

Библиотека  
ПРАКТИЧЕСКОГО  
ВРАЧА

*М. Д. Пирадова*

ПОЛИПЫ  
МАТКИ

---

Медицина 1956

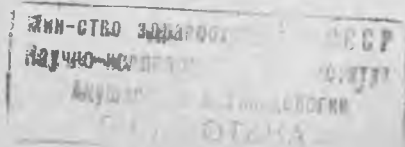
М. Д. ПИРАДОВА



# ПОЛИПЫ МАТКИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
МЕДГИЗ — 1958 — МОСКВА



## ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья женщин является важнейшей задачей советского здравоохранения. Одно из основных значений имеет предупреждение гинекологических заболеваний.

Профилактическое направление современной гинекологии нашло свое выражение в массовых профилактических осмотрах женщин. Профилактические осмотры женщин с целью выявления гинекологических заболеваний, особенно ранних форм рака, а также заболеваний, которые могут перейти в злокачественные опухоли (эрозии, лейкоплакии, рубцы, эктропионы, полипы и др.), являются мероприятиями, неуклонно ведущими к снижению заболеваемости и сохранению трудоспособности женщин.

В связи с указанным вопросы диагностики, клинического течения и лечения полипов матки приобретают большое значение. Это нередко встречающееся заболевание является одной из частых причин нарушения менструального цикла в виде меноррагии, а также длительных маточных кровотечений типа метроррагии, которые иногда надолго лишают женщину трудоспособности.

Следует отметить, что в последнее время полипы матки все чаще стали относить к так называемым предраковым состояниям. Однако полипы не всегда подвергаются злокачественному превращению.

Распознавание патологических состояний, имеющих в ряде случаев тенденцию к образованию злокачественных опухолей, представляет большой практический интерес, и с этой точки зрения полипы матки заслуживают серьезного изучения. Однако в настоящее время среди акушеров-гинекологов нет еще единого мнения по ряду вопросов, касающихся этого заболевания. Одни счи-

тают основным фактором, оказывающим влияние на возникновение полипов, воспалительные процессы, другие — нарушение функции яичников. В имеющихся немногочисленных работах, посвященных описанию этого заболевания, отсутствует подробное систематическое изложение клиники данного заболевания.

Относительно лечения полипов матки также существуют различные взгляды: одни авторы считают возможным ограничиться лишь удалением полипа без выскабливания слизистой тела матки; другие предлагают одновременно с удалением полипа производить выскабливание слизистой как тела, так и канала шейки матки. Поэтому мы поставили перед собой задачу на основании наших клинических наблюдений изложить некоторые вопросы этиологии полипов матки, дать описание клинического течения и методики лечения этого заболевания и проследить отдаленные результаты его. На основании анализа полученных данных мы попытаемся наметить пути профилактики данного заболевания.

Не претендуя на исчерпывающее изложение всего вопроса в целом, мы приводим ряд практических советов и будем весьма удовлетворены, если они помогут врачам в их повседневной работе.

---

---

## КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Одним из распространенных гинекологических заболеваний являются полипы слизистой оболочки тела матки и ее шейного канала.

Для определения различных разрастаний слизистой оболочки издавна применялся термин «полип». Основоположник русского акушерства Н. М. Максимович-Амбодик в своем труде «Руководство к познанию и врачеванию болезней человеческих наружных и внутренних, с прибавлением главных немощей женского пола и малолетних детей» употреблял этот термин для обозначения разрастания слизистой оболочки кишок.

Подобные разрастания слизистой оболочки и в других органах также стали называть полипами. Рюйш (Ruysch) впервые применил это название для определения разрастаний слизистой матки [цит. по Левре (M. Levret, 1759)]. Однако в то время еще не различали полипы слизистой шейного канала и тела матки, а говорили вообще о полипах матки. Левре, занимаясь изучением этого патологического процесса, впервые предложил в зависимости от локализации различать полипы наружного зева, канала и тела матки.

В конце XVIII столетия это нередко встречающееся заболевание возбудило к себе большой интерес. К данному периоду относится ряд работ русских и иностранных авторов, в которых излагаются вопросы этиологии, клиники, диагностики и лечения полипов. Наибольший интерес представляют работы Вучиховского (1849), Кивиша (F. Kiwisch, 1854), Бильрота (T. Billroth, 1855), П. Н. Чунихина (1887), М. Розенгардта (1890) и др., в которых авторы в соответствии с уровнем медицинской науки того времени описывают этиологию, клинику, гистогенез и лечение этого заболевания.

Однако большинство работ этого периода посвящено описанию казуистических случаев [И. И. Буяльский (1842), А. Жижиленко (1859), В. А. Добронравов (1874—1875), В. Сутугин (1880), И. М. Львов (1881), Э. Х. Икавитц (1882) и др.].

Полипы слизистой тела матки и ее шейного канала рассматривали в то время как ограниченную гиперплазию слизистой оболочки, возникшую на почве воспаления (Кивиш, Бильрот и др.). Бильрот в 1855 г. подробно описал гистологическое строение полипов матки и пришел к заключению, что они представляют собой гипертрофию слизистой, возникшую на почве раздражений. М. Розенгардт (1890) считал, что полипы матки развиваются в результате расстройства кровообращения, вызываемого пороками сердца и эмфиземой легких. Иными словами, главными этиологическими моментами, по его мнению, являлись процессы, которые вызывали застойные явления в малом тазу.

Еще в 1915 г. К. П. Улезко-Строганова в своей работе о происхождении гиперпластических процессов в матке усматривала этиологию последних только в хроническом раздражении. По мнению К. П. Улезко-Строгановой, хронические раздражения во время менструации, половой жизни и беременности создают условия для застойной гиперемии, следствием чего является усиленный рост клеточных элементов. Другими словами, хроническое раздражение, по ее мнению, является причиной гиперплазии слизистой оболочки.

В связи с этим К. П. Улезко-Строганова в своей работе «Злокачественные опухоли в женской половой сфере» (1915) писала: «Какие бы ни были раздражения, но раз они имеют затяжной, хронический характер или, являясь периодическими, часто повторяются, — в результате создаются условия для застойной гиперемии, ведущей к расстройству питания, нередко в смысле повышения его, начинается усиленный рост клеточных элементов, приводящий к клеточным гиперплазиям. . . такие гиперплазии имеют место при эрозиях и полипах».

Это представление о возникновении гиперплазии было навеяно господствовавшей в то время вирховской «теорией раздражения», согласно которой размножение клеток возникает в результате избыточной ассимиляции питательного материала, а причиной такой

усиленной ассимиляции является «питательное раздражение». Такое объяснение возникновения гиперплазии не дает представления о том, как и в какой степени этот процесс зависит от функции организма в целом, от его связи с внешней средой, о его зависимости от функции центральной нервной системы, регулирующей все процессы в организме.

Материалистическое учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности является научной основой для диалектико-материалистического миропонимания. Развивая учение И. П. Павлова, его ученик К. М. Быков утверждает ведущую роль нервной системы и главным образом коры больших полушарий головного мозга в возникновении и развитии патологических процессов в организме человека и в механизме процессов выздоровления. К. М. Быков считает, что корковый стимул, даже ничтожный по своей силе, может вызвать грандиозные сдвиги во всех органах и тканях.

Аналогичную мысль высказала М. К. Петрова в своей работе «О роли функционально-ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме» (1946). Она писала: «Огромную роль в возникновении различных патологических процессов в организме играет функционально-измененная, патологически ослабленная мозговая кора больших полушарий с подкорковыми узлами и связанные с ней вегетативная и эндокринная системы».

Таким образом, очевидна огромная роль коры головного мозга в возникновении и течении патологического процесса, а также процесса выздоровления. Вместе с нервной системой большое влияние на организм оказывают и регулируемые ею гуморальные факторы. Придавая большое значение для организма в целом корреляции этих двух систем — нервной и гуморальной, К. М. Быков указывал, что она (корреляция) «осуществляется в самом высшем отделе нервной системы, т. е. в коре мозга, почему эта форма деятельности и может быть принята как выражение единства организма, как явление величайшей организованности, обеспечивающее самые сложные проявления жизни».

По мере изучения этого патологического процесса ряд ученых стал отрицать воспалительную этиологию полипов и выдвигать в противовес ей теорию наруше-

ния функции эндокринной системы [В. С. Груздев, Гейст (Geist) и др.].

Исходя из изложенного, рассмотрим, как представляется в настоящее время этиология и патогенез полипов матки. В последнее время определились два взгляда на этиологию полипов: 1) образование полипов в результате различных воспалительных процессов женских половых органов; 2) образование их вследствие изменения гормональной функции яичников.

Сторонники воспалительной этиологии [К. П. Улезко-Строганова (1915), А. П. Губарев (1922), Левант (H. Levant, 1935), И. Л. Брауде (1939), Сербин (W. Serbin, 1941), К. К. Скробанский (1946) и др.] считают, что под влиянием воспаления, особенно хронического (метриты, эндометриты, эндоцервициты), в слизистой оболочке матки или шеечного канала возникают процессы гиперплазии.

Общеизвестно, что уже в нормальном состоянии в слизистой оболочке матки образуются складки, которые сами собой до известной степени напоминают полипозные образования; при возникновении же воспалительного отека или гипертрофии они выступают над поверхностью слизистой еще больше и, постепенно вытягиваясь, образуют полип. Полипы, по мнению И. Л. Брауде (1939), «большей частью представляют собой ограниченные гиперплазии слизистой оболочки, возникшие на почве воспаления». Однако И. Л. Брауде придает большое значение в возникновении гиперплазии слизистой матки и «чрезмерным гормональным воздействиям».

В 1939 г. К. П. Улезко-Строганова отказалась от своих прежних представлений о причинах возникновения полипов. В своей работе «Нормальная и патологическая анатомия женских половых органов», касаясь вопроса о гипертрофических, гиперпластических и атрофических процессах, К. П. Улезко-Строганова писала: «... гипертрофия и гиперплазия матки, эндометрия и миометрия представляют собой группу процессов, причина возникновения которых лежит в расстройстве яичниковой функции». И далее она отмечала, что «полипозное изменение в слизистой эндометрия относится к гиперпластическим процессам описанного происхождения».



Аналогичные высказывания о сущности гиперпластических процессов в слизистой матки мы находим и у А. И. Абрикосова. Указывая на большую распространенность железистой гиперплазии слизистой матки, А. И. Абрикосов приходит к выводу, что сущность железистой гиперплазии заключается в одних случаях в нарушении правильного цикла менструальных изменений слизистой оболочки матки, в других случаях — в несвоевременном (например, в климактерическом периоде) появлении в матке изменений, сходных с фазами менструального цикла. И то, и другое, по мнению А. И. Абрикосова, является следствием патологических гормональных влияний яичников на слизистую оболочку матки (дисфункция яичников).

Р. Мейер (R. Meyer), Р. Шредер (R. Schröder) и М. Нейман подтвердили этот взгляд на происхождение железистой гиперплазии слизистой оболочки матки нахождением гиперплазии эндометрия в периоде прекращения менструального цикла при наличии гранулезных опухолей в яичнике (цит. по К. П. Улезко-Строгановой).

В. Д. Капнер (1947) и Е. Н. Петрова (1951) рассматривают полипы слизистой оболочки матки как сопутствующие явления при функциональных изменениях слизистой матки, обусловленных дисфункцией яичников. Этой же точки зрения придерживается и А. Л. Каплан (1949), объясняющий образование полипов функциональными изменениями слизистой тела матки в результате гормональных нарушений.

Приведенные объяснения этиологии полипов матки при рассмотрении их изолированно, в отрыве друг от друга, без учета целостности организма и его связи с внешней средой не могут дать цельного представления о происхождении этих образований. Единственно правильным подходом к разрешению вопроса об этиологии полипов является исследование его с позиций физиологического учения И. П. Павлова о единстве и целостности организма в его взаимоотношениях с внешней средой и о ведущей роли центральной нервной системы в процессах, совершающихся в организме. Предпосылкой к этому является установление тесной связи между органами внутренней секреции и центральной нервной системой, особое богатство женских половых органов

нервными элементами, а также наличие интерорецепторов в слизистой оболочке матки [К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко (1939), Э. Ш. Айрапетьянц и Е. Ф. Крыжановская (1947), С. К. Гамбашидзе (1948), В. М. Лотис (1949)].

Н. Л. Гармашевой установлено, что нормальная функция матки обеспечивается правильными гормональными ритмами, регулируемые центральной нервной системой. Кора головного мозга, регулируя через диэнцефалогипофизарную систему продукцию половых гормонов, создает этим самым известный ритм в гормональном воздействии на матку.

Работами И. П. Павлова и М. К. Петровой установлено, что нарушением трофики органа или ткани можно вызвать ряд таких патологических процессов, как, например, изъязвление. Поражение периферических нервных рецепторов и проводящих нервных путей, как показывают работы А. Д. Сперанского, А. В. Вишневого, Б. И. Лаврентьева и др., влечет за собой вялое течение язвенных и воспалительных процессов, затрудняет процессы регенерации тканей, иннервируемых данным участком нервной системы, а в некоторых случаях регенерация может и не наступить совсем (А. И. Серебров).

Общеизвестно, что шейка матки легко инфицируется. Сама по себе половая жизнь является моментом, благоприятствующим внесению инфекции в гениталии, в результате чего возникают воспалительные процессы, которые нередко могут быть и незамеченными больной. Особенно это относится к хроническим, так называемым бессимптомным, гонорейным заболеваниям женских половых органов.

