

В. И. БОДАЖИНА, К. Н. ЖМАКИН

УЧЕБНИК  
ГИНЕКОЛОГИИ

ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЕ

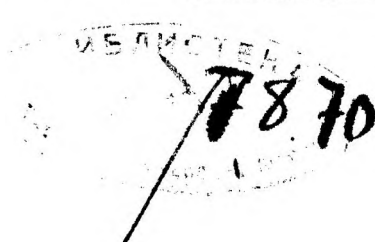
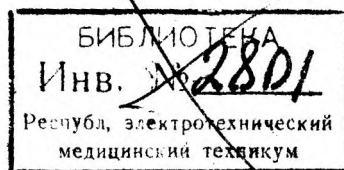
В. И. БОДЯЖИНА, К. Н. ЖМАКИН

# УЧЕБНИК ГИНЕКОЛОГИИ

Допущен Управлением кадров  
и учебных заведений  
Министерства здравоохранения СССР  
в качестве учебника  
для медицинских институтов

СПИСАНО

РЭМТ 1985



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
Медгиз — 1958 — Москва

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В течение ряда лет остро ощущается необходимость в новом учебнике по гинекологии для студентов медицинских институтов. Это и побудило авторов написать данную книгу, строго придерживаясь рамок учебной программы по гинекологии, утвержденной для медицинских институтов Министерством здравоохранения СССР.

Основную часть учебника составляют главы, ранее написанные авторами в коллективном труде «Гинекология» (под редакцией действительного члена АМН СССР проф. М. С. Малиновского); авторы подвергли их сокращению и переработке, дополнили книгу новыми главами.

Проф. В. И. Бодяжина является автором следующих глав: 1) «Анатомия и физиология женских половых органов»; 2) «Общая симптоматология и диагностика гинекологических заболеваний»; 3) «Нарушения менструальной функции»; 4) «Аномалии положения женских половых органов»; 5) «Неправильное развитие женских половых органов»; 6) «Бесплодие»; 7) «Основы организации гинекологической помощи в СССР».

Проф. К. Н. Жмакиным написаны «Введение» и следующие главы: 1) «Воспалительные заболевания женских половых органов»; 2) «Кисты половых органов женщины»; 3) «Эндометриоз (аденомиоз)»; 4) «Опухоли женских половых органов»; 5) «Повреждения женских половых органов»; 6) «Рецептура».

Многочисленные оригинальные рисунки в учебнике в главах «Воспалительные заболевания», «Опухоли», «Кисты» подобраны и оформлены проф. Е. Н. Петровой; они взяты из книги «Гинекология» (1957). Остальные рисунки взяты из лучших отечественных (И. Л. Брауде, В. С. Груздев, Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский) и иностранных (Дедерлейн и Крениг, Кюстнер, Липман, Пегам и Амрейх) руководств.

Авторы сознают, что труд их имеет ряд недостатков, и будут признательны за объективную критику.

Проф. К. Н. Жмакин (зав. кафедрой акушерства и гинекологии I Московского ордена Ленина медицинского института имени И. М. Сеченова)

Проф. В. И. Бодяжина (профессор кафедры акушерства и гинекологии I Московского ордена Ленина медицинского института имени И. М. Сеченова)

## ВВЕДЕНИЕ

Гинекология (gynе — женщина, logos — слово, учение) — специальная отрасль медицины, изучающая нормальную деятельность женского организма и заболевания, связанные с анатомо физиологическими особенностями его, во все периоды жизни женщины — от детства и до старости. Акушерство — часть гинекологии; предметом его изучения являются физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом.

Указания на зачатки гинекологии встречаются в памятниках Индии, Древнего Египта, Греции, а также в лечебниках славянских народов. Так, в индийских «Ведах» (предположительно VIII век до нашей эры) упоминается о смещениях матки, кондиломах, аменорее. В египетских папирусах, написанных около 1500 лет назад, имеются указания на способы лечения смещений матки, аменореи, зуда и язв наружных половых органов. В трудах Гиппократ (V век до нашей эры) одна из глав носит название «О женских болезнях». Гиппократ описывает симптомы и диагностику смещений и воспаления матки и влагалища, фибромиомы и рака матки. Кроме лекарственной терапии, он рекомендует и некоторые оперативные вмешательства — удаление опухоли из матки с помощью шипцов, ножа и каленого железа. При выборе методов терапии Гиппократ применял не только местное лечение, но и считал необходимым воздействовать на весь организм.

В труде царицы Зои, внучки Владимира Мономаха, вышедшем в XII веке под названием «Мази», имеется две главы (кроме акушерства) под названием «О благообразии тела» и «О соитии».



*А. Я. Красовский.*

Однако во всех перечисленных документах нашли отражение лишь эмпирические наблюдения врачей, подчас основанные на аналогии с жизнедеятельностью организма животных. Основы для развития научной гинекологии были заложены значительно позже, начиная с XVI века, когда появились труды выдающихся анатомов Везалия, Бартолина, Купера, Граафа. Эти авторы дали весьма детальное описание половых органов женщины. В XVI веке появилось первое обширное (567 страниц) руководство по женским болезням Меркадо, профессора университета в Толедо.



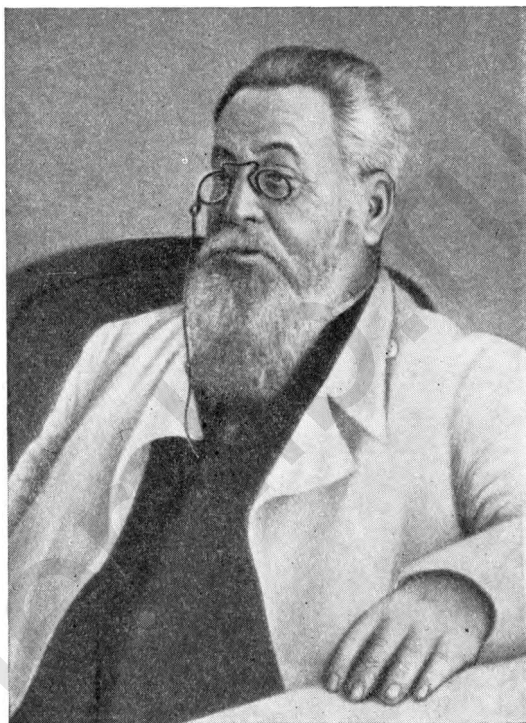
*К. Ф. Славянский.*

В течение длительного времени гинекология не была самостоятельной наукой, а являлась лишь частью хирургии. Лишь в XIX веке благодаря прогрессу естествознания и медицины, успехам физиологии и патоморфологии гинекология как в нашей стране, так и за рубежом начала выделяться в самостоятельную дисциплину и быстро развиваться. Развитию гинекологии способствовало открытие в 40-х годах XIX века гинекологических клиник в ряде высших медицинских школ как в нашей стране, так и на Западе. Во второй половине XIX века в России во главе этих клиник стояли такие выдающиеся ученые и основоположники отечественной гинекологии, как А. Китер, А. Я. Крассовский, К. Ф. Славянский, работавшие в Петербурге, и В. Ф. Снегирев, профессор Московского университета. Ценный вклад в развитие

хирургической гинекологии в зарубежных странах внесли такие крупные ученые, как Спенсер Уэльс (Sp. Wels) и Лаусон Тэт (Lawson-Tait) в Англии, Марион Симс (M. Sims) в США, Кэберле (Koeberle) и Пеан (Pean) во Франции, Симон (Simon), Гегар (Hegar), Фрейнд (Freund) и Шредер (Schröder) в Германии.

А. Я. Крассовскому принадлежит большая заслуга в развитии отечественной акушерско-гинекологической науки. Им опубликовано классическое руководство под заглавием «Оперативное акушерство и учение о неправильностях женского таза» (1865, 1885) и оригинальный труд «Об овариотомии» с атласом (1868). А. Я. Крассовский был, кроме того, основателем первого в России Акушерско-гинекологического общества в Петербурге (1886). К. Ф. Славянскому принадлежат оригинальные работы по патогистологическому строению женских половых органов, главным образом яичника. Большое значение имело оригинальное руководство К. Ф. Славянского по гинекологии «Частная патология и терапия женских болезней» (СПБ, т. I—II, 1889—1897). В. Ф. Снегирев был одним из основоположников отечественной гинекологии, не только внесшим вклад в развитие отечественной науки, но

и весьма способствовавшим поднятию ее авторитета за рубежом; он впервые в нашей стране широко организовал подготовку врачей по гинекологии. Им была основана гинекологическая клиника Московского университета (1889), Гинекологический институт усовершенствования врачей (1896) и Московское акушерско-гинекологическое общество (1887). Он предложил ряд новых оригинальных гинекологических операций: создание искусственного влагалища из прямой кишки, внебрюшинное вскрытие гнойников в полости таза (в содружестве с А. П. Губаревым), кольпопексию и всесторонне разработал метод перитонизации раневой поверхности при чревосечениях (вместо широко применявшихся дренажей). Богатый клинический опыт В. Ф. Снегирева отражен в его классическом труде «Маточные кровотечения» (1885, 1907), в котором представлены важнейшие главы гинекологии.



*В. Ф. Снегирев.*

В. Ф. Снегирев был замечательным клиницистом и выдающимся хирургом, но его не могло удовлетворить одностороннее развитие гинекологии в конце XIX и начале XX века. В своей речи «Из пережитого» на I съезде Общества российских акушеров и гинекологов (1903) он сказал: «Специальные гинекологические учреждения до клиник включительно все заняты разработкой хирургической гинекологии... В тиши и уединении стоят в гинекологии отделы функциональных расстройств половой сферы... Вся глава о менструациях, их расстройствах, глава о бесплодии суть главы еще нетронутые... Мы мало придаем значения анамнезу в его широком смысле и едва лишь упоминаем о значении детских болезней на период *pubertatis*. Главу о физическом и душевном воспитании девочек оставляем совсем в забвении... Пора перейти к изучению физиологических и патологических функций женского организма».

Большой вклад в развитие отечественной гинекологии внесли также Д. О. Отт, Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский, А. П. Губарев, В. С. Груздев. Однако в дореволюционной России не было условий для осуществления идей В. Ф. Снегирева.

Подлинное развитие гинекологической науки и научная организация гинекологической помощи в нашей стране связаны с социалистическими преобразованиями, возникшими после Великой Октябрьской социалистической революции.

Теперь в нашей стране создана огромная сеть женских консультаций, больниц, родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов

19-1

и других учреждений, где оказывается всесторонняя лечебно-профилактическая помощь женщине во все периоды ее жизни. Одной из основных задач этих учреждений является предупреждение и лечение гинекологических заболеваний.

Примером, характеризующим развитие сети акушерско-гинекологических учреждений, является рост числа



Д. О. Отт.

женских консультаций и увеличение объема их деятельности. До Великой Октябрьской социалистической революции в России было всего 9 консультаций, функции которых сводились к наблюдению за весьма узким кругом беременных. В настоящее время в нашей стране более 7000 женских консультаций, обслуживающих не только беременных, но и гинекологических больных. В консультациях проводится лечебная и широкая профилактическая работа (санитарное просвещение, массовые профилактические осмотры, патронаж, оздоровление условий труда и быта женщины и т. д.).

Резко возросла сеть гинекологических колек.

В нашей стране созданы невиданные условия и возможности для разви-

тия науки, для чего ежегодно ассигнуются огромные средства. За время существования советской власти учреждены специальные научно-исследовательские институты акушерства и гинекологии и целый ряд новых медицинских институтов, неотъемлемой частью которых являются кафедры акушерства и гинекологии. В настоящее время научно-исследовательская работа проводится в институтах специального профиля, на кафедрах акушерства и гинекологии, а также во многих практических учреждениях.

Советская акушерско-гинекологическая наука тесно связана с практикой здравоохранения; разрешает вопросы, способствующие выполнению важнейших народнохозяйственных задач; основывается на принципе свободного обмена мнений.

Для изучения проблем гинекологии широко используются клинические, биохимические, эндокринологические, физиологические, рентгенологические, гистологические и другие современные методы научного исследования.

В дореволюционное время научную работу выполняли отдельные сотрудники немногих гинекологических клиник. В наше время научные проблемы гинекологии разрабатываются большими коллективами научных и практических учреждений.

Важным направлением наших научных учреждений является всестороннее изучение организма женщины. Такое изучение целостного организма позволило выяснить многие сложные вопросы физиологии и патологии женщины и разработать научно обоснованные методы диагностики, профилактики и лечения.



*В. С. Гоздев.*

В нашей стране уделяется большое внимание повышению качества медицинской помощи женщинам и подготовке кадров акушеров-гинекологов, а также проводится систематическая работа по повышению квалификации этих кадров. Для этой цели в институтах усовершенствования врачей организована широкая сеть специальных курсов, проводятся научные конференции и съезды, издаются журналы, монографии, руководства.

Профилактическая работа среди женщин осуществляется при повседневной и активной помощи общественных организаций и руководителей промышленных предприятий, колхозов и совхозов.

Все эти условия создают благоприятные предпосылки для дальнейшего успешного развития отечественной гинекологии.

---



---

## ГЛАВА I

# АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Анатомия и физиология являются основой всех медицинских дисциплин. Учение о строении и функциях женских половых органов представляет собой научный фундамент гинекологии и акушерства. Поэтому изучение курса гинекологии всегда начинается с анатомии и физиологии женских половых органов.

Женские половые органы принято делить на наружные и внутренние. Наружные половые органы располагаются на поверхности тела, внутренние — в полости малого таза. Внутренние половые органы выполняют функции деторождения; наружные половые органы являются главным образом органами полового чувства.

### **НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ** (*GENITALIA EXTERNA, VULVA*)

К наружным половым органам относятся: лобок, большие половые губы, малые половые губы, клитор, преддверие влагалища (бартолиновы железы) (большие железы преддверия) (рис. 1). Границей между наружными и внутренними половыми органами является девственная плева.

**Лобок** (*mons veneris*) представляет собой богатое подкожным жиром треугольное возвышение (лонный холмик), располагающееся спереди<sup>1</sup> и выше лонного сочленения.

Верхней границей лобка является поперечная кожная бороздка — надлобковая складка; справа и слева от лобка расположены паховые складки, сзади лобок сливается с большими половыми губами. Лобок покрыт волосами. У взрослой женщины верхняя граница волосистого покрова имеет вид горизонтальной линии. В противоположность этому у мужчины верхняя граница растительности заостряется по направлению кверху, распространяясь по средней линии иногда до пупка. В детском возрасте на лобке волос нет, к старости они редеют.

Рост волос на лобке связан с деятельностью яичников и отчасти коры надпочечников.

У некоторых женщин наблюдается мужской тип расположения волос на лобке, что чаще всего указывает на недоразвитие половых органов и недостаточную функцию яичников.

---

<sup>1</sup> Термины «спереди», «сзади», «кверху», «книзу» применяются по отношению к женщине, находящейся в вертикальном положении. Этими выражениями пользуются и в том случае, если женщина находится в горизонтальном положении.

**Большие половые губы** (*labia majora pudendi*) — это две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Под кожей залегают богатая жиром клетчатка, в которой проходят сосуды, нервы и фиброзные волокна. Спереди большие губы образуют переднюю спайку (*commissura labiorum anterior*), переходят в кожу лобка, кзади они постепенно суживаются, становятся ниже и, соединяясь по средней линии, образуют заднюю спайку (*commissura labiorum posterior*)<sup>1</sup>. Кожа на наружной поверхности больших губ покрыта

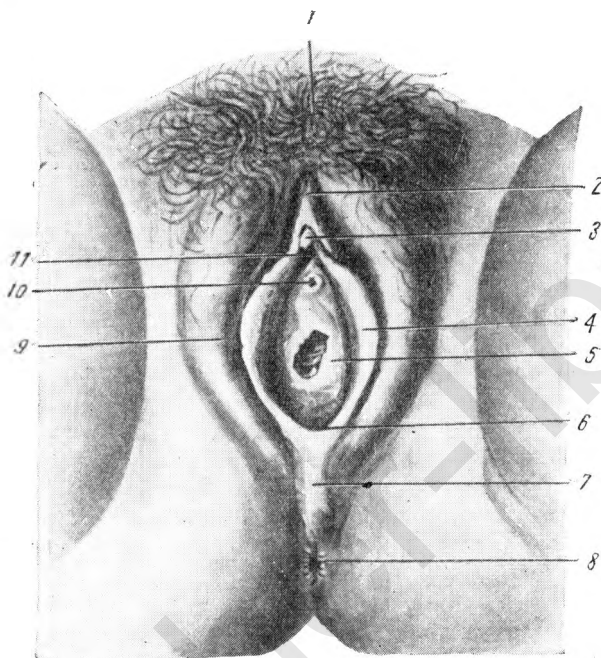


Рис. 1. Наружные половые органы женщины.

