющее, рассасывающее и бактериостатическое действие диатермического тока, основанное преимущественно на эндогенном теплообразовании, сочетается с особенностями, присущими постоянному току, его полноты с повышенной ионизацией применяемых для лечения лекарственных растворов (электролитов). Эндогенное тепло, возникающее в тканях за счет диатермического тока, снижает их сопротивление постоянному (гальваническому) току и этим содействует большему насыщению тканей ионизированным веществом.

Лекарственные ионы встречают в тканях новые условия для своего воздействия—активную сосудистую и лимфатическую гиперемия, измененный ионный обмен, вызванные одновременным действием диатермического и постоянного тока.

Повидимому, и общий характер нейро-гуморальных реакций организма больной при такой сочетанной терапии будет несколько иным, чем при раздельном применении каждого из указанных видов электроточка.

Возможность одновременно использовать диатермический и постоянный (гальванический) ток обеспечивается применением специального аппарата—смесителя токов (И. А. Абрикосов), который позволяет с одной и той

же пары электродов воздействовать на большую одновременно диатермическим и постоянным (гальваническим) током.

Ионогальвано-диатермия применяется наочно так же, как диатермия и ионогальванизация в отдельности.

Из особенностей техники ионогальвано-диатермии следует отметить, что гидрофильные подкладки под пластинчатыми металлическими электродами должны быть толще, чем при обычной ионогальванизации, достаточно пропитаны лекарственным раствором несколько большей концентрации. Во избежание перегревания тканей мы помещаем под индифферентный электрод подкладку, смоченную гипертоническим, а не физиологическим раствором поваренной соли.

Сила диатермического тока при наочном наложении пластинчатых электродов в среднем равна 1 А, гальванического тока—15—30 мА. Сеансы назначают ежедневно или через день. От применения наливных влагалищных электродов следует воздерживаться, так как, применяя их, мы наблюдали ожоги слизистой матки, значительно отличающиеся по своему характеру от ожогов, наблюдаемых в отдельных случаях при влагалищном ионофорезе. Слизистая влагалищной части матки на месте ожога резко гиперемирована, отечна, появляются обильные гнойные, разъедающие выделения (бели), иногда с примесью крови.

При ионогальвано-диатермии сначала включают диатермический ток, а затем, через 2—3 минуты, гальванический. Продолжительность сеансов от 5 до 15 минут. В среднем больная получает до 15 сеансов. На время менструации лечение прерывается. При раздражении кожных покровов лечение временно прерывают или изменяют положение электродов.

Коротковолновая диатермия (индуктотермия). Промежуточное положение между средневолновой диатермией и токами ультравысокой частоты (УВЧ) занимает коротковолновая диатермия: длина волны около 22 м. При применении коротковолновой диатермии для лечения используется электромагнитное поле. Оно образуется вокруг специального кабеля, который накладывают на поверхность туловища больной. Под влиянием электромагнитного поля в тканях индуцируются вихревые токи (М. М. Аникин), которые вызывают эндогенное (внутриканевое) теплообразование. В отличие от диатермии этот метод получил название индуктотермии.

Основным моментом действия коротковолновой диатермии так же, как и при средневолновой, является тепло, возникающее в тканях и жидкостных средах организма. Помимо теплового действия, при применении коротковолновой диатермии не исключено внетепловое (экстратермальное) действие на организм. Преимущества индуктотермии перед средневолновой диатермией заключаются не только в большей интенсивности эндогенного (внутриканевого) теплообразования, но также и в том, что при индуктотермии все ткани прогреваются одинаково. При средневолновой же диатермии применять ток большой силы невозможно из-за перегревания кожи и подкожной клетчатки, которые, как известно, обладают большим сопротивлением.

Показания к индуктотермии те же, что и к средневолновой диатермии, т. е. подострые и хронические воспалительные процессы различной локализации и инфекционной этиологии, за исключением туберкулеза половых органов и гнойных воспалительных процессов.

Техника индуктотермии. 1. На нижнюю половину туловища накладывают либо электродо-диск (рис. 149), либо электродо-кабель в виде плоской спирали (рис. 150).

Электрод-диск представляет собой спираль из $3\frac{1}{2}$ витков кабеля, помещенную в барабан из изолирующего материала.

При пользовании электродом-кабелем последний свертывают в плоскую спираль, состоящую из $3-3\frac{1}{2}$ витков, которые отстоят друг от друга на расстоянии 3 см. Витки кабеля скрепляют фибровыми или эбонитовыми

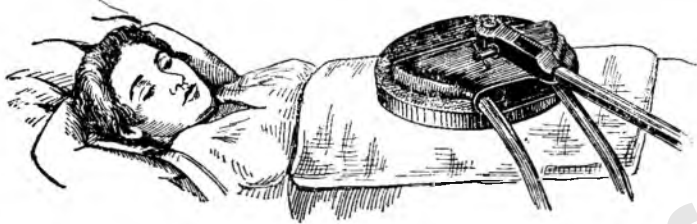


Рис. 149. Применение электрода-диска.

разделителями, а место перекреста внутреннего конца кабеля с витками спирали изолируют толстой мягкой каучуковой муфтой. Электрод-кабель накладывают на кожу нижней половины живота, над лоном, поверх одеяла или сложенного в несколько раз полотенца.

2. Вокруг нижней половины туловища обертывают два витка кабеля, скрепленных разделителями.

3. Если есть необходимость воздействовать на область промежности и наружные



Рис. 150. Наложение электрода-кабеля плоской спиралью.

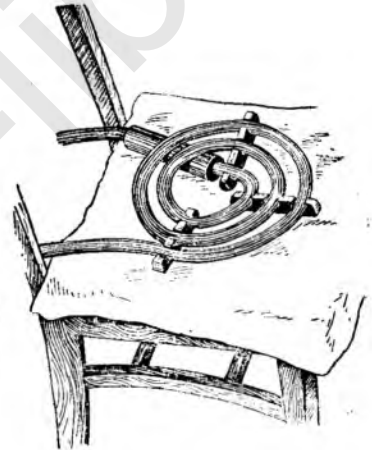


Рис. 151. Скрепление концов кабеля разделителем (электрод приготовлен для воздействия на область промежности. Больная садится на прокладку, покрывающую спираль).

половые органы, применяют методику, показанную на рис. 151.

Интенсивность электромагнитного поля вокруг витков спирали пропорциональна произведению числа витков на силу тока.

Наибольшая интенсивность при пользовании плоской спиралью получается при $3-3\frac{1}{2}$ витках электрода-кабеля диаметром 10—12 см.

Для индуктотерапии применяют аппараты средневолновой диатермии мощностью в 200 W.

Токи ультравысокой частоты (УВЧ). Ультравысокочастотными (сокращенно УВЧ) называют колебания электрических зарядов порядка 30 млн. циклов (периодов) в секунду. Волны длиной от 10 до 1 м, соответствующие указанным частотам, обозначаются как ультракороткие (М. М. Аникин).

Советскими физиотерапевтами изучены многие стороны биологического и физиологического действия токов ультравысокой частоты (Г. А. Френкель, В. А. Милицин, М. М. Аникин, И. А. Пионтковский, А. В. Рахманов, Б. В. Лихтерман, О. М. Вильчур, Э. Д. Тыкочинская, Е. Б. Марковникова и др.). Изучалось также влияние ультравысоких частот на основные функции и морфологию половых органов, а также лечебное действие их при некоторых видах патологии (В. М. Лотис, А. Б. Гиллерсон, Р. В. Георгиевская, Л. М. Левина, Н. С. Желоховцев, А. П. Кущелевский, К. П. Голышева и Н. М. Андрияшева и др.).

Экспериментальные данные В. М. Лотис, А. Б. Гиллерсона, Р. В. Георгиевской, К. П. Голышевой и Н. М. Андрияшевой показали, что биологический эффект ультравысоких частот в большой степени зависит от дозы. При надлежащей дозировке ответные реакции со стороны половых органов носят положительный характер и свидетельствуют о повышении функционального состояния их. При применении чрезмерных доз возможны глубокие дегенеративные изменения и значительное нарушение их функций (течки, процессы развития оплодотворенного яйца). В отличие от других высокочастотных токов токи ультравысокой частоты оказывают действие на организм при расположении электродов на некотором расстоянии от него. Расстояние это (зазор, чаще всего воздушный, реже за счет обкладки конденсаторного электрода) определяется методикой воздействия. Тепловое действие (эндогенное теплообразование) значительно интенсивнее, чем при диатермии, что объясняется резким увеличением числа колебаний, т. е. укорочением длины волны.

Большое значение при лечебном применении ультравысоких частот имеет селективное (избирательное) действие на различные ткани и органы.

Как показали наши собственные экспериментальные исследования, а также исследования В. М. Лотис, К. П. Голышевой и Н. М. Андрияшевой, Р. В. Георгиевской и др., особой чувствительностью к ультравысоким частотам обладают фолликулы яичников и заключенные в них яйцеклетки. Остальные отделы половых органов менее чувствительны. Заслуживают внимания также фазность действия ультравысоких частот, их кумулятивное действие и отмеченные многими авторами, в том числе и нами, явления последействия.

Сосудистая гиперемия, возникающая рефлкторным и непосредственным путем в тканях и органах, подвергающихся воздействию токов ультравысокой частоты, более выражена и продолжается значительно дольше, чем при диатермии. Нами экспериментально доказано положительное действие токов ультравысокой частоты на течение асептического воспаления в половых органах самок и известная зависимость от локализации воспаления в них.

Многолетними клиническими наблюдениями мы смогли подтвердить лечебное действие токов ультравысокой частоты при воспалении женских половых органов. В условиях клинического их применения установлено благоприятное влияние УВЧ на различные стороны обмена веществ (углеводного, белкового, липоидного, хлоридного) на состояние ретикуло-эндотелиальной системы.

Данные о действии токов ультравысокой частоты на морфологию и физиологические функции половых органов, на течение экспериментального воспаления, на состояние ретикуло-эндотелиальной системы, на отдельные виды обмена веществ, на резистентность биокolloидов, на морфологию крови, на реакцию оседания эритроцитов, делают обоснованным

использование токов ультравысокой частоты в клинике воспалительных заболеваний женских половых органов.

Имеет особое значение то обстоятельство, что ультравысокочастотное поле позволяет интенсивно и равномерно прогреть ткани в глубине (топографо-анатомические особенности верхнего отдела женских половых органов, расположенных в глубине малого таза.)

В условно малых дозах (олиго- или гипотермическая методика) УВЧ терапия может быть успешно использована при подостром воспалении женских половых органов. Ее можно применять и в остром периоде воспаления, однако не ранее 3—4-го дня заболевания.

При гонорройной этиологии заболевания УВЧ терапию надлежит одновременно сочетать с химиотерапией—сульфаниламидами, антибиотиками, так как сама по себе УВЧ терапия не обладает бактерицидным действием в живом организме.

При хроническом воспалении рекомендуется пользоваться условно средними и большими дозами («термическая» и «гипертермическая» методики). Лечение больных с острым или подострым воспалением проводится только в стационаре: при хроническом воспалении лечение может проводиться и в поликлинических условиях. УВЧ терапия может быть рекомендована и как метод предоперационной подготовки больных с хроническими воспалительными мешотчатыми опухолями придатков матки, подлежащими удалению оперативным путем.

УВЧ терапия противопоказана: а) при туберкулезе женских половых органов (опасность диссеминации процесса); б) при нагноительных воспалительных процессах в органах малого таза; при длительно не заживающих гнойных придатково-кишечных, влагалищно-пузырных свищах мы эффекта не наблюдали. С большой осторожностью следует применять УВЧ терапию у больных с воспалительными процессами, находящихся в состоянии тяжелой общей интоксикации, а также при наличии признаков сердечно-сосудистой недостаточности, гипертиреозидизма, при выраженных формах функционального невроза.

Большинство авторов предлагает пользоваться длиной волны в 6 м как наиболее эффективной. Сеансы, в зависимости от общего состояния больной и условий, в которых проводится лечение, назначают ежедневно или через день.

Уместно указать на описанное нами кровоостанавливающее действие УВЧ терапии при воспалительных заболеваниях и провоцирующее действие ее при хронической гоноррее. Поэтому мы не отменяем УВЧ терапию при кровотечении воспалительного характера: вместе с уменьшением воспалительных явлений быстро прекращается и кровотечение.

Провоцирующее действие УВЧ возрастает с увеличением продолжительности сеанса.

Техника. 1. Конденсаторные электроды округлой или четырехугольной формы, одинакового или разного размера, удерживаемые специальными электродержателями, располагаются на расстоянии 5—10 см от больной. Один из электродов помещают внизу живота, второй—в пояснично-крестцовой области. Больную укладывают на боку или на спину на специально сконструированной кушетке. При положении больной на спине нижний (задний) электрод располагается под кушеткой (рис. 152).

2. Два плоских пластинчатых конденсаторных электрода, соответствующим образом изолированных, накладывают один на низ живота (над лобком), а второй—на пояснично-крестцово-копчиковую область

и закрепляют при помощи специального пояса. Положение больной на кушетке на боку.

3. Во влагалище вводят специально сконструированный влагалищный электрод, представляющий собой закрытое на одном конце стеклянное трубчатое влагалищное зеркало. Длина зеркала 10 см, ширина 3—5 см. На одинаковом расстоянии от стенок зеркала при помощи стеклянного диска и кольца укреплен оливовидный или цилиндрический металлический электрод. Такое устройство влагалищного электрода устраняет возможность чрезмерного перегревания тканей.

Второй конденсаторный электрод указанной формы (п. I) располагается над лобком внизу живота или в пояснично-крестцово-копчиковой области.

Помимо указанных методов ультравысокочастотной терапии с использованием, в зависимости от стадии воспалительного процесса, олиготермической или термической дозировки, в отдельных случаях осложненной (восходящей) сульфаниламидо- и пенициллинорезистентной гонорреи может быть использована ультравысокочастотная терапия. УВЧ терапия может быть применена также в форме электропирексии (электрической лихорадки). С этой целью обычно применяют генератор мощностью около 1000—1500 W и большие пластинчатые электроды или кабель-электрод. Больную помещают в специальную кабину, где она и подвергается воздействию токов ультравысокой частоты в дозе, вызывающей общее нагревание организма.

Кабина устраивается таким образом, чтобы больная могла свободно дышать и пить. Кабина служит для защиты тела больной от теплопотери. При отсутствии специальной кабины искусственную лихорадку можно вызвать, воздействуя током ультравысокой частоты на больную, укрытую теплым одеялом, под которым полезно установить циркуляцию сухого подогретого воздуха (М. М. Аникин).

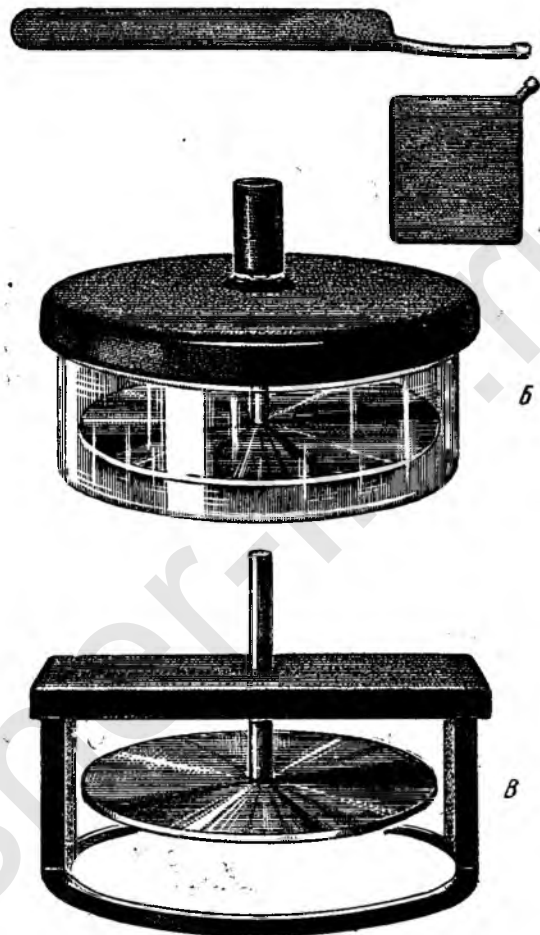


Рис. 152. Электроды для УВЧ терапии.

Электропирексия—весьма ответственная процедура; ее может отпустить только специально подготовленный врач при строгом учете противопоказаний. Она противопоказана больным с явлениями сердечной недостаточности, заболеванием почек, нарушением обмена веществ (сахарный диабет), туберкулезом.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- А й з е н б е р г М. Ф. Ультравысокочастотная терапия при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1940, № 5.
- А л е к с а н д р о в М. В. Электрокоагуляция как один из активных методов лечения эндоцервицитов и эрозий шейки матки. Труды Института акушерства и гинекологии АМН СССР, М., 1948.
- А н и к и н М. М. и В а р ш а в е р Г. С. Основы физиотерапии. Медгиз, М., 1950.
- А с а т у р о в И. Б. Изменение полового цикла животных под влиянием ультрафиолетовых лучей. Труды ГИФО, в. V, 1939.
- Б а р т е л ь с А. В., П о б е д и н с к и й М. Н. и Ф о м и н а А. А. Новые методы лечения стойких эрозий ионогальванизацией с применением аммонийных растворов солей серебра. Акушерство и гинекология, 1937, № 1.
- Б е б ч у к Л. С. Лечение острых и подострых воспалительных процессов женской половой сферы диатермией солнечного сплетения. Сборник научных трудов Ростовского медицинского института, т. IX, 1949.
- Б е л ь н ы й М. С. Физиотерапия. Техника и методика, Киев, 1941.
- Б и р е н б а у м Е. Л. и К о л а е в а Е. Т. Ионифорез новокаина как метод воздействия на боли при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1937, № 7.
- Б о й к и к и е в а С. А. Заболевания женской половой сферы. В кн.: С. С. Лепский, Физические методы лечения в их практическом применении, 1937.
- О н а ж е. Применение длительной диатермии при подострых и хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1939, № 2—3.
- Б р а у д е И. Л., Г и л л е р с о н А. Б. и М а л е в а М. И. Принципы консервативной терапии воспалительных заболеваний женских половых органов. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, 1936.
- Б р о д е р з о н Б. М. и Л е б е д е в-Ш м и д г о ф Ю. В. Ионтофорез при ретродеверзиях матки. Труды I Всесоюзного съезда физиотерапевтов, Л., 1925.
- Б р о д е р з о н Б. М., З а л ь к и н д с о н Е. Т. и П л о т н и к о в Л. М. Электротерапия. В кн.: Руководство по физическим методам лечения, под редакцией С. А. Бруштейна, 1928, стр. 395—600.
- Б р у ш т е й н С. А. и З а л ь к и н д с о н Е. Т. Диатермия. Биомедгиз, 1936.
- Г а м б а р а ш в и л и Г. К вопросу о лечении воспалительных заболеваний придатков диатермией. Вестник Наркомздрава Грузии, 1928, 2—3—4.
- Г е о р г и е в с к а я Р. В. Изменение морфологического состава и некоторых физико-химических свойств крови при диатермии в гинекологии. Известия Сеченовского института, т. I, 1927.
- О н а ж е. Терапевтическое значение диатермии при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов. Известия Сеченовского института, т. I, 1927.
- О н а ж е. Попытка экспериментального обоснования иод-ионофореза в гинекологии. Известия Сеченовского института, т. I, 1927.
- О н а ж е. К вопросу о лечении воспалительных заболеваний женских половых органов иод-ионофорезом. Известия Сеченовского института, т. II, 1928.
- О н а ж е. Ионные рефлексы со слизистых оболочек. Бюллетень Сеченовского института, 1935, № 1—6.
- О н а ж е. Применение токов д'Арсонваля с последующей кинезотерапией при ретродевиациях и опущениях матки. Известия Сеченовского института, т. III, кн. 3, 1936.
- Г е о р г и е в с к а я Р. В. и Л е б е д е в а В. М. К вопросу о применении ультравысокой частоты при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Труды Сеченовского института, в. 2, 1939.
- О н и ж е. К вопросу о применении УВЧ при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Первая сессия Сеченовского института, 1939, стр. 77.
- Г и л л е р с о н А. Б. Некоторые особенности биологического действия ультравысокой частоты на половые органы женщины. Акушерство и гинекология, 1940, № 9.

- Гиллерсон А. Б. Техника гинекологической диатермии. Акушерство и гинекология, 1931, № 5—6.
- Он же. Ультравысокочастотная терапия воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщины. Акушерство и гинекология, 1941, № 2.
- Он же. Физиотерапия женских болезней. В кн.: М. М. Аникина и Г. С. Варшавера, Основы физиотерапии, 1952.
- Он же. Физические методы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. В кн.: И. Л. Брауде, Консервативное лечение женских болезней, 1939.
- Гиллерсон А. Б., Беляева Е. Ф. и Лотис В. М. Влияние электрического поля ультравысокой частоты на воспаление половых органов. Экспериментальное исследование. Акушерство и гинекология, 1940, № 11.
- Гиллерсон А. Б. и Чернеховский Д. Л. Ионогальвано-диатермия хронических воспалительных заболеваний женских половых органов. Курортология и физиотерапия, 1936, № 1. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, 1937.
- Гладнева М. Н. Функциональное состояние активной мезенхимы при воспалительных заболеваниях женских половых органов и динамика его под влиянием токов высокой и ультравысокой частоты. Акушерство и гинекология, 1949, № 6.
- Григорьева А. Ф. Лечение хронических цервицитов и эрозий диатермокоагуляцией. Акушерство и гинекология, 1940, № 12.
- Дозорцев Г. Л. Применение УВЧ при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Советская медицина, 1950, № 1.
- Елистратова М. Ф. и Кабачник С. М. Одновременное лечение диатермией и иод-ионтофорезом подострой восходящей гонорреей. Акушерство и гинекология, 1936, № 6.
- Желуховцев Н. С. Физиотерапия женских болезней. Физиотерапия, 1928, № 5.
- Зелинский В. В. Лечение женских болезней тереклитом в сочетании с диатермией. Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
- Иванов В. Материалы к вопросу о применении ионо-электротерапии при хронических гинекологических заболеваниях. Украинский медицинский архив, 1928, 1, 1—2.
- Иванцов П. Н. Основы методики и техники отпуска электролечебных процедур, 1946.
- Келлат Г. А. Комплексная нейрорефлекторная физиотерапия эндоцервицитов и эрозий шейки матки. Акушерство и гинекология, 1952, № 6.
- Киричинский А. Р. Вегетативно-сегментарная физиотерапия, 1949.
- Колеева Е. Т. Ихтиол-ионогальванизация в гинекологии при гинекологических воспалительных заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1938, № 3.
- Коротнев Н. И. Ионтофорез ихтиола при гинекологических воспалительных заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1937, № 8.
- Коротнев Н. И. О тканевых процессах в межполюсном пространстве и к вопросу о судьбе ионов, введенных в организм. Физиотерапия, 1927, № 4.
- Лебедева В. М. Применение магний-ионтофореза в гинекологии. Акушерство и гинекология, 1949, № 1.
- Лепский С. С. Физические методы лечения в их практическом применении, 1937.
- Либеэни. Короткие и ультракороткие волны. Биология и терапия, 1936, перевод с немецкого.
- Лихтерман Б. В. Ультравысокочастотная терапия, 1948.
- Лотис В. М. Влияние УКВ на морфологию и функцию половых органов самок крыс. Автореферат диссертации, 1936.
- Милицин В. А. и Гиллерсон А. Б. Применение коротких и ультракоротких волн в гинекологии. Акушерство и гинекология, 1935, № 6.
- Панютин Ю. Н. и Тенета Е. М. Лечение эрозий шейки матки искрой д'Арсонваля. Физиотерапия, 1937, № 2.
- Пионтковский И. А. Учение акад. И. П. Павлова и физиотерапия. В кн.: Вопросы физиотерапии, 1953.
- Полубинский В. А. К вопросу о применении диатермии в гинекологии. Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров, 1927.
- Прейсман А. Б. и Желтова Р. М. Некоторые стороны действия диатермии и Са-терапии. Гинекология и акушерство, 1933, № 4.
- Пшеничникова А. С. и Пинкус Б. Б. Лечение больных с железисто-мышечными гиперплазиями шейки матки диатермокоагуляцией и диатермопунктурами. Акушерство и гинекология, 1953, № 6.
- Серебров А. И. Эрозии шейки матки и их рациональное лечение. Акушерство и гинекология, 1951, № 6.

- Старцева Л. Н. Диатермохирургия при лечении некоторых патологических состояний шейки матки. Акушерство и гинекология, 1949, № 4.
- Она же. О рациональном лечении эрозий шейки матки. Акушерство и гинекология, 1951, № 3.
- Тимофеев А. И. Физиотерапия в гинекологии. Физиотерапия, 1931, № 5.
- Уточникова Н. С. О лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы ионтофорезом. Казанский медицинский журнал, 1927, № 4.
- Френкель Г. Л. Электрическое поле ультравысокой частоты (ультракороткие волны) в биологии и экспериментальной медицине, 1939—1940.
- Чернеховский Д. Л. и Гиллерсон А. Б. Применение длительной эндотермии при остром воспалении внутренних женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1936, № 10.
- Шлифаке Е. Применение коротких волн в медицине. Перевод с немецкого, 1936.
- Щербак А. Е. Методы рефлекторной вегетативной терапии, выработанные в Сеченовском институте и показания к ним, Бюллетень Сеченовского института, т. I, 1933.
- Она же. О терапевтическом значении иод-ионтофореза, Известия Сеченовского института, т. I, 1927.
- Она же. Экспериментальное исследование ионтофореза иода. Труды I Всесоюзного съезда физиотерапевтов, Л., 1925.
- Ягунов С. А. и Микеладзе Ш. Я. Лечение мешотчатых образований женской половой сферы ионтогальванизацией через грязь. Сборник научных трудов Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии.

СВЕТОЛЕЧЕНИЕ

Воздействие света на организм ведет к возникновению в нем ряда очень сложных фотохимических и фотобиологических процессов.

Характер и течение их зависят, с одной стороны, от длины волны световых лучей, действующих на организм, а с другой—от того физиологического или патологического состояния, в котором находится как организм в целом, так и его отдельные системы, органы и ткани. Это позволяет использовать свет не только с гигиеническими, закаливающими, профилактическими, диагностическими, но и с лечебными целями.

Фотохимические и фотобиологические процессы может вызывать только поглощенная телом лучистая энергия. Эти процессы возникают в организме прежде всего нейрорефлекторно в результате как непосредственного воздействия лучистой энергии на периферические нервные рецепторы кожи и видимых слизистых оболочек, так и вследствие раздражения проприорецепторов и интерорецепторов теми химическими продуктами, которые образуются в тканях фотохимически и гуморальным путем разносятся по всему организму. Кроме того, они могут возникать в результате непосредственного воздействия лучистой энергии на клеточные и тканевые элементы.

Основными фотохимическими и фотобиологическими процессами, происходящими в организме, являются фотолитические и неразрывно связанные с ними фотосинтетические процессы, т. е. такие, когда идет распад одних сложных тел и образование других, например, образование гистамина и гистаминоподобных субстанций; образование антирахиотических стеринов, в частности витамина D₂.

На фотолитических и фотосинтетических процессах основано антитоксическое действие лучистой энергии на многие яды и токсины, фотокаталитическое и сенсibiliзирующее действие, в частности, к действию половых гормонов, например, интенсивная инсоляция вызывает у некоторых женщин маточные кровотечения. Такие нарушения менструальных циклов могут возникать у «совершенно здоровых» женщин, причем со стороны половой сферы обычно не удается обнаружить никаких изменений (С. А. Ягунов). Длительное лишение солнечного света (полярная ночь),

наоборот, вызывает у некоторых непривычных к этим условиям женщин временную аменоррею. Воздействие лучистой энергии на организм вызывает ряд изменений в белковых фракциях, например, уменьшение заряда коллоидных частиц, а отсюда и стабильности коллоидов, денатурацию нативных белков, увеличивается электролитическая диссоциация ионов, изменяется осмос и соотношение Са : К. В сыворотке крови увеличивается количество ферментов, способствующих расщеплению белков, возникает сопровождающее этот процесс митогенетическое излучение.

При действии лучистой энергии на кожу и слизистые оболочки возникает местная реакция в виде покраснения облученных участков—эритема, зависящая от расширения капилляров и мелких кровеносных сосудов кожи. При облучении видимыми световыми лучами покраснение кожи бывает равномерным, наступает в ближайшее же время после появления ощущения тепла и проходит вскоре после окончания облучения. При облучении инфракрасными лучами (интенсивный нагрев кожных покровов) покраснение кожи напоминает «мрамор». В дальнейшем на участках кожи, повторно подвергавшихся инфракрасному облучению, может образоваться пигментация—«мраморный загар». При облучении ультрафиолетовыми лучами покраснение кожи начинается только через 2—5 часов после облучения и достигает своего максимума через 12 часов. Интенсивность эритемы зависит как от интенсивности, характера излучения источника света и продолжительности облучения, так и от индивидуально различной светочувствительности кожи. Эритема сопровождается чувством жжения и зуда, которое держится до перехода эритемы в пигментацию.

Кожа различных частей тела как здорового, так и больного человека обладает неодинаковой светочувствительностью: наиболее чувствительна кожа груди и живота, затем кожа спины и внутренней поверхности плеча, предплечья, бедер; относительно менее чувствительна кожа лица и слабо чувствительна кожа тыльной поверхности предплечья, кистей рук, стоп, передней и наружной поверхности голеней.

Слизистые оболочки (за исключением глаз) значительно менее чувствительны к ультрафиолетовым лучам, чем кожа. Светочувствительность к ультрафиолетовым лучам слизистой оболочки влагалища в 5—6 раз меньше, чем кожи.

Механизм возникновения и интенсивность кожной фотозеритемной реакции некоторые авторы (Бах, Шалль, Аллиус и др.) пытались поставить в зависимость от пигментации кожи, глаз, волос. Однако можно считать доказанным, что одни и те же лица могут проявлять совершенно различную светочувствительность кожи в зависимости от общего состояния организма, изменений со стороны нервной системы и функционального состояния половой сферы (беременность, климактерий и т. д.). (С. А. Бруштейн, Т. Е. Залькиндсон, С. А. Ягунов, Г. Шполянский, Л. Н. Старцева и др.).

Роль кожного пигмента при переходе эритемы в пигментацию и «загар» до сих пор окончательно не выяснена. Существовало предположение, что пигмент играет защитную роль (Финзен, Унна и др.), что он как бы трансформирует короткие лучи в лучи с большей длиной волны (Рома), что пигмент играет роль сенсibilизатора или катализатора и т. д. Однако все это недостаточно обосновано. Клинические наблюдения показывают, что в большинстве случаев возникновение пигментации можно расценивать как признак положительной реакции на лучистую энергию.

Воздействуя на периферические рецепторы чувствительных нервов, вызывая в них при соответствующих условиях даже морфологические изме-

нения, лучистая энергия оказывает рефлекторно мощное анальгезирующее действие. Свет обладает также мощным бактерицидным, бактериостабилизирующим и бактериолитическим действием, причем наиболее сильно оно выражено в ультрафиолетовой части спектра с длиной волны от 300 м μ и ниже.

Переходим к изложению методики светолечения гинекологических больных.

Светолечение (любыми источниками света) можно проводить в форме или общих облучений, когда освещается все обнаженное тело, или местных облучений, когда освещается тот или иной участок тела.

В гинекологической практике местные облучения применяются в виде облучения живота и тазовой области (от пупка до волосистой части лобка), крестцово-поясничной области, передней и задней поверхности бедер. Эти облучения могут проводиться или по так называемому «лоскутному» способу, когда на одном из этих полей облучают отдельно участки в 500 см², или по методу «трусов», когда облучают все поле целиком (Л. Н. Старцева); после облучения 4 полей кожная пигментация соответствует трусам.

К местным облучениям относятся также облучения влагалища, шейки матки и шеечного канала, которые производят или при помощи специальных зеркал—решетчатых для влагалища и тубусных для шейки матки и шеечного канала или горелками «холодных» ртутно-кварцевых ламп.

Светолечение обычно осуществляется при помощи различных аппаратов (искусственные источники света). К наиболее общепринятым в нашей отечественной практике светолечебным аппаратам относятся следующие.

Световая полуванна. Она прикрывает примерно половину туловища больной. Представляет собой полуцилиндр, на внутренней стороне которого прикреплены электрические лампочки (6—12) с небольшими рефлекторами. При отпуске процедуры всю полуванну вместе с больной окутывают одеялом. Ванну ставят так, чтобы ею были покрыты нижняя половина живота и половина бедер. Сеансы начинают с 10 минут, доводя до 30—40 минут. Курс—15—20 сеансов. Сеансы назначают через день, а при хорошей переносимости—ежедневно.

Световая полуванна показана: 1) при подострых воспалительных процессах в полости малого таза, протекающих без склонности к кровотечениям, особенно больным с резко разлитой болезненностью брюшины; 2) при вторичных формах ишиалгии и люмбоишиалгии, источником возникновения которых являются воспалительные процессы в полости малого таза; 3) при дизурии и затянущихся подострых циститах. Мешотчатые опухоли и инфильтративные конгломераты придатков матки при хронических формах воспалительного процесса плохо поддаются светолечению лампами накаливания.

Больным с рубцово-спаечными процессами в полости малого таза можно назначать световые полуванны для подготовки к гинекологическому массажу.

Лампа соллюкс—мощная лампа накаливания со специальной арматурой, наполненная газом азотом; нить накала ее изготовляется из вольфрама, что позволяет повышать температуру почти до 2800°. Мощность лампы 300—500—1000 ватт. Лампа излучает преимущественно инфракрасные и видимые лучи. Лампа соллюкс дает возможность проводить весьма интенсивные облучения. Для облучения небольших поверхностей тела сконструированы переносные или настольные лампы соллюкс, снабженные лампами в 150—300 ватт.

Основные показания к облучению лампой соллюкс те же, что и для местных световых ванн. Учитывая, что она дает менее выраженное перегревание, ее можно применять и при лечении слабых больных, плохо переносящих местную световую ванну (усиленное потоотделение, учащение пульса и дыхания, слабость, иногда головокружение).

Облучения лампой соллюкс по эффективности лечения местных процессов несколько уступают местной световой ванне. Сеансы ежедневные, продолжительностью от 10 до 30—40 минут. Курс—15—20 сеансов.

Экстрагенитальный соллюкс (рис. 153)—аппарат С. А. Ягунова предназначается для облучения наружных половых органов; сконструирован по типу стульчака, на который больная садится верхом, разводя при этом широко бедра. Источник облучения (лампа в 500—1000 W) располагается под сидением в передне-нижней части прибора. Перед лампой можно вставлять светофильтр (из красного или синего стекла) для облучения определенным отрезком спектра. Если по специальным указаниям необходимо не слишком поднимать температуру, то приводится в действие расположенный под сидением вентилятор.

Показаниями к облучению экстрагенитальным соллюксом будут: 1) воспалительные инфильтраты в области вульвы и наружных половых органов; 2) гипертрофические и болезненные рубцы после операции на промежности; 3) травматические повреждения (ушибы) вульвы, промежности и наружных половых органов; 4) зудящие дерматозы вульвы; 5) начальные формы *scariosis vulvae*.

Длительность процедуры от 20 минут до часа. Курс—20—25 сеансов.

При зудящих дерматозах более эффективны облучения через красный фильтр: во всех остальных случаях облучения можно проводить с синим фильтром.

Ручной рефлектор (лампа Мина): одна лампочка в 25—40 W укреплена на отражателе, снабженном ручкой. В настоящее время лампу Мина на стали укреплять на подставке с ножкой из гибкого стального шланга.

Лампа может служить только для местных облучений при строго ограниченных воспалительных очагах: 1) лимфадениты паховых желез; 2) остаточные явления бартолинитов; 3) травматические гематомы вульвы и т. д.

Длительность процедуры от 20 минут до часа. Курс—10—20 сеансов.

Инфракрасные излучатели продуцируют в основном инфракрасные лучи. Металлическая спираль изготавливается из нихрома или другого соответствующего материала, обладающего большим сопротивлением. При

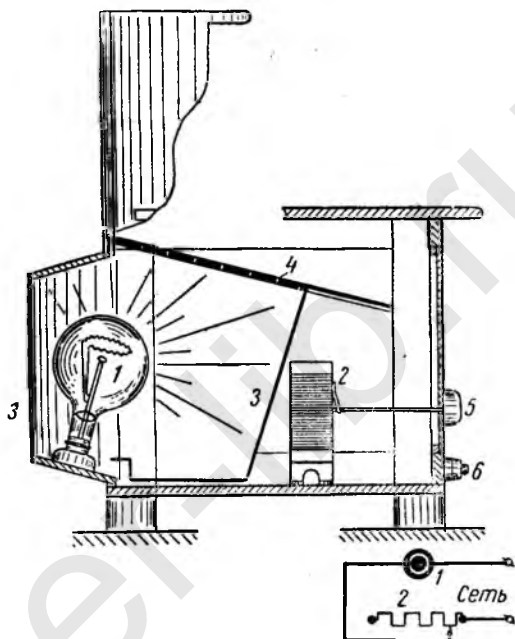


Рис. 153. Экстрагенитальный соллюкс (С. А. Ягунов).

прохождении электротока через спираль она, нагреваясь до 500—700°, дает едва видимое красное свечение, излучая в основном инфракрасные лучи с длиной волны 6—4 μ . Спираль укрепляется на терморезистентной горелке, которая ввинчивается в специальные рефлекторы.

Показания к применению инфракрасных облучений: остаточные инфилтративные процессы в полости малого таза; свежие спайки тазовой брюшины; послеоперационные инфилтраты и каллезные рубцы брюшной стенки и тазового дна; алгии спастического и вторичного происхождения; гипоплазия и гипофункция полового аппарата. Длительность сеанса 20—30 минут, сеансы ежедневно. Курс 15—20 сеансов.

При использовании любого источника искусственного света можно применять методику, сущность которой заключается в пропускании световых лучей через светофильтры. Этот метод облучения носит название **хромотерапии**. Применяют главным образом красные и синие фильтры: синие—когда желательно получить анальгезирующий эффект при ограниченном тепловом действии, а красные—когда необходимо получить более глубокую гиперемию или ограничить воздействие коротковолновых лучей. Однако ряд исследователей подвергает сомнению указанное действие светофильтров.

Ртутно-кварцевая лампа. Ультрафиолетовые лучи образуются в паразертути по принципу вольтовой дуги в трубке из кварцевого стекла (материал, хорошо пропускающий ультрафиолетовые лучи). Для общих ультрафиолетовых облучений наиболее удобна подвесная или стоящая на штативе ртутно-кварцевая лампа с горелкой ПРК-2, или АРК-2, снабженная отражателем (сконструированным по типу отражателя лампы Иезионека). В фоториях используются лампы с горелками ПРК-7.

Для местных ультрафиолетовых облучений пользуются ртутно-кварцевыми лампами с горелками АРК-2 и ПРК-2 с обычными отражателями.

Возможны местные облучения и переносными ртутно-кварцевыми лампами с горелками (АРК-4 и ПРК-4).

Для влагалищных ультрафиолетовых облучений можно использовать и обычную ртутно-кварцевую лампу Баха, к которой прикрепляют специальные влагалищные и шеечные локализаторы. Укрепляют локализаторы в нижнем подвижном полушарии колпака, где обычно располагается диафрагма (рис. 154). С этой целью к этому месту приделывают кольцо с тремя пружинящими лапками для конуса, на котором фиксируются влагалищные локализаторы (С. А. Ягуков).

Локализаторами для влагалищных облучений могут служить проволочные зеркала (Киша), к основанию которых приделано дополнительное кольцо; для облучения шейки матки и шеечного канала применяют сплошные конусовидные тубусы различных диаметров.

С помощью зеркал-тубусов лучи направляют на область наружного зева и в шеечный канал (рис. 155). Влагалищное облучение показано при кольпитах, цервицитах, эндоцервицитах, послеоперационных инфилтраттах и эрозиях шейки матки, если лечение методами диатермохирургии противопоказано.

Влагалищные облучения обычной ртутно-кварцевой лампой проводятся на гинекологическом столе (кресле).

Для влагалищных облучений весьма удобна **холодная ртутно-кварцевая лампа** (рис. 156).

Основным ее отличием от обычных ртутно-кварцевых ламп является то, что ее горелка в процессе работы нагревается так слабо, что может находиться в непосредственном контакте с кожей и слизистыми оболочками.

Придавая горелке холодной ртутно-кварцевой лампы любую форму, ее можно применять для облучения различных полостей и каналов разного диаметра.

Горелка для облучения влагалища представляет собой кварцевый цилиндр с закругленным запаянным концом, длиной 10 см при диаметре 2,1 см.

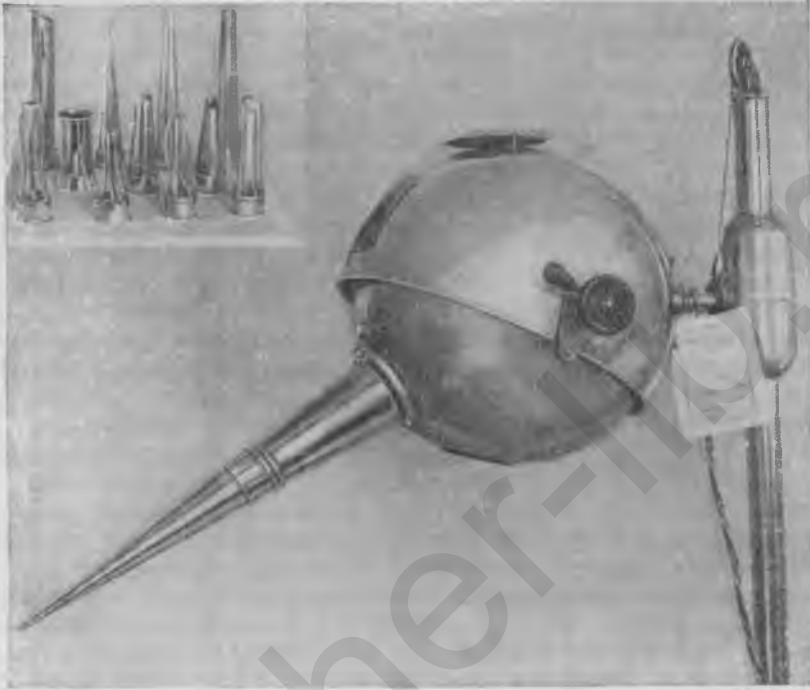


Рис. 154. Ртутно-кварцевая лампа Баха.

Облучение влагалища холодной ртутно-кварцевой лампой можно проводить больной, лежащей на обычной кровати или кушетке; горелку вводят возможно глубже в задний свод. Число сеансов, их периодичность, длительность те же, как и при пользовании обычными ртутно-кварцевыми лампами.

Облучения рекомендуется проводить ежедневно или через день, начиная с трех биодоз и повышая в каждый последующий сеанс. Благоприятное действие сказывается уже после трех сеансов. Повышать дозировку свыше 10 биодоз не рекомендуется (возможны ожоги и перераздражения слизистой с резкими рецидивами кольпитов).

Прежде чем приступить к ультрафиолетовым облучениям, необходимо определить фотоэритемную реакцию кожи. Прямая зависимость светочувствительности кожи от течения патологических процессов, постепенная нормализация светочувствительности по мере улучшения процесса и ликвидации заболевания дают все основания использовать эту реакцию не только в целях дозировки процедур, но и с диагностическими и прогностическими целями.

Понижение светочувствительности кожи вызывают следующие процессы:

- 1) контузионно-коммоционные повреждения головного мозга (Л. Н. Старцева и др.);
- 2) гипофизарные процессы, сопровождающиеся гипофизарным ожирением, акромегалией, аменореей (Л. Н. Старцева, Г. С. Варшавер, М. О. Вильчур);
- 3) алиментарная дистрофия и авитаминозы (массовые наблюдения военного времени);

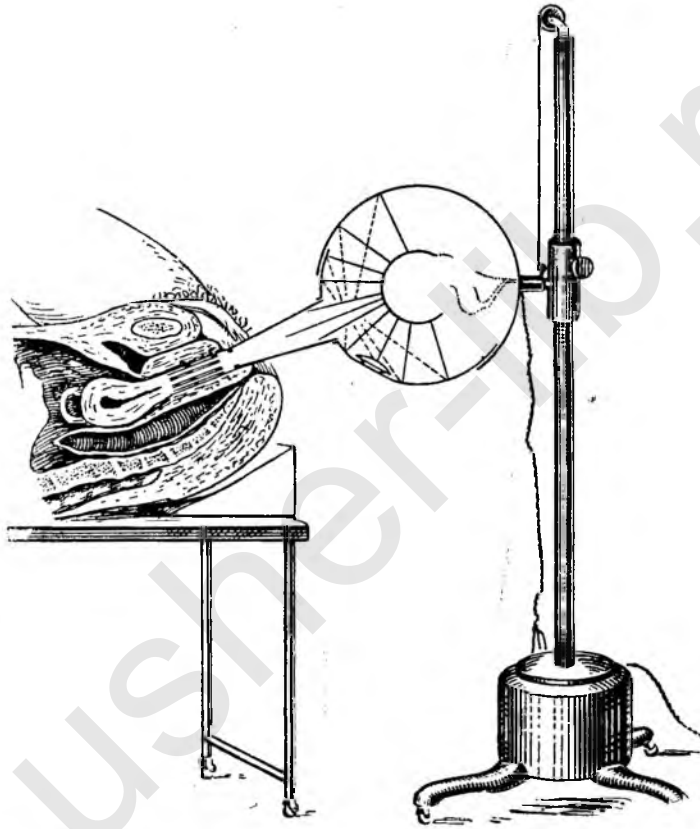


Рис. 155. Ход лучей при применении ртутно-кварцевой лампы.

4) общетоксические процессы: прием, сепсис, анаэробная флегмона, раковая кахексия (Е. Т. Залькиндсон, Б. М. Бродерзон, А. П. Парфенов и др.). Эти процессы ведут к понижению светочувствительности кожи к ультрафиолетовым лучам вплоть до полного отсутствия эритемы от облучения любыми дозами;

5) воспалительные процессы внутренних половых органов (Г. Шполянский, М. А. Петров-Маслаков, С. И. Базаревский).

Повышение светочувствительности кожи наблюдается при вегетоневрозах, в частности климактерических, а также у беременных и при заболеваниях печени, сопровождающихся поступлением в кровь и ткани желчных пигментов (фотосенсибилизаторов).

Ультрафиолетовые облучения могут проводиться в форме как общих, так и местных облучений.

Общие облучения можно проводить или через день с облучением в один сеанс как передней, так и задней поверхности тела, или ежедневно, причем один день облучают переднюю поверхность тела, а на другой день— заднюю.

Перед началом облучений необходимо определить индивидуальную светочувствительность кожи больной к ультрафиолетовым лучам, т. е. ее биологическую дозу (биодозу). Наиболее просто это делается по методу Горбачева-Дальфельда.

Общие ультрафиолетовые облучения следует начинать с $1/2$ биодозы, прибавляя в каждый последующий сеанс $1/2$ — $1/4$ биодозы. Курс облучений состоит из 20—30 процедур. Повторный курс лечения следует начинать не ранее чем через 1— $1\frac{1}{2}$ месяца.

Показаниями к применению общих ультрафиолетовых облучений служат анемии гипорегенераторного характера, авитаминозы и гиповитаминозы D и C с расстройствами овариально-менструальных циклов; общая интоксикация и кахексия при септических процессах, общая дскальцинация организма, нарушение Ca : K равновесия, понижение свертываемости крови, склонность к спазмофилии, дисменоррея; недостаточность регенеративно-репаративных процессов (вяло гранулирующие послеоперационные раны).

Общие ультрафиолетовые облучения можно и следует применять в комплексе как с различными другими физиотерапевтическими процедурами, так и с другими видами лечения. Основными противопоказаниями к применению общих ультрафиолетовых облучений являются злокачественные новообразования, экссудативно-кавернозные формы туберкулеза легких, аневризмы сосудов, внематочная беременность.