По данным А. Д. Сперанского, любой сильный раздражитель (механический, химический или бактериальный), наносящий повреждение одному из участков нервной системы, свою роль на этом как бы заканчивает; в дальнейшем поврежденное место само уже является источником патологических импульсов. М. А. Петров-Маслаков экспериментально подтвердил, что деятельность каждого периферического рецептора заключается в том, что под влиянием того или иного внешнего физиологического или патологического агента рецептор начинает посылать в соответствующее нерв-

ное волокно более или менее длительные и частые серии импульсов. Эти повторные длительные импульсы, исходящие из рецепторов матки, могут вызывать нарушения корригирующей функции высших отделов нервной системы и приводить к дистрофическим процессам на периферии.

Возможно, что длительные хронические воспалительные процессы в слизистой оболочке шейки или тела матки вследствие воздействия на заложенные в ней нервные рецепторы могут вызвать нарушение трофики слизистой оболочки. Изменение интерорецепторов в свою очередь может явиться основной причиной, обуславливающей длительное течение воспалительного процесса, могущего в конце концов привести к образованию гиперпластических процессов в слизистой оболочке матки. При этих расстройствах имеет огромное значение и нарушение функции эндокринных органов, в частности гипофиза и яичников. И. П. Павлов также придавал большое значение влиянию гормонов на функцию нервной системы.

Надо полагать, что изложенные выше закономерности имеют место и при полипах матки. Можно допустить, что длительно протекающий воспалительный процесс в половых органах женщины через интерорецепторы слизистой матки, как это уже доказано многими авторами (А. Д. Сперанский, Б. И. Лаврентьев, М. А. Петров-Маслаков и др.), воздействует на функцию центральной нервной системы, на кору, подкорковую и диэнцефалическую области, изменяя при этом функцию гипофиза и образование гонадотропных гормонов. Это может выражаться в количественном изменении (увеличении или, наоборот, уменьшении образования гонадотропинов), а также в изменении соотношений между фактором А (фолликулостимулирующим) и фактором В (лютеинизирующим), выделяемыми передней долей гипофиза. Эти изменения в свою очередь вызывают ряд нарушений в эндокринной функции яичников. При этом нарушается ритм и характер циклических образований в фолликулярном аппарате яичника, а также происходят нарушения в динамике функциональных изменений желтого тела.

Длительные гормональные нарушения в продукции половых гормонов резко меняют нормальные физиоло-

гические (циклические) изменения слизистой оболочки матки. Чрезмерно активные влияния эстрогенного гормона, особенно при переживании (персистенции) фолликула, вызывают усиленные гиперпластические процессы слизистой оболочки матки, сопровождающиеся значительным и интенсивным ростом слизистой, ее желез, расширением их и образованием кистозных полостей.

Недостаточное воздействие лютеинизирующего гормона при слабой функции желтого тела не дает возможности перехода пролиферативной фазы в секреторную, вследствие чего нарушается ритм и динамика нормальных циклических изменений в слизистой оболочке матки. Физиологический процесс десквамации сменяется патологическими обширными некрозами и отсутствием правильной регенерации, что может привести к атипическому росту слизистой оболочки тела и канала шейки матки.

На основании приведенных литературных данных можно сказать, что единого взгляда на этиологию полипов матки в настоящее время еще нет. Все указанные выше авторы, освещая причины возникновения этого заболевания, основываются лишь на каком-нибудь одном факторе, который, по их мнению, является этиологическим моментом данной патологии. Даже в работах последних лет не было попыток рассмотреть этот вопрос с точки зрения взаимоотношений организма с окружающей средой и влияния центральной нервной системы на все процессы, происходящие в нем.

Что касается клиники и лечения полипов матки, то необходимо отметить, что в ряде работ раннего периода [Э. Х. Икавитц (1882), Фаренгольц (1883), П. Н. Чунихин (1887) и др.], посвященных описанию этого заболевания, приводились лишь характерные симптомы — кровотечения и бели — без четкого их анализа. Работы последних лет [И. Л. Брауде (1939), В. Д. Качнер (1945), А. Л. Каплан (1949), А. П. Кушелевский (1949) и др.] несколько больше проливают свет на клинику данного заболевания, однако и в них не было уделено достаточного внимания этому вопросу.

Издавна не вызывало сомнения то общепринятое положение, что обнаруженный полип должен быть удален. Удаление производилось различными методами:

путем перевязки ножки полипа [Л. И. Ляхович (1873), А. И. Маевский (1873) и др.], отсечения экразером и ножницами (И. И. Буяльский, 1842). В Орлов в 1881 г. описал случай удаления полипа цепным экразером, при этом он показал, что при недостаточно тщательном производстве этой операции нередко имели место повреждения слизистой шейки или влагалища в результате соскальзывания цепи экразера. Е. Я. Дрейцер (1884) сообщил об удалении полипа матки проволочным экразером и указал на достоинства и недостатки такого способа. К недостаткам автор относил небольшую гибкость проволоки экразера, вследствие чего она трудно накладывается, неодинаково обхватывает ножку полипа и неравномерно ее отсекает. Кроме того, петля скользит по ножке и стремится приблизиться к месту ее прикрепления, поэтому приходится удерживать петлю пальцем, чтобы она не соскочила и не ранила шейку матки. Несмотря на эти недостатки, автор считал, что этот метод имел преимущества перед перевязыванием, так как он был одномоментным и надежно предохранял от кровотечения после операции.

Кроме хирургических, предлагались и различные медикаментозные методы лечения. И. М. Львов (1884) описал случай полного излечения от фиброзного полипа матки подкожным введением эрготина.

Хирургический метод лечения больных полипом матки в сочетании с другими видами лечения (о чем будет сказано ниже), на наш взгляд, является единственно правильным.

До настоящего времени остается спорным вопрос о методике оперативного вмешательства. Одни гинекологи считают возможным ограничиться лишь откручиванием полипа, выступающего за пределы наружного маточного зева, при помощи корнцанга [А. П. Губарев (1922), Д. А. Гудим-Левкович (1942), К. К. Скробанский (1946) и др.] или удалением его путем отсечения. Другие [Левант (Levant, 1935), Хеффернан (R. Heffernan, 1937) и др.] предлагают производить коагуляцию, считая, что этот метод имеет преимущества перед простым откручиванием или отсечением. Коагуляция места прикрепления полипа способствует быстрой остановке кровотечения из обнаженных сосудов и препятствует проникновению по ним инфекции.

Многие авторы [Р. Шредер (1928), Е. Н. Марголина (1933), Д. А. Гудим-Левкович (1942) и др.] высказывают убеждение, что выскабливание слизистой оболочки матки после откручивания или отсечения полипа производить не следует, так как это может привести к инфицированию лежащих выше отделов половой системы и вызвать тяжелые осложнения, как эндометрит, параметрит, перитонит и др. Лишь немногие гинекологи считают необходимым при удалении полипа производить выскабливание слизистой тела матки (А. И. Серебров, Е. Н. Петрова и др.). Мы полностью присоединяемся к последней точке зрения.

Необходимость применения такого метода, помимо прочего, объясняется и тем, что полип может сочетаться со злокачественными процессами в слизистой тела матки. Гистологический анализ удаленного полипа и полученных соскобов позволяет врачу назначить правильную последующую терапию.

## ЭТИОЛОГИЯ ПОЛИПОВ МАТКИ

### Частота полипов матки

Полипы матки — часто встречающееся заболевание. По литературным данным, частота полипов матки среди гинекологических больных колеблется от 1,5 до 14%. Так, Гейгер (Geiger) полипы матки обнаружил у 1,6% гинекологических больных, Израель (S. Israel) — у 2,4% [цит. по Сербину (W. Serbin, 1941)]. По данным А. П. Кушелевского, частота полипов колеблется от 1,5 до 10%. Е. Н. Петрова и В. Д. Капнер обнаружили полипы у 14% больных. Нами это заболевание было установлено у 5,8% гинекологических больных.

Принято считать, что полипы матки являются заболеванием женщин главным образом пожилого возраста. Средний возраст больных, по литературным данным, равен 40—50 годам (Е. Н. Петрова, В. Д. Капнер, Р. Шредер и др.). По нашим данным, полипами матки наиболее часто болеют женщины в возрасте от 36 до 55 лет (88,1%). До 35 лет (7,6%), так же как и после 55 лет (4,3%), это заболевание встречается значительно реже. То, что полипы встречаются наиболее часто в возрасте 40—55 лет, объясняется, по-видимому, тем, что

в этот период в организме женщины происходит ряд изменений, объединяющихся понятием климактерического синдрома. При этом наблюдается нарушение деятельности половых желез, выражающееся сначала в понижении, а затем и прекращении функции яичников.

Известно также, что под влиянием гормонов яичников очень резко меняются рефлексы с рецепторов матки, особенно рефлексы со слизистой оболочки матки (Е. Ф. Крыжановская, 1952).

Весьма возможно, что в результате указанных нарушений создаются благоприятные условия для развития гиперпластических процессов в слизистой оболочке матки, ведущих к образованию полипов. У женщин до 35 лет полипы матки, по нашим данным, встречаются значительно реже. В этом возрасте еще нет тех изменений в организме, которые наблюдаются у женщин старше 40 лет. Однако ряд факторов, связанных с половой жизнью, различными инфекциями, абортами, осложненными родами, а также с нарушением функции яичников, может явиться причиной развития гиперпластических процессов с последующим образованием полипов. Таким образом, одним из факторов, играющих немаловажную роль в этиологии полипов матки, являются возрастные изменения организма женщины.

### **Менструальная функция у больных полипами матки**

Принимая во внимание существующее мнение, что нарушение функции яичников является одним из факторов, вызывающих образование полипов матки, мы сочли необходимым выяснить характер менструаций у больных в период до возникновения у них полипов. Этот вопрос представляет большой интерес, так как установление отклонений в характере менструальной функции у женщин до возникновения у них полипов матки проливает свет на этиологию и профилактику данного заболевания.

**Время наступления первой менструации у больных полипами матки.** По литературным данным, наступление первой менструации у девочек наблюдается приблизительно в возрасте 13—15 лет. Однако здесь могут наблюдаться колебания в зависимости от индивидуальных особенностей организма, условий жизни и климата.

Так, по С. С. Жихареву, первая менструация начинается чаще всего в возрасте 13—16 лет, по А. П. Губареву — 14 лет, по В. С. Груздеву — 15—17 лет, по М. С. Малиновскому — 13—16 лет. Мы здесь не приводим точки зрения всех современных авторов, так как они подтверждают эти данные.

Время наступления половой зрелости девочки, определяемое по ряду признаков и главным образом по появлению у нее менструации, дает возможность судить о функциональной способности яичников и матки. На половое созревание огромное влияние оказывает эндокринная система, регулируемая центральной нервной системой.

Если менструация появляется слишком рано или слишком поздно, то это свидетельствует обычно о нарушении функции эндокринной системы в сторону усиления ее или, наоборот, ослабления. Выяснение этих отклонений имеет часто большое практическое значение при диагностике и лечении различных заболеваний у женщин.

Из 211 обследованных нами больных, страдавших полипом матки, раннее появление первой менструации, т. е. в возрасте до 11 лет, отмечено лишь у 2 больных; у 171 больной первая менструация наступила в возрасте 12—16 лет и у 38 больных она появилась в 17-летнем и более старшем возрасте.

В группе здоровых женщин, имевших такой же возраст, как и обследованные больные, мы получили аналогичные данные. В возрасте 9—11 лет первая менструация наступила у 5 человек, 12—16 лет — у 173, 17 лет и старше — у 33. Эти данные представлены в табл. 1.

Из данных, приведенных в табл. 1, видно, что в отношении времени наступления первой менструации у больных и здоровых женщин нет никакого различия. Иначе говоря, у обследованных больных не обнаружены отклонения в функции эндокринной системы, влияющие на появление у них первой менструации.

**Время установления менструаций.** Известно, что менструации могут установиться не сразу, т. е. от менструации, наступившей впервые, до последующих может быть более или менее длительный перерыв, от нескольких месяцев до нескольких лет.



Таблица 1

Время наступления первой менструации у больных полипами матки и здоровых женщин

Время наступления первой менструации	Группа больных				Группа здоровых	
	полипы шеечного канала	полипы эндометрия	всего больных	%	число женщин	%
9—11 лет . . . . .	2	—	2	1,0	5	2,4
12—16 » . . . . .	149	22	171	81,0	173	82,0
17 лет и старше . . . . .	36	2	38	18,0	33	15,6
Итого...	187	24	211	100,0	211	100,0

А. П. Губарев считает, что «функция регул редко устанавливается сразу. Обыкновенно вторые регулы появляются не в следующем месяце, а через более продолжительный срок». По В. С. Груздеву, установление менструации через 3—4—6 месяцев, а по Е. И. Кварту, до одного года не является патологией. Позднее установление менструации — свыше одного года — указывает часто на инфантилизм.

У обследованных нами больных менструации установились сразу, у 181, в течение года — у 13 и спустя год и позже — только у 17 больных. Таким образом, у 92% больных полипом матки менструации установились сразу, а у 8% наблюдались отклонения от нормы.

При обследовании здоровых женщин были получены следующие данные: у 183 женщин менструации установились сразу, у 18 — в течение года, у 10 — через год и больше.

В табл. 2 представлено распределение больных и здоровых женщин по срокам установления у них менструаций.

Из данных, приведенных в табл. 2, следует, что в подавляющем большинстве случаев как в группе больных, так и здоровых женщин менструации устанавливались сразу. Таким образом, и в установлении менструации не обнаружено заметного различия между здоровыми женщинами и больными полипом матки.