1 — лобок; 2 — крайняя плоть клитора; 3 — клитор; 4 — малая половая губа; 5 — девственная плева; 6 — задняя спайка; 7 — промежность; 8 — заднепроходное отверстие; 9 — большая половая губа; 10 — наружное отверстие мочеиспускательного канала; 11 — уздечка клитора.

волосами. Она содержит потовые и сальные железы. Внутренняя поверхность больших губ покрыта нежной розовой кожей, напоминающей слизистую оболочку. Пространство между большими губами называется половой щелью (*rima pudendi*).

В толще больших половых губ заложены большие железы преддверия — бартолиновы железы.

Пространство между задней спайкой и заднепроходным отверстием называется промежностью (*perineum*)<sup>2</sup>. Промежность представляет собой мышечно-фасциальное образование, покрытое снаружи кожей; на коже промежности заметна линия, идущая от задней спайки до заднего прохода, — шов промежности (*raphe perinei*). Высота промежности снаружи (от задней спайки до заднего прохода) 3—4 см. По направлению кверху (вглубь) промежность суживается в связи с

<sup>1</sup> Иногда заднюю спайку образуют соединяющиеся малые половые губы; в таких случаях задние концы больших губ расходятся и теряются в коже бедер.

<sup>2</sup> Точнее это будет передняя, или «акушерская», промежность. Задней промежностью называют пространство между заднепроходным отверстием и копчиком.

тем, что влагалище и прямая кишка приближаются друг к другу. Таким образом, мышечно-фасциальная прослойка промежности имеет форму суживающегося кверху клина.

**Малые половые губы** (*labia minora pudendi*) — вторая пара продольных кожных складок; они располагаются кнутри от больших губ вдоль основания последних. Обычно малые губы видны только при разведении больших губ, но иногда они бывают высокими и выступают наружу. Спереди малые половые губы раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара ножек соединяется по средней линии над клитором, образуя здесь складочку — крайнюю плоть клитора (*praeputium clitoridis*). Вторая пара ножек, соединяясь под клитором, образует уздечку последнего (*frenulum clitoridis*).

Кзади малые половые губы становятся ниже и сливаются с большими приблизительно на уровне средней трети последних. Малые половые губы богато снабжены сосудами и нервными окончаниями, что дает основание считать их органом полового чувства.

**Клитор** (*clitoris*) — небольшое конусовидное образование (аналог мужскому *penis*), состоящее из двух слившихся пещеристых тел. В этих пещеристых телах содержатся сообщающиеся полости, в которых циркулирует кровь, поступающая из сосудов. Клитор выдается в виде небольшого бугорка в переднем углу половой щели между слившимися ножками малых половых губ. В нем различают головку, тело, состоящее из пещеристых тел, и ножки, которые прикрепляются к надкостнице лобковых и седалищных костей. Клитор обильно снабжен сосудами и нервами; в его коже очень много нервных окончаний. В функциональном отношении клитор является органом полового чувства. При половом возбуждении происходит увеличение и уплотнение (эрекция) клитора вследствие усиления притока артериальной крови и более медленного оттока венозной.

**Преддверие влагалища** (*vestibulum vaginae*) — пространство, ограниченное спереди клитором, сзади — задней спайкой половых губ, с боков — внутренней поверхностью малых половых губ; сверху, со стороны влагалища, границей преддверия является девственная плева (или ее остатки).

В преддверии влагалища открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала и выводные протоки бартолиновых желез.

В преддверии влагалища много маленьких гроздьевидных железок и слепо оканчивающихся углублений (крипты, или лакуны), выстланных многослойным плоским эпителием.

**Женский мочеиспускательный канал** (*urethra*). Наружное отверстие уретры расположено на 2—3 см кзади от клитора. Оно имеет округлую, реже щелевидную, звездчатую или полулунную форму. Длина женской уретры 3—4 см, ширина ее изменчива, просвет довольно легко растягивается (до 1 см в диаметре и больше). Ход канала почти прямой с незначительным изгибом кверху. Уретра на всем протяжении соединена с передней стенкой влагалища. Этот участок стенки влагалища немного выпячивается в виде валика.

Внутренняя поверхность уретры выстлана слизистой оболочкой, которая образует продольные складки. В слизистой располагаются углубления (крипты) и железки. Покровный эпителий слизистой уретры цилиндрический, в нижнем отделе — многослойный плоский. Мышечный слой состоит из продольного и циркулярного слоев гладкомышечных волокон.

Циркулярные волокна у внутреннего конца уретры близ мочевого пузыря образуют внутренний жом (сфинктер), который расслабляется

во время мочеиспускания. Вокруг наружного отверстия уретры располагается наружный сфинктер.

Наружный сфинктер уретры образуется из волокон поперечнополосатой мускулатуры, входящей в состав мочеполовой диафрагмы, т. е. мышечно-фасциальной пластинки, заполняющей лонную дугу.

С боков от уретры, параллельно ей, располагаются трубчатые ветвящиеся образования — парауретральные ходы (ductus paraurethrales), или скиניים пазухи, имеющие длину 1—2 см. Наружные отверстия этих ходов открываются на слизистой уретры, недалеко от

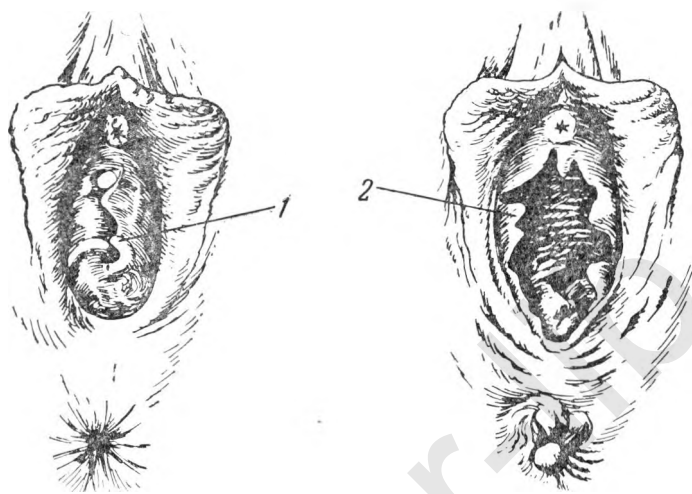


Рис. 2. Изменения в девственной плеве, связанные с половой жизнью и родами.

1 — геминальные сосочки; 2 — митровидные сосочки.

наружного отверстия. Секрет этих ходов увлажняет наружное отверстие уретры. При заболевании гонореей гонококки находят в парауретральных ходах надежное убежище. При неправильном лечении инфекция, гнездящаяся в этих ходах, ведет к рецидиву заболевания.

**Бартолиновы железы**, или большие железы преддверия [glandulae vestibulares majores (Bartholini)] — округлые, альвеолярно-трубчатые железы величиной с боб. Альвеолы желез выстланы эпителием, вырабатывающим секрет. Секрет поступает в выводной проток, имеющий длину 1,5—2 см. Железы располагаются в толще задних отделов больших половых губ, их выводные протоки открываются в бороздке, образованной малыми половыми губами (в нижней их трети) и девственной плевой (или ее остатками). Бартолиновы железы можно прощупать в основании больших половых губ, недалеко от задней спайки.

Секрет бартолиновых желез беловатый, щелочной реакции, с характерным запахом. Обычно выделяется наружу при половом возбуждении, увлажняет поверхность преддверия и входа во влагалище и разжижает семенную жидкость, что способствует подвижности сперматозоидов.

При гонорее воспалительный процесс в выводном протоке железы продолжается долго, и наружное отверстие протока при этом имеет вид красноватого пятна (как укусы блохи).

**Девственная плева** (hymen) — соединительнотканная перепонка, которая у девственниц закрывает вход во влагалище. Девственная плева снаружи и со стороны влагалища покрыта многослойным плоским эпителием. В соединительнотканной основе ее заложены мышечные элементы, эластические волокна, кровеносные сосуды и нервы. В девственной плеве имеется отверстие. В зависимости от его формы и расположения плева может иметь кольцевидную, полулунную, зубчатую, лопастную, трубчатую форму. Иногда девственная плева имеет два или несколько мелких отверстий, изредка наблюдается сплошная плева (без отверстия). Отсутствие отверстия в плеве может быть первичным (врожденным) или вторичным, связанным с воспалением вульвы, перенесенным в детском возрасте.

При первом сношении происходит разрыв девственной плевы, обычно сопровождающийся кровотоком из разрушенных сосудов. После разрыва от плевы остаются гименальные сосочки (carunculae hymenales), а после родов — отдельные, обособленные друг от друга лоскутки, так называемые миртовидные сосочки (carunculae myrtiformes) (рис. 2).

Форма девственной плевы и изменения, происходящие в ней в связи с половой жизнью, родами и возрастом, имеют большое значение в судебно-медицинской практике.

В редких случаях девственная плева бывает настолько растяжима, что не нарушается при половом сношении; в исключительных случаях очень растяжимая плева сохраняется даже при родах.

## **ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ** **(GENITALIA INTERNA)**

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники (рис. 3 и 4).

**Влагалище** (vagina s. colpos) — трубчатый мышечно-эластический орган, расположенный в середине малого таза; влагалище идет спереди и снизу, кзади и кверху. Начинаясь от вульвы (девственной плевы) оно заканчивается у места прикрепления к шейке матки.

Длина и ширина влагалища подвержены значительным колебаниям. В среднем передняя стенка влагалища имеет длину 7—8 см, задняя — 8—9,5 см; ширина влагалища колеблется в связи с его растяжимостью, в среднем она равняется 2—3 см, причем в нижнем отделе оно уже, в верхнем — шире. Передняя и задняя стенки влагалища обычно соприкасаются, просвет влагалища на поперечном сечении имеет форму буквы Н. Сверху в просвет влагалища выступает часть шейки матки, так называемая влагалищная часть шейки — *portio vaginalis colli uteri*. Вокруг влагалищной части шейки стенки влагалища образуют сводчатое углубление — своды влагалища (*foemix vaginae*). Различают четыре свода: передний (впереди шейки), задний (сзади шейки), правый и левый. Задний свод значительно глубже переднего, он является местом скопления семени при сношении (*receptaculum seminis*); из заднего свода семенная жидкость попадает в матку. Передняя стенка влагалища в верхнем отделе соприкасается с дном мочевого пузыря, а в нижнем — с мочеиспускательным каналом; к верхней части влагалища спереди подходят мочеточники у места их впадения в мочевой пузырь.

Задняя стенка влагалища прилегает к прямой кишке. В нижней части между ними располагаются ткани промежности; к верхней части

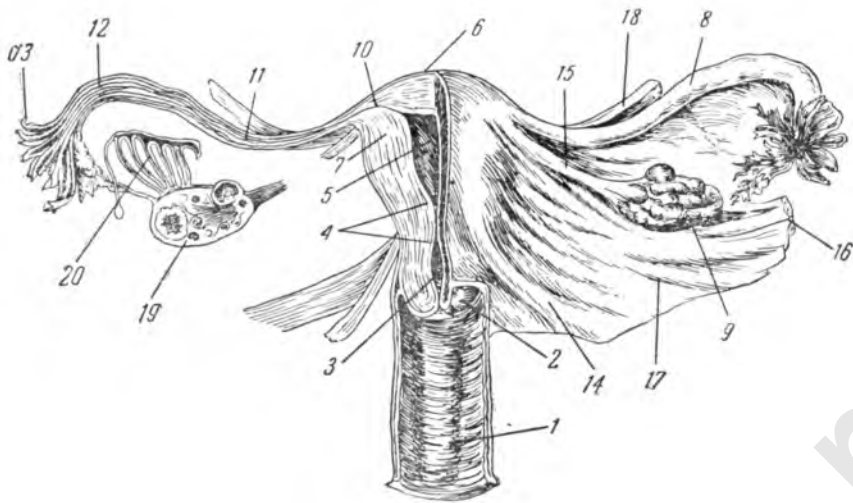


Рис 3 Внутренние половые органы женщины (фронтальный разрез).  
 1 — влагалище; 2 — влагалищная часть шейки матки; 3 — шейечный канал; 4 — перешеек; 5 — полость матки; 6 — дно матки; 7 — стенки матки; 8 — маточная труба; 9 — яичник; 10 — интерстициальная часть трубы; 11 — истмическая часть трубы; 12 — ампулярная часть трубы; 13 — фимбрии трубы; 14 — крестцово-маточные связки; 15 — собственная связка яичника; 16 — воронкотоазовая связка; 17 — ширская связка; 18 — круглая связка; 19 — яичник (разрез) с фолликулами и желтым телом; 20 — пароварнум.

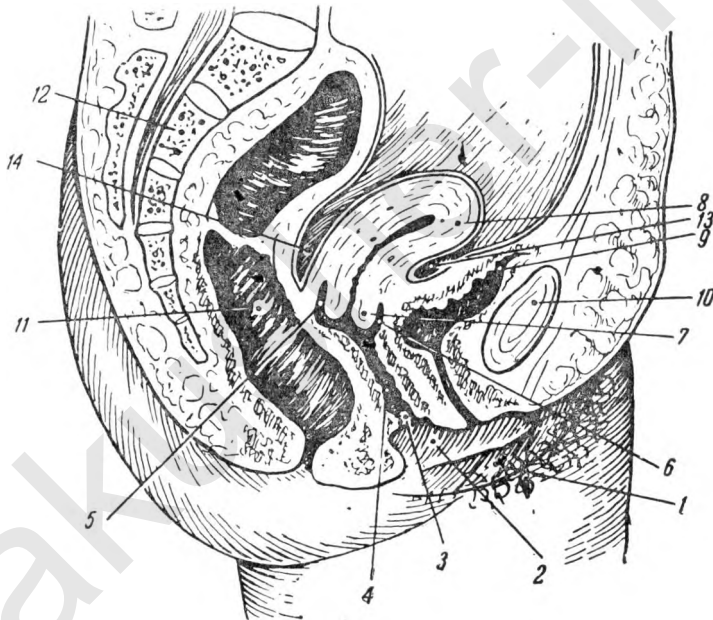
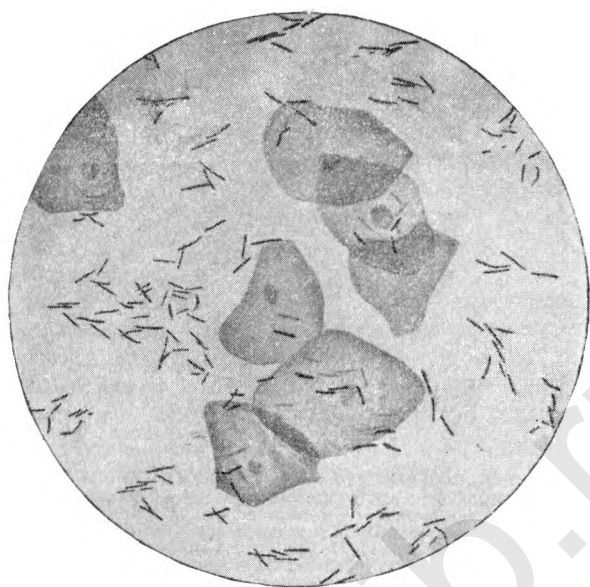


Рис 4. Тазовые органы женщины (сагиттальный разрез).  
 1 — большая половая губа; 2 — малая половая губа; 3 — вход во влагалище; 4 — влагалище; 5 — задний свод влагалища; 6 — передний свод влагалища; 7 — шейка матки; 8 — тело матки; 9 — мочевой пузырь; 10 — симфиз; 11 — прямая кишка; 12 — крестец; 13 — пузырьно-маточное пространство; 14 — прямокишечно-маточное (дугласово) пространство.