Дозировку местных ультрафиолетовых облучений следует различать по степени интенсивности кожной фотоэритемной реакции:

1) анаэритемные дозы—отсутствие на коже каких-либо следов от применявшегося облучения;

2) гипоэритемные дозы—очень слабое порозовение кожи, границы облучаемого участка нерезко очерчены, сходят на нет, но все же хорошо показывают форму облучаемого поля;

3) эритемные дозы (3—4 биодозы)—яркая артериальная гиперемия облучавшихся участков кожи, резко и точно отграничивающихся от необлучавшейся кожи, иногда небольшая отечность и припухлость облученных участков;

4) гиперэритемные дозы (5—8 биодоз)—покраснение кожи с синюшным оттенком (венозный стаз), иногда петехиальные кровоизлияния. Отечность всего эритематозного участка, особенно резко выраженная в виде валикообразного утолщения на границе с необлучавшейся кожей. Граница «смазанным штрихом» переходит на необлучавшуюся кожу. Эритемотерапия является исключительно эффективным методом abortивной противовоспалительной терапии при инфильтративно-экссудативных формах воспалительных процессов (за исключением гнойных экссудатов), как только ликвидируются явления «острого живота».

Ультрафиолетовую эритемотерапию можно применять в комплексе с другими видами лечения, показанными в соответствующую фазу воспали-



Рис. 156. Холодные ртутно-кварцевые горелки.

а—для прямой кишки и влагалища; б—для шейки матки.

тельного процесса. Однако категорически исключается использование других методов рефлекторно-сегментарной терапии на облучавшемся участке кожи.

Противопоказания к ультрафиолетовой эритемотерапии: 1) «острый живот»; 2) осумкованные гнойники в полости малого таза; 3) наличие или даже подозрение на наличие злокачественного перерождения тканей организма; 4) туберкулезные процессы в легких и органах брюшной полости (особенно казеозно-кавернозные и милиарные формы).

При склонности к маточным кровотечениям следует воздержаться от дачи эритемных доз на крестцово-поясничную область ввиду возможности усиления кровоотделения.

Местная эритемотерапия показана при гнойничковых поражениях вульвы и кожи внутренних половых органов и при некоторых формах зудящих дерматозов (Г. Ф. Ланг, Брамесфельд).

При туберкулезных слипчивых и рубцово-спаечных процессах в полости малого таза, при отсутствии активного легочного процесса показаны гипоэритемные ультрафиолетовые облучения живота—от сосков до волосистой части лобка и спины—от угла лопаток до крестца.

При эксудативно-спаечных формах проводят облучения через день, увеличивая дозировку на $\frac{1}{4}$ биодозы в каждый последующий сеанс, при слипчивых рубцово-спаечных процессах—ежедневно увеличивая каждый раз дозировку на $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ биодозы.

ВОДОЛЕЧЕНИЕ (ГИДРОТЕРАПИЯ)

Водные процедуры оказывают на организм термическое, механическое и отчасти химическое воздействие. Степень выраженности физиологического действия зависит от вида применяемой процедуры, температуры ее, химического состава воды, условий, в которых проводится процедура, физического развития больной, общего состояния ее здоровья, патологического процесса в половых органах, течения процессов возбуждения и торможения, рационального сочетания с другими видами лечения и т. п. В число гидротерапевтических процедур, применяемых в гинекологической практике, входят: ванны (общие, полуванны, тазовые, ручные, ножные), влажные укутывания, обтирания, обливания, души и некоторые другие.

Механизм действия гидротерапевтических процедур на организм больной в основном рефлекторный за счет непосредственного раздражения водой периферических нервных рецепторов.

Кровь при приеме водных процедур, циркулируя по периферическому сосудистому руслу, или охлаждается, или нагревается (в зависимости от температуры тела и воды); при применении газовых или минеральных ванн кровь может изменять в известной степени и свой химический состав. Поступая в кровеносные сосуды мозга, кровь оказывает термическое и химическое воздействие и на центры нервной системы, рефлекторно отражающееся на всех системах организма.

С. П. Боткин еще в 1884 г. писал о нейрогенном механизме действия гидротерапевтических процедур: «лечение водой... прекрасный метод... действуя на нервные аппараты, влияя, может быть, посредством этих аппаратов на органы, выделяющие продукты обратного метаморфоза».

Интенсивность температурного воздействия на кожу человека связана с теплопроводностью и теплоемкостью среды, т. е. с тем, какое количество тепла приносится организму или отнимается от него окружающей средой

в единицу времени. Теплоемкость воды очень велика. Теплопроводность ее почти в 30 раз больше, чем воздуха. В силу этого вода является чрезвычайно удобной физической средой, хорошо дозируемой по температуре для лечебных целей.

При оценке действия гидротерапевтических процедур из пресной воды следует остановиться в основном на термическом и механическом действии ее, так как химическое действие ее обычно слабо выражено.

Температура кожи на разных частях тела человека не одинакова: наибольшая в подмышечной впадине: минимальная—на стопах и кистях. В среднем температура кожи человека в обычных условиях равна $34^{\circ} \pm 1^{\circ}$.

Вода этой температуры не воспринимается организмом ни как тепло, ни как холод, поэтому она носит название индифферентной. В то же время необходимо помнить, что озябший человек воспримет воду этой температуры как теплую, а после усиленной работы, когда организм «разогрет»,— как холодную.

По температурному ощущению все водные процедуры разделяются на горячие, теплые, индифферентные, прохладные и холодные. Однако при различных водных процедурах температура воды, вызывающая одни и те же ощущения, будет различной, на что указывает табл. 10. Температура показана в градусах Цельсия.

Таблица 10

	Ванны			Обливания	Души
	общие	тазовые	ручные и ножные		
Горячие	40—38°	44—39°	45—40°	—	45—38°
Теплые	37—35°	38—37°	40—30°	37—36°	37—36°
Индифферентные	34—33°	36—35°	30—26°	35—32°	35—32°
Прохладные	32—28°	34—30°	25—15°	32—26°	32—26°
Холодные	27—24°	—	14—8°	25—15°	25—10°

Рефлекторное действие водных процедур крайних температур (горячие, холодные)—раздражающее, возбуждающее, стимулирующее, теплых и индифферентных—успокаивающее. Сила раздражения находится в непосредственной зависимости от температуры внезапности, продолжительности действия, повторности раздражения, систематичности, места приложения и величины кожной поверхности, подвергающейся воздействию. Характер и сила реакции всегда связаны с индивидуальными особенностями организма.

Тепловое действие присуще всем водным процедурам, в чистом виде оно наиболее выражено в обычных пресных ваннах—общих, полуваннах и местных (тазовых, ручных, ножных), а также в компрессах и влажных обертываниях. Кроме того, вода, омывая и очищая во время процедуры кожные покровы и слизистые оболочки, способствует улучшению обмена веществ и более полному осуществлению в организме окислительно-восстановительных процессов.

Общие ванны. Показаниями к применению общих ванн служат: их гигиеническое действие, жаропонижающее у длительно лихорадящих больных, успокаивающее при субфебрилитете, бессоннице и т. д., стимулирующее (возбуждающее) при пониженном обмене веществ, закаливающее—в комплексе с другими видами закаливания.

Механическое действие воды минимально при обычных ваннах, когда оно заключается в давлении на кожу 20—30 см водяного столба. Механическое действие воды в ванне может быть значительно усилено путем приспособления, дающего фонтан воды со дна ванны,—ванна «гейзер».

В дне обычной ванны делают отверстие, через которое подается струя воды соответствующей температуры и давления. При пустой ванне эта струя



Рис. 157. «Контрастная терапия».

бьет, как фонтан различной высоты. При наполненной ванне струя не может подняться над поверхностью воды и образует «подводный фонтан»—«гейзер».

Колебания воды оказывают массирующее действие. Если необходимо подвергнуть ту или иную область водяному массажу, больная помещается в ванне «гейзер» с таким расчетом, чтобы подлежащая массажу часть тела располагалась непосредственно над бьющей струей воды.

Показаниями к применению водяного массажа являются хронические формы ишиалгии, люмбоишиалгии и плотные болезненные послеоперационные рубцы; в некоторых случаях массирующее влияние этой процедуры может оказаться полезным и при вялости брюшной стенки.

Если фонтанирующая струя не будет непосредственно соприкасаться с какой-либо частью тела, то ванна «гейзер» оказывает легкое массирующее действие. Такое же действие оказывают ванны с «волнением».

Ванны с «волнением» оказывают легкое массирующее действие на кожу и наиболее поверхностные мышцы; физиологически они соответствуют одному из приемов массажа—«поглаживанию».

Массирующее действие воды в ванне «с волнением» улучшает функцию потовых и сальных желез, ускоряет ток крови и лимфы не только в поверхностных сосудах кожи, но и в более крупных, глубже лежащих, способствует улучшению течения окислительно-восстановительных процессов и более быстрому удалению продуктов распада. Влияя на окончания периферических нервов, а отсюда и на центральную нервную систему, слабые поверхностные «поглаживания» теплой водой действуют успокаивающе; при воздействии в течение 15—20 минут они являются одним из эффективных методов снижения болевой чувствительности. Применение ванн с «волнением» показано реконвалесцентам, при дисменоррее и спазматических болях, при климактерических невробазах, особенно со склонностью к ангиоспазмам.

Полуванны, воздействуя на нижнюю половину туловища (при относительной ограниченности места воздействия раздражителя), оказывают более активное влияние на местный процесс. Не вызывая явлений общего перегревания организма, полуванны значительно расширяют сферу лечения водой в гинекологической практике. Продолжительность горячих полуванн может быть доведена до 20 минут.

В целях одновременного воздействия и на слизистую оболочку влагалища ряд авторов (В. Ф. Снегирев, В. А. Полубинский и др.) рекомендует перед погружением в ванну вводить во влагалище решетчатое зеркало.

Полуванны теплые и горячие эффективны при лечении недавно закончившихся воспалительных процессов. В комбинации с гинекологическим массажем при соответствующих показаниях полуванны являются исключительно ценным профилактическим средством против образования рубцов и спаек в полости малого таза.

Полуванны целесообразно назначать при недостаточности овариальной функции (олиго-гипоменоррея) и при дисменоррее.

При лечении давно стабилизировавшихся воспалительных заболеваний органов половой сферы хороший результат дает так называемая «контрастная терапия» (С. А. Ягунов).

Сущность метода заключается в следующем: больная на 10—12 минут помещается в полуванну индифферентной температуры, в то же время с помощью ирригационного окклюзия в ванне ей производят влагалищное орошение водой температуры 40—44° (рис. 157).

Показаниями к контрастной терапии являются длительно не поддающиеся лечению инфильтраты в околоматочной клетчатке, плотные конгломераты придатков, аменоррея, возникшая, например, вследствие внутриматочных впрыскиваний йода, повторного выскабливания полости матки по поводу неполного выкидыша, гипофункции полового аппарата (последняя в сочетании с гормональным лечением).

Конструкция существующих ирригационных окклюзиов основана на стремлении сочетать термическое и химическое влияние воды с механическим воздействием ее на стенки влагалища и на шейку матки.

Пользование окклюзиом очень несложно. Его следует иметь различных размеров: от 3 до 6 см по диаметру грушевидной части.

Тазовые ванны могут применяться в виде горячих, температуры до 40—42°; их обычная продолжительность 20—25 минут (рис. 158).

Основными показаниями к их применению являются заболевания наружных половых органов: послеоперационные инфильтраты, каллезные

рубцы, развивающиеся бартолиниты и их последствия, дерматиты при недержании мочи, геморроидальные узлы. У ряда больных тазовые ванны в сочетании с местными ультрафиолетовыми облучениями могут быть рекомендованы как подготовка к оперативному вмешательству.

Лечению тазовыми ваннами подлежат также циститы и воспалительные процессы внутренних половых органов при сочетании их с расстройствами сердечно-сосудистой системы, которые исключают возможность применения полуванн высоких температур.



Рис. 158. Тазовая ванна.

«Циркуляционная» тазовая ванна (рис. 159 и 160). Массирующее действие воды может использоваться и в местных ваннах. С этой целью в круглой тазовой ванне вода, благодаря особому приспособлению, находится все время во вращательном движении: несколько отступя от дна ванны, по ее окружности, проложена металлическая труба толщиной в 1,5 см, снабженная многочисленными трубочками, загнутыми в одну сторону, во много раз меньшего диаметра, чем труба, проложенная на дне. При пуске воды последняя вытекает через отверстия мелких трубочек, что создает циркуляционное движение воды в тазовой ванне. Обтекая крестцово-поясничную часть и низ живота, вода действует массирующим образом.

Применение этих процедур особенно показано при крестцово-подвздошных болях, при имевшемся чрезмерном расхождении лонных костей после родов, при выпадающих геморроидальных узлах, при послеродовой вялости брюшной стенки и послеоперационных рубцах на ней.

Ручные и вожные ванны применяются главным образом как отвлекающая процедура (при вазомоторных расстройствах в органах малого таза).

Температура горячих ручных и ножных ванн лежит в пределах 40—45°, что возможно, если температуру воды повышать постепенно (подливая горячую воду). Руки или ноги, а иногда и те и другие, погружают в ванны при температуре воды 37°. В течение 10—15 минут, прибавляя горячую воду, температуру ванны повышают до 42—45°—до появле-



Рис. 159. «Циркуляционная» тазовая ванна.

ния у больной потоотделения. В дальнейшем эту температуру поддерживают еще 10—15 минут. По окончании процедуры больная укладывается в постель, ее тщательно укутывают одеялами и только через 25—30 минут начинают постепенно снимать одеяла.

Ручные ванны показаны при овариальных кровотечениях (ювенильных и климактерических), особенно для больных, у которых бывают приступы стенокардии.

Ножные ванны назначают при явлениях гипофункции полового аппарата.

К методам гидротерапии относятся также согревающие компрессы.

Согревающие компрессы. Применение согревающих компрессов на низ живота целесообразно у лежачих больных с острыми воспалительными процессами в фазе ограничения экссудатов, в период перехода от обычного лечения холодом к лечению теплом. Методика обычная. Иногда целесообразно пользоваться не чистой водой, а водой со спиртом. Компресс кладут на 6—8 часов, после чего он должен быть возобновлен. Если имеет-

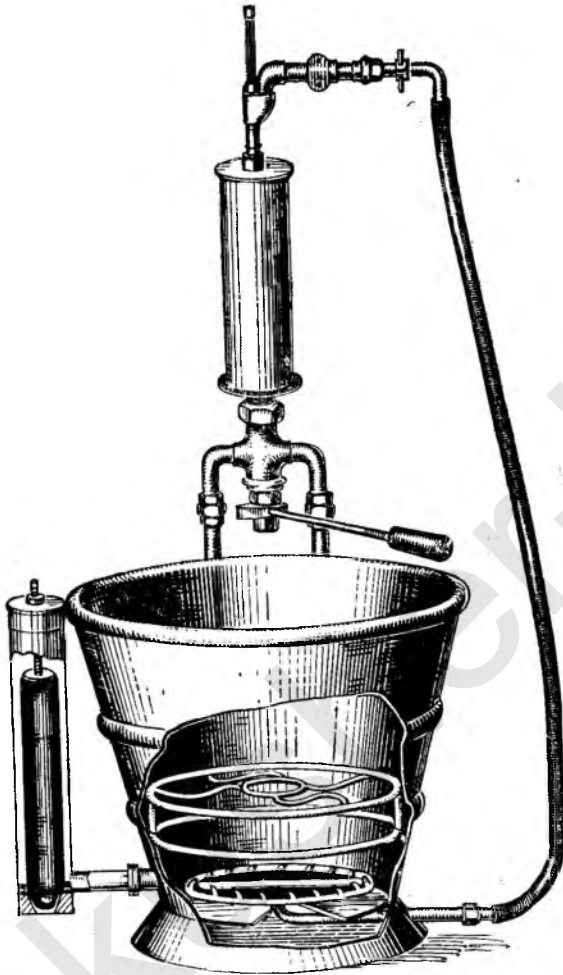


Рис. 160. Схема «циркуляционной» тазовой ванны.

ся раздражение кожи, целесообразно смазать ее тонким слоем вазелинового масла или после каждого компресса давать коже «отдых» часа на 4.

Влажные обертывания (укутывания) представляют собой тот же согревающий компресс, только положенный на все тело и без клеенки. При влажном обертывании простыню обычно смачивают водой температуры 30—25°, затем больную укутывают в два шерстяных одеяла.

Длительность процедуры различна: от 5 минут до 1½ часов, соответственно с этим резко меняется весь характер воздействия влажного обертывания. Кратковременные обертывания на 5—10 минут, повторяемые одно за другим, оказывают жаропонижающее действие и могут применяться сильно и длительно лихорадящим больным. Влажные укутывания длительностью 30—40 минут действуют успокаивающе. Первоначальное чувство холода быстро сменяется ощущением приятного тепла. Наступает расширение периферических кровеносных сосудов, соответственно с чем наблюдается падение артериального давления, замедле-

ние пульса и дыхания (что особенно важно у утомленных и возбужденных лихорадящих больных); при этом наблюдается сонливость, переходящая в спокойный сон. Более длительное влажное укутывание ведет к перегреванию организма и сопровождается прогрессивно усиливающимся потоотделением. Гинекологическим больным оно показано при понижении и нарушении обмена веществ, а также при заболевании почек, сопутствующем гинекологическому заболеванию.

Обмывания (смачивание тела водой с последующим растиранием сухим полотенцем или простыней) могут быть как частичными, так и общими,

если все тело сначала смачивают водой, а затем растирают. Обмывания показаны лихорадящим больным с высокой температурой (септические, послеродовые заболевания и т. п.).

Механизм их действия состоит из очищения кожи, рефлекторного воздействия на глубжележащие кровеносные сосуды, повышения тонуса всей нервной системы, улучшения процессов обмена и крово-лимфообращения в периферической сосудистой сети. Регулируя температуру воды, жесткость полотенца, применяемого для последующего растирания, продолжительность и интенсивность растирания, можно в значительной степени влиять на течение тормозно-возбудительных процессов.

Техника обмывания тяжелобольных: обнажают одну из частей тела, быстро смачивают водой при помощи губки и тотчас же тщательно растирают сухим полотенцем до покраснения кожи и появления ощущения тепла. Затем обработанную часть тела укрывают простыней и одеялом и приступают к обработке другой части тела, пока все доступные участки тела не будут обработаны. Для слабых больных температура воды должна быть 25—30°. При повышенной чувствительности больных к низкой температуре и слабой последующей кожной реакции следует прибавлять к воде раздражающие вещества (соль, спирт, столовый или туалетный уксус, одеколон и т. д.) из расчета 1 столовая ложка на литр воды. По мере улучшения состояния здоровья и привыкания больной к данной процедуре температуру воды можно постепенно снижать, сначала на 1° через 2—3 дня, а затем и чаще. Обмывания более крепких больных и привыкших к закаливанию водными процедурами можно проводить в виде общих обмываний. Смочив при помощи губки все тело водой назначенной температуры, накидывают на больную купальную (махровую) простыню, через которую и растирают все тело с такой силой, чтобы вызвать ясную кожно-сосудистую реакцию.

Обливания отличаются от обмываний только тем, что тело смачивают значительно большим количеством воды, чем при обмывании, вследствие чего происходит значительно более сильное температурное раздражение. Обливания, аналогично обмываниям, могут быть общими и местными, но последние в гинекологической практике применяются редко. Общие обливания производят 2—3 ведрами воды температуры от 30° до 22°. Воду льют на больную непрерывной широкой струей, но довольно медленно; вслед за этим все тело растирают, как и при обмываниях.

Общие обливания показаны выздоравливающим стационарным больным как общестимулирующая терапия, базирующаяся на рефлекторных сдвигах, и как один из доступных методов закаливания, к которым гинекологических больных следует приучать именно в стационарных условиях.

Обтирания. При обтираниях термическое воздействие воды сочетается с одновременно проводимым массажем. В обтирании механическое действие превалирует над термическим.

Обтирания разделяются на общие и частичные. Частичные обтирания по технике их выполнения имеют очень много общего с частичными обмываниями. Разница заключается лишь в том, что одновременно со смачиванием кожи водой требуемой температуры производится энергичное растирание мокрой губкой, махровой перчаткой или мокрым полотенцем. Начальная температура воды для обтираний 25°; при повышенной зябкости и недостаточной реактивности больной следует, как и при обмываниях, добавлять в воду средства, слегка раздражающие кожу и периферические нервные рецепторы.

Техника общих обтираний. На обнаженное тело стоящей больной накидывают смоченную, туго отжатую простыню из грубой материи. Верхние края простыни покрывают плечи, боковые—охватывают переднюю часть туловища, низ простыни покрывает нижние конечности. Быстро окутав больную мокрой простыней, начинают растирание, которое следует производить ладонями рук, плотно прижатыми к телу больной через простыню. Движения рук должны быть энергичными, широкой амплитуды. Вначале растирают спину, бока и грудь, а затем по очереди конечности; растирания идут по току лимфы. Для усиления механического раздражения можно присоединить к растираниям и некоторые другие приемы массажа: «поколачивание», «похлопывание». Растирания продолжают до начала согревания тела под простыней, что свидетельствует о наступлении необходимой кожной реакции. После этого мокрую простыню сбрасывают, накидывают сухую купальную простыню и продолжают растирание до полного согревания тела. Растирание может проводить не только одна, но сразу две акушерки или медицинские сестры.

Обтирания следует рассматривать как процедуру, имеющую целью закаливание организма больной.

Души различают по температуре воды, по характеру водяной струи, направлению, по силе давления и месту приложения. По температуре воды души разделяются: на горячие, теплые, индифферентные, прохладные и холодные.

По виду водяной струи различают души «пылевые», «дождевые», «струевые» (они же «игольчатые») и «веерные».

По направлению водяной струи они подразделяются на циркулярные, нисходящие и восходящие.

По силе давления—разделяются на души низкого давления (около 1 атмосферы), что обычно соответствует силе водонапора городского водопровода; среднего давления—около 2 атмосфер и высокого давления—в 3—4 атмосферы.

По месту приложения души могут быть общими и местными (промежностный, геморроидальный, подошвенный и др.). Обычно управление душами монтируется в одном столе, именуемом кафедрой, к которой подводят воду.

Циркулярный душ представляет собой круглый каркас из вертикально и циркулярно расположенных довольно узких водопроводных труб с многочисленными мелкими отверстиями, из которых вода бьет тончайшими струйками по направлению к центру, где должна находиться больная (рис. 161).

При этом все тело подвергается равномерному воздействию душевой струи определенной температуры и давления. Чтобы уменьшить разбрызгивание воды, каркас закрывают клеенкой.

Нисходящий душ («пылеобразные», «дождевые», «игольчатые»). Распылитель находится над головой больной. Падающие сверху струи воды оказывают действие на все тело. Струи «пылеобразных» душей влияют наименее раздражающе, а «игольчатые» оказывают наиболее резко выраженное механическое воздействие.

«Веерный» душ. Эта процедура выполняется обслуживающим персоналом. Струю воды направляют на тело больной из шланга, снабженного распылителем, раздробляющим водяную струю. С расстояния в 2,5—3 м на больную направляют распыленную веером струю воды температуры 30—20° под давлением 1—1,5 атмосферы.

Опыт показал, что применять женщинам давление большей силы нецелесообразно, так как могут образоваться синяки (кровоподтеки).

Вначале душируют заднюю поверхность тела, затем по команде «поворот» любую боковую часть, а после этого переднюю и вторую боковую поверхность. Таким образом, больная поворачивается под душем несколько раз. Общая его продолжительность не больше 2—3 минут.

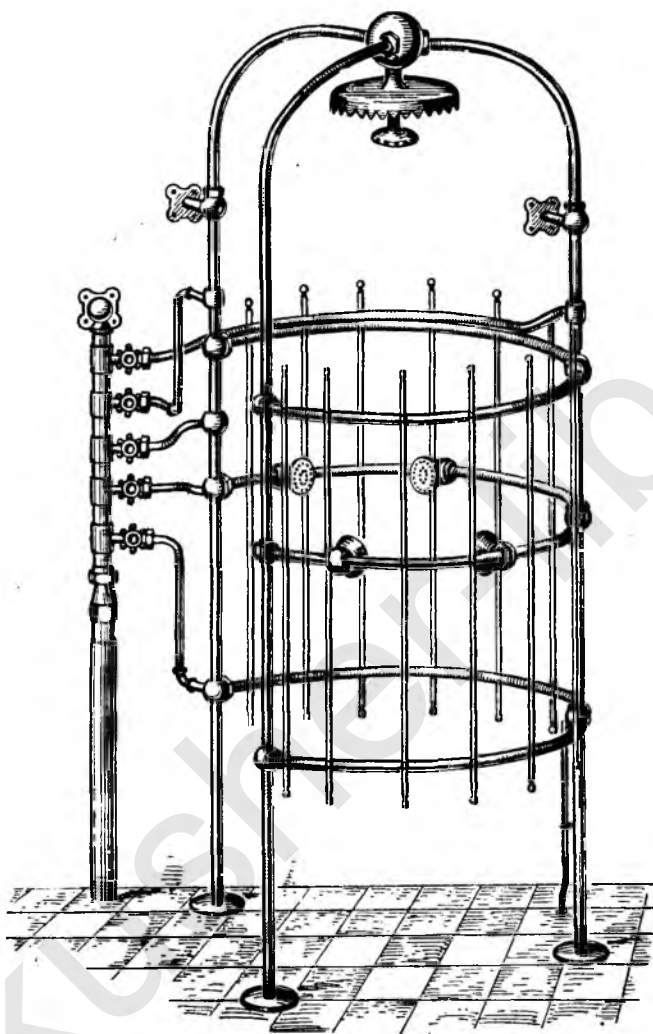


Рис. 161. Циркулярный душ.

Душ Шарко. Процедура выполняется аналогично «веерному» душу, однако распыление струи воды не одинаково для отдельных участков тела. В первый момент «веерным» способом окатывают все тело, затем компактную струю воды направляют на конечности по вертикали, после этого подвергают действию крестцово-поясничную область, перемещая струю уже в горизонтальном направлении. Спина и боковые поверхности туловища подвергаются действию распыленной струи, грудь и живот—действию только «веерной». Температура воды 20—30°, давление 1—1½ атмосферы, продолжительность 1—2 минуты.

Шотландский душ отличается от душа Шарко тем, что больная подвергается действию воды резко меняющихся температур: 2—3 раза по 20—30 секунд действию воды высокой температуры (42°), затем однократно (5—10 секунд)—действию холодной воды ($15-20^{\circ}$). После этого вся процедура повторяется вновь при общей продолжительности ее в 1—2 минуты.

Общий душ в гинекологической практике имеет достаточно широкое применение, однако показания к нему обычно зависят не от характера местного процесса, а от общего состояния организма.

Общий душ оказывает в основном возбуждающее действие на организм, поэтому его целесообразно применять при нарушениях обмена веществ, сопровождающихся ожирением, при некоторых видах вегетоневрозов в климактерическом периоде и при заболеваниях, сопровождающихся депрессивным состоянием, при общей адинамии, потере аппетита и т. д. Душ является прекрасным средством укрепления и закаливания организма.

Благоприятная реакция организма на душевые процедуры сказывается субъективно ощущением бодрости, свежести, повышенного настроения, нарастанием силы, улучшением аппетита и т. п.

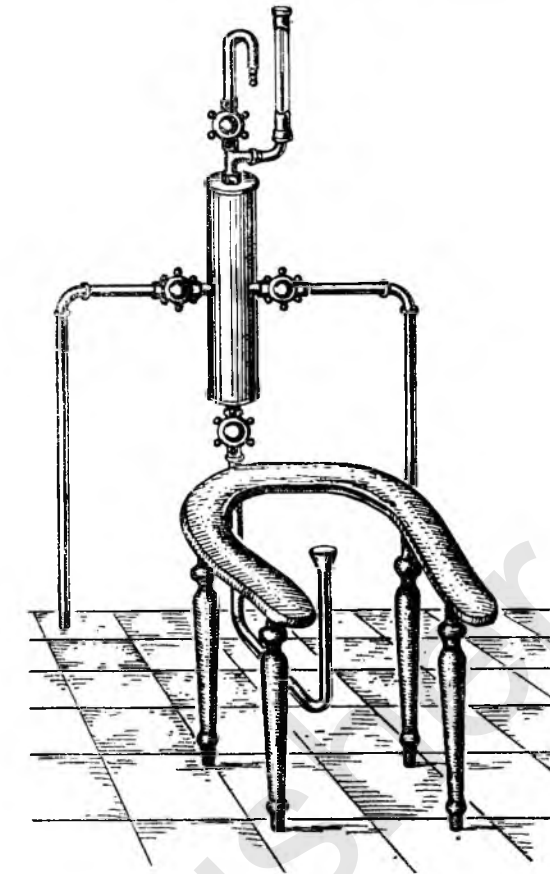


Рис. 162. «Геморроидальный» душ.

Общие души следует начинать с индифферентных температур и низкого давления; они должны быть кратковременными. Интенсивность раздражения душевыми процедурами повышается путем снижения температуры, увеличения давления и продолжительности, что следует проводить с большой постепенностью. Изменять дозировки надо не чаще чем через 2—3 процедуры.

Противопоказаниями к назначению душей являются кахексия, резко выраженные формы анемии, расстройства сердечно-сосудистой деятельности (клапанные пороки сердца, бывшие инфаркты миокарда, артериосклероз), гипертоническая болезнь, казеозно-кавернозный туберкулез, резкая возбудимость нервной системы.

Местные восходящие души, к числу которых в гинекологической практике относятся «подошвенный», «промежностный» и «геморроидальный».

«Подошвенный» душ—восходящий, струйчатый душ, высокой температуры, на область обеих подошв больной; продолжительность его 2—3 ми-

путь. Назначается как метод рефлекторной терапии, как отвлекающее при «приливах». При применении снижающихся температур очень ценен как фактор закаливания гинекологических больных.

«Промежностный» душ—восходящий, струйчатый душ средней или высокой температуры, продолжается 2—3 минуты, локализуясь на внутреннюю поверхность бедер и на область промежности. Во время приема процедуры больная должна сесть над душевым фонтаном, широко расставив ноги, или сидеть на специальном низком стульчаке.

Показания: болезненные послеоперационные рубцы промежности (типа келоидов), пониженное *libido sexualis*.

«Геморроидальный» душ—восходящий, пылевой (редко струйчатый) душ средних и низких температур. Душ фонтанирует в центре стульчака, на который больная должна садиться таким образом, чтобы струя воды попадала на область заднепроходного отверстия. Показания—выпадающие и ущемленные геморроидальные узлы. Длительность процедуры 2—3 минуты (рис. 162).

ЛИТЕРАТУРА

- Абрикосов И. А., Захарова Е. А., Невраев Г. Д. Физиотерапия. М., 1955.
- Александров М. В. О применении морских купаний у женщин при воспалительных гинекологических заболеваниях и во время менструаций. Акушерство и гинекология, 1950, № 4.
- Аникин М., Боровская М., Вассерберг Э., Горбачев, Зильберштейн С., Маников М., Милицыи В. Физиотерапия практического врача. Под редакцией С. Б. Вермеля, М., 1928.
- Аникин М. М. и Варшавер Г. С. Основы физиотерапии. Изд. 2-е, М., 1950.
- Асатуров И. Б. Лечение явлений выпадения эритемными дозами ультрафиолетовых лучей. Гинекология и акушерство, 1938, № 5.
- Багашев И. А. Краткий курс физиотерапии и учение о курортах. М., 1927.
- Базаревский С. И. Светочувствительность кожи к ультрафиолетовым лучам как нейротрофический показатель в гинекологической и акушерской практике. Гинекология и акушерство, 1938, № 3.
- Бах Г. Кварцевая лампа, М., 1930.
- Беккер С. М., Лечение эрозий и эндоцервицитов физическими методами лечения.
- Беккер С. М., Полубинский В. А. Повышение трудоспособности женщины путем ультрафиолетизации. Журнал акушерства и женских болезней, 1933, № 6.
- Беленький М. С. Физиотерапия, Одесса, 1941.
- Беккер С. М. и Робачевский Г. Р. Применение кварцевой лампы при воспалительных заболеваниях верхних половых путей женщины. Сборник трудов ЦНИАГИ, Л., 1935.
- Биренбаум Е. Л., Колаева Е. Т. Ультрафиолетовая эритемотерапия при подострых и хронических воспалительных процессах. Журнал акушерства и женских болезней, 1938, № 3.
- Бруштейн С. А. Руководство по физическим методам лечения, 1930.
- Гелиотерапия, аэротерапия, гидротерапия, бальнеотерапия, грязелечение, 1927.
- Гилдерсон А. Б. Физические методы лечения воспалительных заболеваний. В кн.: И. Л. Брауде, Консервативное лечение женских болезней. М., 1939.
- Гаусман В. и Фольк Р. Руководство по светолечению, 1929.
- Егоров А. Н. О влиянии световых лучей на половые гормоны. Гинекология и акушерство, 1937, № 2.
- Завадовский К. Н. Основы физио-бальнеотерапии и курортологии. Томск, 1932.
- Зиньковский Я. Д. Применение «холодной» ртутно-кварцевой лампы в гинекологии. Акушерство и гинекология, 1945, № 2.
- Ильин Ф. Н. Физические методы лечения в гинекологии. В кн.: Л. А. Кривский, Руководство по женским болезням, 1927.
- Каракоз Д. С., Синий свет как вспомогательный способ обезболивания родов в начале периода раскрытия, Журнал акушерства и женских болезней, 1938, № 2.
- Келлат Г. А., Внеочаговая верхнесементарно-рефлекторная терапия острых и подострых воспалительных заболеваний женских половых органов посредством эритемы от ультрафиолетовых лучей. Акушерство и гинекология, 1949, № 1.

- Короткин Н. И. Сегментарно-рефлекторная ультрафиолетовая эритемотерапия воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщины. *Акушерство и гинекология*, 1938, № 11.
- Микеладзе Ш. Я. Значение УФЛ в профилактике эклампсии, *Казанский медицинский журнал*, 1936, № 6.
- Молдавская-Свет Е. Д. Эффективность физических методов лечения при гинекологических заболеваниях. *Акушерство и гинекология*, 1938, № 3.
- Невродинамика и физиотерапия. Сборник работ 2-й неврологической клиники. Одесса, 1940.
- Парфенов П. А. Закаливание человека ультрафиолетовым излучением. 1947.
- Парфенов П. А. Световое голодание человека. Л., 1950.
- Преловская Е. Н. Общее ультрафиолетовое облучение при послеродовых заболеваниях. В кн.: *Послеродовые заболевания*, под редакцией С. Г. Хаскина, Л., 1955.
- Робачевский Т. Р. К вопросу о применении электросветовых ванн в гинекологии. *Труды ЦНИАГИ*, Л., 1927.
- Он же. Лечение гинекологических заболеваний светом лампочки накаливания. *Труды ЦНИАГИ*, Л., 1927.
- Розенгаус А. Е., Малышева А. Я., Гурвич Г. А. Комбинированное лечение эрозий шейки матки кварцевой лампой и раствором ляписа. *Акушерство и гинекология*, 1938, № 4.
- Рудницкий Н. М. Кварцевая лампа в медицине. Л., 1926.
- Сагалович М. Д. и Залькиндсон Е. Т. Нервная трофика в теории и практике физиотерапии, Л., 1935.
- Саркизов-Серазини И. М. Основы закаливания, 1949.
- Старцева Л. Н. К вопросу применения холодной ртутно-кварцевой лампы в гинекологии. *Сборник научных трудов ЦНИАГИ*, Л., т. IX, 1941.
- Старцева Л. Н. К вопросу об этиологии и терапии послеродовых болей. *Акушерство и гинекология*, 1939, № 2—3.
- Товбин В. Л. Основы гидро-, термо-, фототерапии. 1940.
- Ультрафиолетовое излучение и гигиена. Под редакцией Г. М. Франка, проф. Н. М. Данцига и проф. М. В. Соколова, М., 1950.
- Фельдман Л. В. Учебник общей физиологии, М., 1933.
- Физиотерапевтическая техника и методика. Под общей редакцией Н. С. Желоховцева, М., 1937.
- Франк Г. М. (ред.). Сборник работ по биологическому действию ультрафиолетовых лучей, М., 1930.
- Ягунов С. А. Экстрагенитальный соллюкс. *Журнал акушерства и женских болезней*, 1932, № 5—6.
- Ягунов С. А. Сочетание лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы электросветовыми и водяными ваннами. *Сборник трудов ЦНИАГИ*, 1935.
- Ягунов С. А. Сифонно-вакуумное орошение влагалища. Доклад на гинекологической секции клиники Научно-курортного совета Сочи—Мапеста, 1932.
- Ягунов С. А. Физиотерапия в гинекологии. В кн.: К. К. Скробанский, *Учебник гинекологии*, М., 1938.
- Ягунов С. А. и Некрасова Л. Н. Сфера применения электросветовых ванн в гинекологии. *Врачебное дело*, 1938, № 1—2.

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНСКИХ БОЛЕЗНЕЙ КУОРТНЫМИ ФАКТОРАМИ НА КУОРТАХ И ВО ВНЕКУОРТНЫХ УСЛОВИЯХ

Курортное лечение, являясь одним из наиболее эффективных методов консервативного лечения женских болезней, представляет собой комплекс одновременно действующих на больную факторов, из которых основными являются: климатические условия, санаторный режим (питание, покой, отрыв от обычных условий труда и быта и пр.), применение таких активно действующих факторов, как грязь, лечебные воды и пр.

Все курорты Советского Союза по применяемым на них основным лечебным средствам можно разделить на три основные группы: бальнеологические, грязевые и климатические.

На бальнеологических курортах основным лечебным средством является вода минеральных источников; на грязевых курортах—грязь различного вида, рапа соленых озер и лиманов; на климатических курортах—лечение воздухом (аэротерапия), солнцем (гелиотерапия), купаниями (талассотерапия). На многих курортах действующими факторами являются одновременно несколько из числа упомянутых. Так, имеются курорты: грязе-бальнеологические, бальнео-климатические и др.

ЛЕЧЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫМИ ВОДАМИ (БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЕ)

Лечебные минеральные¹ воды являются мощным курортным фактором, который в последние годы все больше и больше применяется при лечении женских болезней. Впервые в России стали пользоваться минеральными водами в качестве лечебного фактора при Петре I, когда были открыты в Олонецкой губернии марциальные воды.

Лечебные воды в отличие от пресных вод характеризуются следующими особенностями: либо большим содержанием разнообразных солей (свыше 1 г соли на 1 л воды), либо наличием специфических элементов, имеющих лечебное значение (мышьяк, иод, бром, железо и пр.), либо стойко повышенной температурой (20° и выше), либо наличием в воде газов (углекислоты не менее 750 г на 1 л воды, сероводорода более 10 мг и радона не менее 10 единиц Махе на 1 л воды).

По международной бальнеологической классификации натуральные лечебные воды по признаку температуры делят на холодные (ниже 20°), субтермальные (от 20° до 36°), термальные (от 37° до 42°) и гипертермальные (выше 42°). В зависимости от концентрации растворенных в воде веществ минеральные воды имеют различное осмотическое давление и в связи с этим делятся на три группы: изотонические², гипотонические и гипертонические. К изотоническим минеральным водам относятся воды с точкой замерзания от $-0,55^{\circ}$ до $-0,58^{\circ}$; к гипотоническим—с точкой замерзания выше $-0,55^{\circ}$ и к гипертоническим—с точкой замерзания ниже $-0,58^{\circ}$. Единой классификации лечебных (минеральных) вод пока не существует. Наибольшее признание и применение получила классификация, предложенная в 1932 г. В. А. Александровым. По этой классификации все лечебные воды делятся на шесть классов: 1) гидрокарбонатные воды, в которых преобладают гидрокарбонатные ионы; 2) хлоридные; 3) сульфатные; 4) воды сложного состава, комбинированные из первых трех классов (хлорно-гидрокарбонатные, сульфатно-гидрокарбонатные, хлоридно-сульфатные); 5) воды, принадлежащие к одному из предыдущих четырех классов, но при наличии в них других биологически активных ионов (железо, мышьяк, бром и пр.) или ясно выраженных биологических свойств (каталитические, коллоидные и пр.); 6) газовые воды (сероводородные, радиоактивные, углекислые).

Применение минеральных (лечебных) вод в качестве самостоятельного метода лечения женских болезней мало изучено. Значительный интерес в этом отношении представляют хлористо-кальциевые воды, которые со значительной эффективностью могут быть использованы для лечения женских болезней, сопровождающихся маточными кровотечениями. Так,

¹ Минеральными водами, по классификации В. А. Александрова, могут имеваться только те воды, которые содержат разнообразные соли в количестве свыше 1 г на 1 л воды.

² Изотоническими водами считаются воды с осмотическим давлением, равным осмотическому давлению нормальной сыворотки крови.

В. М. Цуцишвили, клинически и экспериментально изучая действие лугелской минеральной воды¹, соответствующей по составу 9,5% раствору кристаллического хлористого кальция, выявила ее гемостатическое действие при кровотечениях воспалительного происхождения у 81 больной, при ювенильных кровотечениях у 12 больных, при преклимактерических кровотечениях у 8 больных и при геморрагических метрорпатиях у 22 больных. Внутривенное введение стерилизованной лугелской воды (10 мл ежедневно, всего 400—500 мл) дает по сравнению с 10% раствором хлористого кальция более быстрый клинический эффект. Гемостатическое действие лугелской воды автор объясняет тем, что вода усиливает свертываемость крови и, непосредственно действуя на мышечные элементы матки, усиливает сокращение их и повышает тонус матки. Лугелская вода не только останавливает маточные кровотечения, но и оказывает благотворное действие на весь организм женщины, а при наличии воспалительных явлений способствует их ликвидации.

ГАЗОВЫЕ ВОДЫ

Для лечения женских болезней более часто применяют газовые воды. Сероводородные (сульфидные) воды. Первые указания о применении сероводородных ванн в виде «общих купаний» и «впрыскиваний в маточный рукав» относятся еще к началу XIX века. Позднее В. Ф. Снегирев рекомендовал мацестинские сероводородные ванны для лечения гинекологических больных, но большого распространения это не получило, и только после Великой Октябрьской социалистической революции начинается широкое применение сероводородных ванн при лечении женских болезней.

Сероводородными, или сульфидными, водами называются воды, в которых сероводород содержится в растворенном состоянии. Сероводород содержится в воде в связанном и свободном состоянии. Сумма того и другого определяет общее количество сероводорода в воде. Однако главным лечебным фактором является свободный сероводород. По количеству свободного сероводорода сульфидные воды можно разделить следующим образом: 1) «слабые» с содержанием свободного сероводорода до 10 мг на 1 л; 2) «средние» с содержанием свободного сероводорода до 40 мг на 1 л; 3) «крепкие» с содержанием сероводорода до 100 мг на 1 л; 4) «крепчайшие» — свыше 100 мг на 1 л.

Радоновые (радиоактивные) воды. В природе радиоактивные воды встречаются в виде радиевых вод, содержащих ионы металлического радия, и радоновых вод, содержащих радон (эманацию радия) в растворенном состоянии. Радоновые воды, помимо радона, содержат ионы различных солей (натрий, магний, хлор и т. п.), небольшое количество редко встречающихся элементов (литий, стронций, барий и др.), в том числе некоторые редкие газы (гелий, аргон, неон и др.). Радон является непосредственным продуктом распада радия.

За единицу радона принимают то количество его, которое находится в радиоактивном равновесии с 1 г радия, т. е. то максимальное количество радона, которое может накопиться из находящегося в замкнутом пространстве 1 г радия. Такая единица называется кюри радона. Так как эта единица очень велика, то употребляют более мелкую единицу — милликюри радона, равную 10^{-3} кюри.

¹ Лугелский (Мухурский) минеральный источник находится в Северной Мингрелии.

Для обозначения содержания радона в радоновых водах применяют единицу Махе. Одна единица Махе равна $3.64 \cdot 10^{-10}$ Кюри на 1 л, что составляет 6 550 000 атомов радона на 1 л. Ученым медицинским советом Министерства здравоохранения РСФСР нижняя граница для радоновых лечебных вод принята равной 10 единицам Махе на 1 л воды.

Радиоактивные воды по количеству содержащегося в них радона можно разделить на три группы: сильными радиоактивными являются источники с содержанием радона более 80 единиц Махе на 1 л воды, среднердиоактивными—с содержанием 30—80 единиц Махе и слабордиоактивными—содержащие от 10 до 30 единиц Махе на 1 л воды.

Наиболее богаты радоном источники Пятигорска, Молоковки в Забайкалье, Джеты-Огуз в Киргизии, Кисегач в Челябинской области. Меньше радона содержат источники Дарасун и Шивия в Читинской области. Источники Белокурихи в Алтайском крае и, наконец, источники Цхалтубо в Грузии содержат радона до 10 единиц Махе¹.

У г л е к и с л ы е в о д ы. Первые указания о влиянии углекислых вод на функцию женских половых органов относятся еще к XIX веку. Так, А. В. Погожев еще в 1873 г. в своем описании Кисловодска и его источников нарзана указывал, что «у женщины влияние углекислых вод на кровеносные сосуды половых органов обнаруживается в более раннем и обильном появлении месячных очищений и даже кровотечений».

Углекислые воды применяют при гинекологических заболеваниях, главным образом когда они комбинируются с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Лечебными углекислыми водами считаются минеральные воды, содержащие свободную углекислоту, в количестве 750 мг на 1 л воды. Углекислота содержится в больших количествах в минеральных водах различного химического состава: в гидрокарбонатно-натриевых, гидрокарбонатно-хлоридных и др.

Основными показателями, характеризующими ценность углекислой ванны, являются количество растворенной в ней свободной угольной кислоты и размер пузырьков углекислого газа в ванне. Мелкие пузырьки углекислого газа в ванне указывают на высокое качество углекислой ванны, так как при мелком распылении углекислого газа создаются оптимальные условия для адсорбции ее кожей.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ВОД

Для лечения женских болезней лечебные воды применяют главным образом в виде ванн и в виде влагалищных и прямокишечных процедур.

Ванны. При применении лечебных ванн необходимо учитывать, с одной стороны, их особенности (температуру воды, продолжительность, периодичность, концентрацию содержащихся в воде солей и газов), а с другой—индивидуальные особенности больной (характер и стадия заболевания, сопутствующее заболевание и т. д.).

Минеральные ванны применяют обычно при температуре воды 36—38°; длительность их 10—20 минут, сначала через день, далее 2—3 дня подряд и один день перерыва; общее число ванн 16—18.

¹ По определению В. А. Александрова Цхалтубские воды должны быть отнесены к термальным слабордиоактивным водам, для которых характерна их температура (близкая к температуре тела), наличие азота, малое количество радона и слабая минерализация.

При лечении женских болезней одни минеральные ванны применяют редко, чаще их комбинируют с грязелечением.

Методика лечения **сероводородными ваннами** слабой и средней концентрации такая же, как и при обычных минеральных ваннах, а крепкой и крепчайшей концентрации—несколько иная: назначают ванны понижающейся температуры—с 37 до 33°; первые 2—4 ванны назначают обычно более высокой температуры, а последующие—более низких температур. При хронических воспалительных процессах внутренних половых органов целесообразно применять сульфидные ванны температуры 37—36° (А. Л. Гордон, С. С. Парсамов и др.).

При гипоплазиях матки, при гипофункции яичников, особенно сопровождающихся понижением обмена, показаны ванны температуры 35—33° (Д. Л. Чернеховский, С. А. Ягунов и др.).

Продолжительность ванны обычно 6—8 минут, с прибавлением по минуте на каждую следующую или две следующие ванны. Постепенно можно дойти до 12—15 минут, реже до 20 минут. Первые 2—3 ванны назначают обычно с однодневным перерывом, в дальнейшем перерыв делают после каждых 2—3 ванн. После ванн больная должна отдохнуть от получаса до 1 часа. Курс лечения 14—16 ванн. При обильных и длительных менструациях сероводородные ванны отменяются.

Радоновые ванны назначаются в виде купания в общих бассейнах или в виде индивидуальных ванн с проточной водой термальных источников температуры 33—35° (Цхалтубо), 35—36° (Белокуриха). На тех курортах, где температура натуральной радоновой воды ниже указанных температур, воду предварительно нагревают и применяют ванны температуры 36—37°. Продолжительность радоновой ванны 10—20 минут. Ванны назначают через день, затем 2—3 дня подряд и день перерыва. Курс 16—20 ванн. В Цхалтубо ванны назначают каждый день, а в ряде случаев по две ванны в день с интервалом в 6—10 часов. Продолжительность курса лечения 15—20 дней, в течение которых больная получает 25—30 ванн.