Время установления менструаций у больных полипом матки  
и у здоровых женщин

Время установления менструаций	Группа больных			Группа здоровых		
	полип слизи- стой шеечно- го ка- нала	полип эндо- метрия	всего больных	%	коли- чество жен- щин	%
Установились сразу	161	20	181	} 92	183	} 95,3
» в течение года	10	3	13			
» через год	11	—	} 17	} 8	7	} 4,7
» » 2 года	2	—				
» позднее 3 лет	3	1			—	
Итого...	187	24	211	100,0	211	100,0

**Продолжительность и интенсивность менструации.**

Нормальная длительность менструации в среднем определяется, по А. П. Губареву и К. К. Скробанскому, 3—5 днями, по В. С. Груздеву — 3—7 днями. По данным Р. Шредера, менструальное кровотечение в среднем продолжается 3—4 дня, реже наблюдаются колебания в сторону уменьшения или увеличения количества дней.

При этом количество теряемой крови в среднем колеблется в пределах от 50 до 200 мл: по А. П. Губареву, 60—90 мл, по Р. Шредеру, 50—100 мл, по А. И. Сереброву, 50—150 мл; однако отмечаются и отклонения в ту или другую сторону.

Известно, что сила и длительность кровотечения во время менструации зависят от степени гиперемии и сокращения маточной мускулатуры (Р. Шредер), а также от функциональной деятельности яичников. Если матка обладает хорошей сократительной способностью и в ее слизистой оболочке правильно происходит процесс регенерации, зависящий от своевременного обратного развития желтого тела в яичнике, то кровопотеря при таких условиях обычно не сказывается на общем состоянии организма женщины и бывает умеренной.

Кровопотеря во время менструации зависит, разумеется, не только от количества дней менструации, но и от интенсивности кровотечения. Так, даже при дли-

тельной (7—8 дней) менструации количество теряемой крови может быть незначительным, в то время как при небольшом количестве дней менструации (3—4 дня) кровопотеря может быть настолько обильной, что женщина в такие дни теряет трудоспособность. Обильные менструации зависят и от степени гормональной подготовки (гиперфолликулинемия), а также от других факторов.

В результате нарушения в крови нормального титра эстрогенного гормона происходит изменение и в рецепторном аппарате слизистой матки, что может привести к тем или иным отклонениям в менструальном цикле.

Обильные менструации могут зависеть также от состояния иннервации сосудистой системы матки. Так, согласно исследованиям Е. И. Кватера и А. Э. Мандельштама, менструальное кровотечение является следствием своеобразного рефлекса и возникает в результате изменений в стенках кровеносных сосудов матки на почве нарушения ее интерорецептивных свойств. Под действием предменструального спазма сосудов, идущих из мышечного слоя матки в эндометрий, наступает местная тканевая гипоксия. Недостаток кислорода представляет собой форму химического повреждения клеток. В первую очередь повреждается эндотелий и повышается проницаемость сосудов, развивается отек ткани. Сосудистый спазм приводит к очаговому некрозу в эндометрии. Лишь в дальнейшем под влиянием продуктов тканевого распада, усиления ферментативных процессов, накопления углекислоты и гистаминоподобных веществ наступает расширение сосудов. С прекращением спазма возобновившаяся циркуляция крови способствует прорыву сосудистой стенки с образованием очагов кровоизлияния в эндометрии.

Десквамативная фаза менструального цикла начинается с момента появления сосудистого спазма. В пролиферативной фазе цикла наблюдается усиление притока крови, расширяются артериальные и венозные части капилляров; в секреторной же фазе развивается спазм сосудов с последующим парезом капилляров, с повышенной их проницаемостью. Таким образом, становится ясным, что причиной менструального некроза эндометрия и геморрагий в нем является спазм сосудов (цит. по М. Д. Гутнеру и О. Д. Крахотиной, 1951).

На примере сосудистых изменений, отмечаемых на протяжении менструального цикла, можно видеть один из путей, по которому центральная нервная система осуществляет свою регуляторную функцию в половом аппарате женщины.

При обследовании 211 больных полипом матки оказалось, что у 111 из них менструации продолжались до 4 дней, а у 100 — от 5 дней и больше. В группе здоровых женщин у 145 они продолжались до 4 дней и только у 66 — 5 дней и больше (табл. 3).

Таблица 3

**Длительность менструаций у больных полипом матки и у здоровых женщин**

Длительность менструации (в днях)	Группа больных				Группа здоровых	
	полип шеечного канала	полип эндомет- рия	всего боль- ных	%	коли- чество жен- щин	%
— 3	41	2	43	20,3	79	37,4
— 4	59	9	68	32,7	66	31,3
и более	87	13	100	47,0	66	31,3
Итого . . .	187	24	211	100,0	211	100,0

Полученные нами данные позволяют предположить, что у больных, страдающих полипом матки, с самого начала их полового созревания имелось нарушение функции яичников, выражающееся в замедлении процесса обратного развития желтого тела. Эти нарушения могут вызывать понижение регенерации слизистой матки, торможение фазы пролиферации и являться причиной длительных менструаций. Немаловажную роль здесь играет, по-видимому, и недостаточная сократительная способность матки.

Относительно интенсивности кровопотери во время менструации нами получены следующие данные. В группе больных полипом матки у 8 женщин отмечались скудные менструации, у 119 — умеренные и у 84 — обильные. У здоровых женщин обильные менструации наблюдались в значительно меньшем количестве случаев, чем у больных полипами, о чем свидетельствуют данные, приведенные в табл. 4.

Таблица 4

## Интенсивность кровопотери во время менструации у больных полипом матки и у здоровых женщин

Интенсивность кровопотери во время менструации	Группа больных				Группа здоровых	
	полип слизистой шейки канала	полип эндометрия	всего больных	%	число женщин	%
Слабая . . . . .	7	1	8	3,8	13	6,2
Умеренная . . . .	106	13	119	56,4	166	78,7
Обильная . . . . .	74	10	84	39,8	32	15,1
<b>Итого...</b>	<b>187</b>	<b>24</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>	<b>211</b>	<b>100,0</b>

Как видно из табл. 4, в группе здоровых преобладают женщины с умеренной кровопотерей во время менструации (78,7%). Среди больных полипом матки наблюдается значительная часть женщин (39,8%), у которых отмечены обильные менструации. У здоровых женщин такие менструации нами были отмечены лишь у 15,1%, т. е. в 2,6 раза реже, чем у больных. Эти данные позволяют сказать, что у больных полипом матки менструации с самого начала их появления отличаются большей интенсивностью, чем у здоровых женщин.

Появление обильных менструаций, по-видимому, объясняется теми же причинами, что и длительность их, т. е. недостаточной сократительностью маточной мускулатуры и замедленным процессом регенерации эндометрия. К этому следует добавить, что нарушение регенерации в слизистой оболочке матки и недостаточная сократительная способность мускулатуры матки в свою очередь обусловлены рядом факторов. Так, не приходится сомневаться в том, что эти процессы происходят под влиянием нейро-гуморальной регуляции, нарушение которой может привести к изменениям в сосудистой системе матки (Е. И. Кватер, А. Э. Мандельштам), в мышцах матки и в различных отделах эндометрия, что в конечном итоге и могло быть причиной длительных и обильных менструаций почти у половины обследованных нами больных полипом матки.

Для окончательного суждения о характере менструального цикла у больных полипом матки нами была изучена и его продолжительность.

**Длительность менструального цикла.** Длительностью менструального цикла принято называть время от первого дня одной до первого дня следующей менструации. Принято считать (Р. Шредер), что нормальный цикл продолжается 4 недели. В. С. Груздев считает, что продолжительность нормального менструального цикла может быть определена в 3—4—4½ недели, при этом отмечает, что в повторяемости менструальных кровотечений большой точности не имеется и возможны колебания на 2—3 дня. Такого же мнения придерживается и Р. Шредер. По данным М. С. Малиновского, 60% женщин имеют 28-дневный цикл, 28% — 21-дневный и лишь у 12% женщин наблюдается более длительный менструальный цикл. По К. К. Скробанскому, приблизительно у 75% женщин длительность менструального цикла равна 28 дням.

Таким образом, из приведенных литературных данных видно, что наиболее частым вариантом менструального цикла, встречающегося у женщин, является 28-дневный цикл. Продолжительность менструального цикла зависит от ряда внешних и внутренних факторов, влияющих на организм женщины, поэтому возможность колебаний вполне понятна.

При обследовании наших больных выяснилось, что у 76 (36,1%) из них продолжительность менструального цикла равнялась 21—24 дням, у 75 (35,5%) — 25—28 дням и у 60 (28,4%) — 29 дням и больше.

Среди такого же количества здоровых женщин 21—24-дневный цикл наблюдался у 68 (32,2%) человек, 25—28-дневный — у 138 (65,4%), а 29-дневный и выше — лишь у 5 (2,4%) человек. Эти данные приведены в табл. 5.

Интересно отметить значительную разницу в отношении продолжительности менструального цикла, наблюдавшуюся нами у здоровых женщин и больных, страдающих полипом матки. В то время как 21—24-дневный цикл встречался примерно одинаково часто у тех и у других, 25—28-дневный цикл преобладал в группе здоровых женщин, а 20-дневный и выше наблюдался преимущественно у больных полипом матки.

Таблица 5

Продолжительность менструального цикла у больных полипом матки и у здоровых женщин

Продолжительность менструального цикла (в днях)	Группа больных				Группа здоровых	
	полип шейечного канала	полип эндометрия	всего больных	%	число женщин	%
21—24	70	6	76	36,1	68	32,2
25—28	66	9	75	35,5	138	65,4
29—30 и больше	51	9	60	28,4	5	2,4
Итого . . .	187	24	211	100,0	211	100,0

Следовательно, можно предположить, что у больных полипом матки имелось нарушение функции яичников.

#### Детородная функция у больных полипами матки

По имеющимся литературным данным, полипы чаще появляются у многорожавших женщин [В. Д. Капнер, А. П. Кушелевский, Израель (S. Israel) и др.].

По мнению В. Д. Капнер, неизбежная во время беременности перестройка слизистой оболочки матки благоприятствует в дальнейшем нарушениям регенеративного процесса. Далее, В. Д. Капнер высказывает предположение, что сама по себе родовая травма имеет существенное значение в возникновении полипов.

Мы считаем эту точку зрения неправильной, так как беременность и роды — это физиологические процессы, во всех отношениях благоприятные для полноценного развития организма женщины. Другое дело, если во время родов происходят разрывы шейки матки, которые своевременно не зашивают. В таких случаях в слизистой шейки матки, а затем и в эндометрии в результате присоединения инфекции может развиваться воспалительный процесс, который часто остается незамеченным женщиной. В местах разрыва шейки нарушается иннервация, что впоследствии влечет за собой и нарушение трофики. Все это может явиться причиной гиперпластических процессов в слизистой матки и привести к образованию полипов.

С целью выяснения влияния количества беременностей, родов и аборт на возникновение полипов матки мы провели сравнительное изучение этого вопроса у 211 больных полипом матки и у такого же количества здоровых женщин соответствующего возраста.

Нами было установлено почти одинаковое количество рожавших в группе больных и здоровых женщин. Беременевших, но не рожавших среди больных отмечено 8%, а среди здоровых — 11,8%. Эти цифры говорят об отсутствии существенного различия между обследуемыми группами женщин. То же самое можно сказать и в отношении небеременевших женщин. В группе больных они составляли 13,8%, а здоровых — 8,1%, причем у больных полипом матки из этого числа бесплодие наблюдалось у 11,4%, бесплодие, связанное с заболеванием мужа, у 0,5%, беременность не наступала из-за применения различных средств предохранения у 1,9%. Среди здоровых женщин страдали бесплодием 7,6%, применяли противозачаточные средства 0,5%.

Приведенные данные показывают, что определенной зависимости возникновения полипов матки от числа беременностей, родов и абортов не существует. Считать, что большое количество родов является фактором, предрасполагающим к образованию полипов, как это делает ряд авторов [В. Д. Капнер, А. П. Кушелевский, Израель (Israel)], у нас нет оснований, тем более что эти авторы не приводят для сравнения данные о детородной функции у здоровых женщин.

На основании анализа результатов обследования мы пришли к выводу, что большое количество родов не является причиной возникновения полипов матки. Нет также оснований, по нашему мнению, говорить и о том, что сама по себе родовая травма может иметь существенное значение в возникновении полипов. Известно, что в родах, даже физиологических, нередко возникают разрывы шейки матки, которые не всегда своевременно диагностируются. И если стать на точку зрения В. Д. Капнер, считавшей, что одной из причин возникновения полипов является сама по себе родовая травма, то становится непонятным, почему частота полипов наблюдается от 1,5 до 14%, а не значительно чаще. Мы считаем необходимым отметить, что не разрывы шейки матки сами по себе, а присоединившаяся



впоследствии инфекция вызывает хроническое воспаление [Вард (Ward)], в результате чего нарушается и трофика ткани, являющаяся одной из причин развития патологических пролифераций тканей матки.

Это обстоятельство давно обратило на себя внимание отечественных акушеров-гинекологов. Н. А. Мельников (1930), анализируя свои наблюдения над 650 родильницами, пришел к выводу о необходимости обязательного осмотра шейки матки сейчас же после родов. Он считает, что обнаруженные разрывы должны быть зашиты, так как они влекут за собой различные осложнения. Такого же мнения придерживаются И. Ф. Жордания, А. И. Серебров, Л. И. Кротова, Е. П. Бондаревская и др., рекомендуя с целью профилактики гинекологических заболеваний производить у родильниц осмотр шейки матки в зеркалах с обязательным зашиванием обнаруженных разрывов.

Вопрос об обязательном осмотре шейки матки у родильниц и восстановлении шейки при происшедших разрывах был предметом обсуждения на пленумах родовспоможения, научных конференциях онкологов совместно с акушерами-гинекологами. Решения пленумов и конференций, выражающие точку зрения большинства акушеров-гинекологов, указывали на необходимость обязательного осмотра у родильниц шейки матки в зеркалах и своевременного зашивания разрывов.