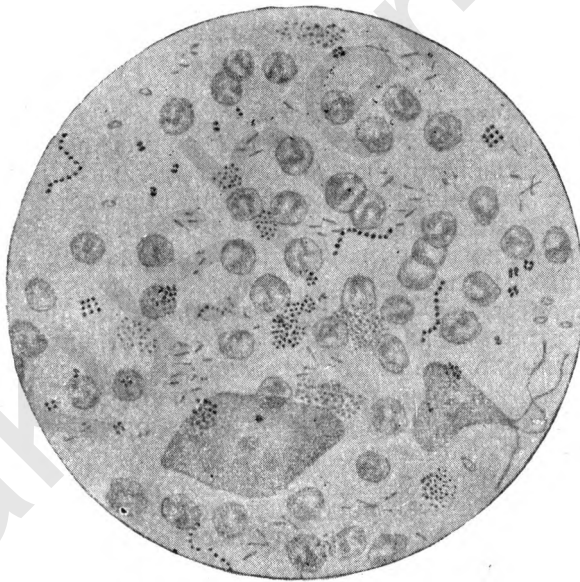
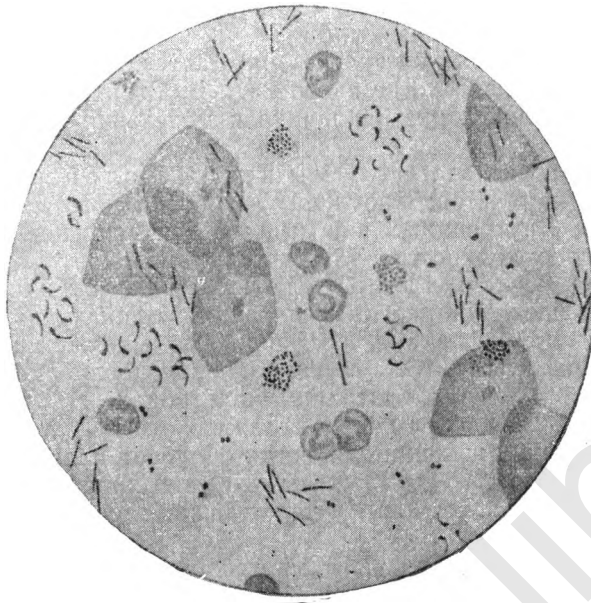


a



b

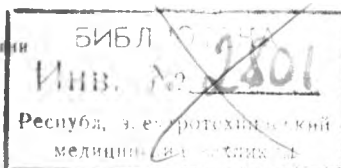
Рис. 5. Степени чистоты влагалищной флоры.  
 a — I степень чистоты. Видны эпителиальные клетки слизистой влагалища и влагалищные палочки; б — II степень чистоты. Видны преимущественно эпителиальные клетки и влагалищные палочки наряду с ними *сорта variabile* и единичные лейкоциты;



СЛЕСАНО

РЭМТ 1965

Рис. 5. Степени чистоты влагалищной флоры.  
 в — III степень чистоты. Влагалищных палочек меньше, много кокков *variabile* кокков и лейкоцитов; г — IV степень чистоты. Влагалищные палочки исчезли: стрептококки, стафилококки, трихомонады; много лейкоцитов.



7870



задней стенки влагалища прилегает дугласов карман. С боков влагалище отделено от стенок таза мышечными пучками и рыхлой клетчаткой.

Стенки влагалища состоят из слизистой, мышечной и соединительнотканной оболочек (или адвентиции).

В околовлагалищной клетчатке проходят кровеносные, лимфатические сосуды и нервы. Многие авторы (А. В. Старков, К. Н. Жмакин) считают, что влагалище, прямая кишка и мочевой пузырь имеют свои фасции.

Под фасцией располагается мышечный слой влагалища, состоящий из двух пластов: наружного (продольного) и внутреннего (циркулярного). Внутренний слой мышц развит сильнее наружного и содержит большое количество эластических волокон. К мышечному слою примыкает слизистая оболочка влагалища, имеющая бледно-розовый цвет. На передней и задней стенках слизистой находятся два продольных валика, состоящих из множества поперечных складок (*colpnae rugatae*). Эти складки обуславливают очень большую растяжимость стенок влагалища при родах. После родов, особенно повторных, они постепенно сглаживаются.

У многорожавших женщин слизистая оболочка влагалища гладкая, а у девственниц складки ее выражены особенно хорошо; в старческом возрасте они сглаживаются даже у нерожавших в связи с атрофией половых органов.

Слизистая влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, в котором откладывается гликоген. Процесс образования гликогена связан с фолликулярным гормоном яичника.

В слизистой влагалища железы отсутствуют. Содержимое влагалища беловатое, с характерным запахом, количество его небольшое, но достаточное для увлажнения слизистой. Здоровая женщина выделений из влагалища не ощущает. Жидкая часть содержимого влагалища образуется за счет протопевания жидкости из кровеносных и лимфатических сосудов; к жидкой части примешиваются отторгающиеся клетки влагалищного эпителия, микроорганизмы и лейкоциты. Содержимое влагалища имеет кислую реакцию вследствие содержания молочной кислоты. Молочная кислота образуется из гликогена под влиянием продуктов жизнедеятельности влагалищных бацилл. Эти влагалищные бациллы (палочки) являются постоянными обитателями (нормальная флора) влагалища здоровой женщины. Молочная кислота, образуемая во влагалище, не оказывает отрицательного влияния на влагалищные бациллы и слизистую и в то же время губит патогенных микроорганизмов, которые попадают во влагалище из внешней среды. Таким образом, у взрослой здоровой женщины происходит процесс «самоочищения влагалища».

В старческом возрасте, а также при тяжелых общих и гинекологических заболеваниях деятельность яичников ослабевает, количество гликогена в слизистой уменьшается. Молочной кислоты вырабатывается мало, реакция влагалищного содержимого может перейти в щелочную. При этих условиях во влагалище начинают развиваться патогенные бактерии, попадающие извне, а нормальная микрофлора (палочки) вытесняется.

В соответствии с характером микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища (рис. 5).

I степень чистоты. В содержимом влагалища находят только влагалищные бациллы и эпителиальные клетки; реакция ясно кислая.

II степень чистоты. Влагалищных бацилл меньше, появляются единичные лейкоциты и бактерии типа *сomma variabile*, много эпителиальных клеток, реакция кислая.

I и II степень чистоты считаются нормальными.

III степень чистоты. Влагалищных бацилл мало, преобладают другие виды бактерий (главным образом кокки), много лейкоцитов. Реакция слабо щелочная.

IV степень чистоты. Влагалищных бацилл нет, очень много патогенных микробов и лейкоцитов, реакция щелочная.

III и IV степень чистоты обычно сопутствуют патологическим процессам.

Влагалище выполняет следующие функции:

1. Участие в процессе оплодотворения: выделяющаяся при половом сношении семенная жидкость попадает во влагалище; отсюда сперматозоиды проникают в матку и трубы.

2. Участие в акте родов: влагалище вместе с шейкой образует родовый канал.

3. Процесс самоочищения влагалища препятствует проникновению патогенной микрофлоры в матку, трубы и в брюшную полость.

4. Через влагалище выводится наружу менструальная кровь и секрет желез шейки и тела матки.

**Матка** (uterus) — гладкомышечный полый орган, имеющий грушевидную форму, слегка уплощенную в переднезаднем направлении.

Различают следующие отделы матки: а) тело (corpus), б) перешеек (isthmus) и в) шейку (cervix, collum).

Телом матки называют верхнюю, наиболее массивную часть. Куполообразно возвышающаяся часть тела, располагающаяся выше линии прикрепления труб, называется дном матки.

Перешеек представляет собой канал длиной около 1 см, сверху переходящий в полость матки, а снизу — в шейечный канал. По строению слизистой перешеек приближается к телу матки, по строению стенки — к шейке матки. Верхняя граница перешейка — внутренний маточный зев (*orificium internum anatomicum*), нижняя граница — приблизительно на 1 см ниже внутреннего зева [*orificium histologicum* — Ашоф (Aschoff)].

Перешеек вместе с частью нижнего отдела тела матки во время беременности и родов образует нижний сегмент матки. Верхней границей нижнего сегмента является место плотного прикрепления брюшины к передней стенке матки, нижняя граница — место перехода перешейка в шейку матки.

Шейка — узкий, нижний конец матки, частично выступающий в просвет влагалища. В шейке различают: а) влагалищную часть (*pars vaginalis*), выступающую в просвет влагалища, и б) надвлагалищную часть (*pars supravaginalis*), располагающуюся выше места прикрепления к шейке стенок влагалища (рис. 6). Некоторые авторы различают три части шейки матки: 1) *pars vaginalis* — часть шейки ниже места прикрепления к ней переднего свода влагалища, 2) *pars intermedia* — между *pars vaginalis* и местом прикрепления заднего свода, 3) *pars supravaginalis cervicis* — остальная часть шейки. Шейка матки имеет узкий канал, выстланный слизистой оболочкой.

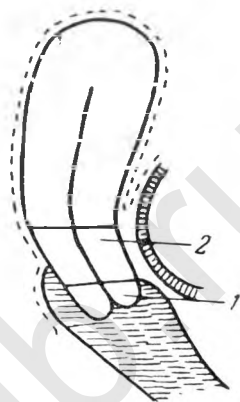


Рис. 6. Части шейки матки.

1—влагалищная часть;  
2 — надвлагалищная часть.

Канал шейки матки имеет веретенообразную форму, сужен в верхнем и нижнем конце и несколько расширен в середине. Верхний конец шеечного канала образует внутренний зев; наружный зев открывается в центре влажной части шейки. У нерожавших наружный зев шеечного канала имеет округлую или овальную форму, у рожавших — форму поперечно расположенной щели (рис. 7). Изменение формы наружного зева происходит вследствие боковых надрывов шейки во время родов. Шейка матки имеет цилиндрическую форму или слегка суживается по направлению к наружному зеву (цилиндро-

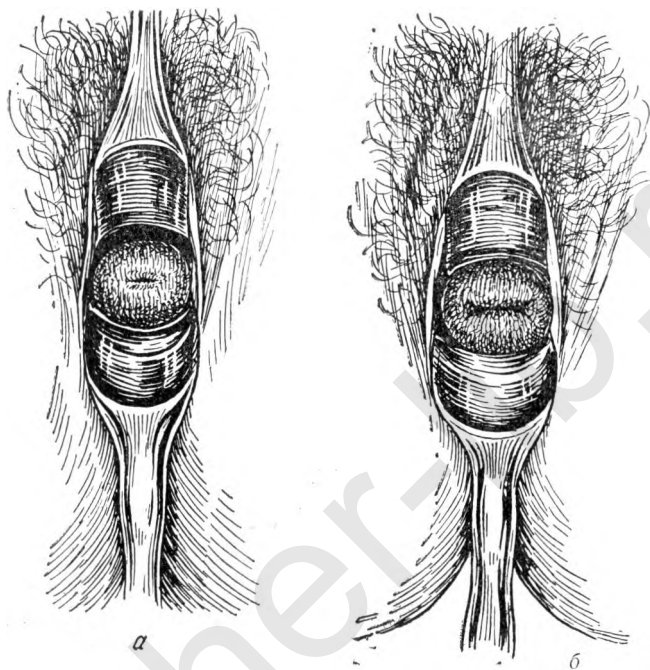


Рис. 7. Наружный зев канала шейки матки.  
а—у нерожавшей женщины; б—у рожавшей женщины.

ническая форма). В детском возрасте и у взрослых женщин при недоразвитии половых органов шейка имеет коническую форму.

Длина матки в целом 7—8 см,  $\frac{2}{3}$  ее длины приходится на тело и  $\frac{1}{3}$  на шейку. Ширина матки в области дна 4—5,5 см, толщина стенок 1—2 см. Вес небеременной здоровой матки колеблется от 50 до 100 г.

Полость матки имеет форму треугольника, вершина которого обращена к шеечному каналу, а основание — ко дну ее; нижний угол соответствует внутреннему отверстию канала шейки, два верхних — маточным концам труб.

Стенки матки состоят из трех слоев: а) слизистой оболочки, б) мышечной оболочки и в) серозного (брюшинного) покрова.

Слизистая оболочка матки (endometrium). Слизистая оболочка тела и шейки покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают книзу, в сторону наружного отверстия канала шейки. Под покровным эпителием располагается соединительнотканная основа слизистой оболочки, содержащая сосуды, нервы и множество желез.

Железы тела матки выстланы цилиндрическим эпителием. Они вырабатывают водянистый секрет, который увлажняет поверхность слизи-

стой. Форма желез трубчатая, концы их иногда вилкообразно раздваиваются (рис. 8а).

Железы шейки выстланы цилиндрическим эпителием, многократно ветвятся (имеют форму оленьих рогов) (рис. 8б). Секрет желез шейки имеет вид густой прозрачной слизи, которая заполняет цервикальный канал наподобие пробки.

Слизистая тела матки гладкая, а в шеечном канале она образует складки, напоминающие пальмовый лист (*plicae palmatae*).

В слизистой оболочке тела матки имеется два нерезко отграниченных друг от друга слоя. Поверхностный слой, обращенный к полости матки, подвергается ритмическим изменениям, связанным с менструальным циклом. Этот слой называется функциональным.

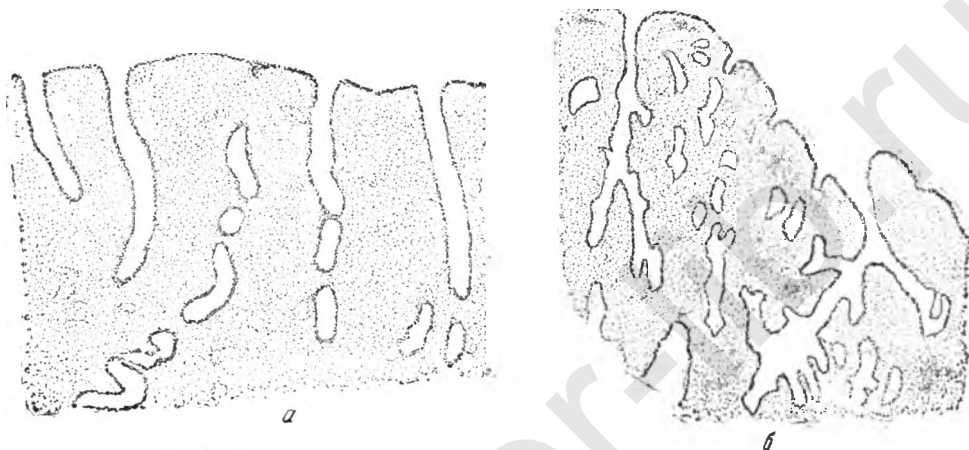


Рис. 8. Железы слизистой тела и шейки матки.

а — железы слизистой оболочки тела матки; б — железы слизистой шейки матки.

Слой слизистой, прилегающий к мышечной оболочке, циклическим изменениям не подвергается; этот слой называется базальным.

Мышечная оболочка (*myometrium*). Наиболее мощный мышечный слой матки представляет собой густое сплетение пучков гладких мышечных волокон, между которыми залегают прослойки соединительной ткани. Миометрий богато снабжен кровеносными сосудами.

По В. С. Груздеву и Верту, в миометрии существуют три слоя мышечных пластов: а) наружный (подбрюшинный) — продольный, б) средний — циркулярный (круговой) и в) внутренний (подслизистый) — продольный.

В теле матки наиболее сильно развит циркулярный слой, в шейке — продольный. Наружный слой мускулатуры матки связан с мышечными элементами труб и связок. В шейке матки и в области перешейки мышечный слой тоньше, а соединительной ткани больше, чем в теле матки. В шейке матки много эластических волокон.

Серозный (брюшинный) покров матки (*perimetrium*). Брюшина с внутренней поверхности передней брюшной стенки переходит на мочевой пузырь, а затем на переднюю поверхность матки и трубы.

Между мочевым пузырем и маткой образуется углубление, выстланное брюшиной, — пузырно-маточное углубление (*excavatio vesico-uterina*). Передняя поверхность матки покрыта брюшиной не вся,

а с уровня перешейка (ниже между шейкой и пузырем залегает рыхлая клетчатка). Покрыв дно матки и трубы, брюшина спускается по задней поверхности матки, выстилая здесь надвлагалищную часть шейки и верхний отдел влагалища, а затем переходит на переднюю поверхность прямой кишки. Между задней поверхностью матки и кишкой образуется глубокий карман — прямокишечно-маточное (дугласово) углубление (*excavatio recto-uterina*).

Матка находится в центре малого таза, на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца, от правой и левой стенок таза. Тело ее находится в широкой части полости таза, влагалищная часть шейки и наружный зев — на уровне седалищных остей. Матка наклонена кпереди (*anteversio uteri*), дно ее направлено к симфизу, шейка — кзади, наружный зев канала шейки примыкает к стенке заднего свода влагалища. Между телом и шейкой матки существует тупой угол ( $70-90^\circ$ ), открытый кпереди (*anteflexio uteri*) (см. рис. 4).

Матка обладает физиологической подвижностью. При наполнении мочевого пузыря она смещается кзади, при переполнении прямой кишки — кпереди, беременная матка поднимается кверху. После устранения причины, вызвавшей смещение, матка вновь занимает исходное, свойственное ей положение в центре малого таза.

Матка выполняет менструальную, детородную и секреторную функции.

1. В течение всего периода половой зрелости в слизистой оболочке матки взрослой здоровой женщины совершаются сложные, правильно повторяющиеся циклические изменения, создающие благоприятные условия для беременности.

2. В период беременности матка является плодоместилещем: в ней прививается оплодотворенная яйцеклетка и развивается плод.

3. Когда плод созревает и становится способным к внеутробному существованию, матка изгоняет его наружу, способствуя его рождению.

**Маточные трубы** (*tubae uterinae salpinges*) (называются также яйцеводами) начинаются от углов матки (у дна), идут между листками широких связок в сторону боковых стенок таза и заканчиваются воронкой (*infundibulum*) (см. рис. 3). Длина труб 10—12 см, толщина неодинаковая. Они уже у угла матки и шире к свободному концу.