Во время менструаций радоновые ванны, как правило, не отменяются.

Углекислые ванны могут применяться в виде либо цельных, либо разведенных. В последнем случае натуральные углекислые воды (нарзан) разводят водопроводной водой на половину, треть и т. д. Лечение углекислыми ваннами начинают с небольшой концентрации, и при условии хорошей переносимости постепенно ее увеличивают.

Температура углекислых ванн колеблется в пределах 37—33°. Рекомендуется начинать лечение с более высоких температур и постепенно переходить к более низким. При функциональных заболеваниях (гипо-олигоменоррея) температура ванн может быть снижена до 35—33°.

При воспалительных заболеваниях внутренних половых органов рекомендуется держаться исходной температуры 36—35°.

Углекислые ванны начинают с 5—6 минут и, постепенно прибавляя при каждой следующей ванне по минуте, доходят до 12—15 минут. Как правило, углекислые ванны назначают через день. После углекислых ванн обязателен отдых от получаса до часа. Общее количество ванн на курс лечения 12—15.

Влагалищные орошения. Для влагалищных орошений применяют наконечники системы С. Морозова, С. А. Ягунова и А. Н. Исаакяна. При отсутствии специальных наконечников можно пользоваться и обыкновенными, но последние обладают рядом недостатков, к числу которых относятся: малая поверхность орошения, отсутствие давления, вследствие чего

жидкость, введенная через наконечник, не задерживается во влагалище, и др. Поэтому при применении простого наконечника рекомендуется производить орошение более продолжительное время, что несколько компенсирует указанные недостатки.

Для влагалищных орошений применяют минеральные и газовые воды такой же концентрации, как и для ванн. Температура воды при орошении—от 37° до 42°. Длительность орошения 15—20 минут. Общее количество пропускаемой на этот период жидкости составляет 10—12 л. Курс лечения 15—20 орошений. Целесообразно перед первым орошением сделать тщательный туалет влагалища: протирание содовым раствором, промывание мылом.

Влагалищные орошения проводят обязательно в лежачем положении больной. Больная укладывается на гинекологическое кресло или чаще на стол, в крышке которого имеется четырехугольное отверстие, переходящее в металлическую воронку, по которой стекают промывные воды. В лечебницах чаще пользуются деревянными столами, так как металлические части гинекологических кресел под влиянием сероводорода быстро чернеют и разрушаются.

При одновременном назначении ванн и влагалищных орошений большое значение имеет правильное чередование этих процедур. Целесообразно, чтобы влагалищные орошения производились до ванны, интервал между влагалищными орошениями и ванной был как можно меньше. В тех случаях, когда орошения предшествуют ванне, отмечается более длительная и более резко выраженная гиперемия половых органов, а также более стойкое повышение влагалищной и прямокишечной температуры, чем в тех случаях, когда орошение производят после ванны (Г. В. Эмануэль).

Введение лечебных вод через прямую кишку используется в курортной практике со значительным успехом. Обычно гипотонические минеральные и газовые воды вводят в виде микроклизм ежедневно под небольшим давлением, утром, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника, при температуре воды 37—40°. Курс лечения 20—25 микроклизм.

Как правило, микроклизмы применяют дополнительно к общим ваннам и назначают перед ними.

В последние годы для лечения женских болезней, особенно комбинированных с желудочно-кишечными, начинают применять подводные кишечные ванны или, как их называли раньше, субкавальные.

Подводные кишечные ванны. Применением подводных кишечных ванн достигается: 1) полное очищение кишечника, 2) тренировка кишечника и 3) дезинтоксикация организма. При подводных кишечных ваннах больная находится в теплой ванне 36—37° (применяют минеральные, радоновые, хвойные и другие ванны). При этом мышцы брюшного пресса расслабляются, толстый кишечник лучше заполняется водой. Таким способом можно ввести одновременно значительно большее количество воды, чем при всех других способах (до 3 л в течение одной процедуры). При этом происходит очищение не только толстых кишок, но рефлекторно и подвздошной. Введение минеральной воды в кишечник и выведение из него промывных вод осуществляются при помощи специальных аппаратов¹.

Введение лечебных вод парентерально. При этом способе минеральные воды различной степени минерализации (оссентуки № 17, баталинская и др.) вводят в подкожную клетчатку.

¹ И. Т. Акулиничев, Подводные кишечные ванны и их лечебное применение. Клиническая медицина, 1949, № 10.

Введение минеральной воды начинается с 50 (эссенуки № 17) или с 20 мл (баталинская), с каждой процедурой дозу увеличивают на 25 мл, доводят ее до 100—150 мл. Инъекции производят через день; общее их количество 12—20. Под влиянием парэнтерального введения минеральной воды при подострых и хронических воспалительных процессах женских половых органов быстро улучшается общее состояние больных, воспалительный процесс начинает регрессировать (А. П. Николаев, М. Я. Серебряина и Л. И. Скокова, А. Вележева, М. Калиберз, Е. И. Тенета). Жидкость вводят либо шприцем, либо через аппарат Боброва под низким давлением.

ДЕЙСТВИЕ ЛЕЧЕБНЫХ ВОД НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИН

Лечебные воды, применяемые для лечения женских болезней в виде общих ванн и ванн в комбинации с микропроцедурами (влагалищные орошения и микроклизмы), являются мощным лечебным фактором и оказывают сильное и многогранное действие на организм женщины.

Все лечебные воды обладают, с одной стороны, общим физиологическим действием, а с другой—каждый вид их благодаря своим особым свойствам оказывает и специфическое действие.

Общим для всех лечебных вод является их термическое и механическое действие (гидростатический фактор). Особенности действия различных лечебных вод обусловлены их минерализацией или наличием в них газа.

Воздействуя на перво-рецепторные приборы кожи и слизистых оболочек на значительной поверхности тела, лечебные воды оказывают сильное влияние на центральную нервную систему, вызывая благодаря кортико-висцеральным связям общую перестройку реактивности организма. В коже возникают различные вещества, обладающие высокой биологической активностью (медиаторы, паргормоны).

Сероводородные воды. В действии сероводородных ванн большое значение имеет температурный фактор, так как от него в значительной мере зависит интенсивность всасывания сероводорода. Характерная реакция покраснения кожи при приеме сероводородных ванн обусловлена действием свободного сероводорода и выражается в том, что погруженные в воду части тела начинают краснеть уже на первой минуте; максимальная реакция отмечается на пятой-седьмой минуте.

Не покрытые водой части тела сохраняют свою обычную реакцию, вследствие чего на границе непогруженной и погруженной частях тела образуется «демаркационная» линия. По выходе больной из ванны реакция кожи исчезает островками, придавая своеобразную мраморность коже. В дальнейшем кожа бледнеет.

Эта реакция покраснения отличается от температурной гиперемии кожи тем, что она появляется независимо от высокой температуры, распространяется только на поверхности тела, погруженной в воду, и отделяется от непогруженной части тела резкой демаркационной линией.

Появление реакции и степень ее зависят главным образом от содержания свободного сероводорода в воде. При слабых концентрациях сероводорода (20—30 мг на 1 л воды) появляется пажуровая окраска, а при более значительных концентрациях (40—50 мг)—отчетливая реакция покраснения. В прохладной воде (30—32°) реакция покраснения появляется медленнее и держится дольше, чем в теплой (35—37°).

Степень реакции покраснения различна у разных лиц и зависит также от особенностей нервной и сосудистой системы.

Наступление кожной реакции покраснения при приеме сероводородных ванн объясняется образованием в коже гистамино- и ацетилхолиноподобных веществ, обладающих сильным сосудорасширяющим действием (А. И. Нестеров, О. А. Степун и др.).

Возникающая кожная гиперемия вызывает перераспределение крови: резкий отлив крови от внутренних органов к периферии и обратно—к внутренним органам. Такое перемещение крови, естественно, вызывает изменение кожной и полостной температуры.

И. А. Валединский подразделяет действие сероводородных ванн на местное—на кожу, слизистую и т. д., рефлекторное с кожи, с дыхательных путей, с кишечника и т. д. и общее—резорбтивное, при проникновении сероводорода в организм. Последнее доказано опытами на животных.

Сероводородные ванны оказывают большое влияние на все виды обмена веществ в организме: увеличивается газообмен и интенсивность тканевых окислительных процессов, изменяется азотистый, минеральный и серный обмен (Л. М. Модель, А. Т. Кузин), резко понижается содержание сахара в крови и улучшается углеводный обмен.

Большинство авторов считает, что сероводородные ванны нормализуют функцию нервной системы, ослабляя сильные рефлексы и усиливая слабые. Экспериментальные исследования Сочинского бальнеологического института (С. Я. Каплун и Е. Т. Коптева) показали, что сероводородные ванны с концентрацией 150 мг сероводорода повышают «величину условных рефлексов, уточняют дифференцировочное торможение, а иногда и запаздывающий рефлекс».

По данным С. А. Ягунова, сероводородные процедуры, стимулируя у женщин функцию ретикуло-эндотелиальной системы, вызывают активную эпителизацию эрозий «островками».

Являясь десенсибилизирующим фактором, сероводородные ванны увеличивают сопротивляемость организма к стафилококковой инфекции и его устойчивость против повторного введения чужеродного белка (А. И. Воротилкин, М. М. Шихов, С. П. Писарев).

Под влиянием сероводородных вод отмечается некоторая активация гемопоэза (увеличивается количество гемоглобина и число эритроцитов; в лейкоцитарной формуле отмечается повышение количества лейкоцитов, главным образом за счет увеличения нейтрофилов).

Влагалищные орошения оказывают выраженное общее и местное действие. Последнее подтверждается данными Сухова, который показал, что кровь, взятая из гипогастральной вены подопытного животного после орошения влагалища сероводородной водой, оказывает на изолированные органы действие, отличное от действия крови контрольных животных: либо усиленно стимулирующее, либо ослабляющее, причем после повторных орошений кровь чаще дает стимулирующий эффект.

Под влиянием сероводородных вод изменяется овариально-менструальная функция: менструации наступают раньше срока, становятся обильными и продолжительными (Д. Л. Чернеховский, В. И. Здравомыслов, И. Б. Асатуров и др.). С. А. Ягунов, С. М. Беккер и др. объясняют преждевременное наступление менструаций ранним созреванием фолликулов, которое наступает при определенном насыщении организма сероводородом. В соответствии с данными Н. Л. Гармашовой и И. А. Эскина о взаимосвязи и взаимозависимости между функциями яичника, нервной системы и гонадотропной функцией гипофиза механизм действия сероводорода на менструальный цикл можно себе представить следующим образом.

Под действием сероводородных процедур в организме образуются гистаминоподобные вещества, обладающие резко выраженным парасимпатическим действием, — происходит сдвиг вегетативной нервной системы в сторону повышения парасимпатического тонуса, которое, действуя на переднюю долю гипофиза, усиливает продукцию гонадотропных гормонов, что в свою очередь усиливает пролиферацию фолликулов. Усиление тонуса парасимпатической системы, действуя непосредственно на яичники, тоже вызывает усиленную пролиферацию фолликулов.

Наконец, образующиеся под действием сероводородных процедур вещества, действуя парасимпатикотропно, повышают чувствительность нервных окончаний в матке к фолликулину.

Важную роль в механизме улучшения овариально-менструальной функции под влиянием сероводородных процедур играет улучшение кровообращения вообще и половой сферы в частности.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

А. Лечение сероводородными водами показано:

1. При хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов: а) при воспалениях матки и придатков (метроаднекситы и периаднекситы); б) при воспалениях тазовой брюшины (пельвеоперитониты); в) при воспалениях тазовой клетчатки; г) при цервицитах (эрозиях) и эндоцервицитах; д) при воспалениях влагалища (кольпиты).

2. При послеоперационных осложнениях (инфильтраты, спайки, сращения).

3. При бесплодии (первичном и вторичном).

4. При гипогенитальных расстройствах, обусловленных: а) воспалительными заболеваниями половых органов; б) гипоплазией половых органов; в) эндокринными заболеваниями, связанными с нарушением обмена веществ; г) ранним климаксом; д) перенесенным послеабортным или после родовым сепсисом.

Примечания: 1. Сероводородолечение особенно показано при гинекологических заболеваниях, сочетающихся с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

2. В случаях, указанных в пп. 3 и 4, сероводородолечение целесообразно применять в сочетании с гормоно-физио-гелио-талассотерапией.

Б. Лечение сероводородными водами относительно показано¹:

1. При воспалительных мешотчатых опухолях придатков матки.

2. При резко выраженных явлениях гипогенитализма.

3. При подострых воспалительных заболеваниях внутренних половых органов.

В. Лечение сероводородными водами противопоказано:

1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов в острой стадии.

2. При нагноительных процессах в органах малого таза (гнойные мешотчатые опухоли труб и яичников, гнойное воспаление тазовой брюшины, околоматочной клетчатки и т. д.).

3. При туберкулезе половых органов женщин.

4. При новообразованиях матки и придатков (злокачественных и доброкачественных).

¹ Относительно показаны заболевания, при которых то или иное лечение не обеспечивает эффективности, которая отмечается при «показанных» заболеваниях.

5. При функциональной недостаточности яичников—вторичной на почве эндокринопатий (базедовой болезни, сахарного диабета, болезни Кушинга и др.).

6. При беременности всех сроков.

Радоновые воды. Действие радоновых вод связано с эмапацией радия и «коротко живущими» продуктами ее распада.

Лечебное действие радона обуславливается попаданием его из воды в организм через кожу, а также образованием на коже радиоактивного налета во время купания, который держится на поверхности тела около 3 часов (В. И. Баранов, Е. А. Щепотьсва). Во время приема ванны радон может попадать в организм и через дыхательные пути, однако в ничтожном количестве.

Радон, введенный в организм различными путями, через несколько часов после этого выделяется из организма (почти полностью) через легкие, почки, потовые железы и кишечник.

Таким образом, в действии радоновой ванны имеет значение проникновение радона в кровь и во внутренние органы через кожу, а также влияние на кожу и на весь организм излучений, испускаемых радиоактивными элементами, растворенными в ванне и осевшими на коже больного.

Действие радоновых ванн на организм женщины сказывается весьма многообразно. Радоновые ванны вызывают сдвиги в деятельности ее органов и физиологических систем. Под влиянием ванны со стороны кожных сосудов отмечается своеобразная реакция «побледнения», которая не наблюдается при других бальнеологических процедурах. Возникновение ее объясняется кратковременным сужением кожных артерий, капилляров и вен. Под влиянием радона улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы; как правило, нормализуется частота пульса.

Радоновые воды оказывают «нормализующее» влияние и на состав крови. К концу лечения нормализуется количество гемоглобина и красных кровяных телец, чаще с тенденцией к их увеличению. Лейкоцитарная формула: у больных с лейкоцитозом наблюдается снижение, а у больных с лейкопенией—повышение числа лейкоцитов; количество нейтрофилов, лимфоцитов становится нормальным. Под влиянием радоновых процедур улучшаются обменные функции организма: повышается основной обмен, усиливается газообмен, улучшается пуриновый и углеводный обмен, уменьшается резервная щелочность крови.

Радоновые ванны в комбинации с микропроцедурами вызывают в половых органах женщины ряд сдвигов: усиливается крово-лимфообращение, повышается влагалищная и прямокишечная температура, улучшается сон, аппетит и общее самочувствие. Почти у всех больных после первых 3—5 ванн отмечается уменьшение, а у ряда больных и прекращение болей еще до наступления каких-либо заметных объективных изменений. Уменьшение болей уже само по себе оказывает положительное действие.

Аналгезирующее действие радона является одним из наиболее характерных его свойств и объясняется избирательным действием радоновых излучений на центральную нервную систему (О. И. Зольникова, И. М. Жданов и др.).

Наблюдаемые у гинекологических больных сдвиги кожной аллергической пробы под влиянием радоновых процедур свидетельствуют о повышении реактивности организма и о десенсибилизирующем действии радоновых вод (Е. Д. Свет-Молдавская).

Действие радоновых вод на менструальную функцию различно, что в первую очередь связано с концентрацией радона. Так, слабордиоактив-

ные воды (термальные) Цхалтубо оказывают стимулирующее действие на слабо выраженную менструальную функцию: менструации становятся нормальными (Л. К. Элиашвили, Ш. Я. Миксладзе и др.). Экспериментальные исследования показали, что под влиянием цхалтубской воды активируются железы внутренней секреции, оживляется циклическая функция яичников, ускоряется рост фолликулов (М. А. Мгалобели, П. Шушания и др.).

Радоновые воды с большим содержанием радона оказывают на менструальную функцию тормозящее действие: укорачивается менструальный период, уменьшается количество теряемой крови, удлиняется промежуток между менструациями. Экспериментально доказано угнетающее действие радоновых излучений на функцию половых органов мелких животных (Е. Д. Свет-Молдавская, Н. М. Гетман-Сычева).

Имеются основания полагать, что в тормозящем менструальный цикл действии радоновых излучений определяющим фактором является их влияние на центральную регуляцию полового цикла. В частности, изменение функционального состояния нервной системы под влиянием радонолечения, возможно, изменяет рецепцию фолликулина маткой (в смысле понижения чувствительности нервных окончаний к фолликулину).

Наряду с воздействием радоновых излучений на функцию полового аппарата через центральную нервную систему, повидимому оказывают действие и биологически активные вещества выраженного симпатического действия, образующиеся в организме под влиянием радона (Н. А. Невский). Эти вещества, воздействуя на переднюю долю гипофиза, снижают секрецию гонадотропных гормонов, что ведет к сокращению продукции фолликулов. Кроме того, действие «симпатинов» непосредственно на функцию яичников может усиливать образование лютеогормона, а также уменьшать продукцию фолликулина. Таким образом, суммарный эффект действия радоновых излучений на яичники, повидимому, выражается в ослаблении продукции фолликулярного гормона, в усилении продукции лютеогормона и в понижении восприимчивости к фолликулину нервных рецепторов матки, а отсюда следует удлинение межменструального периода, сокращение длительности кровотечений, уменьшение кровопотери. Однако эти данные нуждаются еще в подтверждении.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

А. Лечение радоновыми ваннами показано:

1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов различной этиологии (кроме туберкулезной), хронических и подострых (не ранее 8 недель по окончании острого периода): а) при воспалении матки и придатков (метроаднекситы и периаднекситы); б) при воспалениях тазовой брюшины (пельвеоперитониты); в) при воспалениях тазовой клетчатки (параметриты).

2. При маточных кровотечениях на почве: а) воспалительных заболеваний внутренних половых органов; б) воспалительных заболеваний в комбинации с гипертиреозами; в) воспалительных заболеваний в комбинации с фибромиомами матки; г) интерстициальных и субсерозных фибромиом, величина которых не превышает двухмесячной беременности; д) климакса.

Примечания: 1. При подострых заболеваниях, указанных в п. 1, радонолечение рекомендуется проводить лишь в условиях санатория, при хронических заболеваниях — в условиях поликлиники.

2. В случаях в, г, д, указанных в п. 2, радонолечение целесообразно проводить в комбинации с физиотерапией (аутомаммиооноизация) и с гормонотерапией.

Б. Лечение радоновыми ваннами относительно показано:

а) при недоразвитии внутренних половых органов (гипоплазии);
б) при цервицитах (эрозии) и эндоцервицитах; г) при кольпитах; д) при пониженной функции яичников.

В. Показания к лечению женских болезней слаборадиоактивными термальными минеральными водами ввиду недостаточной изученности вопроса не могут быть детально дифференцированы.

По имеющимся данным о лечении пхалтубскими водами показания к применению термальных слаборадиоактивных вод приближается к показаниям к применению сероводородных вод.

Г. Лечение радоновыми ваннами противопоказано:

1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов **в острой стадии.**

2. При нагноительных процессах в органах малого таза (гнойные мешотчатые опухоли труб и яичников, гнойное воспаление тазовой брюшины, околomatочной клетчатки и т. д.).

3. При туберкулезе половых органов женщины.

4. При новообразованиях матки и придатков (злокачественных и доброкачественных).

5. При функциональной недостаточности яичников, вторичной на почве эндокринопатий (базедовой болезни, сахарного диабета, болезни Кушинга и др.).

6. При беременности всех сроков.

Углекислые воды. В действии углекислых ванн важное значение имеет термический фактор. Это связано с так называемым контрастным температурным раздражением, сущность которого заключается в следующем. При погружении больной в углекислую ванну кожа быстро покрывается массой мелких пузырьков газа, которые, постепенно увеличиваясь до определенного размера, отрываются от кожи. На месте их образуются новые. Таким образом, с кожей соприкасается то пузырек газа, то частица воды. Пузырьки газа и вода вследствие различной теплоемкости обладают различной температурой. Попеременно соприкасаясь с телом, они вызывают различное температурное раздражение. Каждый участок кожи находится попеременно под термическим воздействием более холодной воды и более теплого газа, чем достигается контрастное термическое раздражение. Углекислый газ, соприкасаясь с кожей и всасываясь через нее, оказывает непосредственное действие на окончания чувствительных нервов. Под влиянием углекислоты происходит различной степени гиперемия кожи, причину которой связывают с образованием в коже веществ типа гистамина и ацетилхолина. Кожная реакция зависит от содержания в ванне свободной углекислоты и не связана с температурой воды (реакция покраснения выражена значительно меньше, чем при приеме крепких сероводородных ванн).

При приеме углекислых ванн в организме накапливается углекислота, вследствие всасывания ее через кожу, где она задерживается, а также вследствие попадания углекислого газа в организм через легкие, поскольку часть его выделяется из ванны и выдыхается больной. Накапливаемая в небольшом количестве углекислота вызывает гиперемию, расширение сосудов и активацию ретикуло-эндотелиальной системы (К. П. Улезко-Строганова).

Углекислые ванны, улучшая работу сердечной мышцы и регулируя кровообращение, являются средством, тренирующим сердечно-сосудистую систему. Влияние углекислых ванн на состав крови выражается в появлении после первых ванн небольшого лейкоцитоза с увеличением числа нейтрофилов, а к концу лечения также и нарастанием числа эозинофилов и моноцитов.

Под действием углекислых ванн происходят изменения в нервной системе, прежде всего нервной регуляции сердечно-сосудистой деятельности. Урежается пульс, понижается максимальное артериальное давление; все это указывает на повышение тонуса парасимпатической нервной системы. Отмечаются изменения и в овариально-менструальной функции—более раннее наступление и большая длительность менструаций, большая кровопотеря, что свидетельствует об усилении парасимпатического тонуса.

Влагалищные орошения углекислой водой, применяемые дополнительно к ваннам, воздействуя на нервные рецепторы, заложенные в половых органах, оказывают благотворное действие на воспалительные процессы слизистой влагалища.

Углекислые воды по характеру своего действия на организм в целом и на функцию половых органов в частности напоминают сульфидные воды.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

А. Лечение углекислыми водами показано:

1. При хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов, сопровождающихся слабыми менструациями (гипо-олиго-аме-норрея).

2. При гипогенитальных расстройствах, обусловленных: а) нерезко выраженным недоразвитием внутренних половых органов, б) пониженной функцией яичников, в) ранним климаксом.

П р и м е ч а н и е. Лечение углекислыми водами особенно показано при гинекологических заболеваниях в комбинации с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Б. Лечение углекислыми водами противопоказано:

1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов в острой стадии.

2. При туберкулезе половых органов.

3. При воспалительных заболеваниях женских половых органов, сопровождающихся кровотечениями.

4. При новообразованиях матки и придатков (злокачественные и доброкачественные).

П р и м е ч а н и е. При бессимптомных фибромиомах углекислые ванны могут быть применены либо самостоятельно, либо в комбинации с аутоаммиононотерапией.

ЛЕЧЕНИЕ ГРЯЗЬЮ (ПЕЛОИДОЛЕЧЕНИЕ)¹

Грязелечение является одним из самых мощных и эффективных методов консервативного лечения. Начало грязелечения относится еще к глубокой древности. О нем упоминают Геродот, Плиний, Гален и др. В России грязелечение известно давно. Татарские ханы Золотой Орды (XIII век) уже знали о целебной силе тивакских грязей. В книге П. Су-

¹ Грязелечение иначе называют «пелоидолечение» (пелоид—от греческого слова pelos, что означает ил, грязь).

марокова «Путешествие по всему Крыму и Бессарабии в 1799 г.» дано первое описание грязелечения в Саках. Первые исследования Дессара и Оже в Саках, А. А. Вериги и О. О. Мочутковского в Одессе в конце XIX века положили начало научному изучению грязелечения в России. Полное же всестороннее научное изучение грязелечения начато только после Великой Октябрьской социалистической революции.

В 1938 г. по постановлению Специального комитета Международного общества медицинской гидрогеологии принято следующее определение пелоидов: «Пелоидами называются вещества, которые образуются в естественных условиях под влиянием геологических процессов и в тошкоизмельченном состоянии, будучи смешаны с водой, применяются с лечебными целями в виде ванн и местных аппликаций». Одновременно комитетом была опубликована классификация пелоидов, в основу которой положена предложенная еще в 1933 г. В. А. Александровым классификация, различающая: 1) неорганические (горько-соленые) иловые грязи; 2) органические осадочные грязи из пресных озер (сапропели); 3) торфяные грязи болотного происхождения, пропитанные минеральными или радиоактивными водами; 4) различные глины и другие искусственно изготовляемые пелоиды. Близки к пелоидам по физическим и химическим особенностям нафталиновая нефть, парафин, озокерит.

Составными частями лечебной грязи являются: 1) кристаллический скелет—основа грязи—состоит из силикатных частиц (песок, глина, обломки ракушек и гипса) различного размера (от 0,25 мм до 0,1 μ); более крупных частиц в хорошей грязи не должно быть; 2) коллоиды—частицы органического вещества (сернистое железо, гидрат окиси железа, алюминия, гумус и др.) размером менее 0,1 μ . Черный цвет грязи вызван присутствием в ней сернистого железа. Наличие мельчайших частиц коллоидного комплекса обуславливает ценные свойства грязи: влагоемкость (способность поглощать воду), пластичность и липкость грязи (степень приставания к коже); 3) грязевой раствор—минеральный раствор, который пропитывает кристаллический скелет и всю коллоидную массу грязи. Характер грязевого раствора различен для отдельных типов и зависит от климатических и гидрохимических условий, в которых находится грязь.

Отечественными учеными (А. А. Вериги, П. Зеленский, Е. М. Брусиловский и др.) экспериментально доказана биогенная природа грязеобразования, т. е. наличие в грязи различных микроорганизмов, способствующих как образованию грязи, так и восстановлению свойств использованной грязи (регенерации).

Несмотря на различие происхождения, все пелоиды обладают общими для них физическими и химическими особенностями.

К физическим особенностям пелоидов относятся: 1) тепловые свойства грязи: теплоемкость, теплопроводность и пониженная конвекция тепла. Благодаря тепловым свойствам грязи человеческий организм легко переносит воздействие довольно высоких температур. Так, водяная ванна в 40° кажется человеку очень горячей, а грязевая ванна такой же температуры ощущается как теплая; 2) адсорбционные свойства (способность поглощать различные краски, соли, бактерии); 3) радиоактивные свойства, которые зависят от радиоактивности горных пород, участвующих в образовании грязи (радиоактивность незначительна).

К химическим особенностям относятся: 1) наличие в грязи солей, органических веществ; 2) наличие газов и летучих веществ, которые в свободном состоянии могут проникать через неповрежденную кожу больной; 3) гормоноподобные эстрогенные вещества типа фолликулина (Б. М. Со-

ловьев, Г. К. Живатов, С. К. Лесной и др.), которые могут всасываться через кожу, бактериофаги (А. Е. Лейбензон), антибиотики и биостимуляторы (В. П. Филатов).

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ ГРЯЗИ

Методика применения грязи на курортах весьма разнообразна.

В а н н ы и а п п л и к а ц и и. Применяются три основных метода грязелечения: крымский, одесский и кавказский (аппликационный).

Первый метод—крымский, самый древний,—характеризуется тем, что при нем применяется грязь солнечного нагрева. Лечение проводят на открытом воздухе, на деревянных, защищенных от ветра площадках. Завезенную накануне грязь оформляют в виде овальной формы грязевых «медальонов» длиной около 2 м, шириной 1,25 м и толщиной 10—12 см.

Когда грязь нагреется до требуемой температуры, больных укладывают в эти медальоны и закрывают грязью либо полностью (общие ванны), либо до пояса (полуванны), либо частично (конечности, область таза и т. д.). Температура грязи 38—50°. Длительность процедур 10—20 минут. После грязи больная обмывается под душем температуры не выше 38°. Ванны назначают через день или 2 дня подряд с последующим днем отдыха. Общий курс лечения 10—16 грязевых ванн. Этот метод грязелечения очень эффективен; процедура на воздухе переносится легче, чем в закрытом помещении; в силу климатических условий этот метод может быть использован лишь в ограниченное время года на южных грязевых курортах.

Второй метод—одесский—состоит в применении грязевых ванн искусственного нагрева. Грязь нагревают, пропуская через нее пар или перемешивая ее с горячей водой. В зависимости от количества добавляемой рапы различают: а) цельные грязи тестообразной консистенции, б) разводные—«густые» из двух частей грязи и одной части воды, в) «средние»—пополам из грязи и рапы и г) жидкие из $\frac{2}{3}$ рапы и $\frac{1}{3}$ грязи. Больная помещается в ванну, заполненную грязью назначенной температуры. Применяются общие грязевые ванны, когда в ванну помещается все тело больной (до шеи), полуванны—когда грязь доходит до уровня пупка больной, и местные грязевые ванны—когда в грязь погружаются отдельные конечности. Температура грязевой ванны 37—48°. Длительность процедуры 10—15 минут. После грязевой ванны больная обмывается под душем. Периодичность—через день или два дня подряд и день отдыха. Общее число грязевых ванн 8—12.

Третий метод—кавказский—метод грязевых аппликаций. Сущность его заключается в том, что грязь накладывают только на небольшую поверхность тела—живот, конечность и т. п. Грязь должна быть густой и при наложении не сползает. Нагрев грязи для аппликаций производится на водяной бане или электрическим током.

Для лечения женских болезней применяют главным образом грязевые аппликации в виде «грязевых трусов». Грязь накладывают на живот и на поясницу до половины бедер, толщиной не менее 5 см. Для такой процедуры нужно 2—3 ведра грязи. Температура грязи 38—50°. Наложив грязь, больную заворачивают в брезент и укутывают одеялом. Длительность процедуры 10—20 минут. Общее количество грязевых аппликаций на курс—12—16. После того как грязь снята, больная обмывается под теплым душем.

Грязевые аппликации на молочные железы (грязевая аутоамминизация) проводится следующим образом: на область молочных желез накладывают грязевые аппликации толщиной 5—6 см, температуры 37—40°, большую обертывают брезентом и одеялом. Длительность процедуры 10—20 минут. Общее количество процедур 6—10. Грязевые «бюстгалтеры» применяют как самостоятельно, так и дополнительно к грязевым полуваннам и тазовым аппликациям при обострении воспалительного процесса, при наличии маточных кровотечений, а также при некоторых формах фибромиом матки (В. И. Здравомыслов, С. К. Лесной и др.). Температуру грязи, продолжительность, частоту и число процедур изменяют в зависимости от ряда условий, из которых наиболее важными являются: общее состояние больной, характер и стадия ее заболевания, переносимость лечения и количество применяемой грязи (величина аппликаций—медальоны, ванны). Небольшие аппликации грязи можно назначать более высокой температуры, чаще, более продолжительные и в большем количестве; при назначении же больших количеств грязи (массовые аппликации, общие грязевые ванны и т. д.) необходимо соблюдать большую осторожность. Больные в удовлетворительном общем состоянии при отсутствии нарушений со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы хорошо переносят грязелечение, больные же ослабленные и с нарушениями нервной и сердечно-сосудистой системы переносят их плохо, особенно процедуры высоких температур.

В настоящее время широко применяется митигированный, смягченный, щадящий метод грязелечения, при котором применяют грязь только невысоких температур (37—42°).

В л а г а л и щ и е т а м п о н ы. Пионером влагалищного грязелечения в России является И. Г. Гельман, который начал применять грязевые тампоны еще в 1899 г.; широко изучать и применять этот метод стал в 1923 г. акад. А. И. Лебедев.

Существует три основных способа введения грязи во влагалище: 1) непосредственное введение грязи (А. М. Волосович, В. Г. Дик, Н. Ф. Беспалова-Летова и др.); 2) введение грязи в марле (М. М. Быковцева, Л. Ф. Линевиц, А. М. Мажбиц и др.); 3) грязевая колюмнизация (Г. К. Живатов).

Наиболее распространен первый способ, модифицированный Н. Ф. Беспаловой-Летовой. Этот способ сводится к следующему: грязь очищают от крупных примесей, при помощи специального аппарата 500—600 г грязи вводят в резиновые трубки (велосипедные камеры) длиной 40—45 см. Оба конца заполненной грязью трубки плотно закрывают зажимами Мора и погружают в водяную баню для нагревания до 55—60°. Затем трубку вынимают из водяной бани, с одного конца ее снимают зажим и вводят во влагалище. Грязь выжимается из трубки, как из тубика, во влагалище. Температура грязевых тампонов 48—55°. Во избежание ожогов температуру нужно строго индивидуализировать. При наличии ожога тампоны, конечно, отменяют. Длительность процедуры 30—40 минут¹. Всего проводят 15—18 процедур. Грязь удаляют из влагалища пальцами с последующим спринцеванием (рапой, раствором поваренной соли, минеральной серной водой и пр.). Бесспорными преимуществами этого метода являются: 1) равномерный нагрев грязи; 2) незначительная потеря тепла при

¹ Описание других способов влагалищного грязелечения см. монографию А. А. Новицкого и А. М. Волосовича «Влагалищное грязелечение», Новосибирск, 1928.

непосредственном введении грязи; 3) введение значительных количеств грязи; 4) равномерное заполнение всего влагалища грязью; 5) легкость введения грязи больной, лежащей на кушетке; 6) легко переносимая высокая температура грязи, не соприкасающейся с наружными половыми органами; 7) отсутствие травмирования слизистой влагалища, а также неприятных болевых ощущений. Метод Н. Ф. Беспаловой-Летовой больше других методов отвечает основным требованиям, предъявляемым к влагалищным грязевым тампонам.

Для выяснения действия влагалищных грязевых тампонов надо учитывать: 1) воздействие процедуры на рецепторы влагалища; 2) тепловой фактор (высокая температура при непосредственном прилегании грязи к стенкам влагалища действует гиперсемирующим образом на богатую сосудами слизистую, а отсюда и на все органы малого таза); 3) химический и биологический факторы при непосредственном контакте грязи со слизистой влагалища; 4) механический фактор (действие тяжестью, растяжение сводов, давление на экссудат); 5) адсорбционный фактор (поглощение клеточных элементов, лейкоцитов, микробов и т. д.).

Прямокишечные тампоны. Эти тампоны были введены в гинекологическую практику А. Г. Каном. Вводят в прямую кишку больной при помощи шприца Баржанского или Здравомыслова и Кишиневской 150—250 г грязи, нагретой до 45—50°. Применять тампоны горячей 46° не рекомендуется, так как при этом наблюдается сильное раздражение слизистой оболочки прямой кишки вплоть до образования слизисто-студенистой отечности и петехиальных кровоизлияний (Л. Н. Старцева). Грязь остается в прямой кишке до дефекации (в среднем от получаса до 2 часов). До применения тампона, если кишечник самостоятельно не действовал, делают очистительную клизму. Положение больной при введении тампона колено-локтевое или на боку; курс лечения 10—12 тампонов.

Грязь густой консистенции предварительно протирают через густое металлическое сито. Прямокишечные тампоны из соленых иловых грязей иногда вызывают у больных сильные спазмы и плохо удерживаются (все-го 2—3 минуты), иногда наступает резкое раздражение слизистой оболочки прямой кишки, вследствие чего тампоны приходится отменять. Тампоны из пресных сапропелевых грязей после всасывания из них жидкости уплотняются и, долго находясь в прямой кишке (1½—2 часа), настолько затвердевают, что их можно удалить только корнцангом, пинцетом и т. п. (С. А. Ягунов, Л. Н. Старцева).

Для проведения прямокишечного грязелечения наиболее удобен прибор Здравомыслова-Кишиневской. Прибор представляет собой резиновую трубку, длиной 20—30 см, диаметром 1,5—2 см. Один конец трубки, через который ее заполняют грязью, открыт и заканчивается кольцевидным утолщением для удержания металлического зажима, другой конец воронкообразно сужен и переходит в плотный резиновый наконечник длиной 3 см, диаметром в 1,5 см. Заполненную грязью трубку нагревают до наружной температуры. Наконечник, смазанный вазелином, вводят в прямую кишку за внутренний сфинктер и медленно выдавливают грязь из трубки.

Прямокишечные тампоны применяют обычно как дополнение к наружному грязелечению. Действие их примерно соответствует действию влагалищных грязевых тампонов. Однако они имеют некоторые преимущества: благоприятные анатомо-физиологические особенности прямой кишки, более значительный ее размер и способность слизистой прямой кишки всасывать (А. М. Мажбиц).

ДЕЙСТВИЕ ГРЯЗЕЙ НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИНЫ

Это действие весьма сложно и многообразно. Грязи оказывают влияние: 1) термическое (тепловое), 2) механическое (давление и трение), 3) химическое (всасывание ионов, газов и летучих веществ через кожу), 4) электрическое (возникновение электрических токов), 5) адсорбционное (очищение кожи и активация всасывательной ее способности), 6) биологическое наличие в илоидах гормоноподобных веществ, антибиотиков, бактериофагов, стимуляторов и митогенетических излучений), 7) радиоактивное (очень слабое). Под влиянием лечебных грязей в организме возникают ответные реакции. Возникает гиперемия кожи, усиливается потоотделение, активизируется выработка гистамина и ацетилхолина (И. М. Срибнер, Н. С. Звоницкий и др.); температура тела, а также во влагалище и в прямой кишке под влиянием даже однократной процедуры повышается (О. О. Мочутковский, А. Н. Покровский и др.). Сердечно-сосудистая система реагирует ускорением пульса, изменением артериального давления—вначале понижением, а затем повышением (Л. Н. Ясиновский и др.). Размеры сердца не изменяются. На работу сердца влияет не только сама грязевая процедура (ее величина, температура, продолжительность), но и те микроклиматические условия (обстановка), в которых проводится грязелечение. Отмечается учащение ритма дыхательных движений, улучшаются процессы обмена, активизируется обмен основной, минеральный, белковый, пуриновый, углеводный и т. д. (В. А. Александров и др.). Со стороны белой крови отмечается двуфазная реакция: сначала имеет место нейтропения и абсолютный лимфоцитоз, через 4—5 часов—нейтрофилия и появление большого количества молодых форм (Л. Б. Берлин). У больных с воспалительными заболеваниями половых органов после 5—8 грязевых процедур часто наблюдается увеличение числа лейкоцитов, эозинофилов и лимфоцитов, количество которых к концу лечения приходит к норме (Н. С. Желоховцев, Г. К. Живатов и др.). В красной крови значительных морфологических колебаний не обнаруживается. Под влиянием грязевых процедур (часто уже после 3—5 дней) отмечается ускорение оседания эритроцитов, которое к концу лечения нормализуется. Однако у ряда больных с подострыми воспалительными процессами при наличии клинического улучшения реакция оседания эритроцитов остается длительное время ускоренной и по окончании лечения. Это свидетельствует о том, что продукты наступившего под влиянием грязи распада тканей продолжают всасываться. Изменяется и иммунологическая направленность организма: повышается выработка антител, агглютининов, увеличивается агглютинационный титр (Е. В. Глотова и З. А. Игнатович, и др.), усиливается фагоцитарный индекс. Грязелечение оказывает десенсибилизирующее действие на организм, предварительно сенсibilизированный нормальной лошадиной сывороткой (Г. Д. Белоновский, И. М. Срибнер, Ф. Л. Каганер). Экспериментально доказано, что грязелечение оказывает положительное десенсибилизирующее действие на воспалительные процессы, в основе которых лежит анафилаксия (А. А. Лозинский и И. А. Свешникова). Под влиянием грязи повышается функция половых желез, что обуславливается активирующим действием ее на эндокринные железы и наличием в грязях гормоноподобных веществ и стимуляторов. Менструации, как правило, усиливаются, становятся продолжительнее, межменструальный период сокращается. Это особенно заметно, когда грязелечение начинают непосредственно по окончании менструации. Влияние грязи на влагалищную флору сказывается в приближении чистоты влагалища к I степени. Особенно

сильное влияние в этом направлении оказывают влагалитические тампоны (В. Г. Дик, А. А. Новицкий, Н. С. Желоховцев и др.). Грязелечение оказывает стимулирующее влияние на регенерацию поврежденных тканей и вызывает ускоренную эпителизацию эрозий шейки матки. Наконец, оно нормализует вегетативную нервную систему, если, однако, вегетативные нарушения резко выражены.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВПОКАЗАНИЯ

А. Грязелечение показано:

1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов различной этиологии (кроме туберкулезной), хронических и подострых, но не ранее 8 недель по окончании острого периода, в частности: а) при воспалении матки и придатков (метроаднекситы и периаднекситы); б) при девиациях матки с ограниченной подвижностью; в) при воспалениях тазовой брюшины (периметриты); г) при воспалениях тазовой клетчатки (параметриты); д) при воспалениях шейки матки (цервициты и эндоцервициты); е) при воспалениях влагалиты (кольпиты).

2. При послеоперационных осложнениях—инфильтратах, экссудатах и т. д.

3. При бесплодии (первичном и вторичном), обусловленном: а) воспалительными процессами; б) недоразвитием внутренних половых органов; в) недостаточной функции яичников; г) привычными выкидышами.

4. При гипогенитальных расстройствах, обусловленных: а) воспалительными заболеваниями внутренних половых органов; б) резко выраженным недоразвитием внутренних половых органов (гипоплазия); в) пониженной (недостаточной) функцией яичников (гино-олиго-аменорея); г) эндокринными заболеваниями, связанными с нарушением обмена веществ.

Примечания: 1. В подострой стадии заболеваний, указанных в п. 1, применение грязелечения с использованием митигированной методики рекомендуется лишь в условиях санатория, а в хронической стадии—и в условиях поликлиники.

2. При хронических заболеваниях, указанных в п. 1б, грязелечение целесообразно применять одновременно с лечебной физкультурой и массажем.

3. В случаях б, в, г, указанных в пп. 3 и 4, грязелечение целесообразно применять совместно с гормоно-гелио-лиманотерапией.

Б. Грязелечение относительно показано:

а) при резко выраженных явлениях гипогенитализма; б) при фибромиомах, осложненных воспалением придатков, и в) при толстостенных воспалительных мешотчатых опухолях придатков в целях предоперационной подготовки.

В. Грязелечение противопоказано:

1. При воспалительных заболеваниях женских половых органов в острой стадии.

2. При нагноительных процессах в органах малого таза (гнойные мешотчатые опухоли труб и яичников, гнойное воспаление тазовой брюшины, околоматочной клетчатки и т. д.)

3. При туберкулезе половых органов женщины.

4. При новообразованиях матки и придатков (злокачественных и доброкачественных).

5. При функциональной недостаточности яичников—вторичной на почве эндокринопатий (базедова болезнь, сахарный диабет, болезнь Кушинга и др.).

6. При беременности всех сроков.

Считаем полезным уточнить показания и противопоказания к применению влагалищных и прямокишечных грязевых тампонов.

Грязевые влагалищные тампоны применяют при грязевых ваннах и аппликациях главным образом в виде дополнительного метода лечения.

В отдельных случаях при наличии противопоказаний к наружному грязелечению грязевые тампоны с успехом могут быть применены как самостоятельный метод лечения: а) при цервицитах с эрозиями, б) при хронических кольпитах, в) при фиксированных в заматочном пространстве аднекситах, г) при низко расположенных воспалительных экссудатах и д) при задних пери-параметритах. Во время менструации лечение влагалищными грязевыми тампонами отменяется.

Влагалищные грязевые тампоны противопоказаны:

1. При острых воспалительных процессах наружных и внутренних половых органов.

2. При обострении воспалительного процесса гениталий.

3. При менструации.

4. При маточных кровотечениях.

5. При гиперестезии половых органов.

6. При выраженной гипоплазии влагалища (узкое влагалище).

7. При вагинизме.

Показания к прямокишечным тампонам в общем сходны с показаниями к влагалищным тампонам. Особенно они показаны при комбинации гинекологических заболеваний с хроническим пери-парапроктитом и паравагинитом (А. Г. Кап).

Прямокишечные тампоны показаны и в тех случаях, когда имеются противопоказания к влагалищному грязелечению: при вагинизме, при чрезмерно узком влагалище, у девушек (В. Г. Дик).

Противопоказаниями к применению прямокишечных тампонов являются: 1) геморроидальные узлы с склонностью к кровотечениям, 2) опухоли прямой кишки, 3) злокачественные и доброкачественные новообразования органов малого таза.

ЛЕЧЕНИЕ НАФТАЛАНОМ

Нафталановую нефть (нафталан) уже с незапамятных времен применяют в лечебных целях, в частности, для лечения женских болезней. Однако научное изучение нафталана началось только после Великой Октябрьской социалистической революции. Курорт Нафталан находится в Азербайджане. На этом курорте имеется единственная в мире лечебная нефть.

Нафталановая нефть относится по классификации В. А. Александрова к грязеподобным веществам. Она представляет собой густую, очень липкую черно-бурую жидкость, по консистенции приближающуюся к грязи Старой Руссы (В. А. Александров); удельный вес ее 0,93—0,95.

Нафталан растворяется в хлороформе, бензине и эфире (нерастворим в воде); в отличие от обычной нефти нафталан не содержит керосина и бензина и обладает ароматичным запахом. Нафталан состоит из нафтенных ароматических и бензолподобных углеводородов, поглощает ультрафиолетовые и рентгеновы лучи и пропускает значительную часть инфракрасных лучей. При температуре 140—147° нафталан воспламеняется. В нафта-

лане обнаружены гормоноподобные эстрогенные вещества, легко всасывающиеся через неповрежденные кожные покровы (Б. М. Соловьев, А. А. Геодаков, А. М. Кейлис, Р. А. Лейбзон). В последние годы в лечебных целях стали применять вместо черного нафталана обесемолненный (белый) нафталан.

МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ НАФТАЛАНА

Для лечения женских болезней нафталан применяют непосредственно (ванны, смазывания, влагалищные тампоны) и особенно часто в сочетании с гелиотерапией или с физиотерапевтическими процедурами.

Больная погружается в ванну, наполненную нафталаном и нагретую солнцем, до пояса или до сосков и находится в ней 5—15 минут. По выходе из нафталановой ванны больная обтирается травой или ветошью и переходит на солнечную площадку, где лежит 10—15 минут (голова должна быть защищена от солнца), после чего снова обтирается, одевается и ложится отдыхать. Курс лечения 8—12 процедур. Чаще, чем ванны, применяют смазывание нафталаном всего тела или отдельных его частей («труссы») с последующими солнечными ваннами. Зимой вместо солнечных ванн применяют световые ванны (полизол).

При женских болезнях лечение нафталаном проводится главным образом в виде влагалищных тампонов: марлю или вату густо пропитывают нафталановой нефтью, подогретой до 38°. Тампон вводят на 24 часа ежедневно или через день. Общее количество процедур 10—12.

ДЕЙСТВИЕ НАФТАЛАНА НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИНЫ

Экспериментальными и клиническими данными установлено, что при накожном применении нафталана повышается проницаемость кожи, усиливается функция желез внутренней секреции, улучшается обмен веществ, отмечается десенсибилизация организма. Экспериментальные работы А. И. Атаева о влиянии нафталана на здоровую и патологически измененную слизистую оболочку влагалища и брюшины выявили, что нафталан благоприятно действует при повреждениях слизистой влагалища. По данным автора, нафталан, введенный во влагалище, всасывается в течение 2—3 суток, а введенный в полость брюшины—через 3—4 суток, не вызывая при этом в тканях никаких воспалительных явлений.

Применение нафталана в виде тампонов, смазывания и т. д. обнаружило его болеутоляющее и рассасывающее действие при подострых воспалительных процессах. Под влиянием нафталана отмечается быстрая эпителизация эрозий шейки матки.