### **Гинекологические заболевания у больных полипами матки**

При изучении причин, вызывающих образование полипов матки, нельзя обойти молчанием вопрос как о перенесенных заболеваниях внутренних половых органов, так и о заболеваниях, сопутствующих полипу. Нами установлено, что различные воспалительные заболевания, предшествовавшие образованию полипов матки, наблюдались у 10,5%, из них 5,7% больных отмечали воспалительные процессы придатков матки, 2,4% — эндометрит, 0,5% — послеродовой сепсис, 1,4% — гонорею, 0,5% — эрозию шейки матки. Эти данные представлены в табл. 6.

Принимая во внимание, что перенесенные воспалительные заболевания матки могут вызывать различные

Таблица 6

**Заболевания внутренних половых органов, предшествовавшие полипам**

Гинекологические заболевания	Количество в абсолютных числах	Количество в %
Эрозия шейки матки . . . . .	1	0,5
Воспаление придатков матки . . . . .	12	5,7
Эндометрит . . . . .	5	2,4
Гонорея . . . . .	3	1,4
Сепсис после родов . . . . .	1	0,5
Итого...	22	10,5

дистрофические изменения как в мускулатуре (Я. Ф. Вербов, И. Ф. Жордания, Л. С. Персианинов и др., так и в слизистой оболочке матки, можно допустить, что они играют известную роль и в образовании полипов.

Нами было отмечено, что полипы матки нередко сочетаются с различными гинекологическими заболеваниями. Чаще всего полипам сопутствуют фиброзные процессы в матке. Следует также заметить, что значительный процент случаев составляет, по нашим данным, сочетание полипов с воспалительными процессами в различных отделах женской половой системы (метриты, эндометриты, аднекситы, эрозии и др.).

Таким образом, из данных, приведенных в табл. 7, следует, что почти в половине всех случаев (49,3%) полипы матки сочетались с различными гинекологическими заболеваниями. В этом отношении в первую очередь следует отметить фиброзные процессы в матке, которые имели место у 24,6% больных. Воспалительные заболевания женских половых органов сочетались с полипом матки у 19,9%; у двух больных (10%) были отмечены злокачественные новообразования.

Эти данные позволяют сделать предположение, что патологические процессы в матке, связанные как с нарушением функции яичников, так и с различными воспалительными процессами, играют известную роль в образовании полипов. Таким образом, в этиологии полипов матки нельзя усматривать преимущества одного из двух приведенных выше факторов — воспаления или дисфункции яичников. Образование полипов матки, по

Таблица 7

## Полипы матки и другие гинекологические заболевания

Гинекологические заболевания	Полип шеечно- го кана- ла	Полип эндо- метрия	Всего больных	%
<b>Воспалительные процессы</b>				
а) Воспаление придатков матки	16	4	42	19,9
б) Хроническое воспаление матки	4	1		
в) Параметрит . . . . .	1	—		
г) Периметрит . . . . .	2	—		
д) Цервицит . . . . .	4	—		
е) Эрозия шейки матки . . . . .	4	1		
ж) Трихомонадный кольпит . . . . .	4	—		
з) Сактосальпинкс . . . . .	1	—		
<b>Фиброзные процессы</b>				
а) Фиброзная матка . . . . .	35	8	52	24,6
б) Фибромиома матки . . . . .	9	—		
Киста яичника . . . . .	—	1	1	0,5
Рак яичников . . . . .	1	—	1	0,5
Аденокарцинома тела мат- ки . . . . .	1	—	1	0,5
Опущение и выпадение матки и стенок влагали- ща . . . . .	7	—	7	3,3
<b>Итого . . . . .</b>	<b>89</b>	<b>15</b>	<b>104</b>	<b>43,3</b>

нашему мнению, следует рассматривать как результат нарушения ряда функций организма, как-то: нарушение функции нервной системы, оказывающей влияние на гормональный ритм, нарушение кровообращения и трофики тканей матки вследствие хронических воспалительных процессов в ней.

Весьма важно отметить, что разрывы шейки матки, происшедшие в родах, своевременно не зашитые и инфицированные, могут в известной мере явиться причиной гиперпластических процессов в матке с последующим образованием полипов.

### КЛИНИКА И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОЛИПОВ МАТКИ

Полип матки является понятием главным образом клиническим. Полипами принято называть и подслизистые небольших размеров миомы, и маленькие фиб-

розные узелки на ножке, и выпячивание слизистой оболочки матки или канала ее шейки с образованием ножки (слизистый полип). Структурно это заболевание выражается в гиперплазии слизистой оболочки матки с включением в некоторых случаях соединительной или мышечной ткани.

### Основные симптомы при полипах матки

По мнению большинства авторов (Э. Х. Икавитц, И. М. Львов, М. Розенгардт, Фаренгольд, И. Л. Брауде, В. Д. Капнер и др.), основным симптомом полипов матки является кровотечение. Реже наблюдаются бели и боли.

Таблица 8  
Основные симптомы полипов матки

Симптомы полипов	Полип слизи- стой и ее чн- го кв- нала	Полип эндо- метрия	Всего больных	%
Меноррагия . . . . .	15	4	78	37,0
Мено-метроррагия . . . . .	6	1		
Метроррагия . . . . .	45	6		
Контактное кровотечение . . . . .	17	3	15	7,1
Бели . . . . .	14	1		
Боли . . . . .	27	4	31	14,7
Бели и боли . . . . .	9	—	9	4,2
Отсутствие симптомов . . . . .	54	5	59	28,0
Всего...	187	24	211	100,0

Данные, приведенные в табл. 8, показывают, что полипы матки, дающие упомянутую триаду симптомов (кровотечение, бели и боли), преобладают над бессимптомными полипами. Только у 59 больных, т. е. у 28%, полипы были бессимптомными, а у 152 (72%) отмечались кровотечения, бели и боли.

Чем же объясняется бессимптомное течение полипов?

Как указывает в своем исследовании В. Д. Капнер, наличие бессимптомных полипов может быть объяснено тем, что они нередко сочетаются с другими гине-

кологических заболеваниями, симптомы которых иногда выступают на первый план и затушевывают симптомы полипов. Отсутствие симптомов было отмечено В. Д. Капнер у 18% из 200 обследованных ею больных полипом матки.

Наши данные не позволяют согласиться с мнением В. Д. Капнер, так как у значительного количества больных с бессимптомным течением полипов не были отмечены и другие гинекологические заболевания, которые могли бы затемнить клиническую картину полипов.

Мы полагаем, что каждый из приведенных выше симптомов (кровотечение, бели или боли) или сочетание их имеет место при уже развившемся заболевании. В начальных же стадиях полипы матки, по-видимому, не дают никаких симптомов. Наиболее частым симптомом у обследованных нами больных полипом матки было кровотечение (46%), причем оно наблюдалось в 39,8% у менструировавших женщин и у 6,2%, находившихся в менопаузе.

Очень характерны для полипов матки кровотечения типа метроррагии независимо от того, менструирует больная или находится в периоде менопаузы. По литературным данным (В. Д. Капнер и др.), метроррагия у больных, страдавших полипом матки, наблюдалась в 36,5% случаев, при этом кровотечение *subcoitu* в 4,5%. Это нашло подтверждение и при разборе нашего материала (211 случаев). Ациклические кровотечения нами были отмечены у 78 больных (37%), из них контактные кровотечения были у 20 больных (9,4%).

При полипах матки иногда наблюдаются и довольно значительные кровопотери, приводящие больных к резкой анемизации. Довольно часто в таких случаях полипы матки сочетаются с явлениями железистой гиперплазии эндометрия. При этом содержание гемоглобина в крови резко падает, в тяжелых случаях до 25% (5 г% — 30 единиц гемометра типа ГС-2). Большие кровопотери, вызывая ухудшение состава крови, не могут, конечно, не отразиться и на общем состоянии организма, вызывая снижение трудоспособности.

Для иллюстрации приведем следующие истории болезни.

Больная К., 44 лет, поступила в клинику 22/VI 1951 г. с жалобами на головокружение, общую слабость и кровотечение, продолжающееся в течение 16 дней. Менструации с 16 лет, установились сразу, обильные, безболезненные; продолжительность их 3—4 дня, менструальный цикл 28 дней. После замужества и родов характер менструаций не изменился. Последняя менструация (6/VI—22/VI) началась после двухмесячной задержки и носила характер обильного кровотечения со сгустками.

Половая жизнь с 19 лет; 3 родов и 3 аборта.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Влагалищное исследование. Влагалище увлажнено большим количеством жидкой крови. Шейка цилиндрическая, наружный зев приоткрыт, из задней губы исходит полип величиной с лесной орех. Матка в anteversio, увеличена до размеров 5-недельной беременности, плотна, подвижна, безболезненна. Справа определяются несколько увеличенные, плотные, безболезненные придатки. Слева придатки не определяются. Своды хорошо выражены.

Осмотр шейки матки в зеркалах. Шейка не эрозирована, из задней губы исходит полип розового цвета, не кровоточащий.

Диагноз: Polypus colli uteri, uteris fibrosus, metropathia haemorrhagica.

Анализ крови от 23/VI 1951 г.: Hb 25%, эр. 1 700 000, л. 5300, э. 1%, п. 6%, с. 64%, лимф. 21%, мон. 8%; РОЭ 35 мм в час.

23/VI 1951 г. больной под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (80 мл) произведено иссечение полипа с одновременным выскабливанием слизистой оболочки тела матки и шеечного канала. Кровотечение прекратилось.

Гистологическое исследование. Небольшой фиброзный полип шейки матки. В соскобе главным образом кровь, в сохранившейся слизистой железистая гиперплазия.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

29/VI произведен повторный анализ крови: Hb 28%, эр. 2 000 000, л. 5300; РОЭ 22 мм в час.

30/VI больной перелита кровь — 0(1) группы в количестве 200 мл.

Анализ крови от 3/VII: Hb 42%, л. 5600; РОЭ 6 мм в час.

Больная выписана из клиники на 14-й день в удовлетворительном состоянии.

Сопоставляя данные анамнеза и гистологическое строение эндометрия, есть основание считать, что профузное кровотечение, наступившее у этой больной после двухмесячной задержки, является результатом нарушения деятельности яичников. При этом, по-видимому, имела место персистенция фолликула, вызвавшая железистую гиперплазию эндометрия, с последующими известными в таких случаях изменениями, как-то: некроз, кровоизлияния, отеки, распад слизистой, что при-

вело в конце концов к длительному и обильному кровотечению.

Больная Д. 51 года, поступила в клинику 1/III 1947 г. с жалобами на общую слабость и обильное кровотечение, продолжающееся с 25/II после 6-месячной аменореи.

Менструации с 17 лет, установились сразу, обильные, болезненные в первые 3 дня; продолжительность их 5 дней, менструальный цикл 28 дней. После замужества и родов тип и характер менструаций не изменились. С 1942 по 1945 г. аменорея. С февраля 1945 г. менструации стали нерегулярными, очень обильными, чередующимися с продолжительными (6 месяцев) паузами.

Половая жизнь с 24 лет. Двое родов (в 1923 и 1927 гг.) и 8 аборт; последний аборт в 1928 г.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Влагалищное исследование. Влагалище увлажнено кровяными выделениями в умеренном количестве. Шейка цилиндрической формы, в приоткрытом наружном зеве — полип величиной с вишню. Матка в anteversio-ilexio увеличена до размеров 7—8-недельной беременности, плотная, ограничена в подвижности, безболезненна. Придатки не определяются, своды выражены хорошо.

Осмотр шейки матки в зеркалах. Шейка не эрозирована, из шеечного канала исходит полип ярко-красного цвета, не изъязвлен и не кровоточит.

Диагноз: Polypus colli uteri, fibromyoma uteri.

Анализ крови от 3/III 1947 г.: Hb 36%, эр. 3 250 000, л. 6000, э. 2%, п. 8%, с. 58%, лимф. 34%, мон. 3%; РОЭ 6 мм в час.

4/III больной произведено под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (50 мл) иссечение полипа с одновременным выскабливанием слизистой тела матки и шеечного канала. Кровотечение прекратилось.

Гистологическое исследование. Фиброзно-железистый полип шейки матки с единичными кистозно-расширенными железами. Плоский покровный эпителий местами слущен, местами представляет воспалительную пролиферацию. Воспаление верхнего слоя стромы.

Полипозно-железистая гиперплазия эндометрия с кистозным расширением желез.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

5/III больной произведено переливание одногруппной крови — А(II) в количестве 225 мл.

10/III произведен повторный анализ крови: Hb 43%, эр. 3 350 000, л. 5400; РОЭ 5 мм в час.

18/III больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

При изучении гистологической картины полученного соскоба у данной больной обращает на себя внимание железистая гиперплазия эндометрия. Возможно, здесь

имела место некоторая активация деятельности яичников, выразившаяся в гиперфолликулинемии и подобных изменениях в эндометрии. Данные анамнеза этой больной подтверждают высказанные предположения. У нее наблюдалась аменорея, вначале длительная, продолжавшаяся 4 года, сменившаяся обильными менструациями после их задержки. Все это говорит о нарушении нейро-гуморальной регуляции, а следовательно, и функции яичников.

Работами М. И. Малевой, а затем В. А. Покровского установлено, что кровотечение в климактерическом периоде может быть не только результатом патологических изменений в матке и яичниках, но и отражением сохранившейся поздней овариальной функции. Однако мы считаем, что в таких случаях следует говорить не о сохранившейся «поздней овариальной функции», а скорее о кратковременном ее «оживлении», наступившем, по-видимому, под влиянием нейро-гуморальных факторов, что, по всей вероятности, имело место и у данной больной.