Просвет труб сообщается с полостью матки; диаметр отверстия трубы в этом месте 0,5—1 мм. Далее просвет труб становится шире, и в области воронок диаметр их достигает 6—8 мм. Воронка трубы сообщается с брюшной полостью. Свободный край воронки имеет вид бахромок (фимбрий). Полагают, что эти бахромки участвуют в передвижении яйцевой клетки, вышедшей из яичника, в полость трубы.

В трубе различают следующие отделы: а) интерстициальная часть (*pars interstitialis*) — отдел трубы, проходящий в толще миометрия, б) перешеечная, или истмическая, часть (*pars isthmica*) — средний отдел трубы и в) ампулярная часть (*pars ampullaris*) — расширенная часть трубы, заканчивающаяся воронкой.

Стенки труб состоят из трех слоев: слизистой оболочки, мышечной оболочки и серозного (брюшинного) покрова.

Слизистая оболочка трубы образует продольные складки. Величина и количество этих складок увеличиваются по направлению к ампулярному концу трубы. Слизистая покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в сторону матки.

Мышечный слой трубы состоит из трех пластов гладкой мускулатуры. Наружный пласт продольный, средний — циркулярный, внутренний (подслизистый) — тоже продольный.

Серозный покров трубы представляет собой самый верхний отдел широкой связки; брюшина покрывает трубу сверху и с боков; к нижнему отделу ее прилегает параметральная клетчатка, через которую к трубе проходят сосуды и нервы.

В раннем детском возрасте трубы узкие и извилистые, с возрастом они выпрямляются и просвет их становится шире. Иногда трубы остаются узкими и извилистыми до периода половой зрелости (инфантильные трубы); такое строение труб задерживает передвижение оплодотворенной яйцеклетки в матку и может быть одной из причин прививки яйца в трубе (трубная беременность).

Трубы выполняют важные функции: а) в ампулярной части трубы происходит оплодотворение (встреча и слияние яйцевой клетки со сперматозоидом); б) трубы осуществляют перемещение яйцеклетки в полость матки.

Перемещение яйцеклетки от ампулярного конца к матке совершается главным образом за счет сокращения мускулатуры труб. При сокращении продольной мускулатуры труба укорачивается, при сокращении циркулярной мускулатуры суживается. Последовательное сокращение продольных и круговых мышц создает перистальтические движения труб, которые и передвигают яйцеклетку в сторону матки. Вспомогательное значение в передвижении яйца имеет мерцание ресничек эпителия трубы, направленное в сторону матки. Транспорту яйца способствуют также продольные складки слизистой, по которым яйцо скользит в сторону матки, как по рельсам.

Сократительная деятельность труб зависит от фазы менструального цикла (А. Н. Осякина-Рождественская). В период созревания фолликула в яичнике возбудимость и тонус трубы повышены; во время развития желтого тела тонус и возбудимость труб понижаются, движения (перистальтика) их становятся ритмичными, что способствует передвижению яйца.

**Яичники (ovaria)** — главный орган женской половой системы, определяющий половые особенности женщины и функцию продолжения рода (деторождения).

Яичник имеет миндалевидную форму, длина его 3,5—4 см, ширина 2—2,5 см, толщина 1—1,5 см, вес 6—8 г. В старческом возрасте яичники уплотняются, уменьшаются в размерах, в них развивается рубцовая ткань.

Яичник прикреплен одним краем к заднему листку широкой маточной связки; вся остальная поверхность его брюшиной не покрыта и свободно выдается в брюшную полость малого таза (см. рис. 3). Яичник удерживается в свободно подвешенном состоянии следующими связками: а) широкой маточной связкой, б) собственной связкой яичника и в) воронко-тазовой связкой. Сосуды и нервы подходят к яичнику в том месте, где он прикреплен к заднему листку широкой связки (ворота яичника — *hilus ovarii*).

В яичнике различают: а) эпителий, покрывающий свободную поверхность; б) белочную оболочку; в) корковый слой; г) мозговой слой (рис. 9).

Эпителий яичника («зародышевый эпителий») в период внутриутробного развития и раннего детства принимает участие в образовании первичных фолликулов; в дальнейшем он становится недействительным.

Белочная оболочка располагается под эпителием; она состоит из соединительной ткани, волокна которой расположены параллельно поверхности яичника.

Корковый слой яичника прилегает к белочной оболочке. В соединительнотканной основе коркового слоя находятся многочисленные первичные фолликулы, а также фолликулы в разной стадии развития, желтые тела и их остатки.

Мозговой слой яичника состоит из соединительнотканной стромы с примесью мышечных волокон; в строме проходят многочисленные сосуды и нервы. Яичники выполняют важнейшие функции.

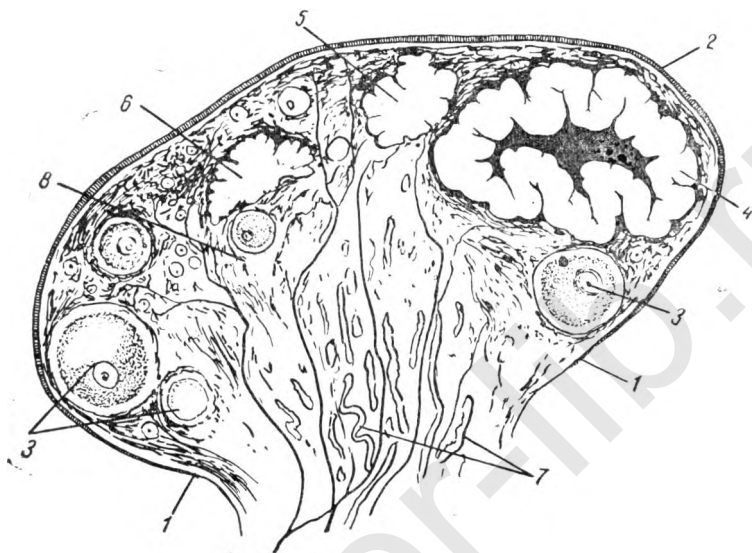


Рис. 9. Вид яичника на разрезе (схема).

1 — брюшина; 2 — покровный (зародышевый) эпителий; 3 — фолликулы в разной стадии созревания; 4 — желтое тело; 5 — corpus albicans; 6 — остаток атрезированного фолликула; 7 — мозговой слой; 8 — корковый слой.

1. В течение всего периода половой зрелости в яичнике происходит ритмически повторяющийся процесс созревания яйцеклеток. Этот процесс служит продолжению вида.

2. В яичнике вырабатываются половые гормоны, которые воздействуют на весь организм и половые органы женщины:

а) гормоны яичника способствуют развитию признаков, специфичных для организма женщины; сюда относятся особенности телосложения, обмена веществ, развития молочных желез, волосистость покрова и др.;

б) под влиянием гормонов яичника происходит развитие половых органов (труб, матки, влагалища, наружных половых органов) во время полового созревания;

в) в период половой зрелости гормоны яичника вызывают в половых органах циклические изменения, подготавливающие организм к беременности.

### **СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ**

Нормальное, типическое положение в малом тазу матки с трубами и яичников зависит главным образом от состояния мышц и фасций тазового дна, а также от состояния связочного аппарата.

Различают следующие факторы, удерживающие в нормальном положении матку с трубами и яичники: I) опорный, или поддерживающий, аппарат (тазовое дно); II) закрепляющий аппарат (связки, фиксирующие подвешенную матку); III) подвешивающий аппарат (связки).

I. Опорный, или поддерживающий, аппарат составляет мышцы и фасции тазового дна.

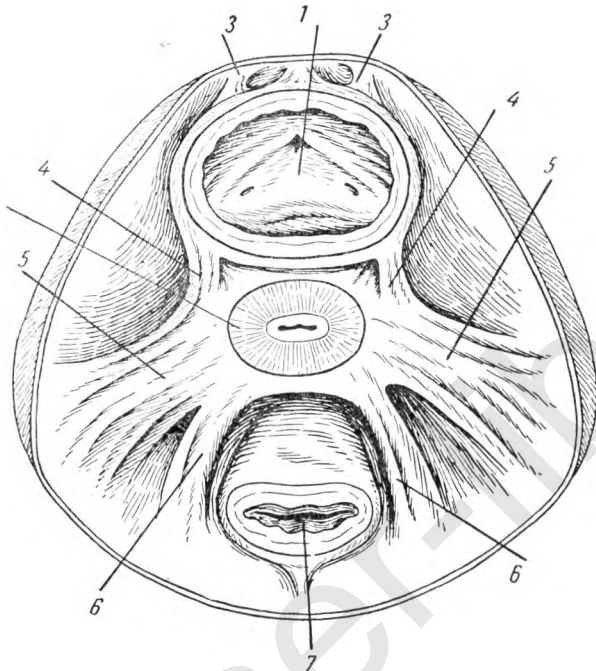


Рис. 10. Retinaculum uteri (закрепляющий аппарат).

1 — мочевой пузырь; 2 — шейка матки; 3 — пузырно-лобковые связки; 4 — маточно-пузырные связки; 5 — основные связки (ligg. cardinalia); 6 — крестцово-маточные связки; 7 — прямая кишка.

II. Закрепляющий аппарат матки представляет собой соединительнотканые тяжи с примесью гладкомышечных волокон; они идут от нижнего отдела матки: а) кпереди, к пузырю и далее к симфизу, б) к боковым стенкам таза (основные связки — ligg. cardinalia) и в) кзади, составляя соединительнотканый остов крестцово-маточных связок (рис. 10).

III. Подвешивающий аппарат внутренних половых органов (связки внутренних половых органов) (рис. 11 и 12):

1. Широкие связки (ligg. lata uteri) — двойные листки брюшины, идущие от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах широких связок проходят трубы, к задним листкам прикреплены яичники, между листками находится клетчатка, сосуды, нервы и мочеточник.

2. Круглые связки (ligg. rotunda uteri) состоят из гладких мышц и соединительной ткани. Имеют вид шнуров длиной 10—12 см. Круглые связки отходят от углов матки (немного кпереди и ниже от места отхождения труб), идут под передним листком широкой связки к внутренним отверстиям паховых каналов. Пройдя паховый канал, круглые связки веерообразно разветвляются, прикрепляются к клет-



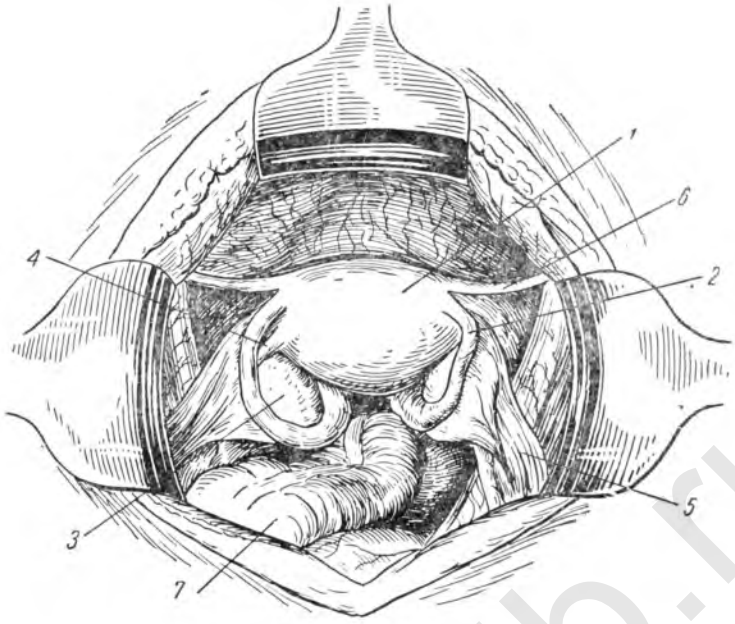


Рис. 11. Связочный аппарат половых органов.  
 1 — матка; 2 — маточная труба; 3 — яичник; 4 — собственная связка яичника; 5 — воронко-тазовая связка; 6 — круглая связка; 7 — прямая кишка.

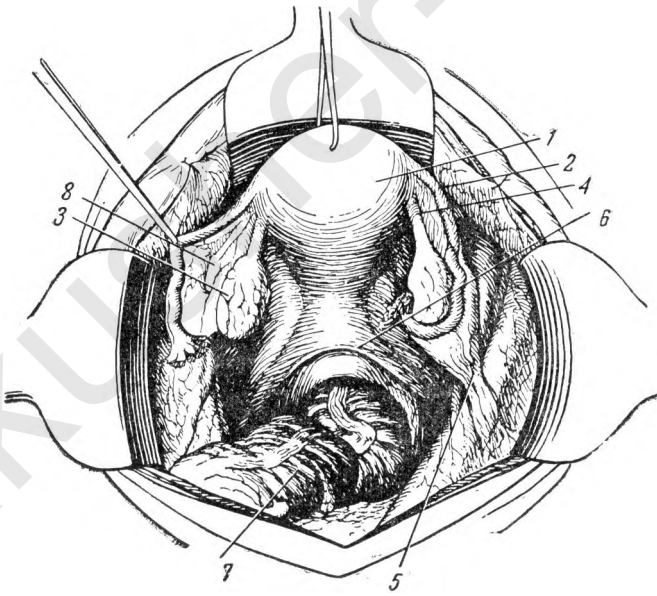


Рис. 12. Связочный аппарат половых органов.  
 1 — матка; 2 — маточная труба; 3 — яичник; 4 — собственная связка яичника; 5 — воронко-тазовая связка; 6 — крестцово-маточная связка; 7 — прямая кишка; 8 — широкая связка.

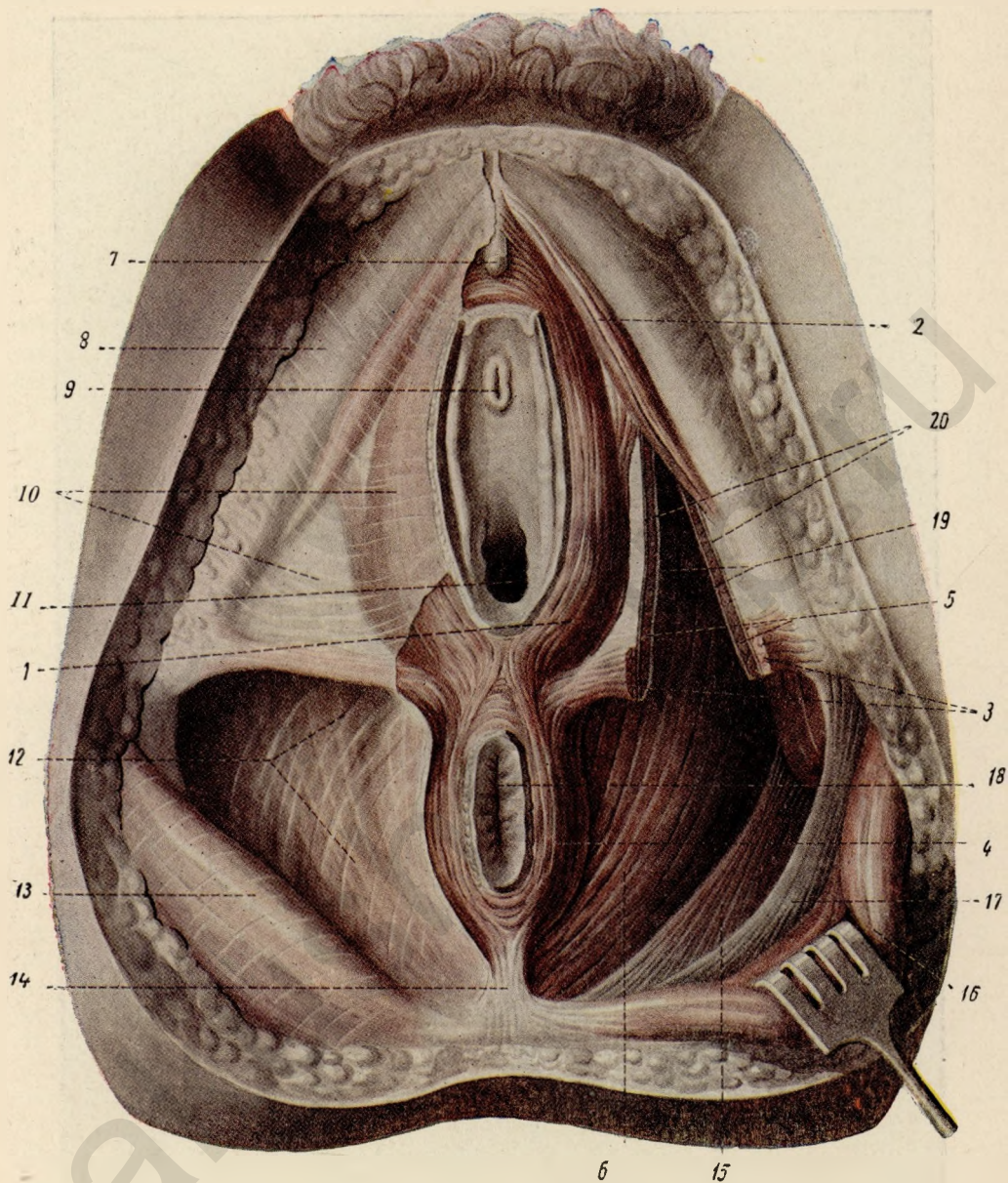


Рис. 13. Мышцы тазового дна.