Согласно данным Н. Ф. Ильина, из 502 больных с воспалительными процессами половых органов, подвергнутых лечению нафталаном, значительное улучшение и клиническое излечение получено у 71,5%, улучшение у 12,7%, перемен не отмечено у 12,7% и обострение процесса у 3,1% больных. По данным Ш. С. Каримовой, наилучшие результаты лечения нафталановой нефтью (тампон вводили на 4—5 часов через день, всего 10 тампонов) получены при острых кольпитах и эндоцервицитах неспецифической этиологии с давностью заболевания до года. По данным Е. Г. Геллера, нафталанолечение, применяемое в чистом виде и особенно в комбинации с различными методами физиотерапии (диатермия, соллюкс, лампа Ландекера и др.), оказывает благоприятное действие при воспалениях

шейки матки и влагалища, а также при воспалениях внутренних половых органов.

Показания и противопоказания к лечению женских болезней нафталаном те же, что и для грязелечения.

ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАТОМ

Роль климата в курортном лечении расценивается достаточно высоко. В. А. Александров определяет климат «как сумму метеорологических (атмосферных), географических и ландшафтных условий данной местности, влияющих на организм человека». Под ландшафтным (хорологическим) фактором автор понимает воздействия окружающей природы, которые воспринимаются человеком через зрительные, обонятельные, слуховые органы чувств и вызывают положительные или отрицательные эмоции.

Единой общепринятой классификации климатов нет. Из предложенных до сих пор классификаций наиболее приемлемой с медицинской точки зрения является классификация В. А. Александрова.

Автор различает: а) климат низменностей (равнин) и небольших (до 400 м над уровнем моря) высот: 1) теплый и влажный, 2) прохладный и влажный, 3) теплый и сухой; б) климат высоких мест: 1) средних гор (от 400 до 1000 м) и 2) высоких гор (более 1000 м); в) приморский климат,

Климат низменностей теплый и влажный, характеризуется дневной температурой в пределах 20—25° и влажностью до 80%. Прохладный влажный климат имеет более низкую среднюю температуру (10°).

Теплый сухой климат равнин характеризуется: а) высокой температурой воздуха, б) сухостью (относительная влажность ниже 70%) и в) продолжительностью солнечной радиации. Сухим теплым климатом отличается территория Советского Союза между Черным морем, Уральским и Кавказским хребтом. Близок к тепло-сухому климат степей кумысолечебных районов (Башкирия, Куйбышевская, Челябинская и другие области).

Климат высоких мест (высокогорный) характеризуется: а) интенсивностью солнечной радиации, богатой ультрафиолетовыми лучами, б) чистотой воздуха, в) умеренными ветрами, г) пониженной по сравнению с соседними равнинами, температурой воздуха, д) разреженным давлением.

К среднегорным курортам относятся: Кавказские Минеральные Воды, Боржоми, Красная Поляна, Нальчик и др.

К высокогорным курортам относятся: Теберда, Абастумани, Дилижан и др.

Приморский климат характеризуется: а) высоким барометрическим давлением, б) значительным содержанием в воздухе кислорода, в) равномерной температурой, г) большой влажностью, д) интенсивной солнечной радиацией, е) постоянными ветрами. В приморье зима теплее, а лето прохладнее, чем в середине материка. К приморским климатам относятся: курорты Южного берега Крыма, Прибалтики и др.

Методика лечения. Нужно различать два вида терапии: а) климатическое лечение как основной лечебный фактор и б) климатическое лечение как дополнительный фактор к лечению минеральными водами.

При лечении женских болезней климат как основной метод лечения используется сравнительно редко; чаще используются отдельные элементы его как дополнительные методы лечения.

Основными видами климатолечения являются: воздухолечение гелиотерапия и талассотерапия.

ВОЗДУХОЛечение (АЭРОТЕРАПИЯ)

Воздухолечение заключается в использовании в лечебных целях свойств воздуха, действующего на обнаженное тело (воздушные ванны).

В зависимости от температуры воздуха, соприкасающегося с телом, воздушные ванны можно ориентировочно разделить следующим образом: 1) холодные (до 15°), 2) прохладные (от 15° до 20°), 3) индифферентные (от 20° до 25°), 4) теплые (от 25° до 30—40°) и 5) горячие (выше 35°).

При оценке действия окружающего воздуха нужно учитывать, кроме температуры, его влажность и движение.

Действие влажности на организм зависит от температуры: чем выше влажность, тем тяжелее переносится высокая температура воздуха. При высокой температуре воздуха увеличение влажности ведет к перегреванию организма, а при низкой температуре оно способствует более быстрому охлаждению тела. В зависимости от степени влажности, воздух одной и той же температуры будет казаться то более холодным, то более теплым.

На охлаждение тела влияет также движение воздуха (ветер). При высокой температуре воздуха ветер действует освежающе, а при низкой температуре и ветре ощущение холода сильнее, чем при неподвижном воздухе той же температуры. Ветер определяется скоростью и направлением. Скорость движения воздуха обуславливает силу ветра.

Направление ветра зависит от стороны горизонта, с которой он дует (южный, восточный, северный, западный и т. д.).

Методика применения воздушных ванн

Воздушные ванны применяют либо как подготовительные к солнечным, либо в качестве самостоятельных лечебных процедур. Они могут быть общими и местными.

Воздушные ванны рекомендуется назначать при температуре не ниже 20° и умеренном ветре. В дальнейшем воздушные ванны можно принимать и при более низких температурах воздуха. Назначают ванны ежедневно, а иногда и два раза в день (утром и перед вечером). Здоровые начинают воздушные ванны с 15—20 минут, ежедневно увеличивая их продолжительность на 10—20 минут. Больным воздушные ванны назначают продолжительностью в 5—10 минут ежедневно, увеличивая их продолжительность на 5—10 минут (в зависимости от самочувствия) и доводя ее до 1—2 и более часов.

Появление «гусиной кожи» является сигналом к прекращению воздушной ванны. Рекомендуется не доводить больного до такого состояния. Воздушные ванны следует принимать лежа. Наилучшие часы для приема ванн 11—13 часов дня: в это время воздух максимально насыщен ультрафиолетовой радиацией. П. Г. Мезерницкий делит воздушные ванны на «полноценные» — от 11 до 13 часов при безоблачном синем небе и «неполноценные» в качественном отношении: 1) утренние и вечерние, 2) в глубокой

тени, 3) при запыленном воздухе, а в количественном отношении на кратковременные и при малой площади излучающего неба.

Воздушные ванны не следует принимать натошак. После воздушной ванны рекомендуется купание в реке, в море, душ или обливание¹.

В прохладное время года аэротерапия заключается в лежании на воздухе в теплой одежде, в прогулке и играх на свежем воздухе.

Действие на организм

Действие воздушной ванны на организм складывается из влияния на организм следующих метеорологических факторов: температуры воздуха, влажности, скорости движения воздуха и рассеянной солнечной радиации. При регулярном применении воздушных ванн организм начинает постепенно привыкать к резким метеорологическим колебаниям.

Воздушные ванны, улучшая общее состояние больных, состояние нервной системы, состав крови, мышечную силу, тонизируют организм, увеличивают сопротивляемость его инфекциям, простудным заболеваниям, «закаляют» его.

Воздушные ванны часто рекомендуются: 1) как укрепляющие процедуры ослабленным больным, анемичным с пониженным питанием, с расстройством нервной системы и лабильной психикой; 2) как «закаляющие» процедуры—женщинам с часто обостряющимися воспалительными процессами половых органов и резко выраженным климактерическим синдромом, 3) как «вступительные» и «дополнительные» процедуры к гелио-бальнеогрязелечению.

Применение холодных и горячих воздушных ванн противопоказано при острых воспалительных процессах половых органов, а также при сопутствующих резко выраженным заболеваниям сердечно-сосудистой системы, функциональных заболеваниях нервной системы и туберкулезу.

СОЛНЦЕЛЕЧЕНИЕ (ГЕЛИОТЕРАПИЯ)

Под солнцелечением понимают действие прямых солнечных лучей на обнаженное тело. По своему действию на организм человека солнечная радиация выгодно отличается от всех искусственных источников света (ртутно-кварцевая лампа, соллюкс и др.) наиболее совершенным сочетанием лучей различной длины волн.

Пропущенный через стеклянную призму солнечный луч дает спектр лучей семи цветов радуги (красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий и фиолетовый).

За видимой частью спектра по обе его стороны имеются невидимые части; за красным лучом—невидимые инфракрасные лучи с наибольшей длиной волны, а за фиолетовым лучом—невидимые ультрафиолетовые лучи с наиболее короткой длиной волны. Способность лучей проникать в ткани тем больше, чем длиннее их волны. Лучи солнечного спектра неодинаково влияют на организм человека: красная и инфракрасная часть спектра оказывают на организм в основном тепловое действие, а фиолетовая и ультрафиолетовая преимущественно фотохимическое и фотоэлектрическое действие.

Целебный эффект солнцелечения зависит от воздействия всей совокупности его лучей, однако основное действие оказывают ультрафиолетовые

¹ Устройство аэролярия см. М. С. Б е л е н ь к и й, Техника и методика физиотерапии, Одесса, 1940.

лучи. Интенсивность действия солнечной радиации и отдельных ее частей определяется рядом факторов: временем года, высотой солнцестояния над горизонтом, чистотой и влажностью воздуха, широтой местности и высотой ее над уровнем моря. Чем выше над горизонтом солнце, тем богаче солнечная радиация ультрафиолетовыми лучами. Наибольшей интенсивности солнечная радиация достигает в утренние часы от 10 до 13 часов. После этого количество ультрафиолетовых лучей уменьшается и увеличивается количество инфракрасных лучей.

Наибольшая интенсивность и большее количество солнечной радиации наблюдается в горах и на берегу моря.

Солнцелечение было впервые применено в России в 1882 г. В. Ф. Снегиревым для лечения гинекологических заболеваний.

Методика применения солнечных ванн

Солнцелечение можно с успехом проводить не только на берегу моря или в горах. Советские ученые доказали, что солнечная радиация при правильном ее использовании оказывает положительное действие в любых климатических условиях.

Лечение солнцем можно проводить на открытых балконах-террасах, на плоских крышах, на защищенной от ветра поляне, речном и морском пляже и т. д. Методика солнцелечения зависит от климатических особенностей того или иного курорта (А. К. Шенк, С. Б. Вермель, П. Г. Мезерницкий).

Правильное и целесообразное применение солнечных лучей может быть осуществлено лишь при умелом и рациональном использовании солнечной радиации, при предупреждении и исключении перегрева организма.

В целях борьбы с перегревом в последние годы предложены различные методы, которые дают возможность исключить опасность перегрева, рационально использовать световую и коротковолновую часть рассеянной радиации и применять гелиотерапию в течение всего дня, используя полностью солнечную радиацию¹.

При женских болезнях солнцелечение применяется в виде общих или местных солнечных ванн («труссы») и влагалищной гелиотерапии.

С о л н е ч н ы е в а н ы. Солнечные процедуры дозируют по времени (в минутах) и по калориям.

Для дозировки по времени пользуются схемой Ролье. Сущность ее состоит в том, что изо дня в день увеличивают продолжительность воздействия солнца на тело больной, причем отдельные части тела подвергаются инсоляции постепенно: в первый день освещаются ступни ног в течение 5 минут, на второй день—ступни 10 минут и голени 5 минут, на третий день—ступни 15 минут, голени 10 минут и бедра 5 минут и т. д., постепенно захватывая все тело; продолжительность облучения до 3 часов и более (см. схему Ролье).

Более современным методом дозировки солнечных ванн является метод, разработанный А. К. Шенком, П. Г. Мезерницким и др. В основу его положено исчисление тепловых единиц (калорий), падающих на 1 см² поверхности тела за определенный промежуток времени. Дозировка по калоражу производится при помощи специальных приборов (актинометр Ялшевского, Михелевского и др.). При отсутствии соответствующих приборов для подсчета калорий в зависимости от времени дня можно пользоваться

¹ Е. А. Чернявский, Жалюзийные экраны и способы их использования при солнцелечении, Ташкент, 1940.

Схема Ролье

Освещаемые части тела	Продолжительность освещения в минутах					
	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-й день
Стопы . . .	5	10	15	20	25	30
Голенн . . .	—	5	10	15	20	25
Бедрa . . .	—	—	5	10	15	20
Живот . . .	—	—	—	5	10	15
Грудь . . .	—	—	—	—	5	10
Спина . . .	—	—	—	—	—	5

специальными таблицами, составленными Ялтинским институтом климатотерапии¹.

К приему солнечных ванн обычно приступают постепенно. Сначала назначают несколько общих воздушных ванн (2—3), количество которых определяется состоянием больной: более крепких женщин переводят на солнечные ванны после 2—3 воздушных ванн, а ослабленных, малокровных—после 5—6 и более воздушных ванн.

На большинстве приморских курортов принят стандартный метод дозировки солнечных ванн: солнечные ванны назначают сразу на всю поверхность тела больной, начинают с 3—5 малых калорий на 1 см², добавляя ежедневно по 5 калорий, доходят к окончанию курса лечения до 30—40 калорий (5 малых калорий на 1 см² поверхности являются минимальной дозой, на которую реагирует организм). Курс лечения 20—30 ванн.

Местное солнцелечение—«гелиотрусы»—рекомендуется начинать с 10—15 калорий на переднюю и заднюю поверхность тела, прибавляя через каждые 1—2 дня по 5 калорий и доводя дозу до 40 малых калорий. Курс лечения—15—30 процедур.

При хорошей выносливости больных солнечные ванны назначают ежедневно, за исключением тех дней, когда отпуск их невозможен из-за метеорологических условий (низкая температура воздуха, сильный ветер, значительная облачность). Солнечные ванны не рекомендуется принимать натощак и сразу после еды, а лучше всего через полчаса-час после завтрака.

Перед приемом солнечных процедур рекомендуется 10—15-минутный отдых в тени, чтобы кожа больной была сухой, так как влажная кожа легче подвергается ожогу.

После солнечных ванн, как общих, так и местных, показан душ снижающей температуры (30—20°) или при отсутствии противопоказаний—купание в море.

После солнечной ванны необходимо отдыхать в тени в течение 20—30 минут. Для защиты глаз при приеме солнечных ванн рекомендуется надевать очки-консервы.

До настоящего времени не утратил своей актуальности метод солнцелечения гинекологических больных, предложенный В. Ф. Снегиревым и заключающийся в следующем: больная надевает черную юбку, белую кофточку, иногда верхнюю половину тела и голову укутывает шерстяным

¹ С. М. Чубинский и И. Н. Попов, Инструкция для дозирования солнечных ванн по калориям. В кн.: Сборник инструктивных материалов по климатолечению, Ялта, 1948.

платком и ложится на кушетку на солнце. Голову защищают от солнечных лучей белым зонтиком. С подветренной стороны ставится ширма. В таком положении больная лежит некоторое время, а затем поворачивается на бок или на живот. Таким образом действию солнечных лучей подвергается вся нижняя часть тела. Такое лежание продолжается от 1 до 4 часов. По В. Ф. Снегиреву, курс лечения состоит из 20—60 ванн. Первые ванны вызывают некоторую усталость и разбитость, которые в дальнейшем сменяются чувством бодрости.

Влагалищная гелиотерапия заключается в том, что больные в утренние часы лежат с разведенными бедрами на деревянных лежаках солярия; над головой у них устанавливают защитный щиток, ноги и живот прикрывают простыней. Во влагалище вводят зеркало Куско или трубчатое зеркало молочного стекла таким образом, чтобы солнечные лучи падали непосредственно на шейку матки, которую предварительно осушают ватным тампоном. Лечение проводится ежедневно, реже через день. При эрозиях и эндоцервицитах наиболее эффективной дозировкой солнцелечения Л. Н. Кочурова считает 200 калорий, причем вначале применяют облучения в 12—14 калорий, а в конце лечения—в 30 калорий.

Действие на организм женщины

Солнечная радиация действует на организм через кожу, которая под влиянием ультрафиолетовых лучей загорает (пигментируется).

Большое влияние солнечная радиация оказывает на обмен углеводный, жировой, минеральный и особенно витаминный и белковый. Установлено, что нарушения фосфорно-кальциевого обмена (рахит), характеризующиеся D-гипо- или авитаминозом и развивающиеся в организме под влиянием светового голодания, ликвидируются под действием солнечной радиации, так как эргостерин (провитамин) активируется ультрафиолетовыми лучами и превращается в антирахитический витамин D₂. Солнечная радиация стимулирует все процессы, связанные с белковым обменом; в результате этих изменений в общий круг кровообращения поступают биологические высокоактивные вещества (гистамин, ацетилхолин и др.), которые оказывают свое действие на функциональное состояние различных органов и тканей. Однако, помимо гуморального воздействия, солнечная радиация оказывает значительное регулирующее влияние и на нервную систему.

При местных солнечных ваннах происходят рефлекторные изменения различных вегетативных функций в данном сегменте, а при общем облучении возникает генерализованный рефлекс с участием высших вегетативных центров. При назначении местных солнечных ванн следует особенно учитывать то значительное действие, которое солнечная радиация оказывает на вегетативные узлы и сплетения, находящиеся в освещаемом поле (П. Г. Мезерницкий).

Под влиянием солнцелечения улучшается общее состояние, сон и аппетит, повышается работоспособность, увеличивается процент гемоглобина, число эритроцитов, нормализуется количество лейкоцитов и реакция оседания эритроцитов.

Во время менструаций солнцелечение не прекращается (В. Ф. Снегирев). Под его влиянием выравнивается менструальная функция, усиливаются слабые менструации, уменьшаются мено-метроррагии, прекращаются или уменьшаются боли.

Применяя солнцелечение во время менструаций у больных туберкулезом, Д. И. Гурьян отметила, что легочный процесс при этом не ухудшает-

ся, количество же теряемой крови и интенсивность болей уменьшаются, общее состояние улучшается.

Под влиянием влагалищной гелиотерапии исчезают застойные явления, пеннистые и гнойные выделения становятся прозрачными, эрозии бледнеют, кровоточивость их прекращается, начинается эпителизация (Л. Н. Кочурова, А. Г. Добычин).

Особенно благоприятное действие оказывает солнцелечение на туберкулез половых органов, а также в тех случаях, когда при гинекологическом заболевании имеется костно-суставной туберкулез или функциональное заболевание центральной нервной системы. Чрезвычайно благоприятное действие оказывает влагалищное солнцелечение на эрозию туберкулезной этиологии.

Солнечные ванны как дополнительный метод к сероводородолечению и к грязелечению повышают терапевтическую их эффективность (Д. Л. Чернеховский, Г. К. Живатов).

Ухудшение общего состояния больной, морфологии крови, раздражительность, ухудшение сна и аппетита и т. д. во время солнцелечения сигнализируют о неблагоприятных для организма изменениях, и к ним нужно относиться очень внимательно. Нужно всегда помнить, что солнцелечение может активировать патологические процессы в организме больной, находящиеся в латентном состоянии (малярия, туберкулез и пр.).

ЛЕЧЕНИЕ МОРСКИМИ КУПАНИЯМИ И ВАННАМИ (ТАЛАССОТЕРАПИЯ)

Оно заключается в использовании в лечебных целях морских купаний и морских ванн.

Морская вода содержит от 1 до 5% солей (хлористый натрий, хлористый сернокислый кальций, углекислый и сернокислый магний, соли иода и брома). Концентрация солей в морской воде различна и зависит главным образом от географического положения моря и количества выпадающих в него рек. Радиоактивность морской воды обусловлена наличием в ней следов урана, тория и радия. Твердых веществ в морской воде больше 1 г на 1 л воды, удельный вес морской воды 1,022. Движение морской воды зависит от ветра, приливов и отливов или морского течения. Температура морской воды в основном связана с ее физико-химическими свойствами и климатическими условиями местности.

Обладая большой теплоемкостью, морская вода поглощает много тепла и потому нагревается значительно медленнее, чем земля, и медленнее отдает свое тепло. Поэтому в приморских странах летом не бывает такой сильной жары, а зимой таких холодов, как в местностях, лежащих далеко от моря. Благодаря прозрачности воды солнечная радиация глубоко проникает и прогревает значительные слои воды, в противоположность суше, где прогревается только поверхностный слой.

Методика морских купаний и морских ванн

Для лечения женских болезней морская вода применяется в виде купания в море и морских ванн. Терапевтический эффект морских купаний в значительной степени зависит от методики их применения.

При лечении морскими купаниями необходимо соблюдать определенные правила. Натощак купаться не следует, лучше всего купаться в море через 1—1½ часа после завтрака или через 2—3 часа после обеда. Лучшее время для купания 10—12 часов дня и 16—19 часов вечера. Перед купанием

рекомендуется принять непродолжительную воздушную ванну; тело должно быть сухим; при влажной и холодной коже рекомендуется общее растирание сухим полотенцем. Длительность пребывания в воде следует индивидуализировать в зависимости от состояния больной, температуры воды и метеорологических условий. Ослабленным больным рекомендуется перед купанием в море принять несколько теплых морских ванн, постепенно понижая их температуру. Купание в море следует начинать с 3—5 минут, постепенно доводя до 10—20 минут. Как правило, морские купания назначают ежедневно один или два раза в день.

Во время купания нужно все время двигаться (плавать), растираться, по выходе из воды быстро и досуха вытираться. После купания рекомендуется, в зависимости от самочувствия, отдых или неумтомительная прогулка. По данным М. В. Александрова, морские купания длительностью до 10 минут при температуре воды не ниже 19° можно при благоприятных климатических условиях широко применять у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, а также и во время менструации. Больным, у которых при малейшем охлаждении боли обостряются, автор рекомендует первоначально лишь окунуться в море с последующим согреванием тела, постепенно удлиняя продолжительность купания в море.

Действие морских купаний на организм женщины обусловлено в основном температурными, механическими и химическими особенностями морской воды. По температуре морские купания приближаются к охлаждающим (прохладным) ваннам. Соприкосновение тела больной с большой массой воды вызывает охлаждение организма различной степени, что зависит от индивидуальных особенностей больной. Температура кожи после 8—10-минутного купания в море при температуре воды $22-25^{\circ}$ понижается на десятые доли градуса и до 3° (А. Е. Лейбензон).

Измеряя женщинам подмышечную и прямокишечную температуру перед погружением в воду и сразу после выхода из воды, а также в течение последующего периода, пока не восстановится исходная температура тела, М. В. Александров установил, что подмышечная температура понижается на $1,6-2^{\circ}$, а прямокишечная—на $0,5-2^{\circ}$.

В большинстве случаев при более значительном понижении подмышечной температуры прямокишечная температура понижалась очень мало. Установить зависимость этих колебаний от исходной температуры тела автору не удалось. Исходная температура тела восстанавливалась у разных женщин в различные сроки: подмышечная температура—через 15—25 минут по выходе из моря, а прямокишечная—через 10—15 минут.

Механическое раздражение при купании в море обусловлено, с одной стороны, давлением большого столба жидкости, с другой—движением морской воды и прибоем волн. Последнее особенно важно и этим морские купания отличаются от морских ванн.

Химическое действие морских купаний обусловлено наличием солей в морской воде. Немаловажную роль в действии морских купаний играют и одновременно действующие климатические факторы (солнце, воздух).

Раздражение рецепторов кожи при погружении тела больной в море вызывает ряд сложных рефлекторных фазно протекающих актов. В первой фазе раздражаются сосудодвигательные центры, которые вызывают спазм периферических сосудов тела и прилив крови к внутренним органам. Артериальное давление повышается, пульс становится реже, уменьшается систолический и минутный объем, усиливается работа сердеч-

ной мышцы, кожа бледнеет, ощущается дрожь и озноб. Это кратковременное состояние быстро сменяется следующей, второй фазой, в течение которой периферические сосуды расширяются, кровь приливает к периферии, артериальное давление понижается, пульс учащается, систолический объем увеличивается. Бледность кожи сменяется покраснением, появляется ощущение тепла. При длительном купании отмечается третья фаза, которая характеризуется ощущением вторично наступающего и нарастающего озноба. Такое состояние объясняется тем, что организм перестает компенсировать недостающую теплоотдачу, терморегуляция нарушается и в организме возникает ряд патологических изменений. Возникновение сосудистых, трофических и других изменений ведет к перестройке обмена в тканях, в органах (в частности, тазовых) и вызывает изменение реактивности организма (местной и общей).

Согласно данным М. В. Александрова, купание в море во время менструаций не изменяло их течения ни у здоровых женщин, ни у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов и не вызывало обострения воспалительного процесса.

Морские купания, повышая функцию кожи, улучшают обмен, пищеварение, регулируют сердечно-сосудистую систему, укрепляют нервную систему. Как самостоятельный метод лечения женских болезней морские купания применяются сравнительно редко. В комбинации с лечением сероводородными ваннами и с грязелечением они успешно применяются при функциональных гипоменорреях, климактерических расстройствах и при хронических воспалительных заболеваниях (Г. К. Живатов, Д. Л. Чернеховский).

При применении морских ванн совместно с грязелечением ванны назначают в те дни, когда не проводится грязевых процедур, при условии, если вода теплая, а день жаркий. Морские купания, являясь прекрасным методом закаливания организма, могут быть использованы и в условиях профилактики женских болезней.

ЛЕЧЕНИЕ РАПОЙ

По своему действию на организм близко к талассотерапии стоит раполочение. Рапа (вода соленых озер)—это концентрированная вода морского происхождения, которая отличается от морской воды большим содержанием солей, значительным постоянством температуры и химическим составом.

При женских болезнях раполочение применяют в виде рапных ванн и купания в лимане.

Методика лечения

Рапные ванны применяют в виде общих ванн и полуванн температуры 36—37—38° в качестве подготовительных (вступительных) ванн перед началом грязелечения и в виде заключительных (отходных) ванн температуры 38—37—36° по окончании лечения. Ванны назначают длительностью 10—20 минут по 2—3 ванны подряд. «Вступительные» ванны повышающей температуры готовят больных к высокой температуре грязи, а «заключительные» ванны снижающей температуры делают организм менее чувствительным к метеорологическим колебаниям.

Рапные ванны комбинируют с грязелечением: непосредственно после грязевой ванны назначают рапную ванну. Нужно учесть, что такое лечение

является очень большой нагрузкой для организма больных и может быть назначено только тем из них, которые хорошо переносят высокие температуры, у которых здоровое сердце и нервная система. Как самостоятельный метод лечения гинекологических больных рапные ванны применяют редко.

Купание в лимане (открытые соленые озера) при женских заболеваниях тоже применяют очень редко. Его применяют как заключительное лечение по окончании грязелечения.

ДЕЙСТВИЕ КЛИМАТА НА ОРГАНИЗМ ЖЕНЩИНЫ

Оно чрезвычайно сложно и весьма различно в зависимости от разнообразных климатических факторов. П. Г. Мезерницкий делит эти факторы на следующие группы: «1) Факторы, влияющие через кожу, 2) действующие через дыхание и 3) действующие через органы чувств».

На кожу влияет солнечная радиация, температура воздуха, ветер, влажность, туманы, облачность, осадки, атмосферное электричество, ионизация воздуха, радиоактивность, барометрическое давление и пр. Через легкие оказывает влияние температура воздуха, влажность, ионизация воздуха, барометрическое давление, ветер и степень чистоты воздуха (в химическом и механическом отношении). Через органы чувств оказывают влияние солнечный свет, прозрачность воздуха, краски и формы ландшафта, ветры и грозы, геологические и почвенные особенности».

Влияние разных климатов на организм человека еще недостаточно изучено; особенно мало изучено влияние климата на организм женщины при гинекологических заболеваниях.

Теплый влажный климат оказывает благоприятное действие: 1) на женщин с резко выраженными вегетативными расстройствами, 2) на женщин с часто обостряющимися воспалительными процессами в половой сфере, 3) при наличии у женщин с гинекологическими заболеваниями функционального заболевания центральной нервной системы, хронического бронхита и эмфиземы легких.

Горный климат вызывает в организме благоприятные сдвиги в разных направлениях: улучшается самочувствие больных, повышается основной минеральный обмен, дыхание делается более глубоким, увеличивается емкость легких, нарастает количество гемоглобина и эритроцитов. Горный климат может быть рекомендован больным с пониженной функцией яичников и сопутствующими изменениями [малокровие, затяжные бронхиты, бронхиальная астма, нерезко выраженный туберкулезный процесс в легких, костях и суставах и некоторые болезни сердечно-сосудистой системы, при которых показано лечение постепенным дозированным восхождением на горы (терренкур)].

Приморский климат характеризуется мягким шадящим действием на организм. Повышается теплоотдача, в силу чего увеличивается теплорегуляция и повышается азотистый и минеральный обмен, нарастает количество гемоглобина и эритроцитов, успокаивается нервная система, повышается сопротивляемость организма простудным и инфекционным заболеваниям (закаляющее действие).

Особенно благоприятно действует приморский климат: 1) на женщин с туберкулезом половых органов, 2) на гинекологических больных, предрасположенных к частым простудным заболеваниям и обострениям, 3) на больных с гипогенитальными расстройствами (гипоменоррея и дисменоррея), 4) на женщин с явлениями «выпадения» и 5) при наличии сопут-

ствующих функциональных заболеваний центральной нервной системы, туберкулеза лимфатических желез (нетяжелых форм) и артерио-склероза.

КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Многолетний опыт применения курортных факторов при лечении женщин с гинекологическими заболеваниями показал, что лечение одними только этими факторами является менее эффективным и менее стойким, чем лечение ими в комбинации с медикаментозными и другими методами лечения (А. Э. Гильчер, В. Г. Дик, Д. Л. Чернеховский, С. А. Ягунов и др.). Эти клинические наблюдения получили подтверждение в экспериментах Н. Н. Аничкова и его сотрудников, которые показали, что «функционирующие и находящиеся в состоянии раздражения гиперемизированные ткани организма обладают способностью к усиленному восприятию новых раздражений, к повышению своей функциональной деятельности, вследствие чего повышается общий суммированный эффект комбинации терапевтических мероприятий».

Наиболее часто при лечении женских болезней комбинируют различные курортные факторы (грязь и рапу, сероводородные ванны и солнцелечение, минеральные ванны и питье минеральных вод и т. д.). Комбинируются отдельные курортные факторы и с физическими методами (сероводородные ванны с диатермией, грязелечение с гальванизацией и т. д.). Комбинируют курортные факторы с механотерапией, с лечебной физкультурой, с массажем, с фармако-вакцино-протеино-гормонотерапией.

При комбинировании лечебных факторов нужно учитывать следующие возможности: 1) одновременное применение нескольких факторов (сочетанное лечение), 2) последовательное применение нескольких факторов в течение одного дня и 3) последовательное применение нескольких факторов в течение курса лечения.

Кроме того, нужно учитывать, что имеются совместимые и несовместимые процедуры.

С грязелечением в день принятия грязевой процедуры совместимы следующие процедуры: 1) массаж, лечебная физкультура (механотерапия), 2) электроионотерапия, 3) аэротерапия (при соответствующих климатических условиях). Несовместимы с грязелечением: 1) холодные водные процедуры (душ, ванны), 2) купание в море, 3) общие влажные укутывания, 4) воздушные ванны низких температур и т. д.

К числу наиболее эффективных и часто применяемых в гинекологической курортной практике сочетаний процедур относятся: наружное применение грязи с влагалищными и прямокишечными тампонами, минеральные и газовые ванны с орошениями и микроклизмами, грязевые аппликации («труссы») с аутоамминизацией и т. д.

Особый интерес при лечении гинекологических больных представляет сочетание грязи с электрическим током: гальвано-ионо-грязелечение и диатермо-грязелечение¹. Под влиянием грязи значительно уменьшается сопротивляемость кожи постоянному току, вследствие чего через кожу происходит более интенсивная диффузия ионов, содержащихся в грязи. Гальвано-ионо-грязелечение в виде аппликаций и тампонов² целесообразно при-

¹ Г. Л. Магазаник, Методы комбинированного и сочетанного грязелечения, Л., 1948.

² Для влагалищной гальванизации пользуются специальными электродами, разработанными К. И. Колью и В. А. Кучковой.

менять при наличии противопоказаний к грязелечению. При женских болезнях гальванофоно-грязелечение может быть применено при подострых и часто рецидивирующих воспалительных процессах гениталий. По данным А. Н. Исаакяна и А. Л. Букринской, гальванофоно-грязелечение оказывает более эффективное рассасывающее действие при воспалительных заболеваниях женской половой сферы, чем одни только грязевые аппликации. А. М. Мажбид успешно применял гальванофоно-грязелечение при постгонорройных рубцовых слипчивых процессах в малом тазу.

При диатермо-грязелечении сочетается одновременное воздействие грязевой аппликации и глубокого эндогенного тепла, образующегося под влиянием диатермии. Диатермогрязелечение по разработанной Ю. М. Лебедевым-Шмидгофом методике эффективно при заболеваниях внутренних половых органов (Н. С. Желоховцев).

Однако в курортной практике гинекологических заболеваний чаще проводится комбинированное лечение грязе-раполечение, сероводородоталассотерапия и т. д., а также грязелечение с ионогальванизацией, с диатермией и т. д.

Эффективно, но недостаточно широко применяется на курортах лечение курортными факторами в комбинации с лечебной физкультурой и гинекологическим массажем (В. Н. Орлов, Д. Л. Чернеховский, В. И. Здравомыслов и др.). Согласно данным Н. С. Желоховцева, около 30% гинекологических больных, пользующихся торфолечением, нуждаются в гинекологическом массаже. При комбинированном лечении целесообразно соблюдать определенную последовательность: сначала проводить грязелечение, а затем после короткого перерыва—массаж и механотерапию (лечебную физкультуру). Схемы физкультурных упражнений, целесообразных для применения вместе с грязелечением, сероводородолечением и другими курортными факторами, разработаны Н. А. Ашихминим, П. И. Белоусовым, А. Д. Калюта и др.

Применение курортных факторов в комбинации с парэнтеральным введением ихтиола, молока, вакцины и т. д. повышает эффективность лечения и сокращает его срок (Д. Л. Чернеховский, В. И. Здравомыслов, С. А. Ягунов и др.).

В свете современных знаний полноценная терапия, имеющая целью радикальное излечение воспалительного процесса, должна включать элементы этиологической, патогенетической и симптоматической терапии. Соответственно этому у больных с рецидивирующими, а также с подострыми воспалительными процессами, особенно гонорройного происхождения, целесообразно проводить комбинированное лечение бальнеологическими факторами, сульфаниламидами и антибиотиками.

Если гонококки обнаружены до курортного лечения, то сначала следует проводить специфическое лечение, а по окончании его—курортное. Если гонококк выявляется в процессе курортного лечения, то его нужно прекратить на время специфического лечения и только после исчезновения гонококка вновь его продолжать.

Особенно желательно проводить такую методику при лечении больных, неоднократно лечившихся антибиотиками и сульфаниламидами. Под влиянием курортных факторов изменяется реактивность организма и создаются более благоприятные условия для повторного применения антибиотиков и сульфаниамидов.

Курортные факторы в комбинации с эндокринными препаратами (фолликулин, прожестерон и др.) или с их синтетическими аналогами (синаэстрол, стильбэстрол и др.) действуют более эффективно и дают более поло-

жительный результат при расстройствах менструальной функции в тех случаях, когда изолированное курортное лечение не дает положительных результатов.

ВНЕКУРОРТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ И ИХ ЗАМЕНТЕЛЕЙ

Идея внекурортного лечения курортными факторами принадлежит русскому врачу А. Никитину¹, который еще в 1825 г. написал «Наставление» о рациональном использовании минеральных ванн, озерных и морских грязей для лечебных целей. Осуществлена же идея внекурортного грязелечения впервые в 1897 г. Б. А. Либовым, применившим грязь для лечения 14 гинекологических больных в акушерско-гинекологической клинике (А. И. Лебедев) Военно-медицинской академии. Но лишь при советской власти началось широкое изучение и применение курортных факторов и их аналогов во внекурортных условиях.

Применение в клинике женских болезней внекурортного лечения выявило целесообразность его при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, а также и в профилактических целях: а) для долечивания больных непосредственно после только что окончившегося острого воспаления (первичного или рецидивирующего), б) для долечивания больных после оперативного вмешательства при наличии остаточных экссудатов, инфильтратов, в) для предоперационной подготовки при наличии фибромиом с сопутствующими воспалительными процессами, при трубных мешотчатых опухолях и т. п.

Внекурортное лечение не связано с определенной территорией и временем года, а потому более доступно широким массам, так как им можно пользоваться без отрыва от производства и притом во все времена года.

ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЕ

Во внекурортных условиях наиболее широко применяют различные целлоиды (иловые грязи, торфяные грязи и глины) и целлоидоподобные вещества (озокерит, парафин).

Лечение иловой грязью

Иловую грязь доставляют в лечебницы с соответствующего грязевого курорта в деревянных бочках и выгружают в оборудованные для этого помещения со специальными, предназначенными для хранения грязи бассейнами (грязехранилища). При правильном хранении использованная (отработанная) грязь может быть вновь восстановлена (регенерирована) и повторно применена для лечебных целей. Для того чтобы грязь не окислялась, не высыхала и не замерзала, необходимо хранить ее в бассейнах под 15—20-сантиметровым слоем солевого раствора (5% раствор поваренной или морской соли, желательно с добавлением сернистого магния из расчета 3 г на 1 л раствора). Отработанная грязь, залитая указанным соевым раствором, регенерируется в течение 4 месяцев.

¹ А. Никитин, О весеннем лечении болезней и наставление, как весной и летом лечиться травами, травяными соками, молоком, сывороткой, холодными и теплыми ваннами, естественными и искусственными минеральными и морскими водами и озерной и морской грязью, напечатанное А. Никитиным, изд. 2-е, вновь исправленное, СПб, 1833, 223 стр.

Лучшим способом нагрева грязи является нагрев по принципу водяной бани. При незначительном количестве отпускаемых процедур грязь можно нагреть в ведре, в кастрюле, поставив их в глубокий таз, наполненный водой. При большом количестве больных для нагрева грязи устраивают специальные водяные бани, представляющие собой деревянный, обитый изнутри железом ящик с откидной крышкой, наполненный водой. На дне ящика проведены трубы-змеевики, в которых циркулирует горячий пар, согревающий воду в ящике; над змеевиком, на высоте 5—8 см от дна ящика, устанавливают деревянную решетку, на которой ставят ведра с грязью, нагреваемой окружающей горячей водой. При нагревании воды в бане до 80—90° грязь нагревается до 50°. При таком способе грязь нагревается довольно равномерно. В последние годы в практике грязелечения внедряется метод электронагрева, впервые предложенный проф. А. Н. Бунеевым (Центральный институт курортологии)¹.

Во внекурортных условиях грязевые процедуры применяют в виде аппликаций и тампонов (влагалищных и прямокишечных). Грязь для аппликаций должна быть густой, пластичной: не должна расплзаться, содержать камней, кристаллов и неразложившихся частей растений. На полумягкую, обитую клеенкой кушетку (длина 190 см, ширина 70 см, высота 60 см) кладут холщевую простыню, клеенку и вторую простыню; на последнюю выкладывают необходимое для данной процедуры количество грязи, нагретой до нужной температуры. Больную укладывают на кушетку, на соответствующие части тела накладывают грязь слоем в 5 см, затем больную быстро укутывают и покрывают сверху одеялом. При таком способе укутывания грязь медленно и равномерно охлаждается. По истечении назначенного времени грязь с больной снимают и отправляют обратно в грязехранилище, где она подвергается регенерации. По снятии грязи больная обмывается в душевой водой температуры 37—38°, обтирается, одевается и отдыхает от получаса до часа.

Для гинекологических больных наилучшим методом грязелечения являются грязевые «труссы» (2—3 ведра грязи кладут на таз и верхнюю половину бедер больной) температуры 38—50°; продолжительность аппликации 15—30 минут; сеансы через день или два дня подряд и день перерыва; курс 12—16 грязевых аппликаций. Дополнительно к наружному грязелечению целесообразно применять влагалищные и прямокишечные грязевые тампоны. Тампоны эти вводят лежащей на кушетке больной перед наложением аппликации и удаляют, после того как больная выходит после обмывания из душевой. Показания и противопоказания к внекурортному грязелечению те же, что и к курортному.

Лечение искусственной грязью

Лечебная грязь может быть получена и искусственным путем. Такая грязь, ничем не отличающаяся от иловой грязи соленых озер, впервые была получена сотрудниками Украинского института курортологии (проф. Е. С. Бурксер, Л. И. Рубенчиков и др.) добавлением к желтой глине органических веществ (водорослей, травы), 5% раствора поваренной соли; эту массу в течение 4 месяцев перемешивали каждые 2 недели. По своим физико-химическим и биологическим свойствам и по эффективности лечебного действия искусственная лечебная грязь не уступает натураль-

¹ А. Н. Бунеев, А. Бирюков и М. Юрков, Электронагрев лечебной грязи. Курорты и физиотерапия, 1933, № 7.

ной лечебной грязи (М. С. Беленький, С. С. Налбандов и М. А. Ясиновский). Методика и техника лечения больных этой грязью такая же, как и иловой.

Лечение торфяной грязью. Возможность использовать торф в лечебных целях значительно облегчает организацию и широкое развитие внекурортного грязелечения, распространение которого тормозилось трудностями доставки лечебной грязи с грязевых курортов.

Запасы торфа в СССР огромны ($\frac{3}{4}$ мирового запаса), транспортировка его с места добычи в грязелечебницы гораздо проще и дешевле, чем доставка грязи с курортов. Используется для лечебных целей как торф минеральный с содержанием сернистого железа, сернокислых солей, серной кислоты и т. д., так и торф пресноводных болот. В последние годы особенно широко стали применять хорошо разложившийся торф пресноводных болот, не подвергая его предварительной обработке («торф-сырец»). Добытый из болота торф несколько дней сушат на воздухе, затем доставляют в грязелечебницу. Сложенный в кучи, он хранится в теплых подвалах с температурой не ниже 4°. Нагрев торфяной грязи для лечебных процедур, методика и техника отпуска процедур из торфяной грязи ничем по существу не отличаются от таковых с иловой грязью. Использованный для лечебных целей торф повторно не применяется.

Лечение глиной является одним из наиболее старинных народных средств лечения женских болезней. Согласно данным А. П. Покровского¹, глинолечение по эффективности равноценно грязелечению. Применяемая для лечебных целей глина не должна содержать посторонних примесей (камешки, песок и пр.). Наиболее подходят для глинолечения красные и желтые жирные глины, отличающиеся значительной пластичностью и липкостью.

Сухую глину, просеянную через металлическое сито с отверстиями в 2—3 мм, разводят горячей водой, замешивают до состояния густой пластической массы. Для повышения эффективности лечения глиной и ее болеутоляющего действия глину разводят 10% раствором хлористого кальция [кальцинированная глина (З. Е. Быховский)]. Нагрев глины, методика ее применения и показания аналогичны таковым при грязелечении. Температура глиняной лепешки 40—50°; продолжительность процедуры 20—30 минут; курс—20—25 процедур. Физиологическое действие глины в основном обусловлено температурными и механическими факторами. Значительная эффективность лечения глиной и широкое распространение глины в Советском Союзе делают ее применение целесообразным и доступным в любых условиях, особенно в условиях села.

Лечение песком так же, как и глинолечение, является одним из старинных методов народной медицины. Песок обладает: 1) большой теплоемкостью, 2) небольшой теплопроводностью, 3) замедленной конвекцией тепла. В отличие от грязи песок обладает гигроскопичностью—легко всасывает влагу, вследствие чего не задерживает потоотделения. Для лечебных целей применяют песок естественного (солнечного) и искусственного нагрева.

Методика лечения песком солнечного нагрева состоит в том, что на берегу моря или реки песок, нагретый на солнце до нужной температуры, накладывают на 30—40 минут на обнажаемое тело больной слоем в 10—15 см в виде «трусов» или песочных полуванн. Через 15—20 минут по окончании процедуры больная при отсутствии противопоказаний

¹ А. П. Покровский, Общие грязевые и глиняные ванны. Диссертация, 1889.

(см. Талассотерапия) может окунуться в море или в реке или принять теплый душ.

Методика лечения песком искусственного нагрева состоит в следующем: просеянный через крупное сито песок на сковороде или противне нагревают на любом источнике тепла (плита, керосинка, газ и пр.) до любой необходимой температуры; во время нагрева песок перемешивают деревянной лопаткой. Применяют нагретый песок в виде аппликаций, ванн, грелок (песок в холщевых мешочках). Песочные процедуры начинают с температуры 40—45°, доходя постепенно до 50—55°. Продолжительность процедуры 30—60 минут. Курс лечения 20—30 процедур. Песочные ванны высоких температур больные переносят значительно лучше, чем грязевые той же температуры. Физиологическое действие песочных процедур обусловлено тепловыми особенностями песка и его гигроскопичностью и сводится главным образом к усилению обменных процессов и значительному потоотделению. Показания и противопоказания те же, что и к грязелечению.

Лечение парафином. В последние годы широко применяется парафин, получающийся при обработке нефти и представляющий собой смесь высокомолекулярных углеводородов. Существуют два вида парафина: белый и желтый. Для лечения пользуются белым парафином, безводным и свободным от смол и минеральных масел; точка плавления 52—55°. Особенности парафина: 1) незначительная теплопроводность, позволяющая применять его при очень высоких температурах; 2) компрессионное свойство, заключающееся в том, что при остывании парафин сжимается, сдавливает ткани, на которые он наложен, и мелкие сосуды, что способствует более глубокому проникновению тепла; 3) воздействие на трофику самой кожи, становящейся под влиянием парафина более гладкой, мягкой и эластичной.

Парафин нагревают либо на водяной бане, либо непосредственно. В первом случае необходимо следить, чтобы вода не попадала в сосуд с парафином, а во втором, чтобы парафин не воспламенился. Парафин плавят и нагревают до 75—80°, а затем наносят на кожу соответственно применяемой методике. Использованный для кожного применения парафин может быть вновь применен после предварительной его стерилизации нагреванием до 110—120° в течение 10 минут и добавлением 20—25% свежего парафина.

Для лечения женских болезней парафин применяют в виде аппликаций на живот и на пояснично-крестцовую область и в виде влагалищных прямокишечных тампонов.

Методика. Парафин расплавляют и плоской малярной кистью наносят тонкий слой на досуха вытертую кожу (во избежание ожога); парафин быстро засыхает и образует «защитный» слой, поверх которого накладывают несколько слоев марли, пропитанной парафином температуры 50—65°. После этого весь участок тела, покрытый парафином, закрывают вощанкой или клеенкой, ватником и теплым одеялом. Длительность процедуры от 30 до 60 минут ежедневно или через день (в зависимости от состояния больной, стадии заболевания и т. д.). Курс лечения 20—25 аппликаций.

Наиболее простой способ применения влагалищных тампонов состоит в следующем: марлевые салфеточки, пропитанные парафином температуры 50—65°, вводят во влагалище на 1—2 часа, а затем их удаляет сама больная без последующего спринцевания.

Для прямокишечных грязевых тампонов применяют резиновые баллончики на 100 мл, которые наполняют нагретым до 60° парафином и под

небольшим давлением вводят в прямую кишку. Может быть введено до 250 г парафина (Е. И. Чернов). При дефекации парафиновый тампон легко удаляется.

При воспалительных заболеваниях женских половых органов, особенно при подострых и часто рецидивирующих процессах, лечение парафином весьма эффективно и в ряде случаев приводит к стойкому ограничению и ликвидации воспалительных процессов (Е. И. Чернов, М. Д. Чернеховская и др.). Оно показано также в ранних стадиях заболевания как метод долечивания и предупреждения образования рубцов и спаек.

Лечение озокеритом. Озокерит, горный воск, встречается в естественном виде в недрах земли в месторождениях нефти. В СССР имеются огромные залежи озокерита. Впервые в лечебную практику озокерит был введен С. С. Лепским в 1941—1945 гг. как заменитель парафина. Озокерит в дальнейшем получил широкое применение в качестве самостоятельного лечебного средства, особенно при гинекологических заболеваниях.

Озокерит—углеводородное соединение чернобурого цвета, удельный вес его 0,895—0,970; температура плавления 50—65°. Хорошо растворим в бензине, скипидаре и других органических растворителях. Озокерит обладает большой теплоемкостью, плохой теплопроводностью и значительным теплоудерживающим свойством. Эти свойства дают возможность применять озокерит более высоких температур и более длительное время. Работы по изучению биологической активности озокерита выявили его парасимпатическое действие (В. В. Ефимов, Л. И. Власова, Ф. Ф. Робиндер и др.).