Говоря о причинах ациклических кровотечений при полипах матки, нельзя не привести точку зрения А. Л. Шварца по этому вопросу. Он (1940) пытался объяснить причину кровотечений при этом патологическом процессе гиперергическими изменениями сосудов маточных полипов. При гистологическом исследовании последних он обнаружил деструктивные изменения сосудистой стенки, выражавшиеся в фибриноидном некрозе, частичном пристеночном тромбозе и периваскулярной клеточной инфильтрации, а также в разрастании эндотелия с новообразованием капилляров. А. Л. Шварц эти изменения объясняет местной аллергической, гиперергической реакцией, которая может явиться причиной кровотечения. Далее он высказывает предположение, что при полипах матки аллергены образуются местно, т. е. в слизистой оболочке канала шейки и тела матки, а также во влагалищной части шейки матки, так как здесь наиболее часто развиваются воспалительные процессы. Таким образом, подготовляющие и разрешающие факторы, по мнению А. Л. Шварца, в этих случаях имеют местное происхождение.

Однако в дальнейшем А. Л. Шварц в работе «Значение аллергии в патогенезе маточных кровотечений»



обращает особое внимание на состояние общей реактивности организма и на роль гиперергических процессов в происхождении метроррагии. Основываясь на работах А. И. Абрикосова, А. Д. Сперанского, А. Д. Адо, А. М. Скворцова и др., А. Л. Шварц писал: «В настоящее время доказано, что в условиях аллергии не только сильный, но и слабый, не только живой, но и неживой, специфический и неспецифический раздражитель может обусловить либо общую тяжелую реакцию в виде шока, либо местную бурную реакцию в любом участке сенсibilизированного организма в виде гиперергического воспаления с поражением сосудов, некрозами, кровоизлияниями и т. д.». Отсюда следует, по мнению А. Л. Шварца, что и матка при определенных условиях может стать местом для развития гиперергического процесса.

Связывая возникновение патологических процессов в матке с изменением общей реактивности организма в результате разнообразных сенсibilизирующих влияний, А. Л. Шварц этим самым намечает пути к дальнейшему изучению патогенеза маточного кровотечения при различных заболеваниях матки. Мы полагаем, что с этой точки зрения исследования А. Л. Шварца представляют известный практический интерес.

Ряд авторов (Е. Н. Марголина, В. Д. Капнер, Д. А. Гудим-Левкович и др.) объясняют механизм метроррагии при полипах или как результат эрозий на их поверхности с повреждением сосудов, или как следствие перекута ножки полипа с последующим разрывом сосудов. Однако мы считаем необходимым заметить, что хотя эти предположения и отражают до некоторой степени причину кровотечения при полипах, все же они не дают полного представления о его патогенезе при данном заболевании.

На основании наших клинических наблюдений мы пришли к выводу, что ациклические кровотечения при этом патологическом процессе могут быть вызваны как местными, так и общими причинами. Травма полипа, изъязвление, перекут его ножки или ущемление, сопровождающиеся повреждением кровеносных сосудов в нем, являются местными причинами, которые вызывают незначительное кровотечение.

Полипы, образовавшиеся, как правило, из патоло-

гически измененной слизистой оболочки матки или ее шейного канала, имеют большое количество кровеносных сосудов и значительное их кровенаполнение. Это богатство сосудами создает благоприятные условия для легкого их повреждения. При половом сношении, а также и при самой незначительной травме, как, например, при напряжении, подъеме тяжести, дефекации, спринцевании, внутреннем исследовании пальцами или зеркалами и др., могут наблюдаться так называемые контактные кровотечения. Эти кровотечения обычно не бывают обильными.

Нередко полипы на ножке подвергаются перекруту или ущемлению. В таких случаях их кровоснабжение по проходящим в ножке сосудам значительно затрудняется, а через некоторое время и совсем прекращается. В результате этого в полипе вначале развиваются застойные явления, приводящие к отеку и кровоизлиянию в его стromу, а в дальнейшем к некротизации и изъязвлению. Все это может явиться одной из причин ациклических кровотечений.

Метроррагия при полипах матки, сопровождающаяся иногда довольно значительной потерей крови, может быть объяснена общими причинами, связанными, по-видимому, с нарушениями в нейро-гуморальной системе. Хотя такое кровотечение при этом заболевании может быть объяснено во многих случаях действием таких компонентов, как, например, понижение процессов регенерации в слизистой матки, нарушение ее сократительной способности, расстройство гормонального равновесия и др., однако эти факторы только подтверждают ведущую роль нейрогенного компонента.

Следовательно, можно предположить, что ациклические кровотечения при полипах матки, иногда довольно обильные, могут являться результатом сдвигов в нейро-гуморальной системе, выражающихся в нарушении функции яичников.

Значительно реже при полипах матки наблюдается кровотечение типа меноррагии. По данным В. Д. Капнер, кровотечение типа меноррагии при полипах имело место у 6,5% больных. По нашим данным, этот вид кровотечения у больных полипом матки отмечен в 9% случаев. Кровотечение типа меноррагии, наблюдаемое при полипах матки, зависит от ряда факторов.

Значительное влияние на функциональное состояние половой системы оказывают разнообразные эндогенные и экзогенные воздействия на различные отделы нервной системы как в области тазовых, так и лежащих выше органов брюшной полости. Поэтому становится понятным известное положение, что воздействие острых и хронических инфекций влечет за собой различные функциональные расстройства органов половой системы. Это может проявляться в одних случаях в виде аменореи, в других — меноррагии и т. п.

Говоря о причинах кровотечений, связанных с менструальным циклом у больных полипом матки, нельзя обойти молчанием тот известный факт, что при наличии полипов, в особенности солидных, менструации значительно удлиняются. Этому может способствовать ряд обстоятельств. Во-первых, механическое препятствие к сокращению матки, которое создается наличием самого полипа; во-вторых, неправильная и неравномерная на различных участках регенерация слизистой оболочки матки, что является следствием тех патологических изменений в слизистой матки, которые нередко наблюдаются при данном заболевании.

По данным Е. Н. Петровой и В. Д. Капнер, опубликованным в 1951 г., лишь у 5% обследованных ими больных полипами слизистая оболочка матки полностью отражала фазы цикла. В 4,5% обнаружены воспалительные изменения в слизистой; в остальных случаях авторы констатировали в ней те или другие патологические изменения.

Воспалительные изменения в эндометрии нами были отмечены у 3,3% больных, нормальные циклические изменения слизистой — у 32,7%; у остальных 64% больных наблюдались различные патологические изменения, как-то: полипозно-железистая гиперплазия эндометрия, фиброзные и атрофические процессы в нем и др., причем из 9% больных, у которых было кровотечение типа меноррагии, патологические изменения в эндометрии имелись в 73,7%, нормальные циклические изменения — лишь у 26,3% больных.

Таким образом, литературные данные и наши наблюдения позволяют считать, что при полипах в большинстве случаев в слизистой оболочке матки происходят патологические изменения, которые могут оказывать

влияние на процессы регенерации в ней. Этим обстоятельством, очевидно, и можно объяснить причины меноррагии при полипах матки.

Кровотечение не является единственной жалобой больных, страдающих полипом матки. Они предъявляют и другие, хотя и менее постоянные, жалобы, которые, однако, беспокоят настолько, что заставляют обращаться за врачебной помощью. В этом отношении в первую очередь следует указать на боли внизу живота и в области крестца, испытываемые некоторыми больными полипом матки. Боли в нижней части живота и в области крестца являются весьма распространенным симптомом ряда гинекологических заболеваний: фибромиомы матки, воспаления придатков матки, параметрита, периметрита, неправильных положений матки и др. Такие же боли могут быть вызваны и негинекологическими заболеваниями: радикулитом, различными заболеваниями кишечника и др.

Существенную роль в возникновении болей играет гиперемия и отек воспалительно измененных тканей и органов малого таза (А. П. Губарев). В результате воспалительного процесса в малом тазу возникает варикозное расширение в различных участках сосудистой сети. Затем развивается отек пораженного органа или ткани, в результате чего может наступить растяжение их серозного покрова и сдавление нервных окончаний. Все это приводит к местным дистрофическим процессам в пораженном органе.

При дальнейшем развитии заболевания в процесс вовлекаются лежащие выше отделы нервной системы — нервные сплетения, которые могут стать источником постоянных болевых импульсов (Г. М. Шполянский, М. А. Петров-Маслаков, А. Э. Мандельштам и др.). Кроме того, по мнению А. П. Николаева, местные раздражения рецепторов внутренних половых органов, например вследствие воспалительного процесса, способны вызвать образование условных рефлексов, которые, будучи зафиксированы корой, могут существовать неопределенно долгое время даже после того, как раздражитель, обусловивший их образование, давно перестал действовать.

Может быть и наоборот: отраженные явления, развивающиеся в результате неравных связей в условиях

хронического раздражения, исходящего из «очага раздражения», могут вызвать функциональные нарушения отдельных органов. Со временем эти нарушения, отдаленные от первичного очага, могут стать основным звеном в заболевании. Больная фиксирует свое внимание на них, а исходный очаг этих нарушений остается в тени и выявить его врачу бывает порой очень трудно. Этим обстоятельством, по-видимому, объясняется то, что боли при полипах обычно отсутствуют, а если и бывают, то носят в основном характер дисменореи (В. Ф. Снегирев, В. С. Груздев, Р. Шредер и др.).

По нашим данным, боли при полипах матки как единственная жалоба, с которой больные обращались к врачу, были отмечены в 14,7% всех случаев (см. табл. 8). Сочетание болей и белей наблюдалось у 4,2% больных, причем в основном у больных полипом матки с различными воспалительными заболеваниями (хронический метрит, аднексит, острый трихомонадный колпит и т. п.). Из числа больных, не страдающих никакими другими заболеваниями, кроме полипа, боли имелись у 14 больных. У остальных больных, кроме полипа, были и другие гинекологические заболевания. Так, у 5 из них имелся воспалительный процесс в придатках матки. У одной больной диагностирован периметрит, у 3 — цервицит, у 3 — фибромиома матки и у 3 — uterus fibrosus. Опущение стенок влагалища и cystocele имелось у одной больной и рак яичников также у одной больной.

Несмотря на то, что единственной жалобой этих больных являлись боли внизу живота и в области крестца, их нельзя отнести только за счет полипа, так как перечисленные заболевания, сочетавшиеся с ним, сами по себе могли быть источником болевых ощущений. Очень показательны, что боли чаще имеют место у больных полипом матки, страдающих кровотечением типа меноррагии. По нашим данным, длительные и обильные менструации, сопровождающиеся болями внизу живота и в области крестца, наблюдались у 63,1% этой группы больных полипом матки, в то время как болезненные ациклические кровотечения отмечались лишь у 15,4%.

Таким образом, наши наблюдения позволяют считать, что боли при полипах матки в основном имеют характер механической дисменореи, что совпадает с

данными и других авторов. Эти боли, по-видимому, связаны с усиленными сокращениями мускулатуры матки, стремящейся вытолкнуть инородное содержимое из своей полости, каким является полип эндометрия. При расположении полипа в шейном канале последний создает препятствие для оттока крови из полости матки и является причиной появления дисменоррейных болей.

Кроме перечисленных симптомов при полипах матки, наблюдаются и бели. По общеизвестным литературным данным, бели являются одним из наиболее частых симптомов гинекологических заболеваний. По данным К. К. Скробанского, они отмечаются у 15% всех гинекологических больных. Общеизвестно также, что при нормальных условиях секрет, выделяемый слизистыми оболочками половых органов женщины, ею почти не ощущается.

Появление белей может зависеть как от гинекологических, так и от различных экстрагенитальных заболеваний женщины. Воспалительные процессы во влагалище, шейке, теле и придатках матки, вызывающие их гиперемия, приводят к усиленной эксудации и секреции слизистых оболочек. Так, заболевание влагалища, вызванное трихомонадами, а также кольпиты на почве трофических нарушений (*colpitis senilis*) могут сопровождаться обильными белями, нередко изнуряющими больных. При так называемом старческом кольпите (*colpitis senilis*) немаловажную роль играет нарушение функции яичников. Атрофические изменения влагалища, наблюдаемые при этом заболевании, зависят главным образом от пониженной овариальной деятельности.

Обильные бели могут явиться результатом и эндоцервицитов, особенно гонорейных, эндометритов, рака шейки и тела матки и др. Они могут явиться следствием и ряда общих заболеваний, как, например, хлороз, анемия, диабет, истощение нервной системы и др.

Среди наблюдавшихся нами больных полипом матки на бели указывали 7,1% (см. табл. 8), причем у 7 из них имелись различные воспалительные заболевания, как, например, эндоцервицит, эрозия, аднексит, трихомонадный кольпит и др., одним из основных симптомов которых также являются бели.

Одновременно бели и боли внизу живота и в области крестца отмечали 9 человек.

Наши наблюдения показывают, что легкая повреждаемость полипа, его частое инфицирование способствуют возникновению различных воспалительных процессов в матке, что и является одной из причин белей у этих больных. Не исключена также возможность, что наличие самого полипа как фактора «постоянного раздражения» может быть причиной гиперсекреции маточных желез, при локализации его в теле матки, и цервикальных желез, при расположении его в шейке.

### **Гистологические формы полипов матки**

В данной работе мы не ставили перед собой задачу подробно изложить гистологическое строение полипов матки. Имеющиеся по этому вопросу исследования В. Д. Капнер, а также работы других отечественных и иностранных авторов [Бильрот (Т. Billroth), Шредер (R. Schröder) и др.] исчерпывающе излагают особенности гистологической структуры полипов.