1 — m. bulbo cavernosus; 2 — m. ischio-cavernosus; 3 — m. transversus perinei superficialis; 4 — sphincter ani externus; 5 — m. transversus perinei profundus; 6 — m. levator ani; 7 — glans clitoridis; 8 — fascia lata; 9 — orif. urethrae ext.; 10 — fascia superficialis perinei; 11 — orificium vaginae; 12 — fascia diaphragmatis pelvis inferior; 13 — fascia glutea; 14 — lig. ano-coccygeum; 15 — lig. sacro-spinosum; 16 — m. gluteus maximus; 17 — lig. sacro-tuberosum; 18 — anus; 19 — fascia diaphragmatis urogenitalis superior; 20 — fascia diaphragmatis urogenitalis inferior.

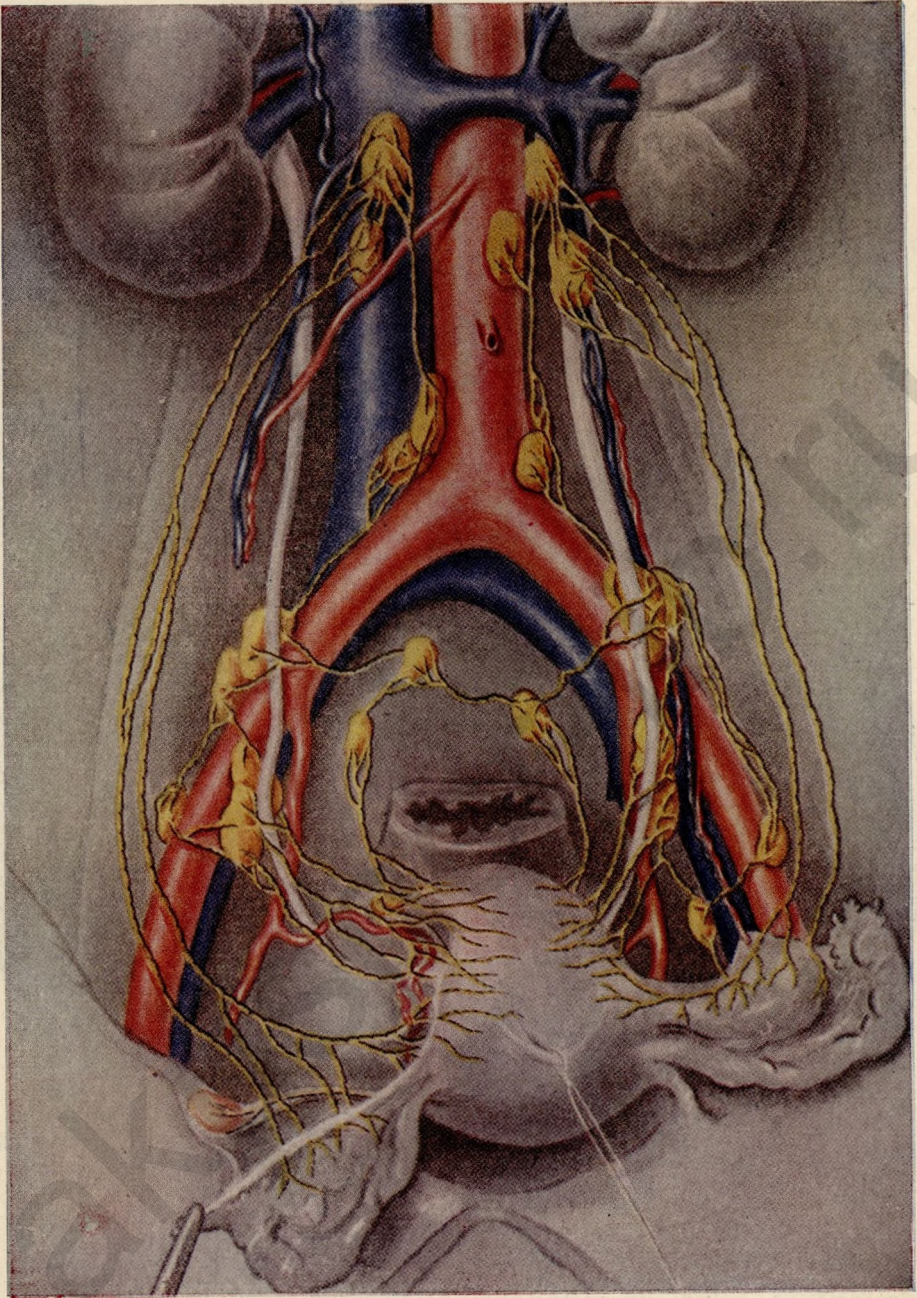


Рис. 18. Лимфатические сосуды и узлы (окрашены в желтый цвет) внутренних половых органов. Сверху вниз: поясничные узлы, верхние подвздошные узлы, сакральные узлы, нижние подвздошные узлы, паховые узлы.

чатке лобка и больших половых губ. Круглые связки притягивают дно матки кпереди (наклонение кпереди); во время беременности они утолщаются и удлиняются.

3. Крестцово-маточные связки (*ligg. sacro-uterina*) отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, идут кзади, охватывают с двух сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки кзади; во время родов способствуют удержанию матки на месте.

4. Собственные связки яичников (*ligg. ovariojum propria*) начинаются от дна матки сзади и ниже места отхождения труб и идут к яичникам.

5. Воронко-тазовые связки (*ligg. infundibulo-pelvica seu ligg. suspensoria ovariojum*) представляют собой продолжение широких связок, самую периферическую часть последних, идущую от трубы до стенки таза.

### **МЫШЦЫ ТАЗОВОГО ДНА**

Тазовое дно состоит из трех слоев мышц, одетых фасциями.

I. Нижний (наружный) слой мышц тазового дна (рис. 13 и 14) состоит из следующих мышц:

1. Луковично-пещеристая мышца (*m. bulbo-cavernosus*) обхватывает вход во влагалище, прикрепляется к сухожильному центру и клитору; при сокращении сжимает влагалищный вход.

2. Седалищно-пещеристая мышца (*m. ischio-cavernosus*) начинается от нижней ветви седалищной кости и прикрепляется к клитору.

3. Наружный жом заднего прохода (*m. sphincter ani externus*) — мышца, окружающая конец прямой кишки; глубокие пучки этой мышцы начинаются от верхушки копчика, обхватывают заднепроходное отверстие и оканчиваются в сухожильном центре промежности (*centrum tendineum perinei*).

4. Поперечная поверхностная мышца промежности (*m. transversus perinei superficialis*) начинается от сухожильного центра, идет вправо и влево, прикрепляется к седалищным буграм.

II. Средний слой мышц тазового дна — мочеполая диафрагма (*diaphragma urogenitale*) — занимает переднюю половину выхода таза. Представляет собой треугольную мышечно-фасциальную пластинку, расположенную под симфизом, в лонной дуге. Через эту пластинку проходят мочеиспускательный канал и влагалище. В переднем отделе мочеполой диафрагмы, между листками ее, находятся мышечные пучки, окружающие мочеиспускательный канал и наружный сфинктер его; в заднем отделе диафрагмы, между листками ее, заложены мышечные пучки, идущие в поперечном направлении, — глубокая поперечная мышца промежности (*m. transversus perinei profundus*).

III. Верхний (внутренний) слой мышц тазового дна называется диафрагмой таза (*diaphragma pelvis*). Состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход (*m. levator ani*).

Обе широкие мышцы, поднимающие задний проход, образуют купол, верхушка которого обращена вниз и прикрепляется к нижнему отделу прямой кишки (немного выше заднепроходного отверстия). Широкое основание купола обращено вверх и прикрепляется к внутренней поверхности стенок таза (точнее к *ligg. arcuatum seu arcus tendineus*)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Эта дуга образуется при слиянии фасций двух мышц — внутренней запирающей (*m. obturator internus*) и мышцы, поднимающей задний проход.

В переднем отделе диафрагмы таза между пучками мышц, поднимающих задний проход, имеется продольно расположенная щель (*hiatus urogenitalis*), через которую проходят мочеиспускательный канал и влагалище; в заднем отделе *m. levatoris ani*, находящемся в верхушке образуемого им конуса, имеется второе отверстие — *hiatus rectalis*, через которое проходит прямая кишка.

Мышцы, поднимающие задний проход, состоят из отдельных мышечных пучков, начинающихся от разных отделов стенок таза; этот

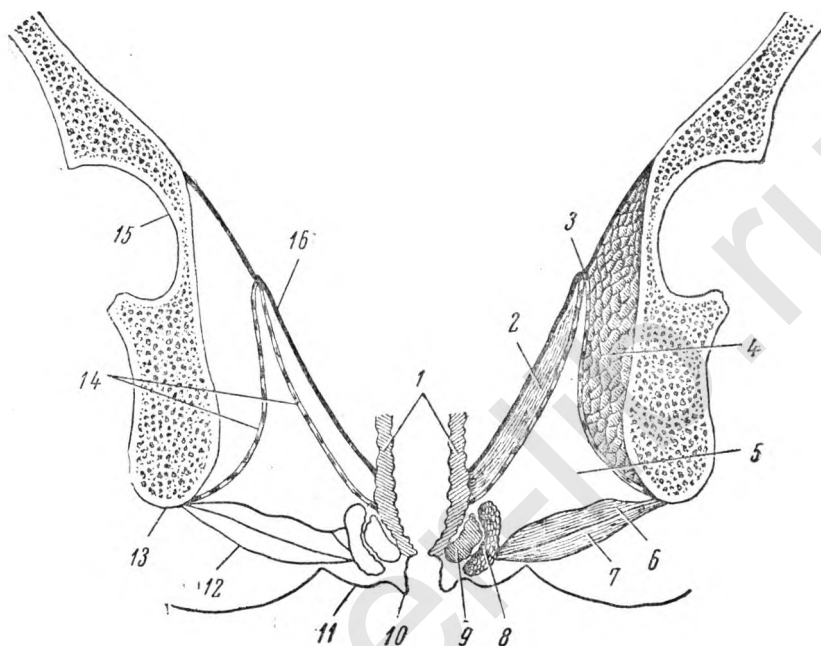


Рис. 14. Взаимоотношения мышц и фасций на фронтальном разрезе женского таза.

1 — vagina; 2 — *m. levator ani*; 3 — *arcus tendineus fascia pelvis*; 4 — *m. obturator internus*; 5 — *spatium ischio-rectale*; 6 — *m. transversus perinei profundus*; 7 — *m. transversus perinei superficialis*; 8 — *m. bulbo-cavernosus*; 9 — *bulbus vestibuli*; 10 — *labium pudendi minus*; 11 — *labium pudendi majus*; 12 — *fascia perinei superficialis*; 13 — *tuber ischii dextrum*; 14 — *fascia perinei media*; 15 — *acetabulum dextrum*; 16 — *fascia perinei profunda*.

слой мышц таза является самым мощным. В *m. levatoris ani* различают три отдела: *pars rubica*, *pars iliaca* и *pars coccygea*. Все мышцы тазового дна покрыты фасциями.

Мышцы тазового дна, подкрепленные фасциями, имеют огромное значение в удержании внутренних половых органов в нормальном положении. При повышении внутрибрюшного давления (натуживание, подъем тяжести, кашель и др.) шейка матки опирается на тазовое дно; мышцы тазового дна препятствуют опусканию вниз половых и внутренних органов. Удержание половых и внутренних органов в правильном положении осуществляется содружественной работой тазового дна, брюшной стенки и диафрагмы.

### КЛЕТЧАТКА МАЛОГО ТАЗА

Под брюшинным покровом органов малого таза располагается тазовая клетчатка, которая прилегает к внутренним половым органам в разных отделах их. Клетчатка заполняет все свободные промежутки

между органами малого таза в той части, которая не покрыта брюшиной и располагается выше фасции таза (рис. 15). В рыхлой тазовой клетчатке выделяются участки, где преобладает плотная, волокнистая соединительная ткань. Эти участки уплотнения составляют основу закрепляющего аппарата матки (крестцово-маточные, основные и другие связки) и образуют перегородки между разными отделами клетчатки малого таза.

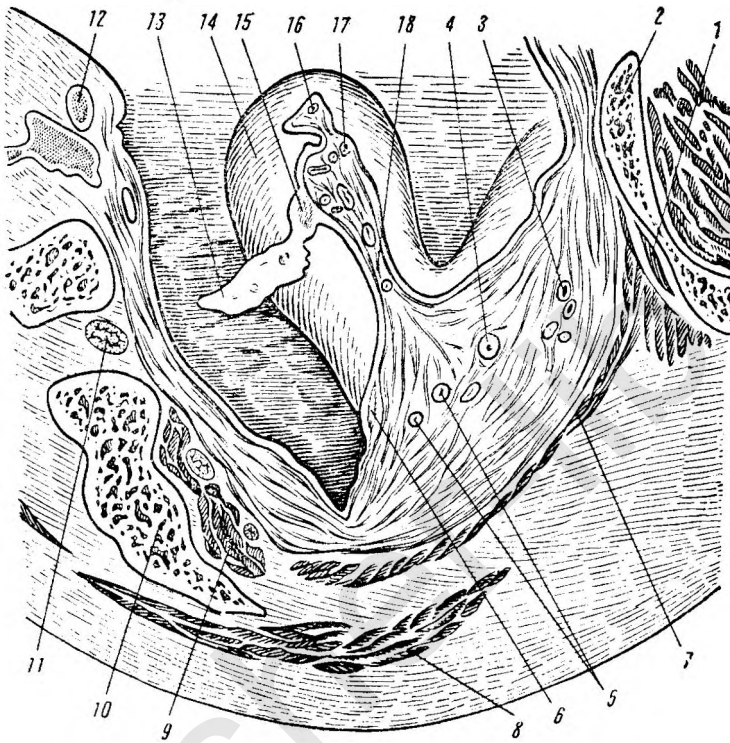


Рис. 15. Клетчатка малого таза (правосторонний экстрамедиальный сагиттальный разрез).

1 — *m. obturator internus*; 2 — *os pubis*; 3 — *vasa vesicalia*; 4 — мочеочник; 5 — *a. uterina*; 6 — *lig. sacro-uterinum* (косой разрез); 7 — *m. levator*; 8 — *m. gluteus maximus*; 9 — *m. piriformis*; 10 — крестец; 11 — *plexus sacralis*; 12 — *vena iliaca communis dextra*; 13 — яичник; 14 — тело матки; 15 — *lig. ovarii proprium*; 16 — труба; 17 — круглая связка; 18 — широкая связка.

В тазовой клетчатке различают четыре больших отдела: а) передний — околопузырный (паравезикальный), б) два боковых — околоматочных (параметральные) (см. рис. 14). в) задний — параректальный.

Передний отдел ограничен спереди стенкой таза, снаружи — запирающей фасцией, сзади — фиброзными пластинками, заложеными в брыжейке круглых связок (*mesodesma ligamenti uteri rotundi*). Клетчатка этого пространства связана с предбрюшинной клетчаткой передней брюшной стенки, с клетчаткой пахового канала и бедра.

Боковые (параметральные) отделы клетчатки имеют следующие границы: спереди — фиброзные пластинки, заложеными в брыжейке круглых связок, сзади — зоны плотной клетчатки, заложеными

в собственно яичниковых и воронко-тазовых связках, с боков — стенки таза с выстилающими их мышцами и фасциями (латерально) и боковые отделы матки (медиально). Параметральная клетчатка сообщается через большое седалищное отверстие с клетчаткой седалищной и ягодичной областей.

Задний отдел клетчатки расположен в области прямой кишки. В верхнем отделе клетчатка находится между крестцом и прямой кишкой, в нижнем (ниже крестцово-маточных связок) она окружает прямую кишку со всех сторон. Часть данного отдела клетчатки, расположенная между передней поверхностью прямой кишки и задней стенкой влагалища, образует влагалищно-прямокишечную перегородку; нижний отдел этой перегородки состоит из плотной соединительной ткани.

Кроме указанных четырех отделов, существуют два небольших отдела клетчатки: а) прецервикальный (между мочевым пузырем и шейкой матки) и б) ретроцервикальный (между шейкой и прямой кишкой).

Все указанные отделы клетчатки нерезко отграничены друг от друга. Патологические процессы, особенно в начальной стадии развития, могут локализоваться в определенных отделах тазовой клетчатки. Однако часто наблюдается переход их на соседние с ней отделы.

Тазовая клетчатка имеет большое значение. Рыхлая клетчатка способствует физиологической подвижности внутренних половых органов и нормальному функционированию мочевого пузыря и прямой кишки; она позволяет органам менять объем, т. е. создает условия для наполнения и опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. Плотные отделы тазовой клетчатки закрепляют тазовые органы в подвижно-подвешенном состоянии, участвуют в удержании матки и других отделов полового аппарата в нормальном положении.