Экспериментальными исследованиями выявлено наличие в озокерите биологически активных веществ, обладающих эстрогенным действием (Е. Д. Свет-Молдавская). Показано, что под влиянием озокеритовых аппликаций, наложенных на оголенную кожу подопытного животного, небольших кусочков озокерита, имплантированного под кожу подопытного животного, и вытяжек веществ, извлекаемых из озокерита эфиром, у инфантильных и у кастрированных мышей наступают морфологические и функциональные изменения, близкие к изменениям, вызываемым эстрогенными препаратами.

Изучение действия озокерита на течение искусственно вызванного воспаления половых органов морских свинок показало противовоспалительное действие озокеритовых аппликаций.

Раннее применение озокерита способствует более быстрой ликвидации воспалительного процесса: воспалительные выпоты, инфильтраты и спайки быстрее рассасываются.

Озокерит нагревают либо на водяной бане (в этом случае он не будет подгорать), либо в алюминиевой или эмалированной посуде, установленной непосредственно на источнике тепла. При лечении женских болезней озокерит применяют в виде накожных аппликаций и влагилицных тампонов.

Накожные аппликации проводят обычно по кюветно-аппликационной методике. Нагретый до 100° озокерит наливают в цинковые кюветы различного размера (20×40×6 см; 25×50×6 см), выстланные предварительно клеенками. Налитый в кюветы озокерит некоторое время стоит на воздухе открытым, охлаждаясь до требуемой температуры. Охлажденные до требуемой температуры пластинки озокерита вынимают из кюветы и накладывают на открытую поверхность (живот, поясницу) тела больной. После этого больную укутывают ватником и покрывают одеялом. Температура озокеритовой аппликации от 45 до 60°, продолжительность от 20 до 60 минут

с отдыхом после процедуры в течение 30—40 минут. Курс лечения 15—30 озокеритовых аппликаций. В течение процедуры озокерит застывает, делается густым и легко снимается с покрытой потом поверхности тела. Снятый с клеенок озокерит опускают в сосуд, где его нагревают до 100—120° в течение 30 минут, после чего он может быть вновь использован.

У больных с острыми и подострыми воспалительными процессами проводится «митигированное озокеритолечение»: в первые 3—5 сеансов озокерит накладывают поочередно на живот и на пояснично-крестцовую область в виде аппликаций температуры 40—50°; длительность процедуры до 15—30 минут. При благоприятном течении, хорошей переносимости, отсутствии резких температурных колебаний могут быть назначены озокеритовые аппликации в 45—60°, длительностью 60 минут.

При маточных кровотечениях, возникающих на почве воспалительных процессов внутренних половых органов, озокерит может быть применен в форме специальных аппликаций на молочные железы (аутомамминизация). Озокеритовые аппликации температуры 45—55° накладывают на 20—30 минут либо на обе молочные железы сразу, либо на каждую железу отдельно. Курс 10—15 аппликаций.

Для озокеритовых влагалищных тампонов можно применять только свежий, еще неиспользованный озокерит. Озокерит для тампонов нагревают отдельно от озокерита, предназначенного для аппликаций. Влагалищные озокеритовые тампоны можно вводить при помощи резиновых шин (по Н. Ф. Беспаловой-Летовой), в виде либо марлевых салфеток, либо ватных тампонов, густо пропитанных озокеритом. Введенные тампоны могут оставаться во влагалище до 24 часов. Озокерит отвердевает, обволакивается слизью и легко извлекается без последующего спринцевания.

Эффективность лечения обуславливается физическими, химическими и биологическими свойствами озокерита и приближается к эффективности грязе- и торфолечения. Показания те же, что и к грязелечению, с той разницей, что озокерит может быть применен в более ранних стадиях воспаления (Е. Д. Свет-Молдавская).

Лечение «грязевыми вытяжками». В лечебных грязях, наряду с химическими, тепловыми, электрическими и другими свойствами, обнаружены и биологически активные вещества: бактериофаги (А. Е. Лейбензон) «биологические антисептики», «биологические стимуляторы» (В. П. Филатов). Последние, по мнению В. П. Филатова, накоплены в грязи микроорганизмами, принимавшими участие в образовании ее. Советские ученые предложили ряд оригинальных методик получения из грязи наиболее активных ее элементов. В зависимости от применения той или иной методики получаемые препараты отличаются некоторыми особенностями и получили различные названия: грязевой отгон или отжим (В. П. Филатов, М. С. Беленький), грязевой фильтр (И. Б. Асатуров), грязевой раствор (А. Г. Кан), грязевая вытяжка—пелоидин (А. Е. Лейбензон)¹.

Наиболее тщательному лабораторному экспериментальному и клиническому изучению подвергся препарат, экстрагированный А. Е. Лейбензоном из иловой грязи (1938) и названный им «пелоидин».

Грязевые вытяжки представляют собой гипертонический раствор сложного комплекса солей, в том числе солей тяжелых металлов.

Грязевые вытяжки успешно применялись при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов. Особенно благоприятное действие

¹ Приготовление и применение препаратов из лиманной грязи. В кн.: М. Х. Бергольд. Новые лекарственные средства, М., 1952.

оказывала пелоиднотерапия на больных с острыми и подострыми воспалительными процессами внутренних половых органов: угнетенное состояние сменялось бодрым, активным, боли уменьшались, появлялся аппетит, сон; улучшалась картина крови и функция печени (В. Э. Ульмер).

Применение пелоидина при серозно-гнойных старческих кольпитах и при эндоцервицитах с истинными эрозиями уменьшало отечность слизистых, улучшало концентрацию водородных ионов (рН) и степень чистоты влагалища и вызывало эпителизацию эрозий. Позже аналогичные данные были получены И. Б. Асатуровым, Г. П. Белониной, А. С. Пшеничниковой и др. при лечении женских болезней различными препаратами, полученными из иловой грязи различных курортов (Одесса, Карачи, Саки и др.). Терапевтический эффект препаратов из лиманной грязи обусловлен их стимулирующим действием на нервную систему, на иммунологические и другие защитные функции организма (Н. В. Колпиков и др.).

Методика и показания к пелоиднотерапии¹:

«При заболеваниях женской половой сферы:

а) в острых и подострых случаях воспалительных заболеваний внутренних половых органов (аднекситы, периаднекситы, параметриты и др.) применяют внутримышечные инъекции нагретого до температуры тела пелоидина по 5—10 мл 2—3 раза в день в течение 6—8 дней;

б) при воспалениях нижнего отдела (кольпиты, цервициты, эндоцервициты) применяются влагалищные ванночки ежедневно в течение 20—30 минут—колумнизация смоченной пелоидином марлей в комбинации с инъекцией в подслизистую влагалища и в шейку матки по 2—5 мл. Продолжительность лечения 8—14 дней».

ЛЕЧЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫМИ ГАЗОВЫМИ ВОДАМИ

Искусственные сероводородные (сульфидные) воды, аналоги вод естественных сульфидных источников, получены в Центральном институте курортологии (1930). Составленные рецепты позволяют приготовить ванны различной концентрации, которые по химическому составу приближаются к естественным мацестинским источникам.

Наиболее простым способом приготовления искусственных сероводородных вод является химический, который заключается в получении свободного сероводорода действием сильных минеральных кислот (серной или соляной) на соли сероводородной кислоты. Вопросы технологии искусственных сероводородных вод детально разработаны в инструкции Центрального института курортологии по организации лечения сероводородными ваннами от 12/XII 1942 г.

Наибольшее распространение получили общие ванны и влагалищные орошения.

Опыт применения сероводородных ванн в Центральном институте курортологии показывает, что наиболее эффективны ванны с содержанием свободного сероводорода от 100 до 200 мг/л.

Ванны менее концентрированные (ниже 100 мг H_2S на 1 л воды) назначают ослабленным больным при склонности воспалительного процесса к частым обострениям и при подостром течении заболевания (температура искусственных сульфидных ванн колеблется от 38° до 34°).

¹ Методика и показания к применению препарата «Пелоидин» утверждены Министерством здравоохранения СССР (приказ № 760 от 8/IX 1950 гг.).

Для влагалищных орошений применяют сульфидные воды с концентрацией 100—150 мг сероводорода на 1 л воды. На одно орошение расходуется 6—8 л воды.

Методика применения, показания и противопоказания к искусственным сульфидным водам такие же, как и к естественным.

Шлаковые воды. По своему действию на воспалительные заболевания женских половых органов лечение шлаковыми водами близко к лечению сероводородными водами.

Шлаковые воды получают на металлургических заводах при плавке чугуна. При тушении водой шлаковых раскаленных масс в воду переходят химические вещества, в том числе большое количество серы, содержащейся в шлаке.

При добавлении в воду небольшого количества соляной кислоты связанный сероводород переходит в свободное состояние и получается вода со значительным количеством сероводорода.

Шлаковые воды применяют в виде ванн (37—36°), влагалищных орошений (38—40°) и микроклизм (40°). Курс лечения 16—18 ванн и 20—22 микропроцедуры. Положительные результаты при лечении воспалительных заболеваний половых органов (уменьшение болей, белей, улучшение общего состояния, уменьшение воспалительных явлений) получены у 81,8% больных (С. Я. Хейфиц и П. И. Фишер).

Радоновые воды, аналоги натуральных, применяют чаще в виде ванн и микропроцедур с концентрацией 100—200 единиц Махе. Радоном можно насыщать любые воды—пресные, соленые и др.

Для приготовления искусственных радоновых вод пользуются препаратами радия. Этот метод разработан в Центральном институте курортологии (В. И. Баранов, Е. С. Щепотьева) и введен в практику с 1944 г.¹

Количество радия, необходимое для приготовления радоновых ванн, даже при большом количестве отпускаемых ванн невелико; препарат радия в 10 мг может давать ежедневно 20 ванн в 100 единиц Махе, препарат в 15 мг—30 ванн, препарат в 20 мг—40 ванн ежедневно. Сначала радий переводят в раствор, затем из полученного раствора радия готовят обычно один раз в неделю основной, концентрированный раствор радона, из которого впоследствии ежедневно готовят в небольших бутылках растворы для вливания в ванну, для орошений и т. д.²

Методика применения, показания и противопоказания к применению искусственных радоновых вод при женских заболеваниях такие же, как и для натуральных.

Углекислые воды, аналоги натуральных углекислых вод (нарзанных), получают насыщением воды (любого состава) углекислыми газами.

Основными показателями, характеризующими качество углекислой ванны, являются количество растворенной в воде свободной угольной кислоты и размер пузырьков углекислого газа в воде. Мелкие пузырьки углекислого газа в ванне указывают на ее высокое качество³.

¹ Препарат радия для приготовления искусственных радоновых вод можно получить через Министерство здравоохранения СССР.

² Технология всех процессов и расчеты приготовления ванн подробно изложены в монографии проф. Е. С. Щепотьевой. Искусственные радоновые ванны и методика их приготовления. М., 1949.

³ М. М. Аникин и Г. С. Варшавер, Приготовление углекислых ванн. Физиотерапия, 1950, 5.

Методика применения, показания и противопоказания к применению искусственных углекислых вод при женских болезнях те же, что и для натуральных.

Азотсодержащие воды являются аналогами термальных слаборадиоактивных вод. Искусственные азотные воды получают насыщением обычной водопроводной воды азотом¹.

При погружении в хорошо приготовленную азотную ванну тело больной покрывается мелкими пузырьками, напоминающими иней. Пузырьки образуются из азота и держатся на теле более стойко, чем углекислые. Температура искусственных азотных ванн, содержащих до 20 мг азота на литр воды, 36—35°, продолжительность до 20 минут. Курс лечения 30 ванн.

По имеющимся данным (Е. Д. Свет-Молдавская) показания и противопоказания к применению азотных ванн аналогичны показаниям к применению термальных слаборадиоактивных цхалтубских вод.

НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

При хронических воспалительных процессах сочетанное бальнеологическое лечение можно начинать сразу. При подострых процессах и при частых рецидивах воспалительных процессов во избежание обострений бальнеолечение нужно применять более осторожно. При определении подострой стадии воспалительного процесса, в которой показано курортное лечение, нужно руководствоваться следующим:

- 1) давность острого процесса или последнего обострения должна быть не менее 2 месяцев от момента стихания;
- 2) температура тела должна быть нормальной или не выше 37—37,5°;
- 3) разница между подмышечной и влагалищной температурой не должна превышать 1°;
- 4) реакция оседания эритроцитов не больше 20 мм в час;
- 5) лейкоцитоз не выше 8000;
- 6) экссудативно-инфильтративные явления не должны быть резко выражены.

При лечении больных с воспалительными заболеваниями обычно сочетают наружное лечение (ванны, полуванны, аппликации и др.) с влагалищными, а иногда и прямокишечными тампонами.

Лечение целесообразно начинать со «входных» процедур, которые десенсибилизируют организм, подготавливая его к дальнейшему активному лечению. В качестве подготовительного лечения на курортах в теплое время года целесообразно использовать аэро- и гелиотерапию, а в холодное—ультрафиолетовую эритемотерапию. При грязелечении подострых заболеваний целесообразно начинать лечение с гальваногрязи, а затем (после 4—5-й процедуры) переходить на обычное грязелечение.

Практически же на курорте при подострых воспалительных процессах чаще применяется митигированное лечение (процедуры более низких температур, меньшей длительности, с большими интервалами).

¹ А. В. Киричинский и др., Опыт терапевтического применения воздушно-газовых ванн, Врачебное дело, 1946, № 7—8.

Влагалищные процедуры (тампоны и орошение) рекомендуется начинать не сразу, а после 3—5 процедур (ванны, аппликаций).

Под влиянием лечения в отдельные его периоды наблюдаются реакции обострения: общая и местная, герп. очаговая реакция.

Общая реакция чаще выявляется на 10—15-й день лечения и проявляется ухудшением общего состояния, головной болью, общей разбитостью, повышением температуры, изменением картины крови и т. д.

Очаговая реакция появляется часто после 3—5 процедур и проявляется усилением болей, белей, повышением подмышечной и особенно влагалищной температуры. При двуручном исследовании отмечается гиперемия слизистой влагалища, пульсация сосудов, отечность тканей, чувствительность и болезненность их.

В соскобах эндометрия, взятых у больных, лечащихся грязью, в период обострения обнаруживаются очаги гиперемии и отека (С. К. Лесной, С. А. Ягунов).

Принято различать три степени клинического проявления реакции.

Первая степень характеризуется следующим. Субъективно: боли внизу живота, в пахах, в пояснице либо совсем отсутствуют, либо бывают незначительными и непостоянными. Объективно: отмечают небольшие выделения, незначительная гиперемия, размягчение тканей и органов малого таза. Во влагалищной флоре отмечается увеличение количества кокков, палочек и лейкоцитов, в крови ускорение реакции оседания эритроцитов (до 15—20 мм в час).

Вторая степень характеризуется субъективно: общей усталостью, слабостью, раздражительностью, головными болями, ощущением тяжести внизу живота, усилением болей и белей. Иногда отмечается запор и учащение мочеиспускания. Объективно: отмечается гиперемия, отечность и пульсация сосудов, болезненность при пальпации и значительные слизистые выделения. В выделениях много лейкоцитов, появляются грамположительные диплококки, расположенные вне- и внутриклеточно; в отдельных случаях встречаются и грамотрицательные диплококки, расположенные внеклеточно. В крови наблюдается ускорение реакции оседания эритроцитов (до 30 мм в час), небольшое увеличение лейкоцитов, иногда небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Третья степень реакции характеризуется субъективно: значительно выраженной слабостью, разбитостью, плохим сном, температурой выше 37°, сильными болями внизу живота, в пахах и пояснице; усиливаются дизурические и диспептические явления; значительно увеличиваются выделения. Объективно: резкая гиперемия, отечность тканей и пульсация сосудистого пучка. В выделениях картина такая же, как и при реакции обострения второй степени. В крови значительное количество лейкоцитов (до 8000—10 000), ускоренная реакция оседания эритроцитов (больше 30 мм) и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Интенсивность реакций может быть различной—от едва заметной до бурно протекающей—и зависит от общего состояния и состояния нервной системы больной, от стадии воспалительного процесса, в которой начато лечение, от вирулентности инфекта и от дозировки бальнеологического фактора. При часто рецидивирующих хронических процессах и при подострых процессах реакция наблюдается чаще и выражена сильнее, чем при стойких хронических процессах. При грязелечении она выражена сильнее, чем при сероводородолечении и радонолечении. Обширные грязевые аппликации высокой температуры вызывают более

резко выраженную бальнеологическую реакцию, чем небольшие аппликации при менее высокой температуре. Грязевые тампоны обычно дают более позднюю и более слабую реакцию, чем грязевые ванны и аппликации. Менструальный период значительно усиливает реакцию.

На сущность реакции имеются различные взгляды. Одни авторы (А. Н. Великанов, А. А. Лозинский, В. С. Садиков и др.) прогностически оценивают реакцию обострения как положительное явление, способствующее более быстрому улучшению процесса. Другие (Н. Н. Бурденко, В. Е. Стефанович, В. Г. Дик, Л. Ф. Линевиц и др.) считают ее необязательной, отмечая благоприятные результаты лечения и при отсутствии реакции обострения. Третьи (Е. М. Брусилловский, С. С. Налбандов, А. Э. Гильчер и др.) высказываются за целесообразность умеренной реакции обострения, не настаивая, однако, на ее необходимости.

Согласно нашим данным реакция обострения наблюдается у большинства больных, но характер и интенсивность ее выражены различно. Иногда реакция выражена так незначительно, что объективно становится неуловимой.

Связь между реакцией обострения и результатом лечения не всегда удается выявить.

Реакцию обострения можно объяснять кумулятивным действием различных факторов. Повидимому, каждая процедура оставляет после себя следовую реакцию, суммация которых создает своеобразную кумуляцию, а последняя ведет, как правило, к «реакции обострения». С физиологической точки зрения представляется правильным не выделять как самостоятельные местную и общую реакции обострения, а считать их проявлениями единой реакции целостного организма на раздражитель. Практическое значение имеет поведение врача в период реакции обострения. Прекращать лечение нецелесообразно, но при резко выраженной реакции грязевые тампоны следует отменить, ванны же и аппликации можно продолжать, снизив температуру и уменьшив длительность процедуры.

Курортные факторы могут быть использованы в клинике воспалительных заболеваний женских половых органов и для выявления л а т е н т н о п р о т е к а ю щ и х и н ф е к ц и й.

Нужно отметить, что значение лечебных вод и грязей как провокационных средств при гонорее и при сифилисе было замечено еще в середине прошлого века. Так, А. В. Погожев еще в 1869 г. выявил провокационное влияние курортных факторов при гонорее, а Англаде и Фурнье¹ предлагали использовать сульфидные воды в качестве критерия излеченности сифилиса. Считалось, что употребление вод в виде питья и особенно в виде душей и ванн способствует «выходению наружу» проявлений сифилиса.

При оценке влияния отдельных факторов необходимо помнить, что оно осуществляется на фоне всех прочих благоприятно действующих условий общего комплекса, составляющего курортное лечение.

Под влиянием лечения отмечается ряд субъективных и объективных изменений, которые, суммируясь, ведут к восстановлению здоровья и трудоспособности женщины.

В первую очередь влияние на болевой симптом проявляется в болеутоляющем действии. Уже после первых 3—5 процедур большинство

¹ В. И. Казаков. Курортотерапия кожных и венерических болезней, 1951.

больных отмечает уменьшение болей. У больных с подострыми процессами изменяется характер болей—острые боли переходят в тупые, ноющие.

Особенно выраженным обезболивающим действием в этот период обладает радон. Уменьшение болей отмечается независимо от состояния воспалительного процесса.

В процессе дальнейшего лечения (после 5—10 процедур) почти у половины больных боли усиливаются, что связано с реакцией обострения. Кратковременное (1—3 дня) обострение сменяется, как правило, все нарастающим улучшением, которое в результате рассасывания патологических выпотов ведет к полному исчезновению болей. Болеутоляющее действие курортного лечения приобретает исключительно важное значение, если принять во внимание частоту болевого симптома при воспалительных процессах половых органов и влияние болей на весь организм, особенно на нервную систему.

Болеутоляющий эффект, как показывает изучение отдаленных результатов лечения, обладает значительной стойкостью.

Курортные факторы оказывают значительное влияние на менструальную функцию.

В литературе по вопросу возможности применения курортного лечения в период менструаций существует два взгляда. Одни авторы (В. И. Абель, И. Б. Мандельштам и др.) резко высказывались против лечения во время менструаций, считая, что «лиманные купания и ванны во время месячных представляют собой грубое вмешательство в совершающееся волнообразное движение, способное отклонить их в сторону, противоположную той, которая предназначена силами природы».

Другие авторы (В. Г. Дик, С. А. Ягунов, Д. Л. Чернеховский, М. М. Миронов, С. К. Лесной и др.) считают, что применение различных бальнеологических процедур во время менструаций является не только допустимым, но и положительным в смысле анальгезирующего и регулирующего действия этих процедур.

На основании литературных данных и наших собственных многолетних наблюдений можно прийти к таким заключениям.

1. У женщин, подвергающихся бальнеологическому лечению по поводу какого-либо внеполового заболевания (невриты, ревматизм и т. п.), при здоровой половой сфере лечение во время менструаций прерывать не следует.

2. При стойких хронических воспалительных процессах половых органов или остаточных явлениях лечение во время менструаций тоже можно продолжать, кроме влагалищных грязевых тампонов, которые на это время лучше отменить.

3. При хронических воспалительных процессах с сопутствующими обильными и длительными менструациями наружное применение процедур рекомендуется продолжать. При грязелечении в этих случаях целесообразно применять дополнительно грязевую аутоамминизацию, а при радонолечении—радоновые орошения и микроклизмы.

4. При воспалительных заболеваниях с сопутствующими малыми, короткими менструациями лечение рекомендуется продолжать. Грязелечение целесообразно проводить при невысокой температуре.

5. При наличии болезненных менструаций лечение, оказывающее обезболивающее действие, нужно продолжать.

6. Лечение во время менструаций женщин с подострыми воспалительными процессами или рецидивирующими хроническими процессами можно проводить, но осторожно, строго индивидуализируя.

Больным с подострыми процессами бальнеологическое лечение во время менструации противопоказано: 1) если у них обильные и длительные менструации и 2) если период менструаций совпадает с реакцией обострения.

До последнего времени влияние курортных факторов на менструальную функцию оценивали, не учитывая менструальной фазы, в которую было начато лечение. В настоящее время в свете данных об изменении реактивности нервной системы, отдельных органов и систем женского организма в различные периоды полового цикла (Н. Л. Гармашева, Я. В. Куколев, И. А. Эскин и др.) становится понятным и значение этого момента в оценке влияния курортотечения на менструальный цикл.

Не меньший интерес в практическом отношении представляет вопрос о влиянии курортных факторов на нарушенную менструальную функцию. Прежде всего следует отметить некоторые различия в действии отдельных факторов на организм.

Под влиянием грязелечения, сероводородолечения и термальных слаборадиоактивных вод менструации в большинстве случаев становятся более обильными и длительными, причем они наступают раньше обычного срока на 2—10 дней; только у некоторых больных менструации становятся менее обильными, менее длительными и наступают с задержкой на несколько дней (С. К. Лесной, С. А. Ягунов). Последнее наблюдалось в тех случаях, когда грязе- или сероводородолечение начинали за несколько дней до наступления менструаций. Если же лечение было начато вскоре после окончания менструаций, очередные менструации наступали, как правило, раньше обычного срока.

При воспалительных заболеваниях, сопровождающихся кровотечениями, последние в начале грязе- и сероводородолечения иногда усиливаются, в конце же лечения уменьшаются, а в отдельных случаях и прекращаются. Это может быть объяснено как ослаблением воспалительного процесса в половых органах, так и регулирующим действием грязевых и особенно сероводородных ванн, отвлекающих массу крови из органов малого таза к периферии.

Иное влияние на менструальную функцию оказывает радонолечение. У большинства больных под влиянием радонолечения удлиняется межменструальный период, уменьшается количество теряемой крови, сокращается менструальный период, менструации наступают с задержкой на 2—7 дней и только в отдельных случаях наступают на 2—3 дня раньше срока и бывают более обильными. В тех случаях, когда лечение начато за 5—7 дней до начала менструаций, последние наступают раньше срока и бывают более обильными. Когда радонолечение начато непосредственно по окончании последних менструаций, очередные менструации наступают с задержкой и бывают менее обильными.

Различное действие радоновых процедур на менструальную функцию в зависимости от фазы, в которой начато лечение, объясняется, повидимому, тем, что радоновые излучения оказывают на созревающие фолликулы сначала раздражающее и стимулирующее действие, а затем угнетающее (Н. И. Горизонтов, Б. С. Пойзнер и др.). Экспериментальные исследования Н. М. Гетман-Сычевой подтверждают отмеченные выше явления. Совершенно бесспорно, что все факторы, применяемые при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, оказывая болеутоляющее, регулирующее и нормализующее действие на менструальную функцию, приводят при правильном их применении к значительному стойкому положительному лечебному эффекту.

Особый интерес представляет радонолечение маточных кровотечений у больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов в комбинации с гипертиреозами. Под влиянием радоновых процедур у таких больных менструации становятся менее обильными и менее длительными.

Параллельно с нормализацией менструальной функции улучшается общее состояние: частично или полностью исчезают сердечные расстройства, больные становятся спокойнее, уравновешеннее. Уменьшается часто наблюдаемая у больных с гипертиреозами потливость. У некоторых больных, начинающих радонолечение при субфебрильной температуре, последняя к концу лечения приходит к норме. В ряде случаев улучшается основной обмен. Многие больные прибавляют в весе.

Следует отметить, что гинекологические больные с гипертиреозами, как правило, плохо переносят грязелечение: у них усиливается нервное возбуждение, ухудшается общее состояние, усиливается тахикардия, потливость и т. д. В этих случаях приходится либо отменять грязелечение, либо проводить его строго щадящим методом (низкие температуры, небольшая продолжительность процедур, интервалы в 1—2 дня).

Благоприятное действие радоновых процедур может быть, повидимому, объяснено, с одной стороны, действием радоновых излучений на нервную систему, а с другой — действием их на щитовидную железу, вызывающим понижение ее функции.

Радоновые ванны рекомендуется проводить в комбинации с микропроцедурами (микроклизмы).

В этих случаях следует применять ванны невысоких температур (36—35°), так как высокие температуры эти больные плохо переносят. Длительность ванны в начале лечения должна быть 6—8 минут. Первые 3—4 ванны целесообразно назначать с интервалами в 1—2 дня. В дальнейшем длительность ванн может быть увеличена до 15—20 минут, а интервалы между ваннами сокращены; ванны можно назначать 2—3—4 дня подряд с перерывом на один день. При такой дозировке больные хорошо переносят радонолечение. Ухудшение, наблюдаемое в начале радонолечения у некоторых больных с гипертиреозами, Н. А. Шерешевский и др. объясняют раздражением щитовидной железы, которое наблюдается в начале лечения при недостаточном насыщении организма радиоактивными элементами.

Бели под влиянием лечения сначала (после первых 3—7 процедур) усиливаются, что нередко смущает больных, а затем начинают уменьшаться, изменяясь и качественно: из густых, желтых и зеленых они переходят в белые, а затем в бесцветные жидкие выделения. К концу лечения выделения либо совсем прекращаются, либо значительно уменьшаются. Бактериоскопическими исследованиями влагалищного секрета выявлено благоприятное действие лечения на степень чистоты: чистота влагалища IV и III степени переходит во II и I. Параллельно с изменением степени чистоты влагалища изменяется и концентрация водородных ионов (рН) во влагалищном секрете, в сторону повышения кислотности. Улучшение чистоты влагалищного секрета и увеличение его кислотности, как правило, находятся в прямой зависимости от положительного результата лечения основного заболевания. Сопоставляя данные действия отдельных факторов на секреторную функцию влагалища, можно отметить следующее: более благоприятное действие оказывает сероводородо- и особенно грязелечение; менее благоприятное действие, значительно уступающее грязелечению по эффективности, оказывает радонолечение.

Нужно подчеркнуть, что эффективность лечения белей усиливается при сочетании наружного и влагалищного применения (ванны, влагалищные орошения).

Довольно часто больные с воспалительными заболеваниями жалуются на отсутствие или ослабление полового влечения, понижение либидо и оргазма и болезненность при половом сношении. Под влиянием всего комплекса курортного лечения, как правило, у больных отмечается активация сексуальной функции. Четко отмечается повышение сексуальной функции у больных под влиянием сероводородолечения и особенно грязелечения; при радонолечении оно выражено слабее. Усиливающее сексуальную функцию действие грязелечения может быть, повидимому, объяснено активацией функции яичников и действием эстрогенных гормонов, содержащихся в пелоидах (В. Г. Дик, С. К. Лесной и др.).

Влияние курортных факторов на детородную функцию больных воспалительными заболеваниями довольно значительно. Ослабляя или полностью устраняя образующиеся в течение воспалительного процесса катарры слизистой половых органов, а также экссудативные, инфильтративные и спаечные процессы, курортное лечение нормализует и улучшает рН влагалищного секрета и его флору, менструальную функцию, способствует восстановлению проходимости труб, стимулирует функцию яичников и пр.

Все это обеспечивает восстановление условий, необходимых для возникновения нормальной беременности.

В последние годы для диагностики и лечения бесплодия на многих курортах широко применяют продувание труб и метросальпингографию (Г. К. Живатов, А. М. Мажбиц и др.). Не отрицая диагностической и лечебной ценности пертубации и метросальпингографии, нельзя, однако, признать совсем безопасным широкое применение этих методов после проведенного курортного лечения по поводу воспалительного процесса. Наличие часто неопределяемых реактивных явлений (отека и гиперемии) со стороны слизистой оболочки матки, а также возможность активирования в процессе лечения дремлющей инфекции обоснованно ставят вопрос об ограничении показаний к пертубации и метросальпингографии непосредственно по окончании лечения на курорте.

Только при наличии стойких остаточных воспалительных явлений, при отсутствии значительно выраженной очаговой реакции обострения в процессе лечения, при I степени чистоты влагалища, при нормальном морфологическом составе крови и в условиях санатория может быть допущено определение проходимости труб непосредственно после лечения на курорте, проведенного по поводу воспалительного процесса половых органов.

По данным С. Т. Быкова, Г. К. Живатова, А. М. Мажбица и др., проходимость труб после грязелечения восстанавливалась у 15—55% больных. По данным А. Д. Калюта после сероводородолечения в Мацесте из 71 женщины, страдающих бесплодием и непроходимостью труб, у 7 восстановлена проходимость одной трубы, у 14—проходимость обеих труб, у остальных больных осталась полная двусторонняя непроходимость.

При подозрении на хроническую гонорройную инфекцию целесообразно проводить грязелечение в комбинации с сульфаниламидо-, пенициллино- и стрептомицинотерапией.

При бесплодии, обусловленном неправильным положением матки, и при наличии в области малого таза спаечных процессов курортное

лечение должно сочетаться с гинекологическим массажем. Массаж нужно делать систематически ежедневно в течение $1\frac{1}{2}$ —2 месяцев (и по окончании курортного лечения), за исключением периода менструации и периода реакции обострения. Массаж целесообразно начинать после процедуры; продолжительность сеанса сначала 3—5 минут с последовательным увеличением до 10 минут.

При бесплодии, обусловленном недоразвитием половых органов (гипоплазия), а также при пониженной функции яичников, клинически выражающейся гипо-, олигоменорреей или аменорреей, показано лечение в комбинации с применением гормональных препаратов. Последние следует применять, учитывая фазу менструального цикла. Наиболее показанным в этих случаях является сероводородолечение. По данным Д. Л. Чернеховского, после сероводородолечения в Мацесте беременность наступила у 6% женщин, по данным Гордона, из 26 больных, забеременевших после сероводородолечения в Мацесте, первичное бесплодие было у 8 больных, а вторичное с периодом стерильности от 3 до 15 лет—у 18.

Ослабленным больным показано курортное лечение в комбинации с общеукрепляющим и тонизирующим медикаментозным и климатическим лечением (аэро-, гелио-, талассотерапия).

При бесплодии, обусловленном воспалительными заболеваниями, наиболее эффективно грязелечение. По данным Г. К. Живатова, из 443 женщин, страдающих бесплодием, беременность после грязелечения наступила у 21,2%, а по данным Л. Н. Старцевой,—у 18,9%.

Согласно имеющимся данным, особенно благоприятные результаты при женском бесплодии получены путем комбинированного грязе-, сероводородолечения. Л. Н. Старцева (Сергиевские минеральные воды) и Е. М. Антонова-Алибекова (Талги) применяли сероводородные ванны + грязевые тампоны или грязевые трусы + сероводородные орошения.

По данным Е. М. Антоновой-Алибековой, из 25 женщин, страдающих бесплодием, беременность наступила у 8 (при первичном бесплодии—у 3, при вторичном—у 5).

По данным Л. Н. Старцевой, при значительных сроках бесплодия (5—10 и больше лет) после курортного лечения у 8,3% больных наступала внематочная беременность, повидимому, вследствие неполного восстановления проходимости труб; аналогичные данные приводит и С. К. Лесной.

Немаловажное значение имеет и то обстоятельство, что грязелечение повышает, в частности, сексуальную функцию больных.

При привычных выкидышах, обусловленных воспалительными заболеваниями, девиациями матки, недостаточным развитием половых органов и дисфункцией яичников (недостаточная продукция прогестерона), эффективно курортное лечение, особенно грязелечение (С. К. Лесной). Объясняется этот эффект противовоспалительными, рассасывающими, активизирующими свойствами грязи и особенно наличием в ней эстрогенных факторов. При подозрении на сифилис или при наличии в анамнезе самопроизвольного выкидыша показано грязелечение и особенно сероводородолечение в комбинации со специфическим лечением. Под влиянием курортных факторов повышается проницаемость гемато-энцефалического барьера, вследствие чего вводимые препараты оказывают более сильное и более продолжительное действие (В. М. Верзилов, Х. М. Фрейдин, А. Р. Шугам).

Лечение на курортах при беременности требует сугубой осторожности, поскольку оно связано с возможностью серьезных осложнений, в частности, в ряде случаев вызывает, несомненно, прерывание беремен-

ности (А. А. Новицкий, А. А. Орловский, В. Г. Дик, А. Э. Гильчер, С. А. Юрасовский, А. М. Мажбиц и др.).

Согласно данным многих авторов и нашему многолетнему опыту, лечение гинекологических заболеваний на курортах в период беременности нецелесообразно и противопоказано. Сама беременность создает в малом тазу значительную гиперемию, благотворно действующую на воспалительный процесс, активизируя функцию эндокринных и других желез, что вызывает мощную перестройку всего женского организма.

Вопрос о допустимости лечения на курортах (за исключением радонолечения) внеполовых заболеваний женщины при наличии у нее беременности может быть разрешен положительно только при следующих условиях: 1) если беременность протекает нормально, при сроке ее не выше 5 месяцев; 2) если у беременной женщины нет гинекологических заболеваний; 3) если нет склонности к кровотечениям; 4) если в анамнезе нет указаний на самопроизвольные выкидыши и недонашивания беременности.

Радонолечение при беременности во всех случаях противопоказано.

Благоприятное действие курортное лечение оказывает на хронические воспалительные заболевания влагалища и шейки матки (цервициты и эндоцервициты): исчезают воспалительные явления, густые выделения постепенно переходят в серозные и прозрачные, а в дальнейшем совсем исчезают. Для лечения рекомендуются влагалищные процедуры—грязевые тампоны, влагалищные орошения, спринцевания минеральными и газовыми водами. Наиболее эффективны грязелечение и сероводородолечение; менее выраженный эффект дают радонолечение и лечение углекислыми водами.

Особого внимания заслуживает лечение на курортах трихомонадных кольпитов. Под влиянием курортного лечения у больных отмечается улучшение, а иногда и полное исчезновение трихомонад. До тех пор пока кислотность и флора влагалищного секрета не изменены, трихомонады сравнительно быстро ликвидируются и, наоборот, при наличии патологических изменений в половых органах лечебные мероприятия, направленные к ликвидации трихомонад, не обеспечивают стойкого положительного результата. Поэтому при лечении трихомонадного кольпита сначала надо ликвидировать основную причину, которая вызывает патологические изменения влагалищного секрета. Под влиянием курортных факторов улучшается общее состояние организма (состояние нервной системы, гормонального статуса и пр.), улучшается трофика тканей, уменьшается воспалительный процесс; трихомонады обычно исчезают.

При наличии трихомонад целесообразно перед первыми 2—3 влагалищными процедурами тщательно промыть влагалище, а затем проводить сочетанное лечение. По окончании лечения, если трихомонады еще выявляются, нужно провести соответствующее противотрихомонадное лечение.

Эффективность курортного лечения воспалительных заболеваний шейки матки зависит в значительной степени от этиологии и характера заболевания. Более эффективным будет курортное лечение воспалительных заболеваний шейки неспецифической этиологии. По данным С. А. Ягунова и Р. И. Бубес, лечение негонорройных эндоцервицитов дает благоприятный эффект у 91% больных. Менее эффективно лечение воспалительных заболеваний гонорройной этиологии (А. П. Кушелевский). При неспецифических цервицитах и эндоцервицитах показано применение влагалищных процедур, чаще в комбинации с наружными.

При заболеваниях шейки матки гонорройной этиологии следует всегда учитывать провоцирующее влияние курортных факторов. При наличии гонококка до курортного лечения или выявления его в процессе курортного лечения последнее должно быть прекращено до окончательной ликвидации гонококков антибиотиками и сульфаниламидами.

Простые эрозии заживают довольно быстро. После 4—6 грязевых тампонов или после 6—8 сероводородных орошений обычно начинается усиленная эпителизация. После 10—12 грязевых тампонов или после 12—14 орошений эрозия, как правило, заживает. В отличие от эпителизации от периферии к центру при грязелечении, радонолечении и при других факторах заживление при сероводородолечении идет несколько иным путем: образуется своеобразная эпителизация «островками». Это свидетельствует о значительном стимулирующем действии сероводорода, активирующего отдельные уцелевшие на эрозии участки эпителия (С. А. Ягунов, Л. Н. Старцева и др.).

При фолликулярных эрозиях эффективность курортного лечения значительно меньше. Для ускорения эпителизации рекомендуется вскрывать наботовы яички, однако и при этих условиях эффективность и особенно стойкость излечения таких эрозий оставляет желать многого. Учитывая громадное значение роли эрозий шейки матки как постоянного очага раздражения и сенсibilизации организма, а также источника дальнейшего развития патологического процесса в половых органах, абсолютно необходимо полностью излечить эрозию. При длительно не заживающих эрозиях, не поддающихся лечению, рекомендуется по окончании курортного лечения, после ликвидации или уменьшения воспалительных явлений при наличии стойко неэпителизирующейся эрозии (доброкачественной) провести диатермоэлектрокоагуляцию шейки матки (методику электрокоагуляции см. стр. 463). При условии соблюдения всех правил это наиболее эффективный метод лечения длительно не заживающих эрозий.

Наибольшую эффективность дает курортное лечение воспалительных процессов в малом тазу (остатки экссудата, послеоперационные инфильтраты, небольшая давность кровоизлияний в заматочном пространстве).

К этой же группе заболеваний относятся подострые аднекситы и периаднекситы, а в ряде случаев также и трупно-яичниковые опухоли с вовлечением в процесс брюшины и клетчатки, так называемые «конгломератные опухоли» придатков, которые под влиянием лечения начинают рассасываться и распадаться. Освобождающиеся органы начинают отчетливо контурироваться, приобретая обычную величину, форму и подвижность. При наличии в таких случаях сопутствующих маточных кровотечений, метроэндометрита или фиброматоза матки эффективным является грязелечение (ванны или аппликации в комбинации с грязевой аутоаммиононизацией) и особенно радонолечение.

При наличии сопутствующих малых менструаций показано сероводородо- или грязелечение невысоких температур.

Менее эффективно курортное лечение при хронических воспалительных процессах матки и придатков (метроаднекситы), а также при остаточных явлениях после воспаления тазовой брюшины и клетчатки (парапериметрит). Сюда же могут быть включены фиксированные девиации матки и придатков, сопровождающиеся постоянными, иррадиирующими болями, бесплодием и спонтанными выкидышами. Под влиянием энергичного курортного лечения рубцы и спайки разрыхляются и становятся

более сочными. Однако восстановления подвижности и нормальных соотношений органов малого таза можно достичь в этих случаях только при применении курортных факторов в сочетании с гинекологическим массажем и лечебной физкультурой (Д. Л. Чернеховский, С. К. Лесной и В. И. Здравомыслов и др.).

При фиксированных девиациях матки и придатков наиболее эффективно грязелечение: ванны или аппликации 48—50° в сочетании с влажными или прямокишечными тампонами. Менее эффективно сероводородолечение и особенно радонолечение. Массаж, выполняемый обязательно врачом, целесообразно начинать после 3—5 бальнеологических процедур и делать его ежедневно, исключая дни менструации и дни реакции обострения. Применяемая в сочетании с грязелечением лечебная физкультура, улучшая кровообращение в органах малого таза, способствует растягиванию и рассасыванию спаек, укрепляет мышцы брюшного пресса и тазового дна, улучшает работу кишечника, способствует, наконец, тонизированию и укреплению всего организма больной.

При таком комплексном правильно построенном лечении фиксированные девиации матки и сопутствующие им симптомы могут быть устранены в громадном большинстве случаев до 90—95% (Л. Ф. Линевиц, С. К. Лесной, Р. Б. Турецкая и др.)¹.

Невелика эффективность бальнеотерапии больных с воспалительными толстостенными мешотчатыми опухолями придатков матки, образовавшимися в результате длительного хронического воспалительного процесса и у больных с воспалительными заболеваниями придатков при наличии фибриомом. В последнем случае особенно малоэффективно грязелечение и сероводородолечение, значительно эффективнее радонолечение.

ЛЕЧЕНИЕ ГИПОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Из группы больных с гипогенитальными расстройствами для курортного лечения показаны больные с аменореей, олигоменореей, дисменореей на почве: 1) нерезко выраженного недоразвития полового аппарата (яичников, матки или всех органов); 2) в результате воспалительных процессов внутренних половых органов различной этиологии; 3) после перенесенного послеабортного или послеродового сепсиса; 4) после эндокринных заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ (гипотиреозидизм, *dystrophia adiposo-genetalis* и др.). Наиболее часто встречаются больные, особенно на грязевых курортах, с гипогенитальным синдромом и остаточными воспалительными процессами. По данным С. К. Лесного, из 477 женщин, лечившихся по поводу гипогенитальных расстройств в Саках, у 95% обнаружены воспалительные процессы и гипофункция и только у 5% отмечена гипофункция без воспалительных процессов.

Курортное лечение больных с гипогенитальными расстройствами дает определенно положительный эффект. Это выражается в улучшении общего состояния, снижении явлений сопутствующего неврастенического синдрома, нормализации менструального цикла. В ряде случаев отмечается увеличение гипопластической и гипотрофичной матки и восстановление производительной функции (Д. Л. Чернеховский, А. Л. Гордон, С. К. Лесной и др.).

¹ Комплексы специальных упражнений для лечения гинекологических заболеваний на курортах разработаны В. Н. Мошковым и приведены в его монографии «Лечебная физкультура на курортах и в санаториях», М., 1954.

Изучая данные гистологических исследований соскобов слизистой оболочки матки до и после грязелечения у больных с гипогенитальными расстройствами, лечившихся в Саках, С. К. Лесной выявил активизирующее влияние грязелечения на слизистую оболочку матки. По его данным, процессы, возникающие в эндометрии при грязелечении, весьма сходны с процессами, возникающими под влиянием фолликулина и других эстрогенных веществ, что является объективным доказательством действия грязелечения на половую систему женщин с гипогенитальными расстройствами. Активизирующее действие грязелечения на слизистую оболочку матки подтверждают исследования С. А. Ягунова, Г. К. Живатова, И. И. Землинской и др. Такое же действие сероводорода доказано И. Б. Асагуровым, М. В. Лебедевым и Н. К. Накоряковым. Упомянутые авторы изучали гистологические изменения в соскобах слизистой, титр фолликулина в моче и изменения в яичниках под влиянием сероводородолечения. Активация эндометрия, так же как и других органов и систем больных, обусловлена особенностями грязе- и сероводородолечения и является ответной реакцией организма на активное воздействие бальнеологических факторов.

Наиболее эффективными методами лечения гипогенитальных расстройств являются грязе- и сероводородолечение.

Согласно нашим наблюдениям, грязелечение более эффективно при гипогенитальных расстройствах на почве остаточных воспалительных процессов, после перенесенных острых и подострых заболеваний, а сероводородолечение—при лечении гипогенитальных расстройств у больных с первичной функциональной и анатомической недостаточностью. При гипогенитальных расстройствах с сопутствующими гипотиреозами эффективным методом лечения являются термальные слаборадиоактивные воды. По данным ряда авторов, цхалгубские воды оказывают благоприятное влияние на гипотиреозы, на климактерические артриты и на климактерический синдром в целом, повышая функцию яичника.

При гипогенитальных расстройствах с сопутствующими нарушениями обмена веществ благоприятное действие оказывают углекислые воды (Ф. А. Соловьев, О. Ю. Берлин) и особенно минеральные (соляно-щелочные, серно-щелочные и др.) в комбинации с внутренним их применением (В. Г. Дик, А. А. Новицкий и др.).

При лечении больных с гипогенитальными расстройствами, без сопутствующих воспалительных заболеваний целесообразно широко применять комбинированные методы лечения. Так, при наличии соответствующих климатических возможностей рекомендуется сероводородолечение или грязелечение комбинировать с аэро-, гелио-, талассо- и рапотерапией. Эффективность лечения гипогенитальных расстройств значительно повышается при дополнительном применении гормональных препаратов (фолликулин, эстрадиол и т. п.) или их синтетических аналогов (синэстрол, стильбэстрол и др.). Эстрогенные препараты следует применять циклически в пролиферативную фазу полового цикла, непосредственно после окончания менструаций в продолжение 12—15 дней, после чего в течение 6—8 дней применяется прожестерон или прегнин (гормон желтого тела) по 5—6 мг в день. При гормонотерапии дозировка не должна превышать физиологических цифр: для эстрогенов—150 000—200 000 м. е. на курс, а для гормона желтого тела—30—40 мг.

По данным С. К. Лесного, грязелечение в комбинации с органотерапией дают положительные результаты у больных с гипогенитальными расстройствами, у которых изолированное применение грязелечения

или органотерапии было безуспешным. В качестве тестов для оценки эффективности курортного лечения гипогенитальных расстройств целесообразно использовать цитологию влагалищного мазка и прямокишечную термометрию.

ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

При направлении больных на курортное лечение по поводу климактерического симптомокомплекса необходимо учитывать стадию климактерия (стр. 155).

Для женщин, находящихся в полигормональной стадии климактерия, наиболее показано радонолечение.

При назначении курортного лечения в климактерическом периоде нужно быть особенно осторожным, так как в этом возрасте больные плохо переносят все лечебные мероприятия, которые могут оказывать более или менее резкое воздействие на сердечно-сосудистую и нервную систему.

Лечение на курортах женщин в климактерическом периоде применяется в следующих случаях: 1) специально по поводу «климактерического симптомокомплекса»; 2) по поводу внеполовых заболеваний (суставных, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и др.); 3) при наличии воспалительных заболеваний половой сферы.

Радоновые ванны в 36—35° по 8—15 минут ежедневно благоприятно действуют при климактерических вазомоторных расстройствах («климактерический симптомокомплекс»). Улучшается общее состояние, уменьшается раздражительность, потливость; «приливы» становятся реже и слабее. Одни больные отмечают улучшение уже после первых 5—6 радоновых ванн, другие—через 5—10 дней по окончании лечения. Действие радоновых излучений при климактерических расстройствах до некоторой степени аналогично действию рентгеновых лучей, которые оказывают регулирующее действие при нарушениях равновесия вегетативной нервной системы (М. И. Неменов).

Благотворное влияние оказывает радонолечение у ряда больных при климактерических кровотечениях, обусловленных дисфункцией и угасанием овулогенной функции яичника.