Общепринятая классификация полипов построена на основе их гистологического строения. В зависимости от преобладания в ткани полипа тех или иных структурных элементов различают железистые, фиброзно-железистые, фиброзные и ангиоматозные полипы. Наиболее распространенной является фиброзно-железистая форма полипов, расположенных как в шеечном канале, так и в теле матки. Эта форма полипов нами обнаружена у 72,2% всех больных. Реже встречается железистая форма, которая была нами диагностирована у 18,7% больных. Довольно редко полипы имеют фиброзное строение (по нашим данным, у 7%) и только в единичных случаях отмечаются ангиоматозные полипы.

Следует заметить, что определенной зависимости между гистологической структурой полипа и его клиническим течением не обнаруживается. Однако изучение гистологической картины эндометрия имеет при этом большое практическое значение. По соскобу слизистой оболочки матки с большой точностью можно определить некоторые нарушения деятельности яичников, как, например, персистенцию фолликула по наличию в эндометрии железисто-кистозной гиперплазии; персистенцию желтого тела при гиперсекреторной фазе эндометрия по децидуальному превращению слизистой и др.

Гистологический анализ соскоба дает возможность

определить те или иные гормональные нарушения и связанные с ними морфологические изменения в слизистой оболочке матки, что позволяет назначить правильную гормональную терапию. Кроме того, по соскобу определяются и другие патологические изменения в эндометрии, как, например, злокачественные процессы.

Сопоставление клинического течения полипов с гистологической картиной эндометрия позволяет иногда довольно точно установить причину кровотечения при полипах матки, а следовательно, и правильно проводить в дальнейшем соответствующее лечение.

## ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ МАТКИ

Успех точной диагностики, а следовательно, и лечения зависит в первую очередь от правильно собранного анамнеза.

Анамнез больных полипом матки имеет некоторые характерные особенности. В большинстве случаев уже с первых ответов больной по поводу характера ее менструаций можно отметить, что последние с самого начала их наступления были более обильными и продолжительными, чем это наблюдается у здоровых женщин. Типичными для этого заболевания являются жалобы больных на ациклические маточные кровотечения, а в некоторых случаях на кровотечение типа меноррагии.

Реже больные полипом матки обращают внимание врача на бели и боли. Последние чаще носят дисменорейный характер (боли внизу живота тянущего или спазматического характера, головные боли и др.). При опросе больных следует обращать особое внимание на течение родов и их осложнения, на перенесенные гинекологические заболевания. Это важно потому, что воспалительные заболевания играют известную роль в образовании полипов матки.

Наряду с анамнезом большое значение при постановке диагноза полипа матки, как и других гинекологических заболеваний, имеет и общее исследование больной. В этиологии полипов матки видную роль играют нейро-гуморальные факторы. Поэтому весьма желательно знать о состоянии эндокринных органов больной (яичников, щитовидной железы, молочных желез, гипофиза, поджелудочной железы, надпочечников).



Диагностика шеечных полипов нетрудна, так как они обычно свисают из канала шейки матки и тем самым легко распознаются.

Однако мы считаем необходимым подчеркнуть, что полагаться на данные только влагалищного двуручного исследования никогда нельзя. Особенно это относится к тем случаям, когда данные анамнеза и общего обследования указывают на возможность наличия полипа, а при внутреннем исследовании его определить не удается. Осмотр шейки матки с помощью зеркал в таких случаях позволяет определить полип, расположенный в шеечном канале, но не выступающий за пределы наружного маточного зева. Кроме того, осмотр шейки матки с помощью зеркал дает возможность определить, откуда исходит полип: из передней или из задней губы шейки, имеет ли ножку, исходит ли из полости матки.

Одновременно при осмотре можно также определить размеры и форму полипа, отличающиеся значительным многообразием. Полипы могут иметь языкообразную, округлую, продолговатую форму. По своей величине полипы также бывают самыми различными: от небольших, величиной с чечевицу, до размеров грецкого ореха. Обычно полипы имеют ярко-красный цвет. Сине-багровая окраска полипа свидетельствует о наличии застойных явлений в нем. Нередко можно наблюдать изъязвление ткани полипа. Если к этому присоединяется инфекция, то может развиваться гангренозный процесс. В таких случаях ткани полипа приобретают сероватый цвет, покрываются гнойными налетами и имеют ихорозный запах.

Из приведенного становится ясным, какое значение имеет осмотр шейки матки с помощью зеркал при диагностике полипа.

Полипы шейки и тела матки, имеющие ножку, могут выходить за пределы наружного маточного зева или скрываться в глубине шеечного канала или полости матки. Обычно в первые дни менструации под влиянием усиленных маточных сокращений полип спускается ближе к наружному маточному зеву или даже за его пределы и становится доступным для определения. Поэтому первые дни менструации являются наиболее благоприятным временем для обнаружения полипа.

последнее раскрывают ложкообразными зеркалами. Шейку матки захватывают двузубцами и низводят. Полип шейки (на ножке) удаляют путем откручивания обычным корнцангом или иссечением из передней или задней губы шейки. После удаления полипа место его прикрепления обрабатывают спиртом. Затем производят расширение шейечного канала расширителями Гега-ра, обычно до № 9, после чего делают выскабливание слизистой оболочки тела матки. Выскабливание производят кюреткой средних размеров; для контрольной проверки применяют маленькую кюретку, которой выскабливают и слизистую оболочку шейечного канала.

Такая техника операции рекомендуется и при полипах эндометрия. Удаленный полип, соскоб слизистой тела матки и шейечного канала необходимо направить на гистологическое исследование. Гистологическое исследование полипа позволяет судить об изменениях, которые могут иметь место в нем. Например, воспаление, изъязвление, эпидермизация, наконец, злокачественное превращение. По литературным данным, злокачественное превращение полипов наблюдается в 1—1,7% случаев [В. Д. Капнер, А. П. Кушелевский, Израель (Israel) и др.]. Нами не наблюдалось ни одного случая злокачественного превращения полипа матки.

Необходимость удаления полипов матки описанным методом объясняется следующими соображениями. Наличие полипа может явиться указанием на атипические разрастания (иногда злокачественные) слизистой оболочки тела, а возможно, и слизистой канала шейки матки. Среди обследованных нами больных с полипами железистая гиперплазия эндометрия имела место в 27% всех случаев. Интересно отметить наблюдавшийся нами случай сочетания вполне доброкачественного аденоматозного полипа эндометрия с аденокарциномой матки.

Больная П., 48 лет, поступила в клинику 30/VI 1951 г. с жалобами на небольшие кровянистые выделения в межменструальных промежутках с января 1951 г.

Менструации с 14 лет, установились сразу, обильные, болезненные в первые дни; длительность их 3—4 дня. менструальный цикл 21 день. После замужества менструации остались без изменений. Последняя менструация наступила в срок — с 27/VI по 30/VI 1951 г. Половая жизнь с 21 года, беременностей не было (не предохранялась).

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Влагалищное исследование. Во влагалище обнаружены скудные кровянистые выделения. Шейка цилиндрической формы, из наружного зева свисает языкообразный полип. Матка в ante flexio не увеличена, плотна, подвижна, безболезненна. Придатки не определяются.

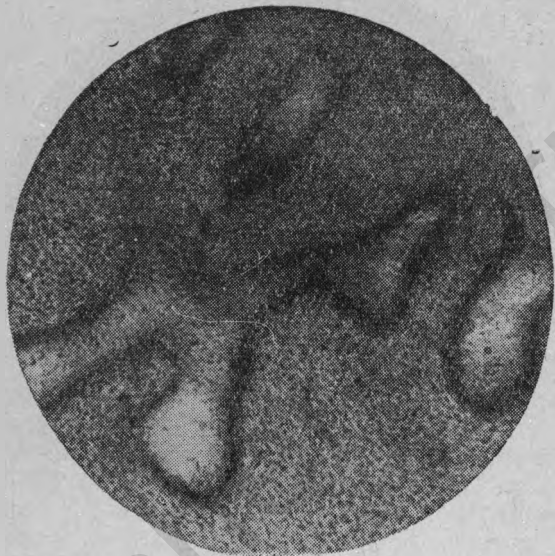


Рис. 1. Микрофото.

Осмотр шейки матки с помощью зеркал. Шейка не эрозирована, наружный зев приоткрыт, из него свисает языкообразный полип размером  $1 \times 0,5$  см, красного цвета, неизъязвленный и некровоточащий.

Диагноз: Polypus colli uteri. 4/VII больной произведено под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (80 мл) удаление полипа с одновременным выскабливанием слизистой оболочки шеечного канала и тела матки.

Гистологическое исследование. Аденоматозный полип шейки матки (рис. 1). Эндометрий — аденокарцинома.

12/VII 1951 г. под общим эфирным наркозом больной произведена лапаротомия — расширенная экстирпация матки с придатками.

Гистологическое исследование. Матка — эндометрий местами истончен, местами гиперплазия с кистозно-расширенными железами. Два сосочковых образования в виде тутовых ягод — аденокарцинома сосочкового строения (рис. 2).

Миометрий без особых изменений.

Шейка — в слизистой также имеются конгломераты желез.

Трубы — фиброзное превращение стромы слизистой, сглаженная складчатость.

Яичники — отсутствие фолликулов.

В клинике больная прошла курс рентгенотерапии. Выписана 14/VIII 1951 г. в удовлетворительном состоянии.



Рис. 2. Микрофото.

При повторном обследовании в августе 1953 г. больная чувствует себя вполне удовлетворительно. Влагалищное исследование патологических изменений в области послеоперационных культи не обнаружило.

Приведенный случай показателен в том отношении, что злокачественные новообразования в теле матки, которые могут сочетаться с вполне доброкачественным полипом, вызывают кровотечение, аналогичное по своему характеру кровотечению при полипах. У данной больной кровянистые выделения были незначительными и появлялись в межменструальные промежутки, что типично и для полипов матки. Кроме того, этот пример показывает, что не только полипы сами по себе представляют опасность, но в большей степени опасны те патологические процессы в матке, которые нередко им сопутствуют.

Удаление полипа с обязательным выскабливанием слизистой оболочки тела матки и ее шейечного канала следует производить и потому, что полипы могут одновременно развиваться как в слизистой шейечного канала, так и в слизистой тела матки. Операцию удаления полипа следует проводить только в условиях стационара.

Противопоказанием к производству этой операции являются прежде всего острые и подострые воспалительные процессы гениталий. В таких случаях необходимо провести в амбулаторных условиях или в стационаре соответствующее лечение и только после выздоровления больной можно произвести операцию.

Перед операцией нужно произвести анализ выделений влагалища на степень его бактериальной загрязненности (степень чистоты). При I и II степени чистоты операция может быть произведена без предварительной подготовки. Если установлена III или IV степень, то необходимо провести санацию влагалища путем обработки его перекисью водорода или другими дезинфицирующими средствами. Такую обработку следует производить один раз в день в течение 2—3 дней, после этого нужно снова исследовать мазок из влагалища, и при благоприятном анализе больную можно подвергнуть операции. После операции с целью профилактики инфекции такой больной желательно ввести в шейку матки 250 000 ЕД пенициллина.

При обнаружении в мазке гонококков необходимо провести соответствующее лечение антибиотиками и только после выздоровления больной можно сделать операцию.

Желательно анализы влагалищных выделений производить в амбулаторных условиях перед направлением в стационар. Соответствующее лечение, проведенное в женской консультации, даст возможность больной меньшее число дней провести в больнице и значительно сократит количество койко-дней.

Наиболее благоприятным периодом для производства операции удаления полипа матки является межменструальный промежуток, если у больной цикл еще в какой-то мере сохранен, или так называемый светлый промежуток — период, когда нет кровотечения.

В тех случаях, когда кровотечение изнуряет больную и продолжается долго или бывает обильным, операцию следует производить, не ожидая прекращения кровотечения. После операции рекомендуется постельный режим в течение 2—3 дней. В послеоперационном периоде необходимо строго следить за деятельностью кишечника и мочевого пузыря. Применять медикаментозные средства, сокращающие мускулатуру матки, рекомендуется только в тех случаях, когда имеются обильные кровянистые выделения; с профилактической же целью этого делать не следует.

Обычно, если операция произведена тщательно и со строгим соблюдением всех правил асептики и антисептики, послеоперационный период протекает без осложнений. При гладком течении послеоперационного периода больная может быть выписана из стационара на 4—5-й день. Если к моменту выписки не готов гистологический анализ удаленного полипа и соскоба слизистой тела матки и шеечного канала, то больную следует пригласить для получения этого анализа.

Во всех случаях, подозрительных на атипичский рост тканей или при наличии злокачественного их превращения, больную необходимо вызвать закрытым письмом или с помощью патронажной сестры для вторичного осмотра и проведения соответствующих лечебных мероприятий. Если имеет место подозрение на атипичское строение тканей, необходимо после первой менструации, наступившей после операции, произвести тщательный осмотр и повторное выскабливание слизистой оболочки тела матки с обязательным гистологическим исследованием.

При благоприятном гистологическом анализе больную следует вызвать через 6 месяцев для профилактического осмотра. В тех случаях, когда обнаружено злокачественное превращение тканей, необходимо произвести радикальную операцию с последующей рентгенотерапией.

Приведенный нами метод оперативного лечения полипов матки при строгом соблюдении асептики и антисептики, а также при отсутствии противопоказаний к операции обычно не дает осложнений. Эта операция по своей технике довольно проста и может быть произведена любым врачом, работающим в области акушер-

ства и гинекологии. Одновременно после операции удаления полипа и выскабливания слизистой тела матки желательны проводить медикаментозное лечение, в том числе и гормонотерапию для нормализации функции яичников и ликвидации имеющихся явлений воспаления в органах малого таза.