Клетчатка таза образует ложе для мочеточников, кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатических узлов, нервных стволов и сплетений.

## **КРОВЕНОСНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Кровоснабжение наружных половых органов в основном осуществляется срамной артерией и лишь частично — веточками бедренной артерии.

Внутренняя срамная артерия (*a. pudenda interna*) — парный сосуд, берущий начало от подчревной артерии. Она идет вниз, выходит из полости таза через *foramen infrapiriforme* в ягодичную область, огибает заднюю поверхность *spinae ischiadicae* и *ligg. sacrospinosi* и через *foramen ischiadicum minus* входит в *fossa ischiorectalis* дает ветви, идущие к наружным половым органам, промежности, влагалищу и к прямой кишке.

Веточка *a. epigastricae inferior* — *a. lig. rotundi* в толще круглой связки выходит из пахового канала. Участвует в кровоснабжении круглых маточных связок и больших половых губ.

Главными источниками кровоснабжения внутренних половых органов являются маточные и яичниковые артерии.

Маточная артерия (*a. uterina*) — парный сосуд, отходит от подчревной артерии, идет к матке по околоматочной клетчатке, располагающейся в основании широких связок, по пути перекрещивает мочеточник (располагается спереди от мочеточника), подходит к боковой

поверхности матки на уровне внутреннего зева (рис. 16). В этом месте от маточной артерии отходит довольно крупная ветвь, снабжающая шейку и верхний отдел влагалища (шеечно-влагалищная ветвь — *gamus cervico-vaginalis a. uterinae*).

Основной ствол маточной артерии (*gamus ascendens a. uterinae*) поднимается, извиваясь по ребру матки, вверх, отдает по пути многочисленные веточки, питающие стенки матки, и доходит до дна матки, отдает здесь веточку, идущую к трубе. После этого конечные ветви маточной артерии соединяются с веточками яичниковой артерии, идущими в верхнем отделе широкой связки.

Артериальные ветви, отходящие от основного, восходящего ствола маточной артерии, образуют густую сеть тонких кровеносных сосудов, обильно снабжающих кровью мышечную и слизистую оболочки и брюшинный покров матки.

Яичниковая артерия (*a. ovarica*) — парный сосуд. Отходит от брюшной аорты, несколько ниже почечной артерии (справа она часто отходит от почечной артерии), спускается вместе с мочеточником вниз,

проходит по воронко-тазовой связке и верхнему отделу широкой связки, отдает ветви для яичника и трубы; конечный ствол яичниковой артерии анастомозирует с концевым отделом маточной артерии.

В кровоснабжении влагалища, кроме маточной и срамной артерии, участвуют также ветви нижней пузырной и средней геморроидальной артерий.

Артерии половых органов сопровождаются соответствующими венами. Вены внутренних половых органов образуют сплетения (маточно-яичниковое и др.).

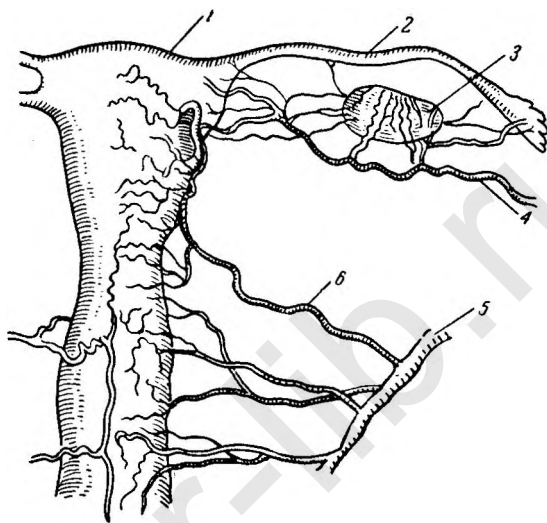


Рис. 16. Кровоснабжение внутренних половых органов.

1 — матка; 2 — маточная труба; 3 — яичник; 4 — яичниковая артерия; 5 — подчревная артерия; 6 — маточная артерия.

## НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В учение о нервной системе половых органов ценный вклад внесли отечественные авторы: Г. Е. Рейн, Н. В. Ястребов, Г. Ф. Писемский, Т. Ф. Синицин, А. П. Морковитин, А. П. Гавронский и др.

В иннервации половых органов женщины участвуют симпатическая и парасимпатическая нервная система, а также спинномозговые нервы.

Волокна симпатической нервной системы, иннервирующие половые органы, берут начало от аортального и солнечного сплетений, направляются вниз и на уровне V поясничного позвонка образуют верхнее подчревное сплетение (*plexus hypogastricus superior*). От указанного сплетения отходят волокна, которые идут книзу и в стороны и образу-



ют правое и левое нижние подчревные сплетения (*plexus hypogastricus sinister et dexter*). Нервные волокна от этих сплетений идут к мощному маточно-влагалищному или тазовому сплетению (*plexus utero-vaginalis s. pelvici*) (рис. 17).

Маточно-влагалищное сплетение располагается в параметральной клетчатке, сбоку и сзади от матки, на уровне внутреннего зева и шейечного канала. К этому сплетению подходят ветви тазового нерва (*n. pelvici*), относящегося к парасимпатической нервной системе.

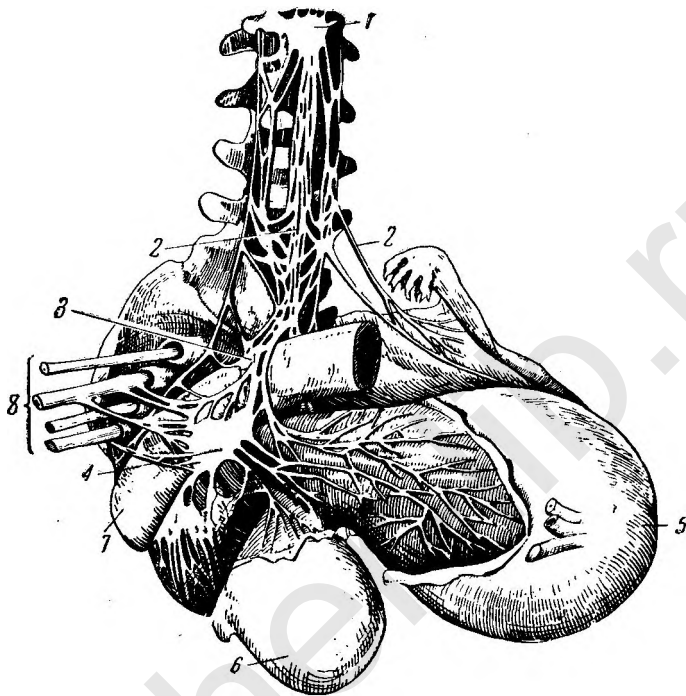


Рис. 17. Иннервация внутренних половых органов.

1 — солнечное сплетение; 2 — верхнее подчревное сплетение; 3 — нижнее подчревное сплетение; 4 — маточно-влагалищное сплетение; 5 — матка; 6 — мочевой пузырь; 7 — крестцовые (I—IV) нервы; 8 — прямая кишка.

Симпатические и парасимпатические волокна, отходящие от маточно-влагалищного сплетения, иннервируют влагалище, матку, внутренние отделы маточных труб, мочевой пузырь.

Тело матки иннервируется главным образом симпатическими волокнами, а шейка и влагалище — преимущественно парасимпатическими.

Яичник иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервами из яичникового сплетения (*plexus ovaricus*). К яичниковому сплетению подходят нервные волокна из аортального и почечного сплетения. От яичникового сплетения отходят веточки к наружным отделам труб и к маточно-влагалищному сплетению.

Наружные половые органы и тазовое дно в основном иннервируются срамным нервом (*n. pudendus*). Таким образом, нервы внутренних половых органов связаны через аортальное, солнечное, почечное и другие сплетения с нервами внутренних органов.

В стенках матки, труб и в мозговом слое яичника образуются

густые нервные сплетения. Тончайшие нервные веточки, отходящие от этих сплетений, направляются к мышечным волокнам, покровному эпителию и всем другим клеточным элементам. В слизистой оболочке матки концевые нервные веточки направляются также к железам, в яичнике — к фолликулам и желтым телам. Тончайшие концевые нервные волокна заканчиваются в виде пуговок, колбочек и т. д. Эти нервные окончания воспринимают химические, механические, термические и другие раздражения.

Нервные окончания внутренних половых органов относятся к интэрорецепторам.

Раздражения, воспринимаемые чувствительными нервными окончаниями, передаются по нервным волокнам в вышележащие отделы нервной системы, где располагаются центры, регулирующие деятельность внутренних половых органов.

Импульсы из этих центров передаются по двигательным и секреторным нервным волокнам в половые органы и возбуждают их деятельность: сокращение мускулатуры, секрецию желез, продукцию гормонов и др. В деятельности половых органов большую роль играют вегетативные сплетения и узлы, располагающиеся в малом тазу и связанные с аортальным, солнечным и другими сплетениями.

Нервные центры, регулирующие деятельность половых органов, располагаются на разных уровнях центральной нервной системы: в спинном мозгу и в подкорковой области головного мозга, а также в коре головного мозга.

Еще И. П. Лазаревич, Н. Ф. Толочин, И. М. Сеченов отмечали зависимость функций половых органов женщины от психических моментов. Клинические наблюдения показывают, что сильные психические потрясения могут привести к временному прекращению менструаций, к выкидышу, преждевременным родам и нарушению родовой деятельности. Кроме того, благоприятное воздействие на психику роженицы (внимательное отношение, психогигиеническая подготовка к родам) способствует правильному течению родов, устранению или снижению болевых ощущений.

В последние годы связь между функцией половых органов и корой головного мозга установлена и подтверждена путем детальных исследований.

## **ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Лимфатическая система половых органов состоит из густой сети извилистых лимфатических сосудов и множества лимфатических узлов. Лимфатические пути и узлы располагаются преимущественно по ходу кровеносных сосудов (рис. 18).

Лимфатические сосуды, отводящие лимфу из наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам. Лимфатические пути, отходящие от средней и верхней трети влагалища и шейки матки, идут к лимфатическим узлам, располагающимся по ходу подчревных и подвздошных кровеносных сосудов.

Из тела матки, труб и яичников лимфа отводится по сосудам, располагающимся вдоль яичниковой артерии, и идет к лимфатическим узлам, лежащим на аорте и нижней полой вене. Между указанными системами лимфатических путей половых органов существуют связи — лимфатические анастомозы.

## МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ (МАММАЕ)

Молочные железы имеют сложно-гроздевидное строение.

Паренхима молочной железы состоит из множества пузырьков (альвеол), расположенных вокруг выводного протока и сообщающихся с его просветом. Такие очаги железистой ткани соединяются вместе и образуют крупные отдельные дольки.

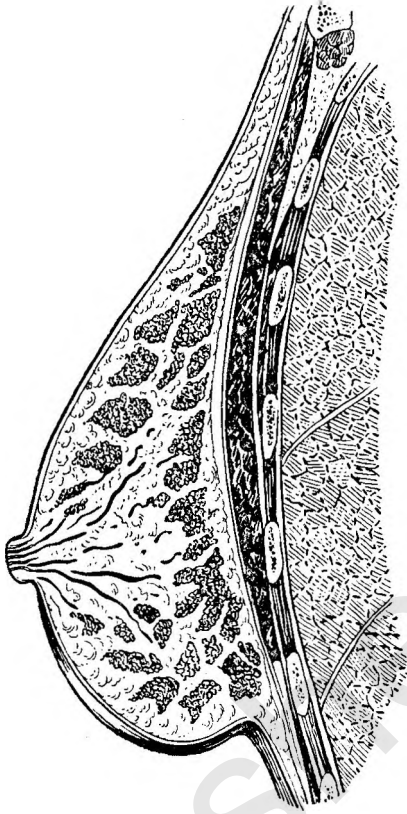


Рис. 19 Молочная железа (сагиттальный разрез).

Между дольками располагается волокнистая соединительная ткань, в которой залегают эластические волокна и жир (рис. 19).

Количество долек в молочной железе достигает 15—20; каждая долька имеет выводной проток, куда поступает секрет из всех мелких протоков, связанных с альвеолами. Проток каждой дольки открывается на поверхности соска самостоятельно, не сливаясь с другими; на поверхности соска образуются 15—20 отверстий (по числу протоков долек) — молочные поры.

Каждый молочный проток перед выходом на поверхность соска, под околососковым кружком, образует расширение (молочный мешочек). Эпителий желез обладает секреторной функцией. На выпуклой поверхности железы располагается сосок (*papilla mammae*), покрытый нежной, морщинистой, пигментированной кожей. Соски имеют цилиндрическую или коническую форму, величина их различна. Они бывают плоские и даже втянутые, что затрудняет процесс кормления грудью. Кожа вокруг соска пигментирована (ареола, околососковый кружок); здесь располагаются монгмеровы железки, которые являются рудиментарными молочными железами. Сосок и околососковый кружок содержат гладкомышечные волокна, располагающиеся близко к коже, и большое количество нервных рецепторов.

Паренхима молочной железы начинает усиленно развиваться в период полового созревания; на развитие молочных протоков влияют фолликулярный гормон яичника, а на развитие альвеол — гормон желтого тела.

Полного развития молочная железа достигает в период половой зрелости. У пожилых женщин происходит постепенная атрофия молочных желез.

Кровоснабжение молочной железы происходит за счет соответствующей артерии (*a. mammae externa*, ветвь *a. mammae interna*) и веточек, отходящих от подмышечной артерии. Лимфатические сосуды идут к подмышечным лимфатическим узлам.

34

Функция молочных желез сводится к продукции молока. Секреторная деятельность молочных желез начинается во время беременности, достигая полного развития после родов.

Секреция молока происходит под влиянием лактогенного гормона передней доли гипофиза, деятельность которого регулируется центральной нервной системой.

По данным М. М. Миронова, перерезка нервов, идущих к молочной железе, приводит к уменьшению продукции молока и к изменению его состава.

Л. Н. Воскресенский установил усиление выделения молока под влиянием раздражителей, имеющих условнорефлекторный характер (показ ребенка, звуковые раздражители, ранее сочетавшиеся с кормлением). О связи функции молочных желез с корой головного мозга свидетельствуют также факты прекращения продукции молока под влиянием сильных нервных потрясений.

### **ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ**

В жизни женщины различают несколько периодов, характеризующихся возрастными анатомо-физиологическими особенностями. К этим периодам относятся: 1) детство; 2) период полового созревания; 3) период половой зрелости; 4) переходный период; 5) старость.

**Детство.** В детском возрасте специфическая функция яичников отсутствует; наружные и внутренние половые органы сформированы, но еще не развиты. Волосистый покров на наружных половых органах отсутствует, влагалище узкое, короткое, тело матки небольшое, шейка длинная, коническая, трубы извилистые.

**Период полового созревания.** Этот период относится к 12—16 годам. К этому времени в организме девочки происходят возрастные изменения, в частности образование в яичниках небольшого количества фолликулярного гормона. Под влиянием этого гормона происходит развитие вторичных половых признаков (молочных желез, волосистого покрова и др.) и половых органов (рост влагалища и матки, развитие труб и т. д.). В этом периоде жизни наступает первая менструация (менархе), которая в дальнейшем обычно повторяется через правильные промежутки времени. На время наступления полового созревания и первой менструации влияют условия внешней среды (климат, питание и др.).

В наших условиях у большинства девочек менструация появляется в возрасте 14—15 лет. Половое созревание полностью завершается к 18—20 годам. При неполноценном питании, в неблагоприятных климатических условиях и после истощающих заболеваний половое созревание запаздывает и первая менструация обычно приходит позднее.

**Период половой зрелости.** После полового созревания наступает период половой зрелости, который продолжается около 30—35 лет.

Этот период жизни характеризуется активностью всех функций полового аппарата, направленных на деторождение. В это время совершаются такие важные процессы, как беременность и роды.

**Переходный (климактерический) период.** Этот период начинается в среднем в возрасте 45—47 лет и продолжается 2—3 года. В это время происходит постепенное увядание функции яичников и изменение менструальной функции. Менструации обычно запаздывают, иногда бывают обильными и продолжительными и, на-

конец, совсем прекращаются. Прекращение менструаций называют менопаузой. Нередко появляются сосудистые расстройства: приливы крови к голове, внезапное ощущение жара, повышение артериального давления и др. Отмечаются жалобы на утомляемость, раздражительность, нарушение сна и др. У многих женщин, главным образом уравновешенных и здоровых, сосудисто-нервные нарушения в климактерическом периоде отсутствуют.

Старость. Это физиологическое состояние, особый период, характеризующийся постепенным увяданием всех жизненных функций. Старость начинается не сразу после прекращения менструаций, а значительно позднее. От момента наступления менопаузы до старости нередко проходит довольно длительный период. В старческом возрасте происходит постепенная атрофия половых органов. Стенки влагалища сглаживаются, своды становятся мелкими, матка резко уменьшается в размерах, яичники сморщиваются и уплотняются.