Радонолечение, действуя угнетающе на функцию яичников, уменьшает кровотечение. Под влиянием радоновых процедур (ванн, орошений и микроклизм) уменьшается длительность кровотечения и количество теряемой крови (Е. Д. Свет-Молдавская, Н. М. Гетман-Сычева). Эффективность и стойкость радонолечения климактерических кровотечений может быть увеличена одновременным применением гормонотерапии (прожестерон, метилтестостерон и др.). В первой стадии климактерия (без кровотечений) показана в условиях приморского климата аэро-, гелио-, талассотерапия, а в условиях теплого влажного климата—купание в реке. Во всех случаях курортное лечение следует проводить в комплексе с соответствующим питанием (диетотерапия), лечебной физкультурой, прогулками, отдыхом.

Для женщин, находящихся в третьей и особенно во второй стадии климактерия, показано лечение термальными слабо радиоактивными, сероводородными и углекислыми ваннами. Последние целесообразно применять небольшой концентрации, низких температур (35—33°), длительностью 8—12 минут ежедневно или 2—3 дня подряд и день перерыва.

Под влиянием лечения приливы становятся реже, слабее, уменьшается потливость, слабость, улучшается общее самочувствие и сон. Эффективность курортного лечения женщин во второй и третьей стадии климактерия может быть повышена одновременным применением гормональных препаратов небольшой концентрации (октэстрол, фолликулин—200 м. е. в 1 мл.)

Различная эффективность курортного лечения (радоновые, сероводородные, углекислые ванны) климактерической гипертонии, повидимому, объясняется различным исходным нервно-эндокринным состоянием организма женщин. При климактерических гипертониях своеобразие заключается в том, что сдвиги кортико-висцеральных связей происходят наряду с угасанием функции яичников. Поэтому выявление стадии климактерия имеет большое значение для правильного построения лечения.

Проводя курортное лечение гинекологических и внеполовых заболеваний у женщин, находящихся в климактерическом периоде, необходимо учитывать все вышеизложенное.

Особого внимания заслуживает вопрос грязелечения женщин в климактерическом периоде. Грязелечение даже невысоких температур оказывает на таких больных неблагоприятное действие: резко усиливаются нервно-вазомоторные явления («приливы», раздражительность, головные боли и т. п.).

Л. Ф. Линевиц, И. С. Ходжаш и др. указывают на то, что больные с заболеваниями суставов, особенно климактерическими (arthropathia ovarii grava), ревматическими и т. д., плохо переносят даже грязи низких температур и теплые рапные ванны в 36—37°. Под влиянием грязе-, раполечения учащаются и усиливаются приливы к голове, повышается возбудимость нервной системы, ухудшаются сон и аппетит, усиливаются боли в ногах. При переводе таких больных на лиманолечение (купание в озере) в сочетании с аэротерапией отмечалось значительное улучшение состояния суставов и общего состояния.

В комбинации с органотерапией грязелечение «эндокринно-токсических» артритов давало благоприятный результат (Е. М. Брусилковский, А. Э. Гильчер и др.).

При наличии половых или внеполовых заболеваний, осложненных климактерическими расстройствами, более показано лечение сероводородными, радоновыми и термальными водами, которые больные лучше переносят и которые в этом периоде являются более эффективными, чем грязелечение.

ЛЕЧЕНИЕ НА КУОРТАХ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Вопрос о применении курортного лечения при доброкачественных новообразованиях¹ нужно рассматривать в следующих направлениях: 1) лечение самих новообразований, 2) лечение воспалительных процессов в малом тазу при наличии новообразований и 3) лечение сердечно-сосудистых и других внеполовых заболеваний при наличии фибромиом.

¹ Больных со злокачественными новообразованиями при любых условиях на курорты не направляют.

1. Курортное лечение доброкачественных новообразований—кистом яичников и фибромиом матки—противопоказано. Под влиянием грязелечения и особенно сероводородолечения отмечается быстрый интенсивный рост опухоли.

Всякая выявляемая пролиферирующая киста яичника независимо от ее величины, характера и т. п. подлежит скорейшему оперативному удалению. Что касается фибромиом, то срочное оперативное их удаление не всегда обязательно и обычно зависит от характера фибромиомы и симптомов (кровотечение, общее состояние больной, характер фибромы и пр.). Наиболее частым и серьезным симптомом при фибромиомах является маточное кровотечение. Все факторы, за исключением радонолечения, активируя функцию яичников, усиливают кровотечение при фибромиомах. При кровотечениях, обусловленных некоторыми формами фибромиом, может быть эффективным радонолечение. Как указывают наши многолетние наблюдения, подтверждаемые данными Н. И. Горизонтова, П. В. Занченко, А. А. Новицкого, Б. С. Пойзнер, Н. М. Гетман-Сычевой и др., радонолечение даст положительный результат при кровотечениях, обусловленных фиброзной маткой, если величина ее не превышает двухмесячной беременности, и при фибромах с интерстициальными и субсерозными узлами небольшой величины (размером от вишни до голубиного яйца). Под влиянием радонолечения (ванн, орошения, микроклизм) величина фиброзной матки и отдельных ее узлов уменьшается, прекращаются или уменьшаются менометроррагии, уменьшаются боли. Полученные благоприятные результаты оказываются стойкими в пределах 3—6 и более месяцев (П. В. Занченко, Н. М. Гетман-Сычева, Е. Д. Свет-Молдавская и др.). Эффективность и стойкость радонолечения могут быть увеличены применением комплексной терапии—сочетанием радонолечения с физиотерапией (аутоамминоионизация).

При подслизистых фибромиомах и при полипах радонолечение не показано: оно не дает никакого эффекта, кровотечения не только не уменьшаются, но в ряде случаев даже усиливаются.

2. Воспалительные заболевания в малом тазу в сочетании с фибромиомами встречаются довольно часто. Лечение на курорте в этих случаях носит характер предоперационной подготовки.

Грязелечение, сероводородолечение и другие виды лечения на курортах являются при этих формах заболевания ограниченно показанными, так как применение их может способствовать росту фибромиом и усилению кровотечения. Рекомендуется применять «грязевые трусы» невысоких температур в комбинации с грязевыми аппликациями на молочные железы. При таком лечении обычно не отмечается роста узлов и усиления менометроррагий. Минеральные и газовые ванны нужно назначать небольшой концентрации и невысокой температуры.

Радонолечение можно применять с успехом, так как оно оказывает противовоспалительное и одновременно подавляющее действие на менструальную функцию, вследствие чего в значительной мере исключается возможность роста опухоли. Под влиянием радонолечения большинство больных с фибромиомами матки в комбинации с воспалительными процессами отмечает уменьшение кровотечений, менструации становятся менее обильными, исчезают или уменьшаются сгустки крови, укорачивается длительность кровотечения; менструации проходят безболезненно или менее болезненно. Объективно отмечается различной степени уменьшение воспалительных явлений, улучшение подвижности матки и некоторое уменьшение ее величины.

При радонолечении таких больных целесообразно радоновые процедуры назначать ежедневно и не прекращать их в период менструаций и кровотечений. В последнем случае рекомендуется назначать микроклизмы 37—38° 2—4 раза в день или влагалищные орошения длительно — до часа по два раза в день (Н. И. Горизонтов, Б. С. Пойзнер, Н. М. Гетман-Сычева и др.).

3. Наличие так называемого «миомного» сердца, гипертонии и других сердечно-сосудистых заболеваний также нередко сочетается у больных с фибромиомами матки. В этих случаях кровотечения, обусловленные фибромиомами, под влиянием углекислых ванн, назначаемых таким больным, обычно усиливаются, а иногда превращаются в трудно останавливаемые (Ф. А. Соловьев, А. Г. Загальская). По данным этих авторов, у больных с фибромиомами в период переходного возраста, когда менструации отсутствуют в течение продолжительного времени, при повторном посещении Кисловодска менструации в ряде случаев восстанавливались во время нахождения больных на курорте. При фибромиомах, не сопровождающихся расстройствами менструальной функции (бессимптомные), по окончании лечения отмечалось усиление менструаций и ускорение роста фибромиом. Последнее мы установили у ряда больных после лечения в Кисловодске. Многолетнее изучение отдаленных результатов применения углекислых ванн при наличии фибромиом, даже бессимптомных, свидетельствует о стимулирующем действии нарзанных ванн на рост фибромы.

При показаниях со стороны сердечно-сосудистой системы только в отдельных случаях при бессимптомных фибромиомах матки в преклимактерическом и климактерическом периодах можно применять углекислые ванны в комбинации с аутоамминнионизацией. По данным А. Г. Загальской, при лечении 108 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в комбинации с фиброзами и фибромиомами матки удалось при помощи нарзанных ванн в комбинации с аутоамминнионизацией достигнуть того, что у 93% больных менструации наступали в срок и были не более обильны, чем всегда.

Радонолечение сердечно-сосудистых заболеваний при фибромиомах эффективно и не стимулирует роста фибромиом.

При заболеваниях суставов, периферической нервной системы и при других внеполовых заболеваниях в сочетании с фибромиомами можно применять грязелечение только невысоких температур и на очень ограниченной части конечностей. Наложение грязи на пояснично-крестцовую область в этих случаях противопоказано.

Д О Б А В Л Е Н И Я :

1. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, СОВЕРШЕННО ИСКЛЮЧАЮЩИЕ НАПРАВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ НА КУРОРТЫ¹

1. Все заболевания в острой стадии, острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции, хронические заболевания, осложненные остро-гнойными процессами.

2. Все венерические заболевания в заразной стадии (сифилис, гоноррея и др.).

3. Злокачественная (пернициозная) анемия в стадии обострения, первичная полиглобулия в поздней стадии, лейкозы (лейкемии) и кахексии любого происхождения.

¹ Данные заимствованы из книги Л. Г. Г о л ь д ф а й л я «Показания и противопоказания для лечения больных на курортах и в местных санаториях», М., 1949.

4. Злокачественные новообразования.
5. Часто повторяющиеся или обильные кровотечения различного происхождения.
6. Патологическая беременность во все сроки и нормальная беременность, начинающаяся с V месяца.
7. Заболевания сердечно-сосудистой системы:
 - а) недостаточность кровообращения II и III степени по Лангу со стойкими отеками, застойной печенью, застойной почкой, инфарктами легких, приступами сердечной астмы;
 - б) недостаточность кровообращения II и III степени по Лангу с аритмиями (мерцательной, пароксизмальной тахикардией, полым блоком);
 - в) коронарная недостаточность, сопровождающаяся приступами стенокардии (грудной жабы) или явлениями левожелудочковой декомпенсации (сердечной астмы), или аритмиями различного происхождения, или наличием инфаркта миокарда в анамнезе;
 - г) выраженные явления склероза сосудов мозга, особенно с склонностью к нарушениям мозгового кровообращения (геморрагиям, тромбозам и спазмам);
 - д) почечные формы гипертонии;
 - е) аневризмы сердца, аорты и крупных сосудов;
 - ж) облитерирующий тромбангиит (энтертериит) с явлениями гангрены и язвами.
8. Заболевания органов дыхания.
 - А. Нетуберкулезного характера:
 - а) нетуберкулезные заболевания верхних дыхательных путей и легких в далеко зашедшей форме, если они сопровождаются недостаточностью кровообращения II и III степени по Лангу, резким истощением и обильной гнойной мокротой;
 - б) бронхиальная астма в тяжелой форме;
 - в) абсцессы легких с выделением гнойной мокроты и запахом.
 - Б. Туберкулез легких и гортани:
 - а) острые скоротечные формы: острый милиарный туберкулез, казеозные пневмонии, сливные казеозные бронхопневмонии и прочие клинические формы при склонности к быстрому прогрессированию и распаду;
 - б) далеко зашедший хронический туберкулез с большим распадом в фазе обострения и декомпенсации;
 - в) диссеминированный туберкулез большой протяженности, особенно в фазе инфильтрации и распада;
 - г) хронический легочный туберкулез с осложнениями: выраженной недостаточностью сердечно-сосудистой системы, дыхательной функции легких (при резко выраженном циррозе легких, бронхоэктазах) и амилоидозом;
 - д) экссудативные поражения гортани и стенозы ее; все случаи с явлениями дисфагии;
 - е) выпотные плевриты и пневмоплевриты в острой фазе;
 - ж) часто повторяющиеся обильные кровохаркания;
 - з) случаи, осложненные выраженным туберкулезом кишечника или мочеполовых органов.
9. Болезни желудочно-кишечного тракта и нарушения обмена веществ:
 - а) стенозы пищевода, желудка и кишок со значительным нарушением проходимости;
 - б) язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии резкого обострения или с повторными кровотечениями;
 - в) осложнения после операции на желудке (так называемый порочный круг или желудочно-кишечные свищи);
 - г) тяжелые формы язвенных энтероколитов с выраженным упадком питания;
 - д) туберкулез кишечника;
 - е) эхинококк печени и других органов;
 - ж) эмпиема желчного пузыря, абсцессы печени;
 - з) циррозы печени с асцитом;
 - и) все формы обтурационной желтухи;
 - к) тяжелые формы гипопитарного и других видов эндокринного ожирения;
 - л) тяжелые формы исхудания эндокринного происхождения (тиреотоксикоз и др.);
 - м) тяжелые формы сахарного диабета с истощением, значительно выраженным ацидозом или симптомами прекоматозного состояния.
10. Заболевания почек и мочевыводящих путей:
 - а) хронические заболевания почек с явлениями выраженной почечной недостаточности, с высоким артериальным давлением (превышающим 180 мм) или нейроретинитом;

- б) нефросклероз;
 - в) гидронефроз и пионефроз;
 - г) амилоидоз почек;
 - д) тяжелые формы туберкулеза почек;
 - е) выраженный туберкулез мочевых путей и половых органов;
 - ж) макроскопическая гематурия любого происхождения.
11. Заболевания нервной системы:
- а) опухоли центральной нервной системы;
 - б) все заболевания нервной системы, сопровождающиеся резкими нарушениями в двигательной сфере (параличи, препятствующие самостоятельному передвижению), расстройствами функций тазовых органов и т. п.;
 - в) выраженные явления склероза сосудов мозга, особенно с расстройством мозгового кровообращения;
 - г) прогрессивный паралич, сухотка спинного мозга в стадии атаксии и кахексии;
 - д) тяжелые последствия других инфекционных заболеваний нервной системы в необратимой стадии, в том числе эпидемического энцефалита;
 - е) последствия тяжелых травм черепа со значительными выпадениями двигательных функций, с эпилептическими и аффектогенными припадками, с психическими нарушениями и т. п.;
 - ж) эпилепсия;
 - з) психические заболевания и наркомании;
 - и) тяжелые неврозы и психопатии, а также различные заболевания (последствия травм нервной системы, стойкие психогенные реакции и др.), сопровождающиеся эффективными разрядами, выраженной депрессией, стойкими навязчивыми состояниями, припадками и т. п.
12. Заболевания органов опоры и движения:
- а) тяжелые формы поражения костей, суставов, лимфатических желез с обильным отделением, тяжелыми общими явлениями (гектическая температура, резкое истощение) или амилоидозом внутренних органов;
 - б) туберкулезный спондилит со стойким параличом конечностей (давностью более 2 лет) или с расстройством тазовых органов.
13. Заболевания кожи:
- а) все формы пемфигуса (в том числе и болезнь Дюринга);
 - б) грибковые заболевания волосистой части головы, гладкой кожи, ногтей (трихофития, микроспория, парша, бластомикоз, споротрихоз, актиномикоз);
 - в) чесотка и другие паразитарные заболевания кожи;
 - г) проказа и другие инфекционные заболевания кожи;
 - д) лейкемия кожи, фунгоидный микоз;
 - е) острая, подострая и диссеминированная красная волчанка;
 - ж) туберкулез кожи с склонностью к гипертрофическим разрастаниям;
 - з) обезображивающие дерматозы.
- Д о п о л н е н и я.** а) Для питьевого лечения на бальнеологических курортах противопоказаны заболевания, затрудняющие мочеиспускание (стриктура уретры, гипертрофия простаты и т. п.).
- б) При нормальной беременности противопоказано во все сроки направление на высокогорные курорты (выше 1000 м над уровнем моря) и лечение радоновыми ваннами.

2. КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О КУОРТАХ СССР, ПОКАЗАННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Курорты СССР с лечебными грязями и с крепкими хлоридно-натриевыми водами

Показаны для лечения гинекологических заболеваний, а также гинекологических заболеваний с сопутствующими заболеваниями органов движения, периферической нервной системы и с последствиями воспалительных процессов в брюшной полости (перивисцериты):

А х т а л а (Грузинская ССР)—грязевой курорт (сопочная грязь). Сезон—с 1 июня по 1 ноября.

Г о п р и (Голая пристань, Украинская ССР)—грязевой курорт (иловая грязь). Сезон—с 1 мая по 1 ноября.

О з е р о Г о р ь к о е (Курганская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—круглый год.

К а р а ч и (Новосибирская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—круглый год.

К и р а н (Бурят-Монгольская АССР)—грязевой курорт.

К е м п е н д я й (Якутия)—грязевой курорт с иловой грязью. Сезон—июнь—август.

М о л л а - К а р а (Туркменская ССР)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 15 мая по 15 октября.

М о л т а с е в о о з е р о (Севрдловская область)—грязевой курорт с сапропелевой грязью. Сезон—круглый год.

М у я л д ы (Казахская ССР)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 1 мая по 30 октября.

С а к и (Крымская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—круглый год.

С л а в я н с к (Сталинская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—круглый год.

С о л ь - И л е ц к (Чкаловская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 15 мая по 15 сентября.

Т и н а к и (Астраханская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 15 мая по 15 сентября.

У г д а н (Читинская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 1 июня по 30 сентября.

Э л ь т о н (Сталинградская область)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 15 мая по 30 сентября.

И н ы - К у р г а н (Казахская ССР)—грязевой курорт с иловой грязью и рапой. Сезон—с 1 мая по 30 октября.

Бальнео-грязевые курорты СССР

Показаны для лечения гинекологических заболеваний, а также (при наличии питьевых источников) гинекологических заболеваний с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, печени, почек и нарушения обмена веществ.

Б а л д о н е (Латвийская ССР)—бальнео-грязевой курорт с торфом и сероводородными источниками. Сезон—круглый год.

Б е р е з о в с к и е м и н е р а л ь н ы е в о д ы (Украинская ССР)—бальнеологический и питьевой курорт с торфолечением. Сезон—круглый год.

Б и р и т о н а с (Литовская ССР)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с хлоридно-натриево-кальциевыми водами и торфом. Сезон—круглый год.

В а р з и - Я т ч и (Удмуртская ССР) бальнеологический, грязевой курорт с торфяной грязью и слабыми сероводородными водами. Сезон—круглый год.

Д р у с к и н и к а й (Литовская ССР)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт в сосновом лесу с хлоридно-натриево-кальциевыми водами и торфом. Сезон—круглый год.

Е й с к (Краснодарский край)—бальнео-грязевой курорт с морскими купаниями, лиманом, грязью и сероводородными хлоридно-натриевыми водами. Сезон—с 15 апреля по 30 декабря.

Е с с е н т у к и (Ставропольский край)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с углекислыми, хлоридно-гидрокарбонатно-натриевыми водами и с иловой грязью. Сезон—круглый год.

Ж е л е з н о в о д е к (Ставропольский край)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с углекислыми гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-кальциевыми водами и иловой грязью. Сезон—круглый год.

И ж е в с к и е м и н е р а л ь н ы е в о д ы (Татарская АССР)—бальнеологический и грязевой курорт с хлоридно-сульфатно-кальциево-магнелиевыми водами.

К а ш и н (Калининская область)—бальнеологический и грязевой курорт с железистыми источниками и торфяной грязью. Сезон—круглый год.

К е м е р и (Латвийская ССР)—бальнеологический и грязевой курорт со слабыми сероводородными источниками и торфяной грязью. Сезон—круглый год.

К р а и н к а (Тульская область)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с сульфатно-кальциевыми и сероводородными водами и с торфяной грязью. Сезон—с 1 мая по 1 октября.

К у м о г о р с к (Ставропольский край)—бальнеологический курорт с термальными сероводородно-гидрокарбонатно-хлоридно-натриевыми водами с преобладанием сульфидов (иловая грязь). Сезон—с 1 мая по 30 октября.

Л и н е ц к (Воронежская область)—грязевой бальнеологический курорт с лечебной грязью и железистыми водами. Сезон—круглый год.

Медвежье озеро (Курганская область)—грязевой и бальнеологический курорт с иловой грязью, рапой и железистыми водами. Сезон—круглый год.

Миргород (Полтавская область УССР)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с хлоридно-натриевыми водами и торфяной грязью. Сезон—круглый год.

Пятигорск (Ставропольский край)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с радоновыми, углекислыми, термальными и сероводородными водами. Сезон—круглый год.

Сергиевские минеральные воды (Куйбышевская область)—бальнеологический и грязевой курорт с сероводородными водами и иловой грязью. Сезон—круглый год.

Серегово (Коми АССР)—бальнеологический курорт с лечебной грязью и крепкими хлоридно-натриевыми водами с содержанием свободного сероводорода. Сезон—с 1 мая по 1 октября.

Сольвычегодск (Архангельская область)—бальнеологический и грязевой курорт с сероводородными хлоридно-натриевыми водами и иловой грязью. Сезон—круглый год.

Старая Русса (Новгородская область)—грязевой, бальнеологический и питьевой курорт с хлоридно-натриевыми водами и иловой грязью. Сезон—круглый год.

Увильды (Челябинская область)—бальнеологический и грязевой курорт с сапропелевой грязью и радоновыми водами. Сезон—круглый год.

Усолье (Иркутская область)—бальнеологический и грязевой курорт с хлоридно-натриевыми водами и лечебной грязью. Сезон—круглый год.

Учум (Красноярский край)—грязевой курорт с сероводородными, сульфатно-натриевыми водами, иловой грязью и рапой. Сезон—круглый год.

Хилово (Исковская область)—бальнеологический питьевой и грязевой курорт с сероводородными, сульфатно-кальциевыми водами и иловой грязью. Сезон—круглый год.

Черче (Станиславская область)—бальнеологический и грязевой курорт с сульфатно-кальциевыми водами для ванн и питья и торфяной грязью. Сезон—с 5 мая по 5 сентября.

Шира (Красноярский край)—бальнеологический и грязевой курорт с сульфатно-хлоридно-гидрокарбонатно-натриевой рапой и иловой грязью. Сезон—круглый год.

Климато-грязевые курорты СССР

Показаны для лечения гинекологических заболеваний с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, верхних дыхательных путей нетуберкулезного происхождения и с функциональными заболеваниями нервной системы (не в жаркие месяцы).

Анапа (Краснодарский край)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом и лечебной грязью. Сезон—круглый год.

Евпатория—Майнаки (Крымская область)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, морскими купаниями, с иловой грязью и рапой. Сезон—круглый год.

Зеленоградск (Калининградская область)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, морскими купаниями и торфом. Сезон—круглый год; морские купания—июнь—сентябрь.

Лермонтовский курорт (Одесса, Украинская ССР)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, морскими купаниями и лечебной грязью. Сезон—круглый год.

Махачкала (Дагестанская АССР)—климатический и грязевой; приморский климат, морские купания, лечебная иловая грязь и рапа.

Осипенко (б. Бердянск, Запорожская область)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, с иловой грязью и рапой. Сезон—с 1 мая по 1 октября.

Пярну (Эстонская ССР)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, морской иловой грязью. Сезон—круглый год.

Садгород (Приморский край)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, с морской иловой грязью. Сезон—круглый год.

Сестрорецк (Ленинградская область)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, с сапропелевой грязью и слабыми хлоридно-натриевыми водами (с радиоактивностью до 10 единиц Махе). Сезон—круглый год.

Хапсаду (Эстонская ССР)—климатический и грязевой курорт с приморским климатом, с морской иловой грязью. Сезон—круглый год.

Курорты СССР с радоновыми и термальными слабо минерализованными кремнистыми водами

Показаны для лечения гинекологических заболеваний, а также гинекологических заболеваний с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями органов движения, периферической и центральной нервной системы, а также функциональными заболеваниями нервной системы (не в жаркие месяцы).

А к с у (Киргизская ССР)—бальнеологический курорт с термальными радоновыми, слабо минерализованными кремнистыми водами. Сезон—круглый год.

Б е л о к у р и х а (Алтайский край)—бальнеологический и питьевой курорт с термальными, слабо минерализованными радоновыми гидрокарбонатно-сульфатно-натриевыми водами. Сезон—круглый год.

Д ж е т ы - О г у з (Киргизская ССР)—бальнеологический курорт с радоновыми термальными хлоридно-натриево-кальциевыми источниками. Сезон—с 1 июня по 1 ноября.

И с с ы к - А т а (Киргизская ССР)—бальнеологический курорт с термальными, слабо радиоактивными сульфатно-хлоридно-натриевыми водами. Сезон—с 1 июня по 1 октября.

М а х и н д ж а у р и (Аджарская АССР)—бальнеологический курорт с теплыми хлоридно-гидрокарбонатно-натриевыми водами с невысокой радиоактивностью. Сезон—круглый год.

Т к в а р ч е л ы (Грузинская ССР)—бальнеологический курорт с термальными радиоактивными водами. Сезон—с 1 мая по 1 ноября.

Х о д ж а - О б и - Г а р м (Таджикская ССР)—бальнеологический курорт с термальными слабо радиоактивными водами. Сезон—с 1 июня по 15 сентября.

Ц х а л т у б о (Грузинская ССР)—бальнеологический курорт с термальными водами с небольшим содержанием радона. Сезон—круглый год.

Ч а р т а к (Узбекская ССР, Наманганская область)—бальнеологическая лечебная местность с хлоридно-натриево-кальциевыми водами слабой радиоактивности. Сезон—с 15 мая по 15 октября.

Я м к у н (Читинская область)—бальнеологический курорт с субтермальными радоновыми углекислыми гидрокарбонатными магниевыми водами. Сезон—с 15 мая по 15 сентября.

Курорты СССР с сероводородными (сульфидными) водами

Показаны для лечения гинекологических заболеваний с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистыми, кожными, органов движения, периферической и центральной нервной системы.

А р ч м а н (Туркменская ССР)—бальнеологический курорт с теплыми сульфатно-хлоридно-гидрокарбонатно-натриево-кальциевыми водами. Сезон—с 1 мая по 1 ноября.

Л ю б е н ь - В е л и к и й (Львовская область)—бальнеологический и питьевой курорт с сероводородно-сульфатно-карбонатно-кальциевыми водами. Сезон—круглый год.

М а ц е с т а (Азово-Черноморский край)—климатический бальнеологический курорт с приморским климатом, с морскими купаниями, с сероводородными водами высокой и средней концентрации. Сезон—круглый год.

М е н д ж и (Грузинская ССР)—бальнеологический курорт с сероводородными и хлоридно-натриевыми источниками. Сезон—круглый год.

С и н я к (Закарпатская область)—бальнеологический курорт с сероводородно-сульфатно-натриево-кальциевыми источниками. Сезон—круглый год.

С у р а х а н ы (Азербайджанская ССР)—бальнеологический курорт с сульфидными хлоридно-натриевыми водами. Сезон—круглый год.

Т а л г и (Дагестанская АССР)—бальнеологический курорт с крепкими сероводородными водами и иловой грязью. Сезон—с 15 мая по 1 ноября.

У с т ь - К а ч к а (Молотовская область)—бальнеологический курорт с крепкими сероводородными и иодо-бромистыми источниками. Сезон—с 1 июня по 30 декабря.

Курорты СССР с углекислыми водами

Показаны для лечения гинекологических заболеваний с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

А р з н и (Армянская ССР)—бальнеологический питьевой курорт с хлоридно-гидрокарбонатно-натриевыми углекислыми водами. Сезон—с 1 мая по 15 ноября.

Аршан (Бурят-Монгольская АССР)—бальнеологический и горноклиматический курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциевыми железистыми водами. Сезон—с 1 июня по 10 сентября.

Боржом (Грузинская ССР)—бальнеологический питьевой курорт с углекислыми гидрокарбонатно-натриевыми водами. Сезон—круглый год.

Дарасун (Читинская область)—бальнеологический питьевой курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциево-магниевыми водами. Сезон—круглый год.

Джермук (Армянская ССР)—бальнеологический питьевой курорт с гипертермальными гидрокарбонатными сульфатно-натриевыми водами. Сезон—с 1 июня по 15 сентября.

Игнашино (Амурская область)—бальнеологический курорт с железистыми углекислыми гидрокарбонатно-кальциево-магниевыми водами.

Кисловодск (Ставропольская область)—бальнеологический питьевой и климатический курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциево-натриевыми водами. Сезон—круглый год.

Молоковка (Читинская область)—бальнеологический курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциево-магниевыми водами.

Олентуй (Читинская область)—бальнеологический горноклиматический лесной курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциевыми водами. Сезон—круглый год.

Поляна (Закарпатская область)—бальнеологический питьевой курорт с углекислыми гидрокарбонатно-натриевыми водами. Сезон—круглый год.

Сайрме (Грузинская ССР)—бальнеологический и питьевой курорт с высокогорным климатом, с углекислыми гидрокарбонатно-натриево-кальциевыми водами. Сезон—с 1 июня по 1 октября.

Цагвери (Грузинская ССР)—бальнеологический курорт с высокогорным климатом и с углекислыми железисто-гидрокарбонатными водами. Сезон—с 15 мая по 1 октября.

Шмаковка (Приморский край)—бальнеологический курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциево-магниевыми железистыми водами. Сезон—круглый год.

Ямаровка (Читинская область)—бальнеологический питьевой курорт с углекислыми гидрокарбонатно-кальциево-магниевыми водами. Сезон—с 15 мая по 15 октября.

ЛИТЕРАТУРА

- Авербуг В. П.** Лечение женских болезней на курорте Кульдур. Иркутский медицинский журнал, 1929, № 6, стр. 99—108.
- Александров М. В.** О применении морских купаний у женщин при воспалительных гинекологических заболеваниях и во время менструаций. Акушерство и гинекология, 1950, № 4, стр. 58—61.
- Амброзович П. М.** Охлаждающее грязелечение некоторых женских заболеваний. Русский врач, 1912, № 23, стр. 999—1002.
- Антонова-Алибекова Е. М.** Лечение хронических гинекологических заболеваний грязями и серными водами на курорте Талги. Курорт Талги и его лечебные свойства. Дагестангосиздат, Махачкала, 1950, в 1, стр. 117—126.
- Асатуров И. Б.** Опыт применения фильтра из лиманной грязи при лечении воспалительных эрозий шейки матки. Тезисы доклада юбилейной научной сессии Украинского института курортологии, Одесса, 1949.
- Басова-Микеладзе О. К.** К вопросу о действии термально-радиоактивных газовых вод Цхалтубо на гинекологические заболевания. Цхалтубо, Сборник трудов Центрального научно-исследовательского института курортологии имени Муха Цхакая, Изд. Института курортологии Груз. ССР, 1938, т. II, стр. 183—190.
- Бибчук Л. С.** Дальнейшие наблюдения над лечением заболеваний женских половых сфер на курорте «Горячий ключ». Сборник научных трудов курортов Азово-Черноморского краевого объединения, 1937, т. 2, стр. 107—117.
- Бельцер К. Н. и Ягунов С. А.** Влияние температуры на всасываемость сероводорода при интравагинальном применении мацестинской воды. Курортология и физиотерапия, 1935, № 4, стр. 31—33.
- Беляева Р. И.** Лечение заболеваний женской половой сферы сапропелевой грязью озера Песчаное. В кн.: Лечебные свойства сапропелей озера Молтаево, Свердловск, 1951, стр. 108—109.
- Беспалова-Летова Н. Ф.** К методике влагалищных грязевых тампонов. Доклад на заседании акушеров-гинекологов на Кавказских Минеральных Водах, 1929. Курортное дело, 1930, № 1, стр. 66.

- Брауде И. Л. Роль женских санаториев в системе здравоохранения. Курорты, физиотерапия и рабочий отдых, 1932, № 3—4, стр. 8—10.
- Бурденко Н. Н. Клиническое значение очаговой и общей реакции при грязелечении хронических форм хирургических и гинекологических заболеваний. В кн.: Бурденко Н. Н., Сочинения, Изд. АМН СССР, 1951, т. I.
- Гамбаров Г. Г. К вопросу о лечении грязевыми ваннами. Вестник НКЗдрава Грузии, 1925, № 1—3, стр. 148—168.
- Георгиевская Р. В. и Лебедева В. М. Сегментарное грязелечение при подострых формах воспалительных заболеваний женских половых органов. Труды Научно-исследовательского института физических методов лечения имени Семеновы, Госизд. Крымской АССР, в. 1, 1938, стр. 123—135.
- Гиллерсон А. Б. Практические наблюдения над грязелечением хронических воспалительных процессов мешотчатых опухолей придатков матки. Курортное дело, 1925, № 7—8, стр. 95—103.
- Гильчер А. Э. Эндокринология и лиманотерапия. Врачебное дело, 1929, № 4, стр. 273—275.
- Гильчер А. Э., Каган М. Р., Пинтель Г. А. и др. Применение аппликационного метода грязелечения гинекологических больных без отрыва их от производства. В кн.: Труды Всекурортного института бальнеологии, т. III, Одесса, 1934, стр. 142—158.
- Гордон А. Л. Лечение женских болезней на Сочи—Мапестинском курорте. Труды Центрального института курортологии, т. VI, в. 2, 1933, М., стр. 164—174.
- Горизонтов Н. И. Некоторые наблюдения над лечением гинекологических заболеваний на курорте Белокуриха в летний сезон 1936 г. Сибирский радиоактивный курорт, Новосибирск, 1936, стр. 137—146.
- Грамматикати И. Н. Эссентукские минеральные воды и их бальнеологическое значение для гинекологии. Вестник общей гигиены и судебно-практической медицины, 1891, т. X, отд. 4, стр. 1—26.
- Григорьева А. Ф. Опыт применения озокеритотерапии в амбулаторных условиях. Конференция по обобщению опыта применения озокерита в медицине. 15—17 декабря 1949 г. Тезисы доклада, стр. 48—49.
- Гурьян А. С. К вопросу о лечении солнцем во время менструаций. Курортное дело, 1927, № 6, стр. 54—55.
- Дик В. Г. Курортотерапия гинекологических заболеваний. Основы курортологии, т. III, Медиздат, 1936, стр. 448—486.
- Дик В. Г. Гелиотерапия при гинекологических заболеваниях. Врачебное дело, 1931, № 9—10, стр. 499—503.
- Добычин А. Г. Лечение солнцем эрозий шейки матки на грязевом курорте Саки. Вопросы курортологии, 1940, № 4, стр. 47—48.
- Егоров А. Н. О содержании эстрогенных веществ в лечебной грязи Старорусского курорта. Акушерство и гинекология, 1936, № 12, стр. 1512—1515.
- Елистратова М. Ф. и Кабачник С. М. Ионотерапия в сочетании с грязелечением при подострой восходящей гонорее. Гинекология и акушерство, 1935, № 1, стр. 58—65.
- Желуховцев Н. С., Балабян О. Е. и Левина Л. М. К вопросу о торфолечении хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы. Труды МОИФФ, Медгиз, М., 1934, № 1, стр. 237—249.
- Живатов Г. К. Грязелечение женских болезней. Изд. Одесского медицинского института, Одесса, 1940.
- Жмакин К. Н. Торфолечение гинекологических заболеваний на Миргородском курорте. Гинекология и акушерство, 1930, № 2, стр. 242—248.
- Загалская А. Г. Лечение сердечных больных с фибромиомами нарзанными ваннами в комбинации с аутомамминотерапией. Вопросы курортологии, 1940, № 6, стр. 43—45.
- Занченко П. В., Васильева Л. В., Васильченко Н. Я., Шаева П. М. Влияние пятигорских радоновых ванн и вагинальных орошений на воспалительный процесс женской половой сферы и овариально-менструальную функцию. Труды Государственного бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах, т. XXVI—XXVII, стр. 305—311, Пятигорск, 1947.
- Зарницкий А. А. Эффективность зимнего грязелечения и показания к нему. Клиническая медицина, 1937, № 3, т. XV, стр. 1028—1032.
- Здравомыслов В. И. Аутомамминизация грязевыми лепешками. Гинекология и акушерство, 1932, № 5—6, стр. 49—53.
- Ильин Н. Ф. Нафталанская нефть в гинекологии и акушерстве. Сборник статей Нафталан, Изд. Азерб. ССР, 1942.

- И с а а к я н А. Н. Аппарат с двойным током для влагалищных орошений. Журнал акушерства и женских болезней, 1934, т. 45, № 2, стр. 130—132.
- И с а а к я н А. Н. и Б у к р и н с к а я А. Л. Сравнительная оценка применения гальвано-грязи и грязевых аппликаций при воспалительных процессах женской половой сферы. Труды Бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах, т. XVI, Пятигорск, 1937, стр. 265—284.
- И с а а к я н А. Н., Н и к о г о с о в Л. Н., М о р о з о в а Л. С. и К о м и с с а р о в а Л. А. Сравнительное влияние грязевых тампонов и серного орошения при гинекологических заболеваниях и показания к их применению. Труды Бальнеологического института на Кавказских Минеральных Водах, т. XIII, Пятигорск, 1935, стр. 153—161.
- К а л ю т а А. Д. Лечение бесплодия мацестинской водой с графическим изображением проходимости фаллопиевых труб. Акушерство и гинекология, 1936, № 4, стр. 426—430.
- К а н А. Г. Грязевой раствор и его терапевтическая ценность при лечении гинекологических больных. Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 83.
- К а п л у н Я. И. Лечение гинекологических заболеваний сапропелевыми грязями озера Молтаво. Межобластная Уральская научная конференция по физиотерапии и курортологическому делу, Тезисы докладов, Свердловск, 1951.
- К а ц е н е л ь б а у м Л. И. К вопросу об изменении картины крови у гинекологических больных под влиянием курортного лечения. Труды Института курортологии, т. II, стр. 253—267, Госмедиздат, М.—Л., 1936.
- К а ч а н Э. А. Влагалищное грязелечение во внекурортной обстановке. В кн.: Воспалительные заболевания женской половой сферы и трудоспособность, Изд. Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, 1935, стр. 227—262.
- К и ч и н а А. М. Парафинотерапия женской гонорреи. Венерология и дерматология, 1939, № 8, стр. 37—39.
- К о л о т и н с к а я В. Грязелечение во время менструального периода на курорте Ахтала. В кн.: Ахтала, Тбилиси, 1943, стр. 117—121.
- К о л п и к о в Н. В. Влияние на организм физиологических активных веществ, полученных из крымских лечебных грязей (Саки, Майнаки). Сборник научных трудов, т. IV, Саки, 1948.
- К о л ь ю К. И. и К у ч к о в а В. А. Комбинированное электро-грязелечение гинекологических заболеваний. Труды Западно-Сибирского бальнео-физиотерапевтического института в Томске, т. I, в. 5, Изд. «Красное Знамя», Томск, 1933.
- К о ч у р о в а Л. Н. Лечение эрозий шейки матки прямой солнечной радиацией. Вопросы курортологии, 1940, № 4, стр. 48.
- К о ф ф М. И. Опыт применения грязевых вытяжек при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Доклад на конференции Института акушерства и гинекологии АМН СССР, 1946.
- К о х а н о в И. К. Применение Садгородской океанской грязи при гинекологических заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 82.
- Л е б е д е в М. В. Лечение овариальной недостаточности мацестинскими процедурами. Вопросы курортологии, 1940, № 6, стр. 46—49.
- Л е б е д е в-Ш м и д г о ф Ю. М. Методика сочетанного вагинального диатермогрязелечения. Курорты, физиотерапия и рабочий отдых, 1933, № 11—12, стр. 95.
- Л е с н о й С. К. Лечение гипоовариальных расстройств грязями и эндокринными препаратами, Медгиз, М., 1950.
- Л и б о в Б. А. К вопросу об общем и местном действии грязевых ванн (Тамбуканского озера) различной крепости при женских болезнях. Предварительное сообщение. Врач, 1896, т. XVII, № 51, стр. 1451.
- М а ж б и ц А. М. Бальнеотерапия в гинекологии и акушерстве. Изд. Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, Л., 1947.
- М а й з е л ь М. Б. Применение озокерита в гинекологической практике. В кн.: Вопросы активной терапии, Изд. Академии наук БССР, 1951, стр. 247—255.
- М а н д е л ь ш т а м И. Г. Лиманотерапия в гинекологии. Одесский бальнеологический сборник, в. 1, стр. 24—35, Изд. Одесского курортного управления, 1922.
- Н а к о р я к о в Н. К. Опыт использования сероводородного курорта Усть-Качка при лечении женских болезней. Труды Свердловского института физиотерапии и курортологии. Свердловск, 1939, стр. 193—201.
- Н и к о л а е в А. П. и Г у р е в и ч Л. И. Лечение воспалений женской половой сферы парентеральным введением минеральных вод. Казанский медицинский журнал, 1937, № 9, стр. 1117—1119.

- Новицкий А. А. и Волосович А. М. Влагалищное грязелечение (грязевые тампоны). Казань, 1936, Клиническая монография—приложение к Казанскому медицинскому журналу.
- Новицкий А. А., Волосович А. М., Павлова М. Д. Применение орошений из искусственных радоновых вод при гинекологических заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1940, № 1, стр. 55—58.
- Орловский А. А. К вопросу о грязелечении при бэременности. Курорты и физиотерапия, 1933, № 10, стр. 44—46.
- Парсамов С. С. и др. Сравнительные наблюдения над действием сероводородной воды и грязи при лечении гинекологических заболеваний на курорте Сергиевские минеральные воды. Гинекология и акушерство, 1934, № 5, стр. 23—26.
- Полянер Б. С. Лечение женских болезней радиоактивной водой источников курорта Белокуриха. Сборник трудов «Белокуриха», Новосибирск, 1936, т. 1, стр. 146—169.
- Рудницкая Б. И. Влияние радиоактивной воды курорта Белокуриха на менструальную функцию. Сибирский радиоактивный курорт Белокуриха. Сборник научных работ, Новосибирск, 1936, № 1, стр. 177—181.
- Сарычева С. М. Озокеритотерапия при подострых заболеваниях органов малого таза. Конференция по обобщению опыта применения озокерита 15—17 сентября 1949 г. Тезисы доклада.
- Свет-Молдавский Е. Д. Грязелечение гинекологических больных во внекурортной обстановке. Курортное дело, 1927, № 5, стр. 46—51.
- Она же. Озокеритотерапия женских болезней. М., 1951.
- Она же. Лечение женских болезней газовыми водами. М., 1952.
- Старцева Л. Н. Сергиевские минеральные воды как курорт для лечения гинекологических больных. Сборник диссертаций, Центральный научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, т. VII, стр. 119—245, Л., 1947.
- Стефанович К. К. Прогностическое значение очаговой реакции, возникающей под влиянием грязелечения при хронических воспалительных процессах женской половой сферы. Курортное дело, 1925, № 7—8, стр. 80—88.
- Турецкая Р. Б. К вопросу о методах и результатах лиманотерапии фиксированных ретродевиаций матки. Врачебное дело, 1929, № 17, стр. 1109—1111.
- Устиашвили А. Д. К вопросу о действии халтубских ванн при гинекологических заболеваниях. Советская медицина, 1951, № 81, стр. 29.
- Фишер П. И. Об эффективности лечения шлаковыми водами воспалительных заболеваний женской половой сферы. Труды Днепропетровского института патологии и гигиены, т. IV, стр. 79—84, Днепропетровск, 1935.
- Фишкин И. М. Лечение парафином хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы. Акушерство и гинекология, 1937, № 2, стр. 82.
- Хейфец С. Я. Шлаколение при гинекологических заболеваниях. Акушерство и гинекология, 1937, № 9—10, стр. 60—62.
- Чернеховский Д. Л. Грязелечение в гинекологии, комбинированное с другими методами фармако-физического лечения. Гинекология и акушерство, 1929, 4, стр. 425.
- Он же. Лечение гинекологических больных на Сочи—Мацестинском курорте, Курорт Мацеста, 1928, стр. 173—176.
- Черникова Э. И. Общие данные по вопросу о ректальном грязелечении у гинекологических больных. Томск, 1935.
- Шабак К. Ф. Беременность и бальнеотерапия. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, в. 2, стр. 221—226.
- Шипилин В. П. К вопросу о лечении воспалительных заболеваний женских половых органов на Варзиатчинском курорте Удмуртской АССР. В кн.: I. К проблеме снижения материнской и детской смертности. II. Некоторые вопросы оперативной и консервативной гинекологии, Удмуртское изд-во, Ижевск, 1950, стр. 70—75.
- Шмундак Д. Е. и Каневский Г. А. Грязелечение и электроноотерапия при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Врачебное дело, 1938 № 17, стр. 1356—1360.
- Юрьевский С. Г. Холодное грязелечение при острых и подострых воспалительных процессах женской половой сферы. Новосибирск, 1949.
- Ягунов С. А. Опыт применения комбинированного метода лечения: грязе-вакциноотерапия при воспалительных заболеваниях женской половой сферы. Курорты, физиотерапия и рабочий отдых, 1932, № 7, стр. 32—40.
- Ягунов С. А., Волпянская О. Д. Методика интравагинального лечения мацестинской водой. Журнал акушерства и женских болезней, 1934, т. XV, кн. 2, стр. 228—233.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Цель и основные задачи лечебной физической культуры в гинекологии аналогичны задачам ее при лечении ряда других заболеваний. Частные же задачи, определяющие особенности использования средств лечебной физической культуры при лечении женских болезней, исходят из особенностей женского организма и характера патологического процесса.

Механизм физиологического действия лечебной физической культуры заключается в том, что, используя двигательные функции больного человека, добиваются появления как в организме в целом, так и в патологическом очаге физиологических сдвигов, ведущих к общему оздоровлению или способствующих обратному развитию патологического процесса.

Целесообразность использования лечебной физической культуры в гинекологии подтверждают:

1) объективные данные, показывающие значение рационально организованного труда и систематических физических упражнений для общего состояния здоровья и физического развития женщин;

2) анализ причин возникновения ряда гинекологических заболеваний у женщин с явными недостатками физического развития;

3) отдельные наблюдения, касающиеся особенностей течения ряда гинекологических заболеваний у спортсменок, систематически занимающихся своим физическим воспитанием: у них сравнительно редко наблюдаются расстройства оварально-менструального цикла, воспалительные процессы в органах половой сферы отличаются легким, часто бессимптомным течением, благоприятными исходами (спайки брюшины и рубцы околоматочной клетчатки, как правило, не образуются).

Можно считать доказанным, что эффект от применения лечебной физической культуры, используется ли она как фон или как ведущий метод лечения, зависит прежде всего от того, насколько правильно применялись основные методические принципы: постепенность, последовательность, систематичность выполнения физических упражнений, посильность предъявляемых требований. Это особенно ярко выявляется, когда занятия проводятся с девочками в период полового созревания и с женщинами пожилого возраста.

Еще в 1786 г. Н. М. Максимович (Амбодик) указывал на «благоприятное воздействие движений в ходьбе» не только вообще на организм женщин, но и на «течение беременности».

Научным обоснованием целесообразности применения физических упражнений для лечения гинекологических больных занимались Д. О. Отт, А. И. Никольская, Н. И. Рачинский и др.

В 1889 г. Д. О. Отт выступил на III съезде общества русских врачей в память Н. И. Пирогова с докладом «Массаж и гимнастика как лечебный способ при болезнях женской половой сферы», в котором он обосновал целесообразность использования физических упражнений с лечебными целями: «Волевой импульс, вызывающий сокращения мышц, всегда будет ближе к норме, чем сокращения мышц под влиянием электрической машины. Целесообразными движениями мы не только развиваем и усиливаем ослабленную мышцу, но усиливаем вообще жизнедеятельность организма и вместе с тем содействуем его укреплению... в борьбе с окружающими его вредными условиями... ставя его в более выгодные условия».

О благоприятном действии физических упражнений (правда, почти неизменно сочетая их с массажем) на течение патологических процессов в органах половой сферы женщины указывали многие русские врачи акушеры-гинекологи: В. Ф. Снегирев, Н. И. Рачинский, А. И. Никольская, В. А. Евмениев, К. А. Шамраев и др. Однако широкого распространения в царской России этот метод не получил в силу того, что, как справедливо отмечает Н. И. Рачинский (1905), «врачи гинекологи не имеют возможности вводить в круг своей деятельности и гимнастику... Это хлопотливое дело, требующее отдельной специализации, большой затраты времени и технических сил. С другой стороны, в России еще слишком мало лечебных гимнастических заведений и врачей, пользующихся специальной гимнастикой».