### Отдаленные результаты лечения больных полипами матки

Отдаленные результаты лечения нами были выяснены у 58,8% всех оперированных больных. При повторном обследовании мы изучали, какие изменения после удаления полипа наблюдались у больных в их менструальной функции, в характере болей и белей. Кроме того, путем внутреннего двуручного исследования и осмотра шейки матки с помощью зеркал определяли состояние внутренних половых органов.

Сведения, полученные при повторном обследовании больных, оперированных по поводу полипа матки, суммированы нами в табл. 9—11.

По срокам наблюдения обследованные больные распределялись следующим образом (табл. 9).

Таблица 9  
Продолжительность наблюдения за больными, оперированными по поводу полипа матки

Продолжительность наблюдения	Количество больных	
	полипшеечного канала	полипэндометрия
1 год . . . . .	16	1
2 года . . . . .	37	4
3 » . . . . .	15	3
4 » . . . . .	17	3
5 лет . . . . .	22	3
6 » . . . . .	4	—
Итого . . . . .	111	13

Из табл. 9 видно, что отдаленные результаты лечения были собраны через 1—6 лет (в среднем 3½ года) после оперативного удаления полипа матки.

Для выяснения изменений в характере менструации, белей и болей после удаления полипа мы разделили повторно обследованных больных на три группы в зависимости от симптомов, наблюдавшихся у них до удаления полипа. В первую группу мы отнесли больных с кровотечением независимо от его типа, во вторую группу — с наличием белей, в третью группу — больных, отмечавших боли внизу живота и в области крестца.

Представляет интерес изменение характера менструаций после удаления полипа у больных, страдавших кровотечением (первая группа). Из 111 повторно обследованных больных у 54 до удаления полипа наблюдались маточные кровотечения того или иного типа.

Приводим данные об изменениях в характере менструации, наступивших после удаления полипа слизистой оболочки шейечного канала (табл. 10).

Таблица 10  
Изменения характера менструации  
после удаления полипа шейки матки

Характер изменений	Количество больных
Установился прежний цикл . . .	28
Менструации более скудные	5
» нерегулярные	2
» прекратились	8
Кровотечение не прекратилось . .	3
Итого . . .	46

У остальных 8 больных, находившихся в периоде менопаузы и отмечавших до удаления полипа контактное кровотечение, после его удаления кровотечение не наблюдалось.

Из приведенных данных следует, что у 28 больных после удаления полипа слизистой шейечного канала установился прежний менструальный цикл, а у 5 мен-



струации стали более скудными и менее продолжительными, чем до удаления. Следовательно, с удалением полипа была устранена причина, вызывавшая тот или иной тип кровотечения у этих больных, и менструальный цикл пришел к норме, характерной для них. Однако были отмечены и неблагоприятные результаты. У 3 больных кровотечение продолжалось, несмотря на удаление полипа, у 2 больных наблюдались нерегулярные менструации. Это говорит о том, что причиной кровотечения не всегда является полип. В ряде случаев кровотечение может быть вызвано и другими заболеваниями, сопутствующими полипу.

Во вторую группу входили 7 повторно обследованных больных, у которых до операции наблюдались бели. При опросе и осмотре их выяснено, что у 4 из них после удаления полипа бели прекратились, а у 3 больных никаких изменений не отмечалось; бели по-прежнему их беспокоили и зависели от имевшихся у них других гинекологических заболеваний.

В третью группу мы отнесли 13 повторно обследованных больных, у которых до удаления полипа наблюдались боли внизу живота и в области крестца. В результате обследования были получены следующие данные: у 9 больных после удаления полипа боли внизу живота и в области крестца прекратились; у одной больной через 10 дней после удаления полипа была произведена надвлагалищная ампутация матки с удалением обеих труб и резекцией левого яичника по поводу фибромиомы матки, после чего боли прекратились; у одной больной, кроме полипа, был диагностирован периметрит; после проведенного в клинике противовоспалительного лечения и последующего удаления полипа у этой больной боли прекратились и больше не возобновлялись.

Таким образом, анализируя итоги отдаленных результатов, можно сказать, что если непосредственной причиной кровотечений, белей и болей являлся полип, то после его удаления наблюдался благоприятный эффект. Если же эти явления были вызваны другими заболеваниями, связанными с различными воспалительными процессами в матке, или нарушениями функции яичников, то в таких случаях, вполне понятно, одно лишь удаление полипа не могло устранить данных явлений.

В этих случаях после операции требовалось провести курс противовоспалительного или гормонального лечения.

В настоящее время уже нет сомнений в необходимости удаления каждого обнаруженного полипа матки. Однако при сочетании полипа с другими заболеваниями, вызывающими перечисленные выше симптомы, параллельно с обязательным удалением полипа следует проводить специфическое лечение. Так, при воспалительных процессах — соответствующее противовоспалительное лечение, при различного рода нарушениях функции яичников или других эндокринных органов — соответствующую гормональную терапию и т. д. Поэтому мы считаем, что при лечении полипа матки надо подходить строго индивидуально. Не следует забывать, что типичная для полипов матки триада симптомов — кровотечение, бели и боли — является столь же характерной и для ряда других заболеваний женских половых органов. Следовательно, это обстоятельство требует от акушера-гинеколога тщательного анализа каждого случая заболевания полипом матки с учетом общего состояния организма женщины, четкого проведения дифференциальной диагностики и наряду с обязательным удалением полипа выбора соответствующего рационального лечения в каждом отдельном случае.

Заслуживает внимания вопрос о частоте рецидивов полипа матки. При изучении отдаленных результатов у 111 больных, оперированных по поводу полипа слизистой оболочки шейного канала, наличие рецидивов было установлено у 18 из них, т. е. в 16,2% случаев по отношению к повторно обследованным. Аналогичные результаты были получены В. Д. Капнер, выявившей рецидивы полипа шейного канала в 8,5% случаев (у 17 больных из 200). Из 13 повторно обследованных больных, оперированных по поводу полипа эндометрия, рецидивы имели место в 4 случаях.

По срокам наступления рецидивов больные распределялись следующим образом (табл. 11).

Данные, приведенные в табл. 11, не позволяют установить определенной закономерности в сроках наступления рецидивов. Можно сказать, что они одинаково часто наступают как через полгода, так и через 6 лет после операции.

**Таблица 11**  
**Время наступления рецидивов**

Время наступления рецидива	Рецидивы полипов	
	шеечного канала	эндометрия
6 месяцев — 1 год	2	2
1—2 года	2	1
2—3 »	4	—
3—4 »	4	1
4—5 лет	1	—
5—6 »	3	—
6 » и более	2	—
Итого...	18	4

Чем же обусловлено появление рецидивов?

Е. М. Курдиновский появление рецидивов ставит в зависимость от их гистологического строения. Он считает, что полипы, богатые железами, чаще рецидивируют. По нашим данным, все случаи рецидивов, как полипов шейки матки, так и эндометрия, имели место при железистом и фиброзно-железистом их строении. Однако малочисленность клинических наблюдений не позволяет нам ни согласиться с точкой зрения Е. М. Курдиновского, ни опровергнуть ее. Только дальнейшее изучение этого вопроса на большом клиническом материале позволит определенно установить, имеется эта зависимость или нет.

Существует и другая точка зрения на причину появления рецидивов. В. Д. Капнер считает, что у много раз беременевших женщин рецидивы встречаются чаще. Эти данные основаны на анализе незначительного количества наблюдений.

У наблюдаемых нами больных рецидивы были отмечены у 9 больных, имевших от 3 до 14 беременностей; одна или две беременности наблюдались у такого же количества больных. Вместе с тем у 4 больных, ни разу не беременевших, также имелись рецидивы.

Приводя эти данные, мы считаем необходимым оговориться, что они являются недостаточными для того, чтобы сделать какое-либо определенное заключение. Однако мы позволили предположить, что частота рецидивов не находится в зависимости от числа беременностей, так же как и частота их первичного возникновения.

Наши клинические наблюдения позволяют прийти к выводу, что появление рецидивов может быть обусловлено рядом причин. В одних случаях они могут явиться следствием продолжающегося действия той же самой причины, которая вызвала первичное образование полипа, в других случаях несомненную роль в возникновении рецидивов могут играть погрешности в оперативной технике при удалении полипа.

Р. Шредер, придавая большое значение тщательности, с которой должна быть произведена эта операция, считает, что рецидивы в большинстве случаев возникают из остатков основной ткани полипа при недостаточном ее удалении (соскабливании).

Симптомы развившихся рецидивов отличаются таким же многообразием, как и при первичном полипе. Рецидивы могут или не давать никаких симптомов, или вызывать иногда кровотечение, боли или бели, или сочетание тех и других. Что касается диагностики рецидивов, то она так же проста, как и при первичном полипе. Лечение рецидивов следует проводить так же как и при первичном полипе. После тщательного анализа каждого случая рецидива необходимо наряду с оперативным удалением образовавшегося полипа проводить соответствующее лечение, направленное на устранение причины, вызвавшей рецидив.

Больных с рецидивирующими полипами следует госпитализировать в первую очередь и брать на особый учет в женской консультации, так как эти полипы представляют известную опасность в смысле их возможного злокачественного превращения.

### **Профилактика полипов матки**

Основой советской медицины является профилактическое направление.

Под истинной профилактикой того или иного заболевания понимается устранение тех причин, которые ве-

дут к его возникновению. В этом отношении наряду с общегосударственными мероприятиями (повышение культурного и материального уровня советского народа) большую роль играют и широко проводимые в нашей стране профилактические осмотры женского населения.

Профилактические осмотры должны проводиться не только среди женщин, работающих на различных промышленных предприятиях, но и среди женщин, занятых в сельском хозяйстве, а также домашних хозяек.

Массовые профилактические осмотры женщин необходимо проводить с целью выявления не только рака, но и всех гинекологических заболеваний, требующих специализированного своевременного лечения или наблюдения (И. Ф. Жордания, А. И. Серебров, Ф. А. Сыроватко, А. Ю. Лурье и др.). К этим заболеваниям относятся и полипы матки, часто протекающие бессимптомно.

Как уже отмечалось, в этиологии полипов матки играют роль главным образом два фактора: 1) нарушение деятельности яичников и 2) разнообразные воспалительные процессы женских половых органов. Исходя из изложенного, профилактика этого заболевания должна проводиться в двух направлениях: раннее выявление нарушения функции яичников и своевременное рациональное лечение. Это может быть осуществлено путем проведения контроля за патологически протекающими менструациями и тщательного анализа причин, обуславливающих эту патологию. Такой контроль необходимо проводить с момента наступления менструаций. Вторым направлением, по которому должна осуществляться профилактика полипов матки, является устранение условий, способствующих возникновению воспалительных процессов в матке.

В этом отношении в первую очередь следует отметить травматические повреждения шейки матки во время родов. Своевременно не зашитый разрыв шейки матки в большинстве случаев является причиной различных воспалительных заболеваний, как-то: эндоцервицитов, эрозий и др.

Следовательно, одним из методов профилактики полипов является своевременное восстановление шейки матки после происшедших разрывов во время родов.

Кроме того, соблюдение женщиной всех необходимых гигиенических мероприятий является одним из важных факторов в предупреждении воспалительных заболеваний, а следовательно, и в предупреждении полипов матки. Ознакомление женского населения с комплексом гигиенических мероприятий, способствующих укреплению здоровья и предупреждению заболеваний, должно осуществляться акушерами-гинекологами повседневно путем индивидуальных бесед во время приема, а также путем лекций. Правильно организованная санитарно-просветительная работа является одним из важных факторов в профилактике различных заболеваний и, в частности, полипов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной работе мы попытались изложить некоторые вопросы этиологии, клиники, лечения полипов матки и наметить пути их профилактики.

На основании собственных наблюдений мы пришли к заключению, что полипы матки, являющиеся заболеванием главным образом женщин пожилого возраста, нередко вызывают кровотечение типа метроррагии, иногда типа меноррагии. Другие симптомы, как бели и боли, встречаются значительно реже. В этиологии полипов играют известную роль как нарушения функции яичников, так и различные воспалительные процессы в женских половых органах. Поэтому лечение данного заболевания должно быть направлено на устранение причин, его вызвавших. Для этого наряду с обязательным оперативным удалением полипа и одновременным выскабливанием слизистой оболочки канала шейки и тела матки следует проводить соответствующее лечение в каждом отдельном случае.

Довольно большой процент рецидивов (16,2), установленный нами при повторном обследовании больных, выдвигает необходимым условием тщательное наблюдение за больными, оперированными по поводу полипов матки. Больных с рецидивирующими полипами следует брать на особый учет в женских консультациях и при обнаружении у них полипов (рецидива) госпитализировать в первую очередь.

Дальнейшее изучение полипов матки, по нашему мнению, должно проводиться в виде экспериментальных исследований этиологии и патогенеза данного заболевания, что позволит окончательно разрешить эту проблему.