### **МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ**

В организме здоровой половозрелой небеременной женщины происходят правильно повторяющиеся сложные изменения, подготавливающие организм к беременности. Эти биологически важные, ритмически повторяющиеся изменения называют менструальным циклом.

Циклические изменения укладываются в срок от первого дня последней менструации до первого дня последующей менструации.

Продолжительность менструального цикла различна. У большинства женщин цикл продолжается 28 дней (4 недели), реже он равен 21 дню (3 недели), изредка встречаются женщины, имеющие 30—35-дневный цикл.

Необходимо помнить, что менструация (кровевыделение) означает не начало, а конец физиологических процессов, продолжающихся 3—4 недели; менструация свидетельствует о затухании процессов, подготавливающих организм к беременности, о гибели неоплодотворенной яйцеклетки. Вместе с тем менструальное выделение крови является наиболее ярким, заметным проявлением циклических процессов, и поэтому практически удобно начинать исчисление цикла с первого дня последней менструации.

Циклические изменения, происходящие в организме женщины, проявляются наиболее ярко в половом аппарате, именно в яичниках и слизистой оболочке матки. Однако изменения в половых органах составляют частное проявление общих волнообразно протекающих изменений в организме женщины.

Таким образом, ритмически повторяющиеся изменения при менструальном цикле происходят: а) во всем организме (цикл всего организма), б) в яичнике (яичниковый цикл), в) в матке (маточный цикл).

Циклические изменения наблюдаются и в других отделах полового аппарата, но они выражены значительно меньше, чем в яичнике и матке.

### **ЦИКЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВСЕМ ОРГАНИЗМЕ**

Циклические изменения в яичниках и матке (рост фолликула, его разрыв и др.) воспринимаются нервными окончаниями полового аппарата. Эти раздражения передаются по нервным проводникам в центральную нервную систему, оказывая влияние на ее функции,

а следовательно, и на деятельность всего организма. Влияние на центральную нервную систему со стороны половых органов происходит не только рефлекторным (нервным) путем. На функции мозга влияют также гормоны яичника, уровень которых в крови меняется в разные фазы менструального цикла.

В связи с наличием периодически меняющихся раздражений нервной системы у многих женщин перед менструацией наблюдается раздражительность, утомляемость и сонливость, сменяющиеся после менструации ощущением бодрости и прилива сил. Перед менструацией наблюдается также повышение сухожильных рефлексов, потливость и другие явления, исчезающие после менструации.

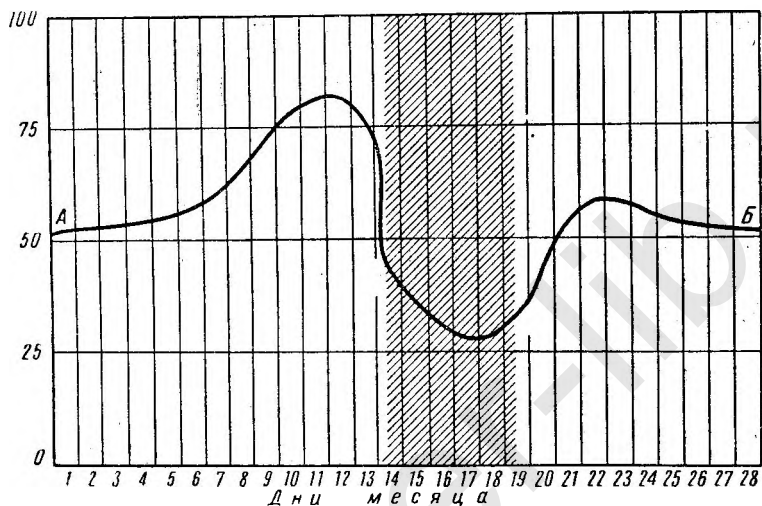


Рис. 20. Кривая напряженности (АВ) важнейших жизненных процессов в женском организме («менструальная волна»).

Имеются наблюдения, что во время менструации в коре головного мозга происходит быстрая смена процессов возбуждения и торможения, заканчивающаяся более широким распространением тормозного процесса. Наблюдалось изменение световой чувствительности зрительного анализатора во время менструации. После менструации все эти изменения проходят.

Исследованиями последних лет установлено, что при нормальном менструальном цикле изменения в нервной системе происходят в пределах физиологических колебаний и не снижают трудоспособности женщин. Во время менструации женщины успешно выполняют сложные трудовые процессы, требующие напряжения функций коры головного мозга.

В течение менструального цикла происходят волнообразные сдвиги (рис. 20) в кровообращении, терморегуляции и обмене веществ, связанные с физиологическим колебанием функций нервной системы. Эти волнообразные колебания важнейших функций организма впервые были отмечены отечественными авторами Д. О. Оттом, С. С. Жихаревым и др.

В предменструальном периоде наблюдается небольшое учащение пульса, повышение артериального давления, повышение температуры тела на несколько десятых градуса; во время менструации пульс несколько замедляется, артериальное давление и температура незначи-

тельно понижаются. После менструации все эти сдвиги выравниваются. Имеются наблюдения, что в связи с менструальным циклом изменяется количество эритроцитов, тромбоцитов и белковых фракций крови.

Заметные циклические изменения происходят в молочных железах. В предменструальном периоде наблюдается некоторое увеличение их объема, напряжение, иногда ощущение нагрубания. После менструации все эти явления исчезают.

Эти изменения связаны с тем, что в предменструальном периоде под влиянием половых гормонов возникают новые очажки железистой ткани, которые с появлением менструации подвергаются обратному развитию.

Особо важная роль в менструальном цикле принадлежит передней доле гипофиза, в которой образуется ряд гормонов и в том числе гормоны, активизирующие деятельность яичников. Гормоны передней доли гипофиза, стимулирующие функции яичника, называются гонадотропными<sup>1</sup> гормонами.

### ЯИЧНИКОВЫЙ ЦИКЛ

Под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза в яичнике совершаются ритмически повторяющиеся изменения. Эти изменения сводятся к трем фазам:

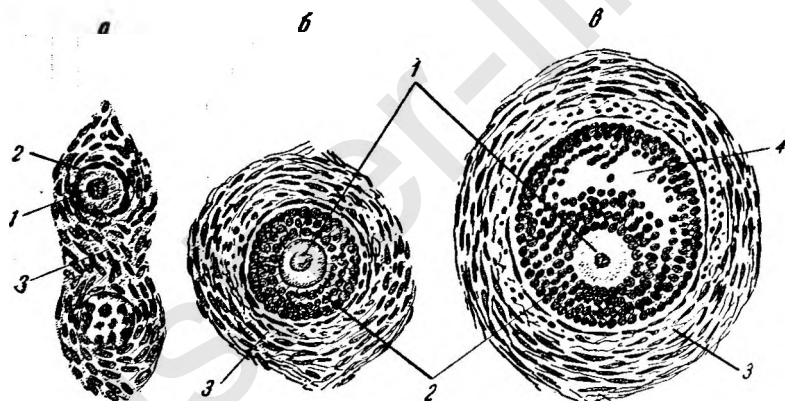


Рис. 21. Стадии развития фолликула.

а — первичные (примордиальные) фолликулы; б — начало созревания фолликула; в — начальная стадия образования полости в зреющем фолликуле. 1 — яйцеклетка; 2 — фолликулярный эпителий; 3 — соединительнотканная оболочка (theca) фолликула; 4 — полость фолликула.

- а) развитие фолликула — фолликулярная фаза,
- б) разрыв созревшего фолликула — фаза овуляции,
- в) развитие желтого тела — лютеиновая фаза.

а) Развитие фолликула (фолликулярная фаза) (рис. 21). Первичный (примордиальный) фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, которая окружена одним слоем эпителиальных клеток (эпителий фолликула); снаружи фолликул окружен соединительнотканной оболочкой. Примордиальные фолликулы образуются в период внутриутробной жизни и раннего детства. К периоду половой зрелости из

<sup>1</sup> От слова «гонады», т. е. половые железы.

400 000—500 000 первичных фолликулов остается 35 000—40 000, остальные подвергаются обратному развитию. Из оставшихся 35 000—40 000 первичных фолликулов полностью созревает 450—500, остальные подвергаются физиологической атрезии. Сущность физиологической атрезии, которую впервые описал К. Ф. Славянский, сводится к тому, что фолликул начинает расти, но погибает, не достигнув полного развития, яйцеклетка и окружающий эпителий распадаются и замещаются соединительной тканью.

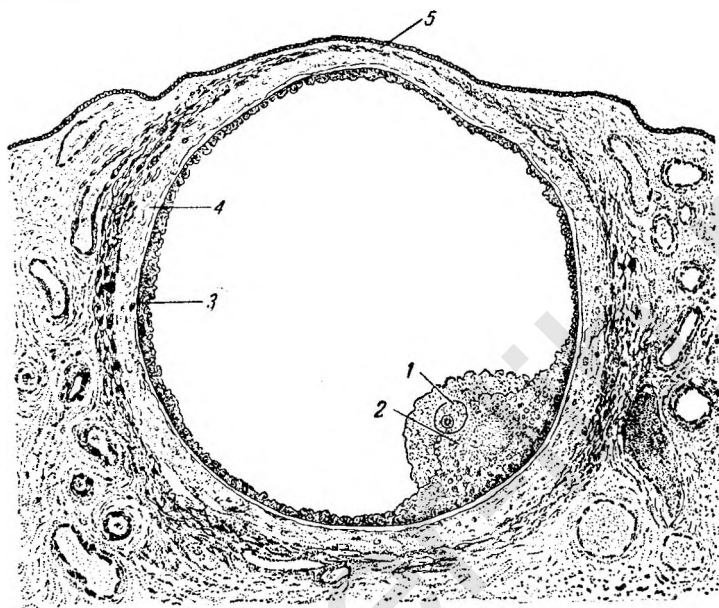


Рис. 22. Зрелый фолликул.

1 — яйцеклетка; 2 — яйценосный холмик; 3 — зернистая оболочка (*membrana granulosa*) фолликула; 4 — соединительнотканная оболочка (*theca*) фолликула; 5 — истончение ткани яичника в области будущего разрыва фолликула.

Процесс созревания фолликула занимает первую половину менструального цикла, т. е. при 28-дневном цикле укладывается в 14 дней, а при 21-дневном — в 10—11 дней.

В процессе развития фолликула существенные изменения претерпевают все составные части фолликула: яйцеклетка, эпителий фолликула, соединительнотканная оболочка.

Яйцевая клетка увеличивается в размерах в 5—6 раз, на ее поверхности образуется бесструктурная оболочка (*zona pellucida*), в протоплазме происходят сложные изменения. Окончательное созревание яйцеклетки происходит после двукратного деления. Первое деление — созревательное, при нем образуются две неровные клетки. Основная, большая, клетка остается на месте (маленькая выбрасывается) и вскоре подвергается второму делению, при котором из яйцеклетки выбрасывается половина хромосом. После второго деления, которое называется редукционным, яйцеклетка становится зрелой и пригодной для оплодотворения.

Фолликулярный эпителий в процессе созревания подвергается пролиферации (размножение клеток) — из однослойного становится многослойным, превращается в так называемую зернистую оболочку фолликула (*membrana granulosa folliculi*). Вначале клетки зернистой



оболочки сплошной массой заполняют все пространство между яйцеклеткой и соединительнотканной оболочкой. Затем в центре скопления клеток образуются пустоты, заполненные жидкостью; впоследствии пустоты сливаются и образуют одну полость, заполненную прозрачной жидкостью (фолликулярная жидкость — liquor folliculi)<sup>1</sup>. По мере накопления фолликулярной жидкости клетки зернистой оболочки с одной стороны отодвигаются к яйцу, с другой — к стенке фолликула. Клетки зернистой оболочки, окружающие яйцеклетку, носят название «лучистый венец» (corona radiata); яйцеклетка, окруженная этим лучистым венцом, располагается на скоплении (холмике) из пристеночно расположенных клеток зернистой оболочки. Это скопление клеток называется яйценосным холмиком (cumulus ovigerus) (рис. 22). К моменту созревания фолликула яйцевая клетка отходит от яйценосного бугорка и находится в фолликулярной жидкости.

Фолликулярная жидкость содержит гормон, который называется фолликулярным, или эстрогенным, гормоном. Эстрогенный гормон оказывает разностороннее, сложное действие на половые органы и весь организм женщины (стр. 48).

По мере созревания фолликула развивается его соединительнотканная оболочка. Вместо одной соединительнотканной оболочки образуются две: внутренняя, богатая клеточными элементами и капиллярами (theca interna), и наружная волокнистая оболочка (theca externa), содержащая более крупные сосуды.

Созревающий фолликул увеличивается в размере, его полюс начинает выпячиваться над поверхностью яичника; ткань яичника в этом месте истончается.

б) Разрыв созревшего фолликула (фаза овуляции). Овуляцией называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости созревшей, годной к оплодотворению яйцеклетки. Яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, вместе с фолликулярной жидкостью попадает в брюшную полость, а в дальнейшем в маточную трубу.

Овуляция происходит под влиянием нервно-гуморальных воздействий. Существует мнение о рефлекторном механизме разрыва фолликула, который обусловлен раздражением нервных элементов яичника растущим фолликулом и воздействием гуморальных (гормональных) факторов на нервные центры. Установлена важнейшая роль гормонов яичника и гипофиза. Овуляция происходит под влиянием комбинированного воздействия фолликулярного гормона яичника и гонадотропных гормонов передней доли гипофиза.

Разрыву зрелого фолликула способствует накопление фолликулярной жидкости и истончение слоя ткани яичника, располагающегося над выпячивающимся полюсом фолликула.

Овуляция при 28-дневном цикле происходит на 14—15-й день от первого дня менструального цикла (при 21-дневном цикле — раньше), и это время является наиболее благоприятным для оплодотворения.

в) Развитие желтого тела (лютеиновая фаза). На месте разорвавшегося фолликула образуется новая, очень важная железа внутренней секреции — желтое тело (corpus luteum), образующее гормон прогестерон<sup>2</sup>. Процесс прогрессивного развития желтого тела происходит при 28-дневном цикле в течение 14 дней (при 21-дневном

---

<sup>1</sup> С момента образования полости фолликул также называют графовым пузырьком.

<sup>2</sup> От слова gestatio — продолжение рода; прогестерон — гормон, подготавливающий организм к беременности, продолжению рода.



Рис. 24. Желтое тело в стадии расцвета (большое увеличение).

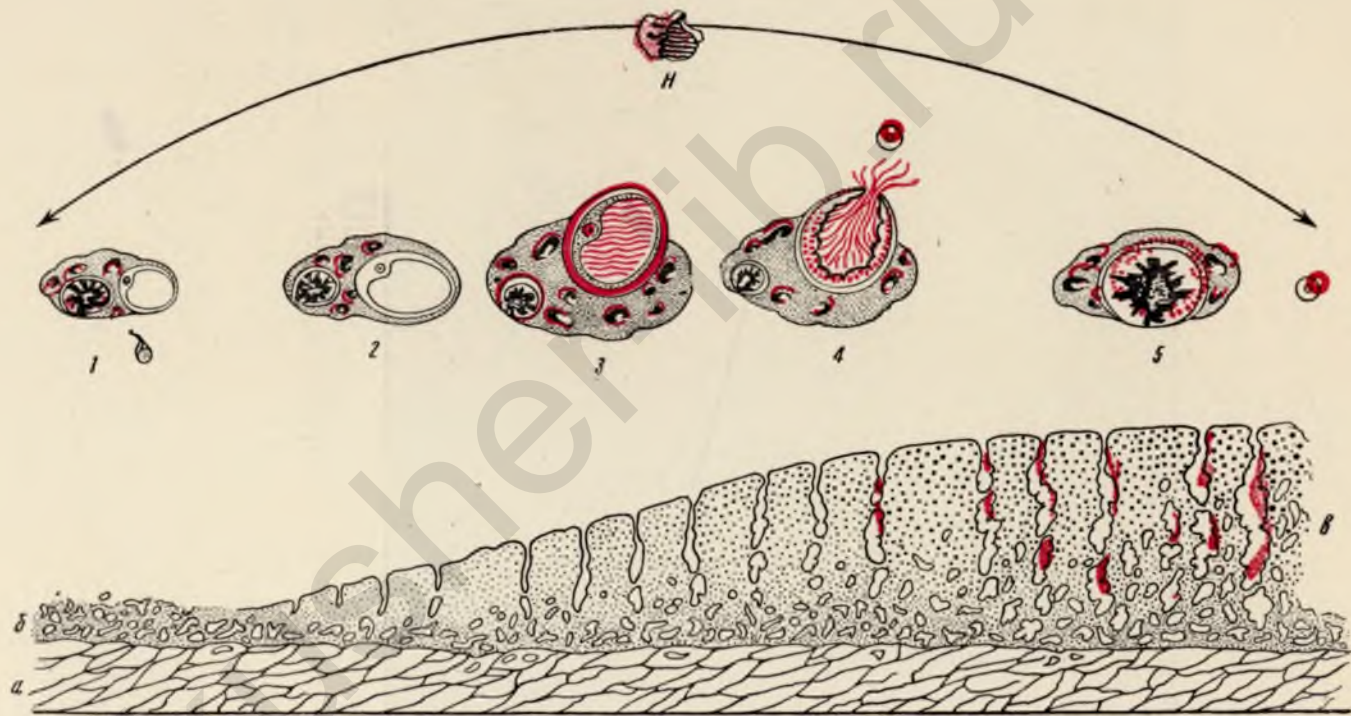


Рис. 30. Схема менструального цикла. Верхняя схема — маточный цикл; яичниковый цикл — нижняя схема. 1 — обратное развитие желтого тела; 2 — зреющий фолликул; 3 — зрелый фолликул; 4 — овуляция; 5 — желтое тело. Маточный цикл; а — мышечный слой; б — базальный слой; в — функциональный слой; г — гликофиз.