Только при советской власти гинекологи и врачи, специалисты по физической культуре, разработали теорию и практику лечебной физической культуры и ее применение в гинекологии. В этой связи следует упомянуть имена М. В. Елкина, С. А. Ягунова, Д. Л. Чернеховского, П. И. Белоусова, В. И. Здравомыслова, Ю. Л. Лейбчик, Ш. Я. Микеладзе, Д. Н. Атабекова, Л. Н. Старцевой, И. А. Коган и др.

Лечебная физическая культура—это физическая культура больного человека, комплекс физических упражнений, применяемых с профилактическими и лечебными целями, для возможно более совершенного и быстрого восстановления здоровья и работоспособности больной, предупреждения возникновения осложнений.

В ряде случаев лечебная физическая культура является «фоном» различных терапевтических воздействий, в ряде других случаев она является ведущим фактором лечения.

При использовании средств лечебной физической культуры в широком смысле этого слова необходимо всегда исходить из той конкретной обстановки, в которой находится больная, и из тех реальных возможностей, которые имеются в распоряжении врача.

При проведении показанных физических упражнений следует также учитывать значение факторов эмоционального характера, включая в занятия музыку, игры, а в исключительных случаях и элементы соревнования.

В основу показаний к выбору средств лечебной физической культуры положено следующее:

1) возрастные особенности организма, так как при выборе средств лечебной физической культуры возраст имеет очень большое значение. Для женщины учет возрастных особенностей и периодов важен в связи с ее биологическими особенностями (период полового созревания, беременность, послеродовой период, «преклимактерический», «климактерический», старческий возраст);

2) общее состояние здоровья;

3) степень физического развития и тренированность к физическим упражнениям;

4) степень влияния местного процесса на функцию скелетной мускулатуры, например, укорочение шага на стороне патологического процесса и т. п.;

5) характер течения патологического процесса: острый, подострый, хронический;

6) данные контрольно-диагностических упражнений;

7) течения овариально-менструального цикла;

8) характер общих и местных реакций организма на физические упражнения во время менструаций;

9) зачородная функция: бесплодие, число родов, отсутствие или наличие послеродовых осложнений.

Ф о р м а о р г а н и з а ц и и. Лечебная физическая культура может применяться с лечебными и профилактическими целями в поликлиниках, женских консультациях при родильных домах, в стационарах, на различных курортах. Она может применяться и на дому (проведение домашних заданий, индивидуальная гимнастика, гимнастика по радио и т. п.).

Занятия проводятся не только в палатах и специализированных кабинетах, но и на специальных площадках для спортивных игр при лечебных учреждениях. Этот завершающий этап лечебной физической культуры является переходом к ее общепринятым формам.

На курортах всегда имеется исключительно обширный выбор мест и средств для занятия лечебной физической культурой: парки и окрестности для прогулок пешком, а зимой и на лыжах, площадки для спортивных игр, гребные базы, зимние катки и т. д.

По окончании каждого занятия лечебной физической культурой должна проводиться водная процедура. Лежачим больным можно применять обертывания, обтирания, ванны; поликлиническим—ванны, души; может быть использовано в некоторых случаях и купание в естественных водоемах (морях, реках, озерах).

Необходимо помнить и о целесообразности закаливания воздушными и солнечными ваннами. С этими целями для стационарных больных должны быть использованы и приспособлены больничные веранды, сады, дворы; для поликлинических больных—сады, пригородные озелененные места; на курортах—пляжи и специально оборудованные площадки.

В понятие средств лечебной физической культуры (регламентация двигательного режима, активный отдых) входит и покой, так как в зависимости от фазы развития заболевания последний является необходимым и обязательным этапом лечения. Может стоять вопрос лишь о характере «покоя», т. е. о степени ограничения двигательной функции. Гинекологические больные с хроническими, часто обостряющимися или плохо поддающимися лечению заболеваниями, с остаточными явлениями имевшего воспалительного процесса нуждаются не в «тепличном» режиме, когда малейшая погрешность в поведении больной ведет к вспышке процесса, а в укреплении и совершенствовании физического развития и закаливании.

Занятия лечебной физической культурой могут быть индивидуальными и коллективными. В последнем случае на одного опытного методиста в группе должно быть не больше 3—5 больных.

Место занятий должно быть не только специально приспособлено, но и оснащено соответствующим оборудованием. Независимо от того, будет ли занятие проходить в специальных помещениях или летом на площадках, необходимо иметь хотя бы несложное оборудование, обеспечивающее выполнение специальных методических приемов. Оборудование спортивным инвентарем обычно невелико: гимнастические стенки (3—5), «плинт», гимнастические палки, скакалки. Так как при проведении занятий с гинекологическими больными ряд упражнений довольно часто проводится из исходного положения «лежа», необходим ковер на пол и расстилающиеся на ковер простыни или, лучше, пикейные одеяла.

Наконец, общее гигиеническое содержание помещения или площадки должно всегда находиться в центре внимания и врача, и лица, проводящего занятия (методиста).

До начала занятий лечебной физической культурой должны быть проведены:

а) оценка общего состояния и степени двигательных возможностей женщины, исходя из данных врачебного контроля, в частности, контрольно-диагностических упражнений (см. ниже);

б) регламентация двигательного режима.

В комплекс средств лечебной физической культуры входят: 1) специальная гимнастика; 2) закаливание организма, использование естественных сил природы: воздуха, воды, солнца или соответственные виды физиотерапии; 3) спортивные занятия, допустимые по состоянию здоровья и физическому развитию; 4) гигиенические процедуры.

При лечении женских болезней показаны и дозировку лечебной физической культуры устанавливают не только на основании клинического диагноза, но и общей оценки состояния здоровья и физического развития больной. Последние оцениваются путем анализа и суммирования ряда данных:

а) результатов общепринятых сомато-функциональных исследований (соматоскопия, антропометрия, клиничко-лабораторные обследования);

б) характера реакции организма на функциональные пробы, подбираемые строго индивидуально для каждой больной;

в) реакции (общей и местной) на выполнение движений с диагностическими целями.

Выполнение соответствующим образом систематизированных движений и физических упражнений дает возможность характеризовать и условно оценивать двигательную способность гинекологических больных.

Комплекс этих упражнений получил название контрольно-диагностических упражнений. В основе их лежит реакция организма на раздражение движением. Для пораженных патологическим процессом органов половой сферы особенно характерны болевые ощущения, возникающие при поворотах туловища, выпрямлении и сгибании его, вращении, приведении и отведении бедер, приподнимании одной ноги или обеих в положении лежа.

Контрольно-диагностические упражнения позволяют выявить степень ограничения функции скелетной мускулатуры, уточняют место проекции болевых ощущений от патологически измененных органов половой сферы на поверхность тела больной, помогают выбрать соответствующий метод лечения, в частности, определяют наиболее выгодное исходное положение для выполнения физических упражнений.

Контрольно-диагностические упражнения служат и для оценки степени обратного развития патологического процесса в результате проведенного лечения и сохранившихся следовых реакций. Этим методом можно объективно контролировать при обострениях воспалительного процесса влияние патологического очага на общее состояние организма, в частности, на двигательную функцию.

Комплекс предложенных для этой цели физических упражнений отличается от структуры обычного занятия. Как правило, эти упражнения являются движениями, обычно выполняемыми в быту. Комплекс контрольно-диагностических упражнений рассчитан на постепенную смену их по степени трудности.

Все движения, вызывающие болевое ощущение, из начальных занятий исключаются. Впоследствии же, когда функция определенных мышечных групп становится безболезненной, начинают включать и те движения, которые вначале вызывали боль.

Дозировка средств лечебной физической культуры определяется: 1) продолжительностью занятия, 2) регулированием темпа, 3) продолжительностью выполнения отдельного упражнения, 4) изменением амплитуды движений, 5) «плотностью» занятия (отношением рабочего времени к общему времени занятия), 6) чередованием физических упражнений, 7) количеством повторений выполняемых упражнений, 8) исходным положением и 9) степенью трудности выполняемых упражнений.

Если больная предварительно занималась лечебной физической культурой в стационаре, то дозировка домашних заданий значительно облегчается. Возможность достаточно точной дозировки в этих случаях обеспечивают: учет времени пребывания больной в стационаре, состояние ее здоровья при выписке, отсутствие осложнений и обострений при применении лечебной физической культуры.

Планирование занятий. При планировании следует учитывать не только общий план занятий лечебной физической культурой, предлагаемый для данной больной, но и планирование самого занятия.

Планирование базируется на предполагаемом сроке пребывания больной в стационаре. Для больных, лечащихся в поликлиниках, эти сроки делятся: на послебольничный период, период приспособления к бытовой и трудовой деятельности и период дальнейшего совершенствования организма, что в итоге совпадает с переходом от использования средств лечебной физической культуры к занятиям общей физической культурой.

При планировании необходимо учитывать общее состояние организма, диагноз, степень общего физического развития, тренированность, реакции на физические упражнения, характер двигательного режима больной, форму закаливания.

Особое значение имеет планирование для самостоятельных занятий.

Для пожилых женщин обязательны еженедельные консультации специалистов. Для больных, начавших заниматься лечебной физической культурой в стационаре, дальнейшая систематическая проверка должна проводиться (при условиях хорошего самочувствия) не менее 2 раз в месяц.

Проведение занятия. Специалисты лечебной физической культуры много работали над созданием научно обоснованной структуры занятия. Занятие, будучи основной формой применения средств лечебной физической культуры, должно быть обеспечено высокой активностью занимающихся при руководящей роли врача или методиста по лечебной физической культуре.

Хорошие результаты обеспечиваются прежде всего качеством методического руководства, что достигается умелым подбором упражнений, методических приемов и правильной организацией всего процесса. Каждое занятие должно быть хорошо подготовлено.

Занятия следует начинать с организации занимающихся, что обеспечивает рабочую установку, необходимую для согласованной работы всех органов и систем организма. Рабочая установка выражается в сосредоточении внимания занимающихся. Надо постепенно подготовить нервную систему, двигательный аппарат, внутренние органы и другие системы организма к предстоящей более напряженной деятельности.

И. П. Павлов, характеризуя методику подготовки организма к мышечной работе, говорил: «Главное—последовательность, тренировка». В другом месте, касаясь занятий велосипедным спортом, И. П. Павлов заметил «Я мог быстро ездить, но когда я сажусь на велосипед, то начинаю не с быстрого бега, а непременно 1—2—3 минуты разъезжаюсь... Нужно время на новую установку»¹.

К концу занятия необходимо постепенно ослаблять нагрузку.

Каждое занятие должно включать три части.

Первая часть направлена на организационную подготовку занимающихся (обеспечение «разогревания» организма, чтобы создать наилучшие условия для крово-лимфообращения); вторая часть—на общее и местное воздействие на организм и третья—заключительная часть—на организованное завершение занятия.

Общая продолжительность урока лечебной физической культуры колеблется от 10—15 до 45 минут. При продолжительности занятия в 45 минут его части распределяются примерно так: подготовительная часть—8—10 минут, основная (вторая)—30 минут, заключительная—5—6 минут.

Варианты продолжительности занятия зависят от состояния здоровья больной, течения патологического процесса, подготовленности к физическим упражнениям и реакции организма на проведенное занятие.

Методические приемы: 1) выполнение упражнений при различных исходных положениях тела (лежа, стоя, сидя);

2) упражнения с сопротивлением—в парах (с методистом или партнершей);

3) физические упражнения с предварительным бинтованием живота;

4) упражнения с введенными внутривлагалищными пессариями или тампонами;

5) упражнения с применением приборов, помогающих больной сокращать мышечные элементы входа во влагалище;

6) использование пневмокамеры для развития приводящих и отводящих мышц бедра—«пенкель» (термин, принятый кавалеристами).

Занятия гинекологические большие проводят в обычном спортивном или купальном костюме, на ноги обязательно надевают мягкие тапочки. После окончания занятия больная принимает ванну или гигиенический душ.

Занятия можно проводить утром и вечером при соответствующих показаниях. Занятия исключаются при усталости, в случаях общей реакции организма, после вакцинотерапии, терапии раздражением, непосредственно после внутривенных вливаний.

После приема пищи занятия назначаются не раньше чем через час-полтора; не рекомендуется проводить занятия натощак или перед самой едой. Обязательно предварительно опорожнить мочевой пузырь и кишечник.

Занятия отменяются в случаях неблагоприятной общей или местной реакции после занятий (слабость, головокружение, тошнота, боли и т. д.).

Учет проводится путем записей в журнале посещений кабинета лечебной физической культуры, в историях болезни. При отсутствии врача-специалиста эти записи могут производиться и методистом по лечебной физической культуре.

¹ Павловские среды. Протоколы и стенограммы физиологических сред, т. II, 1934, стр. 82 (изд. 1949 г.).

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В период полового созревания в организме девочки впервые могут возникать патологические состояния со стороны органов половой сферы, которые требуют использования физической культуры уже не с профилактическими, а с лечебными целями. Сюда относятся аменоррея, гипоменоррея, ювенильные кровотечения, дисменоррея.

Общей задачей физического воспитания в этот период, в том числе и занятий лечебной физической культурой, является стремление к всестороннему уравниванию процессов возбуждения и торможения.

Частные задачи, стоящие перед лечебной физической культурой, следующие: улучшение крово-лимфообращения, влияющее на трофические процессы, укрепление мышц брюшного пресса, связочного аппарата, самой матки.

Вводная часть урока сохраняет обычный характер занятий для девочек 14—16 лет.

В основной части все упражнения должны иметь большую амплитуду движений в суставах, отличаться динамичностью и обязательным чередованием напряжения с расслаблением. Исходные положения должны быть разнообразны, включая «лежа на животе» и «коленно-локтевое».

При проведении занятий необходимо твердо помнить, что течение вегетативных процессов регулируется у человека преимущественно по механизму условных связей. При функциональном раздражении, неадекватном развитию процесса (нарушение принципа постепенности, последовательности, нарастания нагрузки) возможны отрицательные явления.

Из патологических состояний, наиболее часто встречаемых в чадородном периоде жизни женщины, лечебная физическая культура показана в комплексной терапии при бесплодии, если фаллопиевы трубы вполне проходимы, при последствиях осложнений после родов (недержание мочи, несостоятельность тазового дна, опущение стенок влагалища I—II степени), при неправильных положениях матки, при подострых и хронических воспалительных процессах в полости малого таза.

Личные наблюдения за большим числом спортсменок позволили нам убедиться в том, что эти женщины при проходимых трубах никогда не страдают бесплодием; более того, беременность, как правило, наступает у них в первые же месяцы после начала половой жизни. Можно предполагать, что разносторонность и достаточное совершенство физического развития предотвращают возникновение бесплодия при проходимых трубах.

Отсюда вытекает вполне естественная мысль использовать средства физической культуры для лечения бесплодия, если фаллопиевы трубы проходимы, что должно быть доказано путем соответствующих исследований (метросальпингография).

Нет надобности составлять специальный комплекс упражнений для данной группы больных. Они должны заниматься физическими упражнениями сначала по программам для начинающих (соответственно возрасту и характеру физического развития), затем сдать нормы ГТО и в дальнейшем заниматься отдельными видами спорта в соответствии с реальными возможностями и личными склонностями (в основном могут быть рекомендованы легкая атлетика, гимнастика, коньки, плавание, спортивные игры).

Этиология и патогенез недержания мочи у женщины и ощущений половых органов, как и методы борьбы с этими заболеваниями, имеют очень много общего, вследствие чего целесообразно рассматривать применение в подобных случаях методов лечебной физической культуры совместно.

Лечение массажем и гимнастическими упражнениями опущений внутренних половых органов было предложено в конце XIX столетия Тур-Брантом и разработано рядом отечественных авторов (Д. О. Отт, Н. И. Рачинский и др.). В годы советской власти научно обосновал и разработал методику использования средств лечебной физической культуры при этих заболеваниях ряд акушеров-гинекологов (М. В. Елкин, С. А. Ягунов, Д. Л. Чернеховский, Ш. Я. Микеладзе, Д. Г. Дзвеладзе и др.). Лечебная физическая культура при функциональном недержании мочи базируется на исследованиях Д. Н. Атабекова; ему же принадлежит и специально разработанная методика.

Целенаправленное воздействие средствами лечебной физической культуры при лечении опущений внутренних половых органов диктуется необходимостью укрепить мышцы тазового дна и внутритазовые. Наличие непосредственной мышечной связи между скелетной мускулатурой (внутренняя косая мышца живота), связочным аппаратом матки и маткой (круглая маточная связка получает мышечные элементы от внутренней косой мышцы живота) делает вполне возможным получение лечебного эффекта от физических упражнений.

Занятия проводятся следующим образом.

Водный раздел: организующие упражнения (ходьба различными способами), разные построения, соблюдение правильного глубокого дыхания с применением упражнений для плечевого пояса (руки за голову, руки к плечам и т. д.).

Основной раздел.

1. Упражнения из исходного положения лежа на спине: прижимание ног к животу; поднимание вытянутых ног (до прямого угла) с последующим разведением их; «велосипед», подъем таза с опорой на стопы и лопатки и одновременным втягиванием заднего прохода, парные упражнения с сопротивлением (попытка одной большой поднять ноги, в то время как другая, лежа тоже на спине, старается удержать их своими ногами); поднимание ног с удержанием между ног (между бедер, коленей, голеней, стоп) набивного мяча.

2. Упражнения стоя: наклоны туловища назад и в стороны; наклоны вперед с расслаблением мышц; круговые вращения туловища; ходьба и наклоны туловища с зажатым между ног набивным мячом.

3. Упражнение из исходного положения сидя: наклоны туловища и разведение коленей.

4. Упражнение лежа на животе: «рыбка», «ласточка», ползание по-пластунски.

5. Приседания (начинают применяться уже после достаточного укрепления мышц тазового дна).

Исправлению осанки придается большое значение, независимо от исходного положения.

Лечение так называемых загибов матки средствами лечебной физической культуры началось во второй половине XIX столетия (Д. О. Отт, Н. И. Рачинский и др.).

Использование средств лечебной физической культуры показано при отклонениях матки от ее типичного положения при условии отсутствия

острых явлений со стороны брюшины, околоматочной клетчатки и внутренних органов половой сферы.

При подвижных смещениях матки содержание занятий должно исходить из следующего:

1) в период неустойчивого положения выведенной матки во время выполнения упражнений она часто принимает прежнее положение (ретрофлексии, ретроверзии);

2) выправленная перед занятием матка сохраняет нормальное положение и к концу занятий;

3) матка сохраняет нормальное положение и в промежутках между днями занятий (М. В. Елкин).

Вводная часть занятий не представляет особенностей.

В основной части необходимо, чтобы специальные упражнения и исходные положения способствовали перенесению равнодействующей силы внутрибрюшного давления с передней поверхности матки на заднюю.

Ведущее значение (при подвижных смещениях и загибах) приобретают исходные положения: «лежа на животе», «коленно-локтевое», «коленно-кистевое», «стопо-кистевое», из которых должны проводиться упражнения для всех мышечных групп с возможно большей амплитудой движения в суставах, особенно в тазобедренном.

Наклоны туловища вперед проводят в быстром темпе, выпрямления же в медленном, особенно в период неустойчивого положения выведенной матки. В этот период не следует применять упражнений лежа на спине и упражнений, вызывающих значительное повышение внутрибрюшного давления.

Необходимо также применять упражнения, требующие обязательно сочетанных движений корпуса и нижних конечностей, допустимы упражнения и лежа на боку.

В качестве методического приема при неустойчивых положениях матки может быть использовано введение внутривлагалищного пессария. Вводить пессарий следует до начала занятий.

Начиная с того момента, когда матка устойчиво сохраняет положение, выбор средств физической культуры может быть значительно расширен. Могут быть также использованы занятия отдельными видами спорта, в зависимости от сезона, склонностей и возможности отдельных больных.

В о с п а л и т е л ь н ы е п р о ц е с с ы: острая фаза разлитого (неограниченного) экссудативно-инфильтративного процесса в полости малого таза требует абсолютного покоя. Поэтому какие бы то ни было физические упражнения в этот период являются строго противопоказанными.

После ограничения и осумкования экссудата и образования инфильтрата больные, требующие постельного режима, могут проводить занятия лечебной физической культурой только в строго индивидуальном порядке и то только при большом опыте врача и методиста. Задача этих занятий: улучшение крово-лимфообращения, борьба с венозными застоями, повышение окислительных процессов, профилактика образования спаек, борьба с очагами застойного торможения. Показаны упражнения на напряжение и расслабление мышц пальцев, кисти, предплечья и стоп; дыхательные упражнения с использованием вначале лишь глубокого грудного дыхания, а затем постепенно смешанного и брюшного.

С переходом воспалительного процесса из острой фазы в подострую, когда показан еще постельный режим, занятия могут проводиться в форме групповых, однако лучше и в этот период продолжать индивидуальные занятия.

Вводная часть состоит из упражнений на внимание. В основную часть входят упражнения для всех мышечных групп плечевого пояса, с большой амплитудой движения в суставах и отчетливым сочетанием с нефорсированным дыханием; сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и ротационные движения бедра в положениях «лежа на спине», «лежа на боку»; приподнимание таза с опорой на стопы и лопатки; повороты на бок; приподнимание на локте.

В периоде выздоровления, когда имеются признаки явного обратного развития инфильтративно-экссудативных процессов, проводятся групповые занятия в физкультурном кабинете.

Задача этих занятий совпадает с задачами занятий после отграничения и осумкования экссудативных процессов (см. выше).

В занятия постепенно включается максимальное количество мышечных групп, движения выполняют в среднем темпе, повторяя не более 2—3 раз при различных исходных положениях.

Вводная часть: ходьба простая и фигурная, упражнения на внимание, дыхательные упражнения со включением упражнений для плечевого пояса.

Основная часть содержит упражнения для мышц живота, тазового дна, внутритазовых мышц; включаются упражнения с предметами (мяч, палки) и упражнения с сопротивлением; эмоциональная насыщенность занятий повышается за счет введения игр, соревновательных моментов, разнообразия упражнений.

Лечение хронических воспалительных процессов органов половой сферы женщины проводится в поликлинических условиях и в значительной степени на курортах.

Хронические воспалительные процессы характеризуются не только наличием морфологических изменений в тех или иных органах, но и очагами застойного торможения в коре головного мозга. То и другое может вызывать возникновение ряда функциональных расстройств общего и местного характера и болевые ощущения. Лечебная физическая культура призвана нормализовать патологически измененную функцию и устранить болевые ощущения.

Занятия в этот период должны заключаться в первую очередь в укреплении общего состояния и повышении общего физического развития больных. Только на этом фоне могут применяться специальные упражнения, выбор которых будет обуславливаться характером местных морфологических изменений: остатки экссудата и инфильтрата, наличие спаек, девиаций матки и др.

Необходимо учитывать, что в отдельных случаях очаг воспалительного процесса подвергается не обратному развитию, а гнойному расплавлению. В этих случаях до ликвидации гнойного процесса или до вскрытия очага и установления свободного оттока гноя противопоказаны не только занятия лечебной физкультурой, но даже применение контрольно-диагностических упражнений. В случае хорошего оттока гноя и установления общего хорошего состояния отдельные больные могут проводить занятия лечебной физической культурой. Основным механизмом действия лечебной физической культуры при адипозогенитальной дистрофии является стимуляция тормозно-возбудительных процессов, обогащение кислородом всех органов и тканей (совершенствование дыхательной системы), усиление процессов обмена путем вовлечения в работу многих мышечных групп, регулирование водного баланса, улучшение крово-лимфообращения, ликвидация венозных застоев.

Лечебная физическая культура при этих заболеваниях может быть достаточно эффективной только в том случае, если будут использованы все ее средства. Терапевтический эффект в большой степени зависит от времени, которое больная может предоставить для занятий лечебной физической культурой.

При выборе средств лечебной физической культуры и составлении комплекса гимнастических упражнений необходимо особенно тщательно учитывать у этих больных состояние сердечно-сосудистой системы, печени и почек, так как при ожирении эти органы нередко подвергаются серьезным изменениям.

Упражнения могут и должны применяться из всех исходных положений (стоя, лежа, сидя).

Все упражнения должны иметь большую амплитуду движения в суставах с вовлечением возможно большего числа мышечных групп. Особое внимание следует обратить на сочетание выполнения упражнений с правильным глубоким дыханием, с удлиненным вдохом и выдохом.

Эффективность лечебной физической культуры у этих больных сказывается не только в падении веса или уменьшении объемов тела, но прежде всего в устранении ряда функциональных расстройств (одышки, сердцебиений и т. п.).

Задачи лечебной физической культуры в климактерическом периоде: 1) воздействие на кору головного мозга в целях активации ее и этим путем усиления ее влияния на подкорковые центры, чем и достигается достаточно эффективная борьба с вегетоневрозами; 2) повышение окислительно-восстановительных процессов, усиление обмена веществ; 3) борьба с венозными застоями в полости малого таза; 4) укрепление мышечной системы, в частности, мышц брюшного пресса и тазового дна (для предотвращения развития явлений общего энтероптоза и опущения органов половой сферы, для повышения тонуса матки, чем и достигается устранение затяжных менструальных расстройств).

Вводная часть занятия включает ходьбу, фигурную ходьбу и ходьбу с одновременным вовлечением в упражнения и плечевого пояса.

Упражнения основной части должны характеризоваться большой амплитудой движения в суставах со включением максимального количества мышечных групп; упражнения на напряжение должны обязательно чередоваться с упражнениями на расслабление; для неподготовленных нагрузка должна быть менее интенсивной. Исходные положения должны быть самыми разнообразными; весьма целесообразно упражнения сочетать с элементами самомассажа; следует обращать особое внимание на правильное глубокое как грудное, так и брюшное дыхание.

Занятия лечебной физической культурой для данной группы больных особенно целесообразно сочетать с водными процедурами (обтирание, обливание, души) и с воздушными ваннами.

Период нарастания общей старческой атрофии и интенсивность развития ее зависит от индивидуальных особенностей организма. Начинает сказываться гипотония мышц, ограничение подвижности в суставах (позвоночник), уменьшается жизненная емкость легких, нарастают атеро-склеротические явления и т. д.

Занятия лечебной физической культурой в послеклимактерический период имеют своей задачей воздействие на трофическую функцию нервной системы, повышение окислительно-восстановительных процессов и обмена веществ в целях предотвращения развития атрофических и дегенеративных процессов.

Все упражнения должны иметь элементарный характер: ходьба, упражнения для плечевого пояса и верхних конечностей, упражнения с палкой, повороты туловища, сгибание, отведение и приведение ног в различных исходных положениях (стоя, с опорой рук, сидя, лежа) и т. д.

Если возможно, желательнее проводить занятия на воздухе, включать в занятия дозированную ходьбу.

ЛИТЕРАТУРА

- А в е р б а х М. М. К вопросу о значении физических упражнений и спорта для женской половой сферы. Гинекология и акушерство, 1930, № 3.
- А в е р б а х М. М. и Г о р и н е в с к а я В. В. Лечебная физическая культура в послеродовом периоде. Сборник «Физкультура как лечебный фактор», М., 1934.
- А т а б е к о в Д. Н. Функциональное недержание мочи у женщин и физкультура. М., 1945.
- Б р а н д т Т. Гимнастическое пользование женских болезней. СПб, 1892.
- В и н о к у р о в Д. А. Основы лечебной физической культуры. М., 1954.
- В о г р а л и к В. Г. (ред.). Пособие по лечебной физической культуре. Горький, 1952.
- Г е о д а к о в А. А. Физкультура в послеродовом периоде. Труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов. Ереван, 1936.
- Г и л л е р с о н А. Б. Лечебная физическая культура. В кн.: И. Л. Брауде, Консервативное лечение женских болезней. М., 1939.
- Г и п е н р е й т е р Б. С. Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности как естественно-научной основе физического воспитания. М., 1953.
- Г о л у б ч и ц С. В., Ж а в о р о н к о в Ю. Н., А б р а м о в а М. М., Б р а у н А. А., Г а м б у р г ц е в В. А., Т а р г о н с к а я О. С., Э й ц и с С. Ш., Физкультура беременных. Акушерство и гинекология, 1939, № 3.
- Г о р и н е в с к а я В. В. Роль физических упражнений в гинекологии. Теория и практика физкультуры, 1927, № 1.
- Г о р и н е в с к а я В. В. и Д р е в и н г Е. Ф. Лечебная физическая культура женщин. М., 1944.
- Г у р т о в а я Р. М. Физическая культура в послеродовом периоде. Гинекология и акушерство, 1932, № 3.
- Е л к и н М. В. Лечебная физкультура после гинекологических операций. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. М., 1937.
- О н ж е. Лечебная физкультура при ретродевиациях матки, 1937.
- О н ж е. Лечебно-профилактическое значение физической культуры в акушерстве и гинекологии. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 4.
- О н ж е. Опыт применения лечебной физкультуры в гинекологическом стационаре. Труды больницы имени И. И. Мечникова, Л., 1935.
- О н ж е. Результаты применения физической культуры в послеродовом периоде. Труды Всеукраинской конференции по лечебной физкультуре, Харьков, 1934.
- Е л к и н М. В., Г о р и н а В. А. и В а с е н и н а. Лечебная физкультура при воспалительных заболеваниях матки. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1937.
- Е л к и н М. В. и М а к а р о в а. Лечебная физическая культура в послеродовом периоде. Труды VI Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1927.
- Е н о х о в и ч В. Е., К а п л а н А. Л. Эффективность послеродовой гимнастики. Акушерство и гинекология, 1937, № 5.
- Ж а в о р о н к о в Ю. Н., П е с к о в В. Н. и К р а д м а н Д. А. Показания и противопоказания к применению средств физической культуры. М., 1930.
- Ж и в а т о в Г. К. Современные проблемы физкультуры женщин. Журнал акушерства и женских болезней, 1934, № 4.
- О н ж е. Физкультура в гинекологии. Труды VI Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1924.
- О н ж е. Физкультура в гинекологии. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. М., Биомедгиз, 1937.
- Ж м а к и н К. Н. Физкультура беременных и родильниц. Вопросы материнства и младенчества, 1936.
- О н ж е. Физкультура в послеродовом периоде. Сталино, 1936.
- З а в а д о в с к и й К. Н. Основы физио-бальнеотерапии к курортологии. Физические упражнения как лечебный метод. Томск, 1932.
- З д р а в о м ы с л о в В. И. Гинекологический массаж и дыхательная коленно-локтевая гимнастика как необходимые добавочные факторы грязевых курортов. Гинекология и акушерство, 1932, № 1.

- К а й о В. Методика лечебной физкультуры при гинекологических заболеваниях. М., 1936.
- К и ш и н е в с к а я Р. Я. Лечение физическими упражнениями хронических запоров у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями половой сферы. Казанский медицинский журнал, 1938.
- К р а м а р е н к о В. и А н о х и н А. Руководство по массажу и врачебной гимнастике. СПб, 1911.
- К у к о л е в с к и й Г. М. Советы по врачебному контролю. М., 1952.
- К у р д и н о в с к и й Е. И. и Б р о н и к о в а К. Н. Проблема лечебной физкультуры с точки зрения акушера и гинеколога. Физкультура и клиника, М., 1928.
- Л е с н о й С. К. Лечебная физическая культура при курортном грязелечении гинекологических больных. Акушерство и гинекология, 1937, № 8.
- Л у р ь е Р. Г. Физкультура в периоде беременности. Акушерство и гинекология, 1948; Советская медицина, 1941, № 17.
- М а м а т а в р и ш в и л и Д. Лечебная физкультура в ближайшем послеродовом периоде. Труды II Закавказского съезда хирургов, Ереван, 1937.
- М и х а л е в и ч Л. С., Опыт физкультуры в акушерстве. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1937.
- Н и к и т и н Т. Р. Методика физиотерапии при гинекологических заболеваниях. В кн.: Физическая культура в лечебно-профилактических учреждениях и на производстве. Сборник трудов I Объединенной поликлиники Московского узла железных дорог, М., 1934.
- О к и н ч и ц Л. Л. и Н и к у л ь ц е в А. С., Физкультура в раннем послеродовом периоде. Акушерство и гинекология, 1935, № 4.
- О т т Д. О. Значение врачебной гимнастики в акушерстве и гинекологии. Доклад на III съезде русских врачей, СПб, 1889.
- О н ж е, Массаж и гимнастика как лечебный способ при болезнях женской половой сферы. Сборник трудов проф. Д. О. Отта, т. I, 1879—1911 гг., Труды врачей Клинического повивального института, 1886—1894 гг.; Врач, 1889, № 6—8—10.
- П а в л о в а Е. С. Опыт применения лечебной физической культуры у больных после полостных гинекологических операций. Журнал акушерства и женских болезней, 1935, № 1.
- П о р о ш и н А. Ф. Физкультура в родильных учреждениях. Здравоохранение Казахстана, 1941, № 8.
- Р а ч и н с к и й Н. И. Массаж и гимнастика, СПб, 1905.
- Р о з е н ф е л ь д Д. И. Значение физкультуры в гинекологии и акушерстве. Гинекология и акушерство, 1927, № 5.
- С а в е л ь е в а З. Д. Значение гимнастики в акушерстве и гинекологии. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1937.
- С о р о к и н а-Р е ш е т н и к о в а Н. И. и Б е л ь с к и й А. Е. Физические упражнения в послеродовом периоде. Труды Куйбышевского медицинского института, 1937.
- Т а м у р и д и, Физическое воспитание в связи с особенностями пубертатного периода. Теория и практика физической культуры, 1930, № 11.
- Ш и м ш е л е в и ч Б. Я. Принцип использования лечебной физкультуры в клинике урогенитальных заболеваний. Журнал акушерства и женских болезней, 1939, № 10.
- Щ е п е т н и с к а я А. А. и Б у т а к о в, Физкультура и раннее вставание в послеродовом периоде. Гинекология и акушерство, 1934, № 3.
- Ю р и н а Е. И. Течение родов у женщин, занимавшихся физкультурой в периоде беременности в условиях консультации. Журнал акушерства и женских болезней, 1938, № 11.
- Я г у н о в С. А. Методические обоснования к физкультуре в периоде беременности. Труды IX съезда акушеров и гинекологов, М., 1937.
- Я г у н о в С. А. Физиотерапия в гинекологии. В кн.: К. К. Скробанский, Учебник гинекологии, М., 1938.
- Я г у н о в С. А. и Л у р ь е Р. Г. Методика лечебной физкультуры в период беременности. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, М., 1937.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборты искусственные 339
 — химические 339
 Абсцесс бартолиновой железы 23
 — — — истинный 76
 — — — ложный 76
 — дугласова кармана 63
 — яичника 84
 Аденокарцинома 261
 Аденоматоз матки 326
 Аденоматозные разрастания 272, 284
 Аденомиоз 219
 Аденомиома 219
 Адипозо-генитальная дистрофия, лечение гимнастическими упражнениями 567
 Аднексит 45
 — гонорройный, лечение 94
 — лечение на курортах 542
 Азооспермия 341
 Акантоз 325
 Аку, курорт 553
 Активность радия-мезотория 238
 Актинолизат 114
 — лечение им 117
 Актиномикоз 112
 — лечение 115
 — — хирургическое 118
 — патологическая анатомия 112
 — распознавание 113
 — течение 113
 Альбуминурия пальпаторная 415
 Аменоррея 146
 — военного времени 151
 — вторичная 146
 — голодная 152
 — гормонотерапия 153
 — заболевания нервной системы 150
 — изменения в половом аппарате 148
 — лечение 152
 — — на курортах 543
 — — эффективность 154
 — нарушения внешней среды 152
 — обусловленные заболеваниями желез внутренней секреции 149
 — — инфекциями и интоксикациями 148
 — патологическая 147
 — первичная 146
 — поражения гипофиза 150
 Аменоррея, поражение надпочечника 150
 — — поджелудочной железы 150
 — — щитовидной железы 150
 — — яичников 149
 — после внутриматочных вмешательств 148
 — прогноз 154
 — тяжесть течения 147
 — этиология 147
 — физиологическая 147
 Анапа, курорт 552
 Ангиома мочеиспускательного канала 408
 Анемия пернициозная 131
 — при фибромиомах матки 193
 Ановуляторные кровотечения 135
 Аномалии положения матки, кровотечения 130
 Анурия 419
 — истинная 419
 — ложная 420
 — преренальная 420
 — ренальная 420
 — рефлекторная 420
 — связанная с гемолитическими реакциями 421
 — секреторная 419
 — — сульфаниламидная 421
 — экскреторная 420
 Аппарат для продувания труб 344
 Аппендицит 51, 85
 Аппликации грязевые 506
 Арзни, курорт 553
 Арренобластома 295
 Артрит подвздошно-крестцового сочленения 377
 Арчман, курорт 553
 Аршан, курорт 554
 Астеноспермия 341
 Асцит 296, 298, 304
 — туберкулезный 105
 Атипическое расположение фибромиома матки 199
 Аутогемотерапия гонорреи 91
 Аутоамминизация 139
 Ахтала, курорт 550
 Аэротерапия 514

- Базальные (атрофические) клетки эпите-
 лия влагалищных стенок 352
 Бактериологическое исследование выде-
 лений 81
 Бактериостатическое действие диатер-
 мического тока 457
 Бактериофаги 530
 Балдоне, курорт 551
 Бальнео-грязевые курорты 551
 Бальнеолечение 493
 Бартолинит 22
 — гонорройный 76
 — — лечение 93
 — лечение 24
 — острый 23
 — хронический 23
 Бели 363
 — вестибулярные 365
 — влагалищные 366
 — лечение 369
 — маточные 366
 — при раке тела матки 253, 282
 — психогенного характера 366
 — распознавание 365
 — трубные 366
 Белокураиха, курорт 553
 Березовские минеральные воды 551
 Беременность внематочная 49
 — и туберкулез почек 405
 — лечение гонорреи при ней 94
 — — кондиллом 13
 — — на курортах 540
 — при подвижной ретродевиации матки
 168
 — — фиброме матки 198, 216
 — — — последовый период 217
 — — — послеродовой период 217
 — — — роды 217
 Бесплодие 336
 — борьба 353
 — вторичное 336
 — исследование женщины 342
 — — мужчины 340
 — лечение 353
 — — гормональное 356
 — — на курортах 440
 — — при воспалении 353
 — — — недоразвитии 355
 — — — неправильных положениях 359
 — — — опухолях 356
 — первичное 336
 — причины 337
 — функциональное исследование про-
 ходимости труб 343
 — — состояние яичников 350
 — частота 336
 Бессимптомные фибромиомы матки 191
 — — — режим 192
 Биодоза 479
 Биолактин 369
 Биологическая несовместимость 339
 Биологические особенности влагалища
 6
 — стимуляторы 530
 Биопсия 260, 326
 — аспирационная 258
 Биофизиологическое действие физио-
 терапии 449
 Бириштонас, курорт 551
 Бледная спирохета 18
 Блокада новокаиновая по А. В. Виш-
 невскому 436
 Болезни обмена веществ, ведущие к бес-
 плодию 337
 Болезнь Верльгофа 131
 Боли копчиковые 378
 — — лечение 379
 — — прогноз 379
 — — распознавание 379
 — — этиология 379
 — пояснично-крестцовые 373
 — — лечение 378
 — — распознавание 377
 — — этиологии 373
 — при мочеиспускании 382
 — — раке тела матки 282
 — у больных раком, борьба 278
 Боржом, курорт 454
 Брюшино-влагалищная методика аппли-
 кации электродов 458
 Брюшино-пояснично-крестцовый метод
 ионогальванизации 454
 Брюшино-пояснично-крестцовая методика
 аппликации электродов 458
 Брюшино-пояснично-крестцово-влагалищ-
 ная методика аппликации электродов
 459
 Брюшино-пояснично-крестцово-прямоки-
 шечная методика аппликации электро-
 дов 459
 Брюшино-прямокишечная методика ап-
 пликации электродов 458
 Брюшной тиф, поражения половых орга-
 нов 125
 Вагинизм 160
 — лечение 161
 — растяжение пальцами 161
 — расширение 161
 — этиология 160
 Вагинит гонорройный вторичный 76
 — — первичный 76
 Вакцинодиагностика 80
 Вакцинотерапия гонорреи 91
 — — регионарная 93
 Ванна 481
 — грязевая 506
 — минеральная лечебная 495
 — вожная 485
 — общая 481
 — ручная 484
 — с волнением 483
 — субаквальная 497
 — тазовая 483
 — — гейзер 482
 — — массаж водяной 482
 — — показания 481
 — — циркуляционная 484
 Вараны-Ятча, курорт 551
 Введение пессария во влагалище
 174
 Веерный душ 488

- Витамин К 206
 — К₁ 78
 — К₂ 78
 — К₃ 78
 Влагалище, атрезия 34
 — биологические особенности 6
 — венозная сеть 6
 — выпадение 177
 — дифтерия 33
 — кольпит 26
 — лимфатические сосуды 6
 — молочница 25
 — опущение 177
 — рак 312
 — содержимое 364
 — стенозы 34
 — цитология отделяемого 352
 Влагалищная ванночка 27, 371
 — гемотерапия 518
 Влагалищное орошение 496
 — спринцевание 27
 Влагалищный душ 66
 — тампон 28
 — — — грязевой 507
 — — — введение грязи непосредственное 507
 — — — — в марле 507
 — — — колюмнизация 507
 — — — показания 511
 — — — противопоказания 511
 Внутриматочные впрыскивания иода 431
 — — — бесплодие 338
 — — — осложнения 433
 — — — патогенетическое действие 432
 — — — показания 432
 — — — противопоказания 432
 — — — техника 434
 Водные процедуры, влияние на организм 480
 Водолечение 480
 Воды минеральные лечебные 493
 — — — ванны 495
 — — — введение через прямую кишку 497
 — — — влагалищные орошения 496
 — — — гипертермальные 493
 — — — гипертонические 493
 — — — гипотонические 493
 — — — действие на организм 498
 — — — изотонические 493
 — — — классификация В. А. Александрова 493
 — — — методика применения 495
 — — — парантеральное введение 497
 — — — субтермальные 493
 — — — термальные 493
 — — — холодные 493
 Воздействие лучистой энергии на кожу 473
 — физиотерапевтических факторов на организм 449
 Воздухолечение 514
 — действие на организм 515
 — методика применения 514
 Воздушные ванны 514
 Воспаление волосяного мешочка 13
 — маточных труб 44
 — мочевых лоханок 395
 — сальной железы 13
 — яичников 47
 Воспалительные заболевания шейки матки, лечение диатермическим током 462
 — процессы 5
 — — бесплодие 338
 — — лечение гимнастическими упражнениями 566
 — — — курортными факторами 533
 — — — пути распространения 5
 — — — роль врачебных манипуляций 7
 Восстановление нормальных функций матки 330
 Восходящая гоноррея 81
 — — распознавание 82
 Восходящий душ 488
 Вульва, бартолинит 22
 — крауроз 22
 — лейкоплакия 21
 — молочница 25
 — мягкий шанкр 18
 — острая язва 15
 — острые кондиломы 11
 — пузырьковый лишай 16
 — твердый шанкр 18
 — фолликулит 13
 — фурункулез 14
 — хроническая язва 16
 — язвы 17
 Вульвит 8
 — гонорройный 75
 — лечение 9
 — профилактика 9
 — распознавание 9
 — трещины 10
 Выведение матки в нормальное положение 169
 Выворот матки 179
 — онкогенетический 197
 — мочевого пузыря 415
 Выкидыш инфицированный, лечение 43
 — привычный, лечение на курортах 4540
 — трубный 49, 50
 Выпадение влагалища 177
 — — лечение 180
 — — матки 177
 — — лечение 180
 — слизистой оболочки мочеиспускательного канала 413
 Выскабливание полости матки диагностическое 105, 136
 Высыпь папулезная 20
 Вытяжки грязевые 530
 Выявление латентно протекающих инфекций 535
 Газовая гангрена, поражения половых органов 126
 Газовые воды 493
 — — азотсодержащие искусственные 533
 — — влияние на менструальную функцию 336

- Грязелечение 504
 — влияние на менструальную функцию 537
 — — — эндометрий 544
 — внекурортное 525
 — — иловая грязь 525
 — — — методика применения 526
 — — искусственная грязь 526
 — — торфяная грязь 527
 — гальванооногрязелечение 523
 — гипогенитальных расстройств 544
 — действие на организм 509
 — диатермогрязелечение 523
 — методика применения 506
 — — — кавказская 506
 — — — крымская 506
 — — — одесская 506
 — митигированный метод 507
 — показания 510
 — противопоказания 510
 Гранулезоклеточные опухоли 295
 Гумма 37
- Давление внутрибрюшное 177
 Дарасун, курорт 554
 Дарсонвализация 454
 Девиации матки, лечение на курортах 543
 Декомпенсация статико-динамическая 374
 Делидуома 272
 Джермук, курорт 554
 Джеть-Огуз, курорт 553
 Диабет, аменорея 150
 Диатез геморрагический 131
 Диатермия коротковолновая 464
 — области почек 398
 — средневолновая 456
 Диатермогрязелечение 523
 Диатермокоагуляция 462
 Диатермопунктура 462
 Дизентерия, поражение половых органов 124
 Дискератозы шейки матки 323
 Дисменорея 224, 226
 Дистония почек 415
 Дифтерия влагалища 33
 — поражения половых органов 122, 123
 Дождевой душ 488
 Доза излучения 236
 — лучистой энергии 235
 — ультрафиолетовых лучей 479
 — — — гиперэритемная 479
 — — — гипозеритемная 479
 — — — эритемная 479
 — физическая 239
 Друскинилкай, курорт 551
 Душ 488
 — веерный 488
 — восходящий 488
 — — местный 490
 — геморроидальный 491
 — горячий 488
 — дождевой 488
 — игольчатый 488
 — индифферентный 488
 — висходящий 488
 — общий 490
- Душ подошвенный 490
 — промежностный 491
 — противопоказания 490
 — прохладный 488
 — пылевой 488
 — струевой 488
 — тепловой 488
 — холодный 488
 — циркулярный 488
 — Шарко 489
 — шотландский 490
- Евпатория-Майнаки, курорт 552
 Единица Махе 495
 Ейск, курорт 551
 Эссендуки, курорт 551
- Железистая гиперплазия слизистой оболочки матки 326
 Железисто-мышечные гиперплазии шейки матки 323
 Железноводск, курорт 551
 Железы внутренней секреции, аменорея 149
 Жесткость лучей 236
- Заболевания мочевых путей 381
 — — — методика исследования 383
 Задержка мочи 383
 Закон Джоуля-Ленца 456
 — Нернста-Лазарева 456
 Занятия по лечебной физической культуре 563
 Запущенность раковой болезни 330
 Зеленоградск, курорт 552
 Зеркало Кипша 476
 — тубус 476
 Злокачественные опухоли 231
 — — — лечение 231
 — — — лучевое 232
 Зондирование матки 355
 Зоны повышенной кожной болевой чувствительности В. Ф. Снегирева-Гада 440
 Зуд 10
 — вульвы 162
 — — диагноз 162
 — — лечение 163
 — — симптомы 162
 — — этиология 162
- Иглы с радиоактивным веществом 240
 — — — техника введения 240
 Игвашино, курорт 554
 Игольчатый душ 488
 Ижевские минеральные воды 551
 Излеченность гонорреи 95
 Излучатели инфракрасные 475
 — — показания 476
 Изношенность эластической ткани 375
 Изъязвления матки 179
 Иловая грязь 525
 Иммунотерапия гонорреи 91
 Имплантационная теория развития метастазов яичника 304
 Индигокармин 387
 Индифферентные водные процедуры 481

- Индифферентный душ 488
 Индуктотермия 465
 Инородные тела в мочевых путях 400
 Интенсивность радиации 239
 Интоксикации, аменоррея при них 148
 Инфантилизм 129, 338
 Инфекции общие, аменоррея при них 148
 — — ведущие к бесплодию 337
 — — влияние на половые органы 120
 — — прерывание беременности 125
 Инфекционные осложнения при лучевой терапии 250
 Инфильтраты послеоперационные, лечение на курортах 542
 Инфильтрация плотная уретры 319
 Инфракрасные излучатели 475
 Иод, внутриматочные высккивания 431
 Ионизирующее излучение 232
 — — действие на половые органы 235
 — — местные изменения 233
 — — механизм биологического действия 232
 — — общее действие 233
 Ионогальванизация 451
 Ионогальванодиатермия 464
 Ионофорез 451
 Искусственная грязь 526
 Иссык-Ата, курорт 553
 Ишурия 417
 — парадоксальная 168, 418
 — послеоперационная 417
 — послеродовая 417