---

akusher-lib.ru

## ЛИТЕРАТУРА

### а) Отечественная

- Абрикосов А. И. Основы общей патологической анатомии. Изд. 9-е. М., Медгиз, 1949.
- Абрикосов А. И. Основы частной патологической анатомии. Изд. 4-е, М., Медгиз, 1950.
- Айрапетьянц Э. Ш. О сигнализации с аппаратов половой сферы. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. М., 1949, стр. 73—92.
- Астахов С. Н. Дизэнцефало-гипофизарная система и функция яичников. Л., Медгиз, 1941.
- Бондаревская Е. П. Зашивание шейки матки после родов как профилактическое мероприятие. Акушерство и гинекология, 1951, № 1, стр. 16—18.
- Брауде И. Л. Маточные кровотечения и полипы матки. Акушерство и гинекология, 1939, № 7, стр. 66—74.
- Буяльский И. Две замечательные операции вырезания больших полипов. Военно-медицинский журнал, 1842, т. 39, № 1, стр. 42—46.
- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., Медгиз, 1947.
- Вербов Я. Ф. Матка женщины и ее работа во время родов (Закон перистальтического движения в физиологии). М.—Л., 1924.
- Вирхов Р. Целлюлярная патология как учение, основанное на физиологической и патологической гистологии. Изд. М., 1859 (перев. с нем.).
- Вирхов Р. Четыре лекции о жизни и болезненном состоянии. СПб, 1866 (перев. с нем.).
- Вучиховский. De polypo uteri fibroso. Дисс. СПб, 1849.
- Гамбашидзе С. К. Материалы к физиологии интероцепторов половой сферы. Тбилиси, Грузмедгиз, 1951.
- Гармашева Н. Л. Работы ЦИАГ по изучению механизма половых циклов. Акушерство и гинекология, 1947, № 6, стр. 12—17.
- Гармашева Н. Л. О механизме половых циклов. В кн.: Сборник научных трудов Центрального института акушерства и гинекологии. Экспериментальные исследования. Л., 1947, № 10, стр. 5—18.
- Гармашева Н. Л. О нервных и гормональных трофических воздействиях на матку. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, стр. 7—15.



- Гармашева Н. Л. Значение нервной системы и гормонов яйчников в изменениях реактивности матки. В кн.: Тезисы доклада Всесоюзной конференции патофизиологов. М., 1950, стр. 19.
- Гармашева Н. Л. О механизме регуляции кровообращения в матке и кровоснабжения плода. В кн.: Рефлекторные реакции в физиологии и патологии женского организма. Л., 1952 стр. 74—88.
- Гармашева Н. Л. Значение рефлексов с рецепторов матки в физиологии и патологии женского организма. В кн.: Рефлекторные реакции в физиологии и патологии женского организма. Л., 1952, стр. 5—22.
- Груздев В. С. Гинекология. Изд. 2-е, М. — Л. ГИЗ, 1928.
- Гуарев А. П. Медицинская гинекология или гинекология практического врача. Изд. 2-е, М., Госиздат, 1922.
- Гудим-Левкович Д. А. О метроррагиях. Фельдшер и акушерка, 1942, № 9, стр. 6—11.
- Гуревич Е. И. Клиника и терапия персистирующего фолликула. В кн.: Маточные кровотечения. Л., 1933, стр. 96—111.
- Гуревич Е. И. Материалы к учению о менструальной функции. Дисс. Л., 1950.
- Гутнер М. Д. и Крахотила О. Д. О значении сосудистого фактора в физиологическом течении менструального цикла. В кн.: Сборник научных трудов Красноярского медицинского института, 1951, № 2, стр. 71—79.
- Добронравов В. А. По поводу удаления фиброзных полипов матки. Московский врачебный вестник, 1875, № 33, стр. 543—546; № 34, стр. 562—565.
- Дрейцер Е. Я. Сообщение о случае удаления маточного полипа экзасером. В кн.: Протоколы заседаний Общества миных врачей, 31/III 1884 г.
- Жижиленко А. Замечательной величины маточный полип. Друг здравия, 1859, № 40, стр. 101.
- Жихарев С. С. К учению о «месячных». СПб, 1896.
- Жордания И. Ф. Об участии гинекологов в санитарно-эпидемиологической разведке в действующих частях Советской Армии. Военно-медицинский журнал, 1945, № 4—5, стр. 17—20.
- Жордания И. Ф. Об осмотре зеркалами шейки матки у родильниц. Акушерство и гинекология, 1950, № 1, стр. 14—15.
- Жордания И. Ф. Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения. Акушерство и гинекология, 1950, № 4, стр. 3—11.
- Икавитц Э. Х. Фиброзный полип матки. Протоколы Тамбовского медицинского общества, 1882 (приложение к протоколу № 11), стр. 10—11.
- Каплан А. Л. Полипы матки. Фельдшер и акушерка, 1949, № 10, стр. 16—19.
- Капнер В. Д. Клинико-морфологические особенности полипов слизистой шейки матки. Дисс. М., 1945.
- Капнер В. Д. К вопросу о полипозе слизистой тела матки. В кн.: Рефераты научно-исследовательских работ за 1946 г. М., 1947, в. 2, стр. 80—81.
- Кватер Е. И. Течение менструального цикла у женщин, больных гонорреей. Советская медицина, 1940, № 1, стр. 28—32.

- Кватер Е. И. Этиология и патогенез некоторых форм аменорей. Акушерство и гинекология, 1945, № 1, стр. 24—32.
- Кватер Е. И. Гормонотерапия в акушерстве и гинекологии. Советская медицина, 1951, № 8, стр. 4—10.
- Кекчеев К. Х. и Сыроватко Ф. А. О влиянии адекватных раздражений на чувствительность ахроматического зрения. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1939, т. VII, в. 4, стр. 51—55.
- Кекчеев К. Х., Сыроватко Ф. А., Шляпникова О. А. Исследования по физиологии интерорецепции матки. Сообщение I, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1942, т. 13, № 5—6, стр. 64—66.
- Китер А. А. Руководство к изучению женских болезней. СПб, 1858.
- Креслинг Е. М. Изменения состояния вегетативной нервной системы при нормальном менструальном цикле и у больных, страдающих нарушениями менструальной функции. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, стр. 45—53.
- Кротова Л. И. Зашивание разрывов шейки матки в родах как метод профилактики предраковых состояний и рака шейки матки. Дисс. Л., 1950.
- Круглова М. М. Динамика изменений функции вегетативной нервной системы при аменорее. Акушерство и гинекология, 1945, № 1, стр. 42—45.
- Крыжановская Е. Ф. Хеморецепция сосудов и слизистой оболочки матки кошки и влияние на нее гормонов яичника. В кн.: Рефлекторные реакции в физиологии и патологии женского организма. Л., 1952, стр. 23—34.
- Курдиновский Е. М. Краткий курс патологической гистологии женской половой сферы для врачей и студентов. СПб, 1910.
- Кушелевский А. П. О так называемых предраковых состояниях матки. Фельдшер и акушерка, 1949, № 11, стр. 18—21.
- Лотис В. М. К вопросу изучения интерорецепции матки. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. М., 1949, стр. 360—363.
- Лотис В. М. Условные интерорецептивные рефлексы с матки. Акушерство и гинекология, 1949, № 6, стр. 15—19.
- Львов И. М. Полное излечение фиброзного полипа матки подкожным впрыскиванием эрготина. Медицинский вестник, 1884, № 9, стр. 191.
- Ляхович Л. И. Усовершенствованный аппарат для перевязки маточных полипов. В кн.: Протокол ординарного заседания Виленского медицинского общества, 1873, № 1, стр. 6—7.
- Маевский А. И. Замечания об операции перевязывания полипов матки. В кн.: Протокол ординарного заседания Виленского медицинского общества, 1873, № 2, стр. 16—21.
- Максимович-Амбодик Н. М. Руководство к познанию и врачеванию болезней человеческого наружных и внутренних с прибавлением главных немощей женского пола и малолетних детей. М., ч. 1—2, 1781.
- Малева М. И. Роль яичников при маточных кровотечениях в климактерическом возрасте. Акушерство и гинекология, 1932, № 3, стр. 12—18.

- Малиновский М. С. Овариально-менструальный цикл. Фельдшер и акушерка, 1940, № 1, стр. 4—9.
- Малиновский М. С. К вопросу о расстройствах менструального цикла. В кн.: Сборник работ по акушерству и гинекологии. М., 1944, стр. 157—165.
- Мандельштам А. Э. Гинекологическая диагностика. Л., Изд. ЦИАГ, 1940.
- Мандельштам А. Э. Функциональная диагностика в гинекологии. Л., Изд. ЦИАГ, 1947, 297 стр.
- Марголина Е. Н. Показания и характер оперативных вмешательств при лечении маточных кровотечений. В кн.: Маточные кровотечения. Л., 1933, стр. 57—93.
- Мельников Н. А. Травматизм шейки матки в родах. Гинекология и акушерство, 1930, № 6, стр. 688—692.
- Николаев А. П. Учение И. П. Павлова и важнейшие научно-практические проблемы акушерства и гинекологии. Акушерство и гинекология, 1951, № 1, стр. 6—16.
- Орлов В. Н. К казуистике отнятия экзразером фиброзных полипов матки. Медицинское обозрение, 1881, т. 15, стр. 50.
- Отт Д. О. К учению о физиологических проявлениях половой жизни у женщин-крестьянок Калужской губернии. СПб, 1879.
- Павлов И. П. Полное собрание трудов. М.—Л., т. II, 1946.
- Петрова М. К. О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме, 1946.
- Петрова Е. Н. и Капнер В. Д. К вопросу о полипозе слизистой тела матки. Акушерство и гинекология, 1951, № 4, стр. 15—17.
- Петров-Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. Л., Медгиз, 1952.
- Покровский В. А. Диагностика маточных кровотечений на основании данных гистологического исследования соскобов. Хабаровск, Дальгиз, 1936.
- Проняева К. В. Ановуляторный менструальный цикл у женщины. Акушерство и гинекология, 1946, № 3, стр. 56—59.
- Розенгардт М. К этиологии фибромом и полипов матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1890, т. 4, № 2, стр. 77—92.
- Серебров А. И. Эрозии шейки матки и их рациональное лечение. Акушерство и гинекология, 1951, № 6, стр. 6—11.
- Серебров А. И. Клиническая картина предраковых заболеваний женских половых органов. Советская медицина, 1952, № 10, стр. 7—9.
- Скробанский К. К. Учебник гинекологии. Медгиз, изд. 3-е, 1946.
- Снегирев Ю. В. Материалы к вопросу о клиническом значении болей в гинекологии. Дисс. М., 1908.
- Снегирев Ю. В. К вопросу о периодических болях у женщин. Simpson'овские боли. Врачебная газета, 1911, № 49, стр. 1562—1565.
- Сперанский А. Д. Невяная трофика в теории и практике медицины. М., Изд. ВИЭМ, 1936.
- Сутугин В. В. Редкие формы фиброзных полипов. Медицинский вестник, 1880, № 5, стр. 71—73.

- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов. М.—Л., Медгиз, 1939.
- Фаренгольд. О фиброзных полипах. Протоколы заседаний общества врачей Подольской губернии, 1883, № 4, стр. 12.
- Фигурнов К. М. Шиклические изменения слизистой оболочки матки. Врачебная газета, 1917, № 4, стр. 63—66; № 5, стр. 82—85.
- Флоринский В. М. Курс акушерства и женских болезней. СПб., 1870.
- Чунихин П. Н. Материалы к вопросу о фибромиомах и полипах матки и влагалища. Врач, 1887, т. 8, № 23, стр. 454—455.
- Шварц А. Л. О гиперергических изменениях сосудов маточных полипов и феномен Шварцмана в матке. Архив патологической анатомии и патологической физиологии, 1940, т. 6, в. 3, стр. 67—71.
- Швари А. Л. Значение аллергии в патогенезе маточных кровотечений. Дисс. Харьков, 1952.
- Шполянский Г. М. Болевой симптом и его значение в диагностике некоторых гинекологических заболеваний. Современный врачебный журнал, 1936, № 14, стр. 1069—1073.
- Шредер Р. Учебник гинекологии. М.—Л., Госиздат, 1930 (перев. с нем.).
- Шредер Р. Нормальный менструальный цикл слизистой оболочки матки. Л., ЦНИАГ, 1938 (перев. с нем.).
- Эскин И. А. Гормоны оварияльного цикла и нервная система. М., Советская наука, 1951.

#### б) Иностранная

- Billroth T. Ueber den Baur Schleimpolypen. Berlin, 1855.
- Heffernan R. J. Cervical polyp. Am. J. Surg., 1937, v. 36, p. 239.
- Hitschmann F. u. Adler L. Der Bau der Uterusschleimbaut des geschlechtsreifen Weibes mit besonderer Berücksichtigung der Menstruation. Monatschr., Geb. u. Gyn., 1908, Bd. 127.
- Israel S. L. Study of cervical polyps. Am. J. Obst. a. Gynec., 1940, v. 39, p. 45—50.
- Kiwisch F. Die Schleimpolypen der Gebärmutter. Klin. Vorträge ueber spez. Pathol. und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts. Erlangen, Enke, 1854, Bd. I.
- Levant H. I. Cervical polypus. Med. Rec., 1935, v. 142, p. 217—218.
- Lévy M. Observations sur la cure radicale de plusieurs polyps de la matrice de la gorge effdunee. Paris, 1759.
- Schröder R. Der mensuell Genitalzyklus des Weibes und seine Störungen. Handb. der Gyn., 1928, Bd. I, H. 2.
- Serbin W. B. Cervical polyps. Illinois Med. J., 1941, v. 80, p. 503—507.
- Ward G. G. Cancer of cervix, etiology and prevention. M. Record, 1935, v. 142, p. 547—550.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение . . . . .	3
Краткий исторический обзор . . . . .	5
Этиология полипов матки . . . . .	14
Частота полипов матки . . . . .	14
Менструальная функция у больных полипами матки . . . . .	15
Детородная функция у больных полипами матки . . . . .	23
Гинекологические заболевания у больных полипами матки . . . . .	25
Клиника и гистологические формы полипов матки . . . . .	27
Основные симптомы при полипах матки . . . . .	28
Гистологические формы полипов матки . . . . .	39
Диагностика полипов матки . . . . .	40
Дифференциальная диагностика . . . . .	42
Лечение и профилактика при полипах матки . . . . .	43
Отдаленные результаты лечения больных полипами матки . . . . .	49
Профилактика полипов матки . . . . .	54
Заключение . . . . .	56
Литература . . . . .	58

---

Содержание

1957

1957

1957