 Кабинеты по борьбе с бесплодием 360
 Кавказский метод грязелечения 506
 Камни мочевые 400
 — мочеточниковые 402
 Карачи, курорт 551
 Карцинома железисто-солидная 261
 — интраэпителиальная 262
 Катетеризация 384
 Кахексия 254
 Качество излучения 236
 Кашин, курорт 551
 Кемери, курорт, 551
 Кепендий, курорт 551
 Киран, курорт 551
 Кисловодск, курорт 554
 Кислотность влагалищного содержимого 364
 Киста мочеиспускательного канала 408
 — псевдомуцинозная 295
 — — малигнизировавшая 295
 — — пролиферирующая 295
 — — сецернирующая 295
 — ретенционная 76
 — шоколадная 226
 Кистозные опухоли яичников 295
 — — кисты без эпителиальной выстилки 295
 — — — — малигнизированные 295
 — — — — папиллярные 295
 — — — — серозные 295
 — — — — эндометриодные 295

 Классификация опухолей яичников
 Пфанненштиля 291
 — рака шейки матки 260, 264
 Клетки промежуточного типа эпителии влагалищных стенок 352
 Климактерий 155
 — изменения в организме 156
 — лечебная физическая культура 568
 — лечение 158
 — расстройства, лечение на курортах 545
 — — — — — менструации 156
 — течение 157
 — фазы 155
 Климат 513
 — высоких мест 513
 — действие на организм 522
 — классификация В. А. Александрова 513
 — лечебное применение 513
 — — — виды его 514
 — методика лечения 513
 — низменностей 513
 — приморский 513
 Климато-грязевые курорты 552
 Кобальт радиоактивный 240
 Кожа, выносливость к облучениям 236
 Кожно-аллергическая реакция с актинолизатом 115
 Кожно-фокусное расстояние 237
 Коксо-вагалищная методика аппликации электродов 459
 Коксо-прямкишечная методика аппликации электродов 459
 Кокцигодия 378
 Колит 52
 Кольпит 26
 — гангренозный 34
 — гонорройный 76
 — при общих инфекционных заболеваниях 33
 — серозно-гнойный 26
 — старческий 29
 — трихомонадный 30
 — — лечение на курортах 541
 Кольпоскопия 259
 Кольностат Рого 240
 Колюмнизация грязевая 507
 Компресс согревающий 486
 Конгломератные опухоли придатков. лечение на курортах 542
 Кондиломы острые 11
 — — — — — лечение 12
 — — — — — электрокоагуляция 13
 — — — — — остроконечные 272
 — — — — — распознавание 12
 — — — — — течение 12
 — — — — — широкие 21
 Коническая шейка матки 338
 Контактные кровотечения 253
 Коротковолновая диатермия 465
 Краинка, курорт 551
 Крауроз 306
 — вульвы 21, 22, 327
 Крестцово-прямокишечная методика аппликации электродов 458

- Кровеносные сосуды, повреждения при лучевой терапии 235
- Кровотечения маточные 128
- — ановуляторные 135
 - — геморрагическая метроррагия 133
 - — застой крови 132
 - — климактерические 129
 - — лечение 137
 - — местные изменения матки 129
 - — — — — лечение 130
 - — нарушения нервной системы 132
 - — неоваригенные 129
 - — общие заболевания 131
 - — — — — лечение 131
 - — оваригенные 133
 - — определение 120
 - — постклимактерические 129
 - — предклимактерические 129
 - — психогенные 141
 - — пубертатные 129
 - — у новорожденных 129
 - — ювенильные 129, 142
 - — при лучевой терапии 250
 - — фибромиомах матки 192
- Крымский метод грязелечения 506
- Кумогорск, курорт 551
- Курортное лечение комплексное 523
- Курорты бальнеологические 493
- бальнео-грязевые 551
 - грязевые 493
 - климатические 493
 - климато-грязевые 552
 - с крепкими хлоридно-натриевыми водами 550
 - — лечебными грязями 550
 - — радоновыми водами 553
 - — сероводородными (сульфидными) водами 553
 - — термальными слабоминерализированными кремнистыми водами 553
 - — углекислыми водами 553
- Кюриотерапия 237
- внутриопухолевое облучение 240
 - внутрисполостное облучение 240
 - дозы 239
 - методика 241
 - показания 243
 - противопоказания 243
 - режим больной 243
 - ритм облучения 241
 - фибромиом матки 212
 - — — — — методика 214
 - — — — — подготовка больной 213
 - — — — — техника 214
 - фильтрация лучей 240
- Лактотерапия гонорреи 92
- Лампа Минина 475
- соллюкс 474
 - — методика 474
 - — показания 475
- Лейкемия 131
- Лекоплакия 306, 323
- вульвы 21
 - мочевого пузыря 394
- Лечебная физическая культура 558
- Лечебная физическая культура, выбор средств 559
- — — дозировка 561, 562
 - — — занятия 560
 - — — — индивидуальные 560
 - — — — коллективные 560
 - — — — место 560
 - — — — планирование 562
 - — — — проведение 562
 - — — — учет 563
 - — — комплекс средств 561
 - — — механизм физиологического действия 558
 - — — основы 538
 - — — показания 561
 - — — при гинекологических заболеваниях 564
 - — — упражнения контрольно-диагностические 561
 - — — форма организации 560
 - — — эффективность 568
- Лечебные грязи 550
- Лечение курортными факторами 492
- — — во внекурортных условиях 525
 - — — на курортах 492
- Лермонтовский курорт 552
- Лимфангит маточной трубы 45
- Лимфатические сосуды влагалища 6
- — повреждения при лучевой терапии 235
- Липецк, курорт 551
- Липидол 173
- Ложный абсцесс бартолиновой железы 23
- Локализаторы 476
- Лучевая болезнь 246
- терапия опухолей 232
- Лучи ультрафиолетовые 476
- Любень-Великий, курорт 553
- Люмбализация 377
- Лютеома 144
- Мазок из влагалищных выделений 258
- исследование на бледную трепонемию 18
 - из прямой кишки 79
 - — уретры 77
 - — шейки матки 78
 - картина бактериоскопическая и цитологическая 78
 - окрашивание 17
- Малые дозы радия 241
- Малярия и поражение половых органов 126
- Маммин 139
- Массаж водяной 482
- гинекологический 175, 423
 - — методика 425
 - — надавливание 428
 - — поглаживание 428
 - — показания 424, 428
 - — положение больной 426
 - — противопоказания 425
 - — разминание 428
 - — растягивание 428
 - — техника 427
 - — электровибрационный 429

- Массаж гинекологический, эффективность 424
 — мочеиспускательного канала 77
 Массивные дозы радия 241
 Матка, воспаление, метроэндометрит 41
 — выпадение 177
 — неправильные положения 165
 — опущение 177
 — цервицит 34
 — эндодервицит 34
 — эрозия 35
 Маточные кровотечения, радонотерапия 538
 Махачкала, курорт 552
 Махинджаури, курорт 553
 Мацерация покровов вульвы 9
 Мацеста, курорт 553
 Мегаэлектрон-вольт 237
 Медвежье озеро, курорт 552
 Мезоторий 237
 — период полураспада 238
 Менджи, курорт 553
 Менометроррагия 128
 Меноррагия 128
 Менструальная функция, влияние на нее лечения курортными факторами 536
 Менструация, лечение гонорреи при ней 94
 Метаплазия 286
 Метастатические опухоли яичников 303
 Метод высокой разовой дозы рентгеновых лучей 244
 — И. Н. Грамматикати 206, 431
 — дробного облучения рентгеновыми лучами 244
 — дробно-протяженного облучения рентгеновыми лучами 245
 — заполнения 289
 — отпечатков 258
 — Поцци 162
 — Рего-Кутара 245
 — соскобов 258
 — исследование неокрашенных препаратов 259
 Методика облучения 236
 — рентгенотерапии фибриомом матки 211
 — — — — дробная дозировка 211
 — — — — интесивная 211
 — — — — А. Л. Каплана 211
 Метрит хронический 38
 Метроррагия 128
 Метросальпингография 348
 — подготовка больной 348
 — после лечения на курортах 539
 — противопоказания 348
 — оценка рентгенографических данных 349
 — техника 348
 Метроэндометрит 41
 — послеабортный 43
 Мешотчатые гнойные опухоли придатков матки 45
 Микроклизмы 538
 Миллиграмм-эквивалент радия 239
 Минеральные ванны 495
 Миома злокачественная 271
 — распадающаяся 272
 «Миомное сердце» 201
 — — влияние на него курортного лечения 548
 Миргород, курорт 552
 Mofimina menstrualia 148
 Молла-Кора, курорт 551
 Молоковка, курорт 534
 Молочная кислота 6
 Молочница 9
 — влагалища 25
 — вульвы 25
 Молтаево озеро, курорт 551
 Морские купания 519
 — — действие на организм 520
 — — методика лечебного применения 519
 Моча, исследование 384
 — — получение 384
 — — состав 384
 Мочевой пузырь, выворот 415
 — — осложнения при радиесвой терапии 249
 — — повреждения при лучевой терапии 235
 — — распространение рака 254
 — — смещение 414
 — — туберкулез 404
 — — эндометриоз 407
 Мочевые камни 401
 Мочейспускание болезненное 382
 — задержка 383
 — неудержание 383
 — частое 383
 — — причины 383
 Мочейспускательный канал, выпадение слизистой оболочки 413
 Мочеполовые свищи 416
 Мочеточниковые камни 402
 Мочекаменная болезнь 400
 Мощность дозы 239
 Мраморный загар 473
 Мукометра 282
 Муялды, курорт 551
 Мышечная усталость 374
 Мягкий шанкр 18
 Наботовы яички 36, 273
 Нагрев грязи 526
 Надпочечник, поражение 150
 Накожный способ ионогальванизации 454
 Наконечник Морозова 67
 Напряжение брюшной стенки при туберкулезе 105
 Нафтаган 511
 — действие на организм 512
 — лечебное применение 512
 — методика применения 512
 — показания 510, 513
 — противопоказания 510, 513
 Неврит 373
 Недоразвитие половых органов, ведущее к бесплодию 338
 Нейроинфекция 291
 — трансмиссивные 292
 Некроз прямой кишки 249
 — радиесвой 247
 — рентгеновой 248

- Некроз фиброзного полипа 194
 Некроспермия 341
 Неудержание
 Нефрактомия 398
 Нисходящий душ 488
 Новокаиновая блокада 436
 — — в сочетании с другими методами лечения 437
 — — зон В. Ф. Снегирева-Геда, техника 440
 — — ионофорезом, техника 443
 — — ишиоректальной области, техника 443
 — — лечебное действие 437
 — — методика 437
 — — молочной железы, техника 444
 — — наружных половых органов, техника 442
 — — обоснование 436
 — — показания 437
 — — поясничная, техника 438
 — — через задний влагалищный вход, техника 440
 — — — — эпидуральная, техника 441
 Новообразования, лечение на курортах 546
- Обезболивающее действие лечения курортными факторами 536
 Обвертывание влажное 486
 Облучение послеоперационное 300
 — — методика 301
 — — фракционно-протяженное 236
 Обмывание 486
 — техника у тяжело больных 487
 Обтирание 487
 — техника 488
 Объемная доза 239
 Одесский метод грязелечения 506
 Ожирение 337
 Ожоги лучевые 247
 — при применении физиотерапевтических процедур 454, 460
 Озеро Горькое, курорт 550
 Озокеритолечение 529
 — методика 529
 Окклюзий ирригационный 483
 Олентуй, курорт 554
 Олигоспермия 341
 Олигурия 420
 Оофорит 47
 — гонорройный 84
 — лечение 94
 Оперативно-лучевое лечение рака шейки матки 274
 Оперативное вмешательство и последующая лучевая терапия 275
 Опухоли, чувствительность к облучению 234
 — яичников 290
 — — асцит 296, 298
 — — арренобластома 295
 — — Бреннера 295
 — — гранулезоклеточные 144, 295
 — — зрелые тератомы 295
- Опухоли яичников кистозные 295
 — — кисты псевдомупинозные 295
 — — классификация 291, 295
 — — лечение 299
 — — — гормональное 303
 — — — комбинированное 300
 — — — лучевое 299
 — — — хирургическое 299
 — — малигнизированные тератомы 295
 — — метастатические 303
 — — обращаемость за врачебной помощью 297
 — — отдаленные результаты лечения 301
 — — прогноз 302
 — — распознавание 204
 — — семиномы 295
 — — саркомы 295
 — — симптомы 296
 — — статистика 291
 — — текаклеточные 295
 — — тератобластомы 295
 — — тератоидные 295
 — — фибромы 295
 Опущение влагалища 177
 — — лечение 180
 — — внутренних половых органов, лечение гимнастическими упражнениями 565
 — — матки 177
 — — лечение 180
 Осарсол, применение 301
 Осипенко, курорт 552
 Осмотр мочевых путей 383
 — при помощи зеркал 256
 Острая язва вульвы 15
 — — — гангренозная форма 15
 — — — милиарная форма 15
 Остеоартроз 377
 — трофостатический 377
 Отек ипдуративный хронический 248
 Отравления хронические, ведущие к бесплодию 337
 Ощупывание мочевых путей 384
- Палочки Дедерлейна 6, 364
 Папиллома мочевого пузыря 408
 Папилломатоз 323
 Папиллярный рак уретры 320
 Папулы вегетирующие 21
 Параметрит 56
 — абсцесс 60
 — боковой 58
 — диагноз 59
 — задний 57
 — лечение 60
 Паранефрит 58, 398, 399
 — лечение 400
 — признаки 400
 — распознавание 400
 — течение 399
 Парафинолечение 528
 Парацеллюлит гнойный 63
 Паста Колумбия 310
 Педокольпоскоп 96
 Пелоидин 530
 — методика применения 531
 — показания 531

- Пелоидолечение 504
 Пелоиды 505
 — классификация В. А. Александрова 505
 — определение 505
 — состав 505
 — физические особенности 505
 — химические особенности 505
 Пельвеоперитонит 62
 — гнойный 62
 — гонорройный, лечение 94
 — лечение 64
 — слизчивый 62
 Пенициллинотерапия гонорреи 89
 I стадия рака шейки матки 265
 II стадия рака шейки матки 265
 III стадия рака шейки матки 266
 IV стадия рака шейки матки 266
 Перекрестное облучение 237
 Перекручивание ножки фибромиомы 198
 — тела матки при фибромиоме 195
 Переливание крови 117
 Периметрит 57
 Перисигмоидит 57
 Перитонит гонококковый 85
 — разлитой 85
 — газовый 85
 — общий 65
 — туберкулезный 105
 Перицистит 57
 Перкуссия мочевых путей 384
 Персистенция фолликула 133
 Пертубация 343
 Песок, лечение 527
 Пессарии 170
 — Годжа 172
 — Лелейна 215
 — Мейера 182
 — Томаса 172
 — Шатца 183
 Пигмент кожный 473
 Пиометра 42, 250, 282
 Пионефроз 254, 398, 401
 — открытый 398
 — перемежающийся 399
 Пиосальпинкс 45, 48, 49, 84
 Пириформит 374
 Пиурия 402
 Пиэлит 395
 — беременных 395
 — возбудители 395
 — лечение 396
 — осложнения 398
 — острый 395
 — течение 395
 — хронический 396
 Пиэлография выделительная 413
 Пиэлонефрит 398
 Поверхностные ороговевающие клетки эпителия влагалищной стенки 352
 Повышение общей сопротивляемости организма 235
 Подвздошно-влагалищная методика аппликации электродов 459
 Подвздошно-прямокишечная методика аппликации электродов 459
 Подводные кишечные ванны 497
 Поджелудочная железа, аменоррея 150
 Поднимание матки 180
 Подушка Вестена 373
 Поздний некроз 248
 Полигиперменоррея 84
 Полименоррея 128
 Полипоз 323
 — слизистой матки 326
 Полип аденоматозный 284
 — мочеиспускательного канала 408
 — распадающийся 272
 — слизистый 130
 — уретры 319
 Поллакиурия 383
 Положения матки неправильные 165
 Полуванна 483
 — контрастная терапия по С. А. Ягунову 483
 Получение спермы 341
 Поляна, курорт 554
 Понос геморрагический 249
 Пороки развития мочевых путей 416
 — сердца 132
 Посев выделений, методика 81
 Послеоперационное облучение 275
 Послеродовой период, лечение гонорреи 95
 Постоянное орошение 67
 Почечная колика 401
 Почка искусственная 421
 — смещение 415
 — функциональная способность 387
 Пояснично-крестцовые боли 373
 Прегнин 138
 Предоперационное облучение 275
 Предраковые заболевания, выявление 329
 — — — лечение 329
 — — — наружных половых органов 327
 — — — — — течение 328
 — — — — — тела матки 322
 — — — — — аденоматоз 326
 — — — — — железистая гиперплазия слизистой оболочки 326
 — — — — — полипоз слизистой 326
 — — — — — течение 327
 — — — — — шейки матки дискератозы 323
 — — — — — железисто-мышечные гиперплазии 323, 325
 — — — — — лейкоплакия 323, 325
 — — — — — папилломатоз 323
 — — — — — полипоз 323
 — — — — — течение 325
 — — — — — эритроплакия 323, 325
 — — — — — эрозии 323
 — — — — — яичников 327
 Прибор Здравомыслова-Кипианевской 508
 Придатки матки, воспаление труб 44
 — — — — — яичников 47
 Прижигания 13, 39
 Признак Г. Г. Генстера 59
 — Середя 255
 Приливы 157
 — лечение 158
 Проба индигокарминовая 387, 402

- Проба Коха 104
 — Манту 104
 — мочи с двумя стаканами 384
 — сперматозоидов по Хуннеру 342
 — Шиллера с люголевским раствором 257
 Проведение занятий по лечебной физической культуре 562
 Провокация естественная 79
 — искусственная 79
 — — механическая 79
 — — общая 40
 — — термическая 79, 80
 — — у девочек 98
 — — фототактическая 80
 — — химическая 79
 Прогестерон 138
 Продувание маточных труб 343
 — — — без помощника 346
 — — — диагностические ошибки 347
 — — — достоверность проходимости 347
 — — — методика 344
 — — — противопоказания 343
 — — — техника 345
 Проктит 52
 — — гонорройный 75, 79
 — — лечение 93
 Пролезни матки 179
 Проплиферация слизистой оболочки матки 326
 Промывание мочевого пузыря 397
 — почечных лоханок 397
 Прорыв гнойника 48
 Прострел 377
 Противопоказания общие к лечению больных на курортах 548
 Профилактика осложнений при лучевой терапии 250
 Профилактика рака 328
 Профилактические осмотры 330
 Прохладные водные процедуры 481
 Прохладный душ 488
 Прямая кишка, осложнения при радиевой терапии 249
 — — повреждения при лучевой терапии 235
 — — распространение рака 254
 — — тампоны грязевые 508
 — — — показания 511
 — — — противопоказания 511
 Психические заболевания, аменоррея 150
 Психозы, аменоррея 151
 Пузырьковый лишай 16
 Пузырный занос 327
 Пункция диагностическая 64
 — лечение ею 55, 61, 117
 Пути распространения инфекции 5
 Пылевой душ 488
 Пярну, курорт 552
 Пятигорск, курорт 552
 Радиовое лечение 275, 316
 — — и последующая гистерэктомия 274
 адий 273
 период полураспада 238
 Радиоактивный кобальт 311
 Радиофоры 240
 Радоновые воды 553
 Разрыв капсулы фибромиомы матки 195
 — шейки матки 34, 323
 Рак влагалища 312
 — — дифференциальная диагностика 314
 — — классификация по стадиям 314
 — — лечение 325
 — — — лучевое 316
 — — — отдаленные результаты 317
 — — — сочетанное 316
 — — — хирургическое 315
 — — локализация 312, 315
 — — распознавание 312
 — — симптомы 313
 — — формы 313
 — — частота 312
 — вульвы 307
 — — дифференциальный диагноз 308
 — — классификация по стадиям 307
 — — лечение 310
 — — — лучистой энергией 310
 — — — отдаленные результаты 311
 — — — хирургическое 311
 — — метастазирование 307
 — — признаки 307
 — — прогноз 309
 — — течение 309
 — клитора 311
 — мочеиспускательного канала 408
 — наружных половых органов 305
 — — — инфильтрирующая форма 307
 — — — — лечение 310
 — — — — отдаленные результаты 311
 — — — — распознавание 306
 — — — — статистика 305
 — — — — язвенная форма 307
 — — — — эндофитные образования 307
 — — неороговевающий 261
 — — низкокодиференцированный 261
 — — ороговевающий 261
 — профилактика 328
 — — борьба с запущенностью болезни 330
 — — возврата болезни 328
 — — возникновения и развития болезни 328
 — — восстановление нормальных функций матки 330
 — — запущенности болезни 328
 — — онкологическое обследование всех поликлинических больных 330
 — — предраковых заболеваний 329
 — — профилактические осмотры 330
 — — рецидивов 331
 — — санитарное просвещение 330
 — — тела матки 280
 — — — боли 282
 — — — гистологическая структура 286
 — — — гормональные нарушения 281, 282
 — — — диагностическое выскабливание 283
 — — — классификация 285

- Рак тела матки, лечение 288
 — — — комбинированное 290
 — — — лучевое 289
 — — — радием 289
 — — — хирургическое 288
 — — — метастазы 284
 — — — отдаленные результаты лечения 290
 — — — I стадия 285
 — — — II стадия 285
 — — — III стадия 285
 — — — IV стадия 285
 — — — прогноз 288
 — — — распознавание 282
 — — — распространение 287
 — — — течение 287
 — уретры 319
 — — лечение 321
 — — — лучевое 321
 — — — отдаленные результаты 322
 — — — сочетанное 322
 — — — хирургическое 321
 — — — распознавание 319
 — — — симптомы 320
 — — — формы 319
 — — — частота 319
 — шейки матки 251
 — — бели 253
 — — — боли 254
 — — — борьба 278
 — — — вид 256
 — — — гистологическая диагностика 260
 — — — диагностика дифференциальная 271
 — — — диагностические методы 257, 258
 — — — классификация гистологическая 260
 — — — — клинико-анатомическая 264
 — — — — кровоотечения 253
 — — — — контактные 253
 — — — — лечение 273
 — — — — лучевое 274
 — — — — оперативное 273
 — — — — отдаленные результаты 277
 — — — — паллиативное 278
 — — — — схемы 276
 — — — — распознавание 252, 254
 — — — — симптомы 253
 — — — — начальные 253
 — — — — со стороны мочевого пузыря и прямой кишки 254
 — — — — степень запущенности 253
 — — — — статистика 251
 — — — — форма 255
 Раннее распознавание рака 253
 Рапа 521
 — действие на организм 522
 — лечебное применение 521
 — методика применения 521
 Рассасывающее действие диатермического тока 457
 Рассечение пучка Говерса 280
 Растяжение мочевого пузыря 418
 — мышц при вагинизме 161
 Реакция большой на облучение 236
 — Борде-Жангу 87
 — влагалищного содержимого 6
 — кожи фотоэритемная 473, 477
 — Лисовской-Фейгеля 88
 — обострения 532
 — — интенсивность 532
 — — связь с результатами лечения 535
 — — степени 532
 — — сущность 533
 — покраснения кожи 498, 503
 — фотоэритемная 473, 477
 Режим больной при лечении радием 243
 Резекция (перерезка) пресакральных нервов 279
 Резиновые кольца Набиаса 240
 — трубки для радиоактивных препаратов 240
 Ректит 249
 Рено-рентальный рефлюкс 401
 Рентгенкатель 246
 Рентгенография матки 283
 Рентгенокимография матки и труб 350
 Рентгенотерапия 239, 244, 316
 — глубокая 237
 — комбинация с гормональными препаратами 246
 — лучевая болезнь 246
 — — — профилактика 247, 250
 — методика 244
 — осложнения 246, 249
 — паллиативная 245
 — фибромомом матки 208
 — — — методика 211
 — — — показания и противопоказания 209
 — эндометриозов 229
 Репозиция матки при девиациях ее 168
 — — — — маточным зондом 170
 — — — — пулевыми щипцами 169
 Ретроверзия матки 165
 Ретроверзия-флексия матки 165
 Ретродевиация матки 165
 — — выведение в нормальное положение 168
 — — подвижная 166
 — — — беременность 168
 — — — лечение 168
 — — — распознавание 167
 — — фиксированная 168, 175
 — — — устранение сращений 175
 Ретрофлексия матки 165
 Рождение узла фибромиомы матки 216
 Розеола 20
 Ртутно-кварцевая лампа 476
 — — методика облучения 477
 — — холодная 467
 Ручной рефлектор 475
 — способ выведения матки из ретродевиации 168
 Садгород, курорт 552
 Саирме, курорт 554
 Саки, курорт 551
 Сакрализация 377
 Sactosalpinx purulenta 45

- Сальпингит 44
 — гидросальпинкс 45, 49
 — гонорройный 82
 — — лечение 94
 — диагноз 48
 — катаральный 45
 — лечение 53, 55
 — мешотчатые гнойные опухоли 45
 — острый 46
 — патогенез 44
 — пиосальпинкс 45, 48, 49
 — показания к оперативному лечению 56
 — прогноз 53
 — псевдофолликулярный 45
 — сальпинго-оофорит 45
 — симптомы 44
 — течение 46
 — туберкулезный 44
 — хронический 48, 50
 Salpingitis isthmica nodosa 45
 Сальпинго-оофорит 45
 Самоизлечение эндометрита гонорройного 82
 Санитарное просвещение 330
 Саркома, развитие из фибромиомы матки 196
 — шейки матки 271
 — яичника 295
 Световая полуванна 474
 — — методика 474
 — — показания 474
 Светолечение 472
 — воздействие на организм 472
 — лоскутный способ 474
 — местные облучения 474
 — методика 474
 — общие облучения 474
 — трусики 474
 — зритема 473
 Светочувствительность кожи 478
 Свищи 16, 249
 — мочеоловые 416
 — — профилактика 416
 Свищевые ходы 84
 Семиномы 295
 17-кетостероиды 150
 Сепсис при лучевой терапии 250
 Сергиевские минеральные воды 552
 Серегово, курорт 552
 Сероводородные (сульфидные) воды 553
 Серозно-гнойный кольпит 26
 Сестрорецк, курорт 552
 Сеть венозная влагалища 6
 Сигмоидит 52
 Симптом Ласега 375
 — Пастернацкого 396
 — Ровзинга 51
 Синяк, курорт 553
 Сифилис, вторичные проявления 17
 — шейки матки 37
 — — — вторичный 37
 — — — первичный 37
 — — — третичный 37
 Сифилитическая язва шейки матки 272
 Склероз первичный 37
 Скарлатина, поражения половых органов 122
 Славянск, курорт 551
 Смазывание шейечного канала 39
 Смеситель токов 464
 Смешанная форма рака 255
 Смещения матки, лечение гимнастическими упражнениями 565
 — мочевого пузыря 414
 — почек 415
 Совмещение процедур 523
 Содержимое влагалища 364
 Соллюкс 474
 Солнечные ванны 516
 — — дозировка 516
 Солнцелечение 515
 — действие на организм 518
 — методика применения 516
 Сольвычегодск, курорт 552
 Соль-Илецк, курорт 551
 Сосочковые разрастания кожи 11
 Сперма 340
 — получение 341
 Сперматозоиды, патологические формы 341
 Spina bifida occulta 376
 Спондилоартрит 375
 Спондилолистез 375
 Спринцевание 55, 370
 — средства 370
 — техника 370
 Средние дозы радия 241
 Старая Русса, курорт 552
 Старческий кольпит 29
 Степени чистоты влагалищного содержимого 352, 365
 Стенозы влагалища 34
 Стрептобацилла Дюкрея 18
 Струевой душ 488
 Субаквальные ванны 497
 Субтермальные лечебные воды 493
 Сульфаниламидотерапия гонорреи 90
 — — побочные явления 91
 — — противопоказания 91
 Судьфадимезип, схема лечения 396
 Сульфатно-гидрокарбонатные лечебные воды 493
 Сульфатные лечебные воды 493
 Сурахань, курорт 553
 Схемы лечения больных раком шейки матки 276
 — Ролье 517
 — Шредера 291
 — цитологических картин мазков по Г. А. Бакшту 78
 Талги, курорт 553
 Тампон влагалищный 40, 137
 — — пробный по Шульце 365
 — — грязевой 507
 — — парафинный 528
 — — озокеритовый 530
 — — прямокишечный грязевой 508
 — — парафиновый 528
 Твердый шанкр 17, 272
 Текаклеточные опухоли 295

- Текома 144
 Теория ионного возбуждения П. П. Лазарева 457
 Тепловые водные процедуры 48
 Теплый душ 488
 Термальные лечебные воды 493
 — слабоминерализованные кремнистые воды 553
 Терактобластома 295
 Терактоидные опухоли яичников 295
 Терактома яичников зрелая 295
 — — малигнизировавшаяся 295
 Тинаки, курорт 551
 Ткварчелы, курорт 553
 Тканевая терапия 446
 — — методика 447
 — — модификация 446, 447
 — — обоснование 446
 — — техника 447
 — — эффективность 448
 Ток ультравысокой частоты 466
 — электрический, частота колебаний 456
 Торфяная грязь 527
 Точки для расчета доз облучения 242
 Тригонит гонорройный 74
 Трихомонада 30
 — методика исследования 30
 Трихомонадный кольпит 30
 — — лечение 30
 «Трусикки» 474
 Туберкулез мочевого пузыря 404
 — позвоночника 375
 — половых органов 102
 — — — вторичный 103
 — — — туберкулинодиагностика 104
 — — — лечение 107
 — — — антибиотиками 109
 — — — химиотерапевтическими препаратами 110
 — — — хирургическое, осложнения 107
 — — — — эффективность 111
 — — — первичный 103
 — — — прогноз 106
 — — — самоизлечение 106
 — — — профилактика 105
 — — — распознавание 104
 — — — выскабливание полости матки 105
 — — — течение 103
 — — — частота поражения 102
 — — — этиология и патогенез 103
 — почеч 402
 — — влияние на беременность 405
 — — гематурия 405
 — — лечение 405
 — — палочки туберкулезные 405
 — — признаки 403
 — — распознавание 403
 — — шейки матки 273
 Туберкулинодиагностика 104
 Тубоовариальный гнойник 45
 Увильды, курорт 552
 УВЧ 466
 Углекислые воды 553
 Удельная доза 239
 Укутывание 486
 Ультрафиолетовые облучения 479
 — — дозировка 479
 — — местные 479
 — — общие 479
 Уменьшение массы опухоли 317
 Уремия 254, 421
 Уретеропеле 414
 Уретра, рак 319
 Уретрит, лечение 390
 — неспецифический 389
 — острый 389
 — хронический 389
 Уретроскопия 385
 Усолье, курорт 552
 Усть-Качка, курорт 553
 Учащенное мочеиспускание 383
 Угдон, курорт 551
 Учум, курорт 552
 Ущемление шейки матки 178
 Фазы климактерического периода 155
 Фиброма мочеиспускательного канала 408
 — яичников 295
 Фибромиома матки 185
 — — атипическое расположение 199
 — — — — диагностика 201
 — — — — классификация 199
 — — — — признаки 200
 — — бессимптомная 191
 — — — режим 192
 — — внутривеночные узлы 185
 — — выворот матки 197
 — — и беременность 198, 216
 — — изменения в яичниках 191
 — — интерстициальные узлы 186
 — — интралигаментарные узлы 186
 — — интрамуральные узлы 185
 — — клиническое течение 191
 — — консистенция 190
 — — кровотечение 192
 — — лечение 203
 — — — лучистой энергией 208, 212
 — — — симптоматическое 203
 — — — хирургическое 210, 216
 — — межсвязочные узлы 186
 — — «мионое сердце» 201
 — — морфология 186
 — — некроз 194
 — — — — диагноз 197
 — — — — ножка, перекручивание 198
 — — окраска 190
 — — перерождение 190
 — — подсерозные узлы 185
 — — подслизистые узлы 185
 — — развитие саркомы 196
 — — распознавание 192, 195, 198
 — — рождение узла 216
 — — с жидким содержимым 190
 Fibromyoma antecervicale 200
 — intraligamentosum 200
 — paracervicale 200
 — retroperitoneale 200

- Fibromyoma retrocervicale 199
 — subperitoneale 200
 Фибросклероз тканей 113
 Физиотерапия 448
 Физкультура 180
 Фильтрация лучей радия 214, 240
 Фильтры для радиоактивных элементов 238
 Фитонциды, методика лечения ими 32
 Флора влагалищного содержимого 364
 Фолликулит вульвы 13
 — — лечение 13
 — — признаки 13
 Фолликулома 144
 Форма живота при кистоме яичника 185, 187
 — — — расхождении прямых мышц 185, 188
 — — — воспалительной опухоли придатков 185, 189
 — — — ожирении 185, 188
 — — — послеоперационной грыже 185, 189
 Фоторадиограмма 238
 Фотозерительная реакция кожи 477
 Френикус-симптом 345
 Фульгурация 455
 Фурункулез 14
 — вульвы 14
 — — лечение 14
- Хаапсалу, курорт 552
 Хилово, курорт 552
 Хлоридно-натриевые воды крепкие 550
 Хлоридно-сульфатные лечебные воды 493
 Хлоридные лечебные воды 493
 Хлорно-гидрокарбонатные лечебные воды 493
 Ходжа-Оби-Гарм, курорт 553
 Холодная ртутная кварцевая лампа 476
 Холодный душ 488
 Холодные водные процедуры 481
 — лечебные воды 493
 Хордотомия 279
 Хориоэпителиома 327
 Хромотерапия 476
 Хромоцистоскопия 387
 Хроническая язва вульвы 16
 — — — распознавание 16
 — — — лечение 16
- Цагвери, курорт 554
 Цвет мочи 383
 Цервицит 34
 — лечение на курортах 541
 Циркулярный душ 488
 Цистит 390
 — гангренозный 392
 — — лечение 393
 — инкрустирующий 392
 — — лечение 394
 — кислый 392
 — лечение 392
 — острый 392
- Цистит послеоперационный 392
 — при лучевой терапии 249
 — распознавание 392
 — роль катетеризации 390
 — симптомы 391
 — флегмонозный 392
 — формы 392
 — хронический 392
 — щелочной 392
 — язвенный 392
 Цистоскоп 385
 Цистоскопия 257, 385
 — методика исследования 385
 — нахождение мочеоточников 386
 Цитология влагалищного мазка 351
 Цхалтубо, курорт 553
- Чартак, курорт 553
 Частое мочеиспускание 383
 Черче, курорт 552
 Чревосечение и пунктура опухоли 274
 Чувствительность к лучистой энергии опухолей 234
 — — — — тканей 233
- Шизофрения, аменоррея при ней 151
 Шира, курорт 552
 Шлаковые воды 532
 Шмаковка, курорт 554
 Шотландский душ 490
- Щитовидная железа, аменоррея при поражении ее 150
- Экзема вульвы 163
 Экзофитная опухоль уретры 319
 — форма рака 255
 Экстрагенитальный соллюкс 475
 — — методика лечения 475
 — — показания 475
 Электровибрационный массаж 429
 — — техника 430
 Эктроион 35, 323
 Электрод деревянный 453
 — диск 466
 — кабель 466
 Электрокоагуляция 463
 — опухоли 317
 — папилломы мочевого пузыря 409
 Электролечение 451
 — дарсонвализация 454
 — — действие 455
 — — показания 455
 — — техника 456
 — ионогальванизация 451
 — — действие 451
 — — показания 452
 — — техника 453
 — ионогальванодиатермия 464
 — коротковолновая диатермия 465
 — — — действие 465
 — — — показания 465
 — — — техника 465
 — средневолновая диатермия 456
 — — — в поликлинических условиях 461

- Электролечение, средневолновая диатермия, действие 457
 — — — методика 460
 — — — осложнения 460
 — — — показания 458
 — — — техника 458
 — токи ультравысокой частоты 466
 — — — — действие 467
 — — — — дозы 468
 — — — — показания 468
 — — — — техника 468
 Электропирексия 470
 Электроэксцизия опухоли 311
 Эльтон, курорт 551
 Эндометриоз 45, 219, 272
 — в клетчатке позади шейки 223, 225
 — — перегородке между влагалищем и прямой кишкой 223, 225
 — — теле матки 223
 — — внутренний 219, 223
 — — внутрибрюшинный 223, 226
 — — диагноз 227
 — — лечение 228
 — — — лучевое 229
 — — — медикаментозное 228
 — — — хирургическое 229
 — — локализация 223
 — — мочевого пузыря 230, 407
 — — наружный 219, 225
 — — патологическая анатомия 211
 — — профилактика 228
 — — течение 217, 222
 — — этиология 220
 Эндометриозидная гетеротипия 219
 Эндометрит гонорройный 82
 — — — самоизлечение 82
 Эндофитная форма рака 255
 Эндоцервицит 34
 — — гонорройный 74
 — — — лечение 93
 — — — лечение 38, 39
 — — — на курортах 541
 — — — при неспецифическом воспалении 34
 Энтероцитоз 167
 Эпидермит 245
 Эпителит 245
 — — радиевый 247
 Эритемотерапия 479
 — — показания 480
 — — противопоказания 480
 Эритроплазия 306
 Эритроплакия 323
 Эрозия 17, 35, 75
 — — воспалительная 35
 — — истинная 35
 — — лечение 39, 329
 — — — диатермическим током 462
 — — — на курортах 542
 — — ложная 35
 — — папиллярная 37, 323
 — — фолликулярная 36, 323
 — — эпителизации 35
 Эстиомен 16
 Эстрогены 281

 Ювенильные кровотечения 142
 — — — лечение 143

 Явления выпадения 157, 212
 Язва(ы) венерические 17
 — — гуммозные 37
 — — Липпютца 15
 — — некротические 247
 — — прямой кишки 250
 — — сифилитическая 17
 — — — на шейке матки 37
 — — — техника исследования матки 18
 — — туберкулезные 17, 20
 — — — на шейке матки 37
 Язвенные опухоли уретры 319
 Яичник, аменоррея 149
 — — изменения при фибромиомах матки 191
 — — опухоли 290
 — — повреждения при лучевой терапии 235
 Ямаровка, курорт 554
 Ямкун, курорт 553
 Яны Курган, курорт 551

СОДЕРЖАНИЕ

От авторов	3
Воспалительные процессы женских половых органов. Проф. И. Л. Брауде	5
Неспецифические воспалительные процессы женских половых органов . .	8
Вульвит	8
Острые кондиломы вульвы	11
Фолликулит вульвы	13
Фурункулез вульвы	14
Острая язва вульвы	15
Хроническая язва вульвы	16
Пузырьковый лишай	16
Распознавание венерических и туберкулезных язв и вторичных проявлений сифилиса	17
Лейкоплакия вульвы	21
Крауроз вульвы	22
Воспаление бартолиновой железы	22
Молочница вульвы и влагалища	25
Воспалительные процессы влагалища (кольпиты)	26
Воспалительные процессы матки	34
Воспалительные процессы шейки матки	34
Воспалительные процессы слизистой оболочки и стенки матки	41
Воспалительные процессы придатков матки	44
Воспалительные процессы околоматочной и тазовой клетчатки (параметрит и парацеллюлит)	56
Воспалительные процессы брюшины малого таза	62
Л и т е р а т у р а	68
Специфические воспалительные процессы женских половых органов . . .	71
Женская гоноррея	71
Гоноррея нижнего отдела мочеполовых органов	74
Распознавание гонорреи нижнего отдела мочеполовых органов и прямой кишки	77
Восходящая гоноррея	81
Распознавание гонорройной этиологии в хронических случаях воспаления внутренних половых органов женщины	87
Лечение	89
Лечение гонорреи нижнего отдела	92
Лечение восходящей гонорреи	94
Лечение гонорреи во время менструации	94
Лечение гонорреи у беременных	94
Лечение гонорреи в послеродовом периоде	95
Определение излеченности	95
Личная профилактика гонорреи у женщин	96
Гоноррея девочек	96
Особенности локализации и клиническая картина	96
Распознавание	96
Лечение	97
Критерий излеченности	98
Профилактика гонорреи у детей	98

Л и т е р а т у р а	99
Туберкулез женских половых органов	102
Клиническое течение и распознавание	103
Прогноз	106
Профилактика	106
Лечение	107
Л и т е р а т у р а	111
Актиномикоз женских половых органов	112
Патологоанатомическая характеристика	112
Клиническое течение и распознавание	113
Лечение	115
Л и т е р а т у р а	120
Острые инфекционные заболевания и их влияние на женские по- ловые органы	120
Л и т е р а т у р а	127
Аномалии менструации. Климактерий.	128
Маточные кровотечения. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	128
Кровотечения неоваригенного происхождения	129
Кровотечения оваригенного происхождения	133
Геморрагическая метропатия	133
Ювенильные кровотечения	142
Геморрагические метротопии у женщин зрелого возраста	144
Гранулозоклеточные опухоли яичника	144
Л и т е р а т у р а	145
Аменоррея. Проф. <i>М. С. Малиновский</i> , доктор медицинских наук <i>Е. Д. Свет- Молдавскя</i>	146
Аменорреи, обусловленные изменениями в половом аппарате	148
Аменорреи, обусловленные инфекционными заболеваниями и инто- ксикациями	148
Аменорреи, обусловленные заболеваниями желез внутренней секреции	149
Аменорреи, обусловленные заболеваниями нервной системы	150
Аменорреи, обусловленные нарушениями внешней среды	152
Лечение	152
Показатели эффективности лечения	154
Л и т е р а т у р а	154
Климактерий. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	155
Некоторые болезненные формы, связанные с неврозами. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	160
Вагинизм	160
Зуд вульвы	162
Л и т е р а т у р а	164
Неправильные положения матки. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	165
Подвижная ретродевиация матки	166
Фиксированная ретродевиация матки	175
Опухания и выпадения влагалища и матки	177
Л и т е р а т у р а	184
Доброкачественные опухоли женских половых органов. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	185
Фибромиома матки	185
Морфологическая характеристика фибромиомы матки	186
Клиническое течение и распознавание	191
«Миомное сердце»	201
Лечение	203
Симптоматические методы лечения	203
Радикальные методы лечения	208
Неотложная хирургическая помощь	216
Сочетания фибромиомы с беременностью	216

Л и т е р а т у р а	217
Эндометриоз	219
Этиология	220
Патологическая анатомия	221
Клиническое течение при различных формах	222
Лечение	228
Л и т е р а т у р а	229
Злокачественные опухоли женских половых органов. Проф. А. И. Серебров	231
Неоперативные методы лечения	231
Общие принципы лучевой терапии	232
Методы лучевой терапии	237
Кюритерапия	237
Противопоказания к радиевой терапии	243
Режим больной при лечении радием	243
Рентгенотерапия	244
Осложнения	246
Лучевые повреждения	247
Осложнения со стороны мочевого пузыря и прямой кишки	249
Кровотечения	250
Осложнения инфекционного характера	250
Рак шейки матки	251
Распознавание	252
Дифференциальная диагностика	271
Лечение	273
Рак тела матки	280
Распознавание	282
Лечение	288
Опухоли яичников	290
Классификация	291
Распознавание	294
Лечение	299
Метастатические опухоли яичников	303
Рак наружных половых органов	305
Распознавание	306
Лечение	310
Рак влагалища	312
Распознавание	312
Лечение	315
Рак женской уретры	319
Распознавание	319
Лечение	321
Предраковые заболевания женских половых органов	322
Профилактика рака женских половых органов	328
Л и т е р а т у р а	331
Бесплодие. Проф. И. Л. Брауде	336
Причины бесплодия	337
Выяснение причин бесплодного брака	340
Исследование мужчины	340
Исследование женщины	342
Методы функционального исследования маточных труб	343
Продувание маточных труб	343
Метросальпингография	348
Определение функционального состояния яичников	350
Методы борьбы с женским бесплодием	353
Л и т е р а т у р а	360
Беш. Проф. И. Л. Брауде	363
Пояснично-крестцовые и копчиковые боли. Проф. И. Л. Брауде	373
Пояснично-крестцовые боли	373
Копчиковые боли	378

Л и т е р а т у р а	380
Заболевания мочевых путей. Проф. И. Л. Брауде	381
Общая симптоматология заболевания мочевых органов	382
Боли при мочеиспускании	382
Частое мочеиспускание	383
Неудержание мочи	383
Задержка мочи	383
Методика исследования	383
Наружное исследование	383
Исследование мочи	384
Уретроскопия	385
Цистоскопия	385
Хромоцистоскопия	387
Исследование функциональной способности почек	387
Клиника урологических заболеваний	387
Воспалительные процессы	387
Воспаление мочеиспускательного канала	389
Воспаление мочевого пузыря	390
Ороговение слизистой оболочки мочевого пузыря	394
Воспаление почечных лоханок	395
Пиелонефрит	398
Пионефроз	398
Воспаление околопочечной клетчатки	399
Инородные тела, мочевые камни (мочекаменная болезнь)	400
Туберкулез мочевых органов	402
Эндометриоз	407
Новообразования	408
Мочеиспускательный канал	408
Мочевой пузырь	408
Почки	409
Смещения	413
Пороки развития	415
Мочеполовые свищи	416
Ишурия	417
Анурия	419
Уремия	421
Л и т е р а т у р а	421
Методы лечения гинекологических больных	423
Гинекологический массаж. Проф. И. Л. Брауде	423
Электровибрационный массаж	429
Л и т е р а т у р а	431
Внутриматочные впрыскивания иода. Проф. И. Л. Брауде	431
Л и т е р а т у р а	435
Новокаиновая блокада. Проф. А. Б. Гиллерсон	436
Методика и техника	437
Поясничная блокада	438
Блокада зон повышенной кожной болевой чувствительности (зоны В. Ф. Снегирева-Геда)	440
Блокада через задний влагалитный свод	440
Эпидуральная блокада	441
Блокада наружных половых органов	442
Блокада ишиоректальной области	443
Блокада путем ионофореза	443
Блокада молочной железы	444
Л и т е р а т у р а	445
Тканевая терапия. Доктор медицинских наук Е. Д. Свет-Молдавская	446
Л и т е р а т у р а	448
Физиотерапия	448

Механизм и особенности действия физиотерапевтических факторов на организм. Проф. <i>А. В. Гиллерсон</i>	449
Электролечение. Проф. <i>А. В. Гиллерсон</i>	451
Л и т е р а т у р а	470
Светолечение. Проф. <i>С. А. Ягунов</i> и <i>Л. Н. Старцева</i>	472
Водолечение. Проф. <i>С. А. Ягунов</i> и <i>Л. Н. Старцева</i>	480
Л и т е р а т у р а	491
Лечение женских болезней курортными факторами на курортах и во внекурортных условиях. Проф. <i>М. С. Малиновский</i> и <i>Е. Д. Свет-Молдавская</i>	492
Лечение минеральными водами	493
Газовые воды	494
Методика применения лечебных вод	495
Действие лечебных вод на организм женщины	498
Показания и противопоказания	500
Лечение грязью	504
Методика применения грязи	506
Действие грязей на организм женщины	509
Показания и противопоказания	510
Лечение нафталаном	511
Методика применения нафталанов	512
Действие нафталанов на организм женщины	512
Лечение климатом	513
Воздухолечение	514
Солнцелечение	515
Лечение морскими купаниями и ваннами	519
Лечение рапой	521
Действие климата на организм женщины	522
Комплексные методы курортного лечения	523
Внекурортное применение курортных факторов и их заменителей	525
Грязелечение	525
Лечение искусственными газовыми водами	531
Некоторые частные вопросы курортного лечения гинекологических больных	533
Лечение воспалительных процессов	533
Лечение гипогенитальных расстройств	543
Лечение климактерических расстройств	545
Лечение на курортах при наличии у больных новообразований	546
Д о б а в л е н и я : 1. Общие противопоказания, совершенно исключаящие направление больных на курорты	548
2. Краткие сведения о курортах СССР, показанных для лечения гинекологических больных	550
Л и т е р а т у р а	554
Лечебная физическая культура. Проф. <i>С. А. Ягунов</i> и <i>Л. Н. Старцева</i>	558
Основы лечебной физической культуры	558
Лечебная физическая культура при гинекологических заболеваниях	564
Л и т е р а т у р а	569
П р е д м е т н ы й у к а з а т е л ь	571