цикле — в более короткий срок) и занимает вторую половину цикла, от овуляции до последующей менструации.

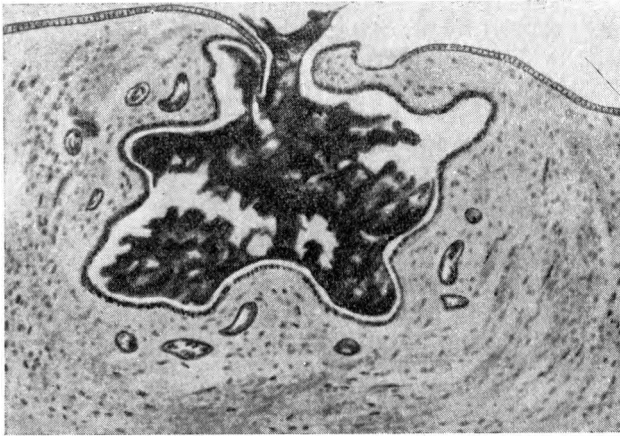


Рис. 23. Фолликул непосредственно после разрыва его стенки (овуляции). Стенка фолликула спалась, в полости — кровозлияние.

Процесс развития желтого тела из лопнувшего фолликула происходит следующим образом. Фолликул, освободившийся от фолликулярной жидкости и яйцеклетки, спадается, стенки его ложатся в складки (рис. 23), место разрыва зарастает, в полости образуется небольшой сгусток крови. Клетки зернистой оболочки, усиленно размножаются, увеличиваются в размере, в их протоплазме накапливается липоидное вещество (лютеин), придающее вновь образованной железе внутренней секреции желтый цвет (отсюда название «желтое тело») (рис. 24). Клетки зернистой оболочки превращаются в лютеиновые клетки желтого тела (рис. 25).

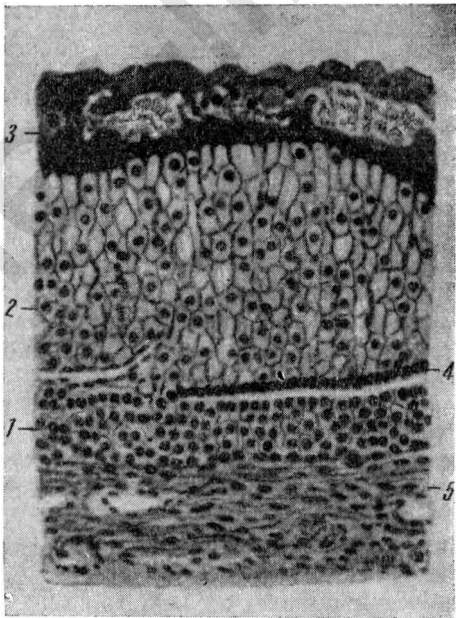


Рис. 25. Строение стенки желтого тела. 1 — theca interna; 2 — слой лютеиновых клеток; 3 — свернувшаяся кровь, прилегающая к внутренней поверхности желтого тела; 4 — клетки зернистой оболочки, переходящие в лютеиновые клетки; 5 — theca externa.

Одновременно с превращением клеток зернистой оболочки происходит обильное разрастание сосудистой сети. Сосуды, проникающие из соединительно-тканной оболочки, образуют в разросшемся слое лютеиновых клеток богатую сеть капилляров, которая окружает каждую клетку. Развитие сосудов способствует правильному питанию и функции желтого тела, а также резорбции и кровяного сгустка из полости фолликула.

Желтое тело в фазе наивысшего развития достигает величины лесного ореха и выступает одним полюсом над поверхностью яичника. Если яйцеклетка, вышедшая из фолликула, оплодотворяется, то желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых месяцев беременности. Это будет желтое тело беременности (*corpus luteum graviditatis*). Если беременность не наступает, то с 28-го дня цикла (при трехнедельном цикле — с 21-го дня) начинается обратное развитие желтого тела. При этом происходит гибель лютеиновых клеток, запускание сосудов и разрастание соединительной ткани; в конечном итоге на месте желтого тела образуется рубец, который впоследствии также исчезает.

Желтое тело образуется при каждом менструальном цикле; если беременность не наступает, то оно носит название желтого тела менструации (*corpus luteum menstruationis*).

О внутрисекреторной функции желтого тела впервые высказался В. В. Подвысоцкий, позднее это было подтверждено исследованиями А. И. Тимофеева.

Гормон желтого тела оказывает сложное действие на половые органы (главным образом на матку) и весь организм женщины (стр. 49).

С момента обратного развития желтого тела продукция прогестерона прекращается. В яичнике созревает новый фолликул, снова происходит овуляция и образование желтого тела.

## МАТОЧНЫЙ ЦИКЛ

Под влиянием гормонов яичника, образующихся в фолликуле и желтом теле, происходят циклические изменения тонуса, возбудимости и кровенаполнения матки. Однако наиболее существенные циклические изменения наблюдаются в эндометрии.

Сущность циклических изменений в эндометрии сводится к правильно повторяющемуся процессу пролиферации, последующему качественному изменению, отторжению и восстановлению того слоя слизистой, который обращен к просвету матки. Этот слой, подвергающийся циклическим изменениям, называется функциональным слоем эндометрия. Слой слизистой, прилегающий к мышечной оболочке матки, циклическим изменениям не подвергается и носит название базального слоя.

Маточный цикл, так же как и яичниковый, продолжается 28 дней (реже 21 или 30—35 дней) и в нем отмечаются следующие фазы: десквамация, регенерация, пролиферация и секрция.

а) Фаза десквамации проявляется менструальным кровевыделением, продолжающимся обычно 3—5 дней; это есть собственно менструация. Функциональный слой слизистой распадается, отторгается (рис. 26) и выделяется наружу вместе с содержимым маточных желез и кровью из вскрывшихся сосудов. Фаза десквамации эндометрия совпадает с началом гибели желтого тела в яичнике.

б) Фаза регенерации (восстановления) слизистой начинается еще в период десквамации и заканчивается к 5—6-му дню от начала менструации (рис. 27). Восстановление функционального слоя слизистой происходит за счет разрастания эпителия остатков желез, располагающихся в базальном слое, и путем пролиферации других элементов этого слоя (стромы, сосудов, нервов).

в) Фаза пролиферации эндометрия совпадает с созреванием фолликула в яичнике и продолжается до 14-го дня цикла (при 21-дневном цикле до 10—11-го дня). Под влиянием эстрогенного (фол-

ликулярного) гормона, воздействующего на нервные элементы матки, происходит пролиферация (разрастание) стромы и рост желез слизистой оболочки (рис. 28). Железы вытягиваются в длину, затем штопорообразно извиваются, но секрета не содержат. Слизистая оболочка матки утолщается в этот период в 4—5 раз.

г) Фаза секреции совпадает с развитием и расцветом желтого тела в яичнике и продолжается с 14—15-го до 28-го дня, т. е. до конца цикла.

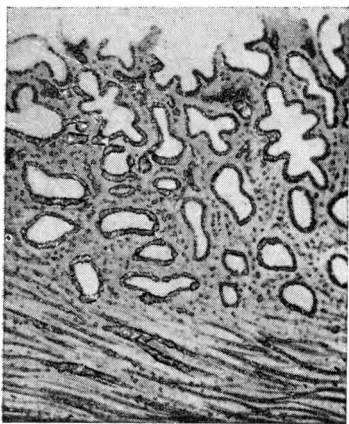


Рис. 26. Заключительная фаза маточного менструального цикла — фаза десквамации. Функциональный слой отторгнут, имеется лишь базальный слой; в верхней части базального слоя экстравазаты.

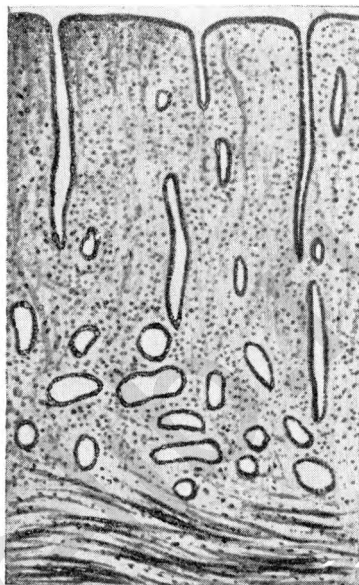


Рис. 27. Фаза регенерации за кончена. Железы немногочисленны, прямые.

Под влиянием гормона желтого тела в слизистой оболочке матки происходят важные качественные преобразования. Железы вырабатывают секрет, полость их расширяется; в стенках образуются бухтообразные выпячивания (рис. 29). Клетки стромы увеличиваются и слегка округляются, напоминая децидуальные клетки, образующиеся при беременности. В слизистой оболочке откладывается гликоген, фосфор, кальций и другие вещества.

В результате указанных изменений в слизистой оболочке создаются условия, благоприятные для развития зародыша, если произойдет оплодотворение.

Если беременность не наступает, желтое тело погибает, функциональный слой эндометрия, достигший фазы секреции, отторгается, наступает менструация.

После этого возникает новая волна циклических изменений во всем организме, яичнике и матке (рис. 30). Вновь повторяется созревание фолликула, овуляция и развитие желтого тела в яичнике и соответствующие превращения в слизистой оболочке матки. Описаны циклические изменения в шейке матки, влагалище и других отделах половой аппарата, но они выражены менее отчетливо по сравнению с изменениями в яичниках и эндометрии.

Указанные циклические изменения повторяются через правильные промежутки времени в течение половой зрелости женщины. Прекращение циклических процессов происходит в связи с такими физиологическими процессами, как беременность и кормление грудью. Нарушение менструальных циклов наблюдается и при патологических условиях (тяжелые заболевания, психические моменты, неполноценное питание и т. д.).

Таким образом, циклические изменения вкратце сводятся к следующему:

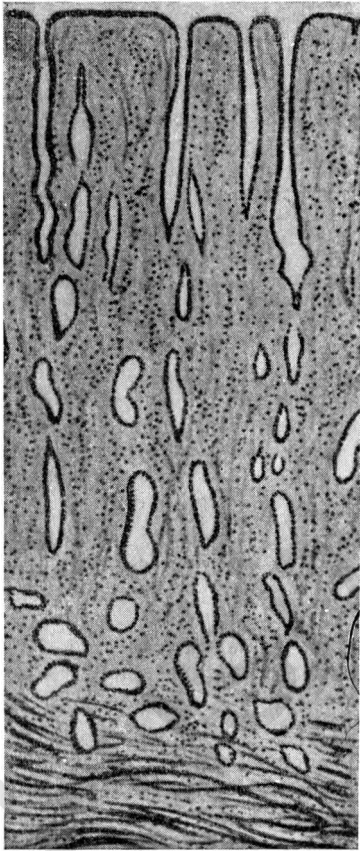


Рис. 28. Фаза пролиферации. Слизистая значительно толще, железы более многочисленны, некоторые из них штопорообразно извиты.

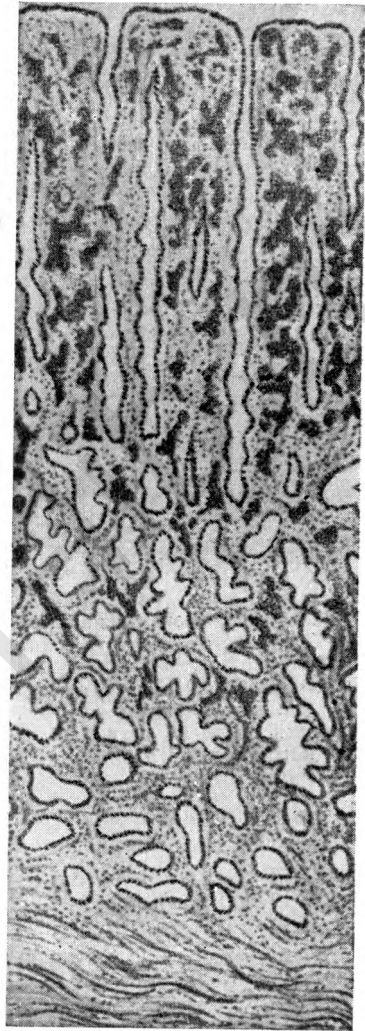


Рис. 29. Конец фазы секреции. Железы сильно развиты, просвет их заполнен секретом; на поперечном срезе железы имеют вид цветка, на продольном — вид зубцов пилы. В строме — экстравазаты.

1. В результате гуморальных и рефлекторных воздействий, исходящих из половых органов в разные фазы цикла, происходит изменение процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе (в пределах физиологических колебаний).

2. Волнообразные колебания в кровообращении, терморегуляции, обмене и т. д. зависят от функционального состояния центральной нервной системы.

3. Гипофиз, деятельность которого регулируется центральной нервной системой, вырабатывает гонадотропный гормон, стимулирующий созревание фолликула и продукцию фолликулярного гормона, и гонадотропный гормон, влияющий на развитие желтого тела и образование прогестерона.

4. Фолликулярный (эстрогенный) гормон вызывает в эндометрии фазу пролиферации, а прогестерон — фазу секреции.

5. Если беременность не наступает, желтое тело подвергается регрессу, функциональный слой слизистой подвергается десквамации (менструация), и начинается новый менструальный цикл.

## **ГИГИЕНА МЕНСТРУАЛЬНОГО ПЕРИОДА**

Менструация представляет собой клиническое проявление менструального цикла, заключительную фазу его. Продолжительность нормальной менструации 3—5 дней, не более 7 дней. Во время каждой менструации теряется 50—150 мл крови.

Менструальная кровь содержит значительную примесь секрета маточных желез и распадающиеся частицы функционального слоя эндометрия. Менструальная кровь обычно не свертывается, что объясняется наличием в ней ферментов, и имеет более темный цвет, чем кровь, циркулирующая в сосудах.

Менструация — явление нормальное, но изменения, наблюдаемые в этом периоде в организме, требуют тщательного соблюдения правил гигиены.

Во время менструации женщина может выполнять обычную работу, но должна избегать переутомления, значительного физического напряжения, охлаждения и перегревания тела.

Перед менструацией и во время нее не нужно употреблять острую и пряную пищу, спиртные напитки, чтобы не вызвать прилив крови к внутренним и тазовым органам. Прилив крови к половым органам при менструации может усилить кровопотерю.

Во время менструации в связи с отторжением функционального слоя в матке образуется «раневая поверхность». Занесение патогенных микроорганизмов и инфицирование этой поверхности может вызвать воспаление матки, труб, яичников и брюшины таза. Поэтому следует особенно тщательно следить за гигиеническим содержанием всего тела и наружных половых органов.

Менструальная кровь должна стекать свободно и впитываться специальными гигиеническими ватно-марлевыми прокладками. Наружные половые органы необходимо 2—3 раза в день обмывать теплой кипяченой водой с мылом. Во время менструации запрещаются половые сношения и спринцевания, потому что при этом возможно инфицирование раневой поверхности матки.

Во время менструации рекомендуется принимать душ, а не ванну, потому что загрязненная вода из ванны может попасть во влагалище. Важно следить за своевременным опорожнением мочевого пузыря и прямой кишки.

На производствах существуют специальные кабинеты, где устроены приспособления для выполнения гигиенических процедур, что особенно важно в период менструации.



# ГОНАДОТРОПНЫЕ И ЯИЧНИКОВЫЕ ГОРМОНЫ

## ГОНАДОТРОПНЫЕ ГОРМОНЫ

В передней доле гипофиза образуются гонадотропные, аденокортикотропный, лактогенный (пролактин), лютеотропный гормон, гормон роста и др.

Установлено, что гонадотропные гормоны гипофиза определяют развитие и функцию яичников. Удаление гипофиза у половозрелых животных вызывает прекращение эндокринной и генеративной функций яичников с последующей атрофией половых органов; у животных, подвергнутых этой операции в неполовозрелом возрасте, половое созревание не наступает. Кроме того, пересадка ткани передней доли гипофиза неполовозрелым животным ведет к преждевременному половому созреванию.

Доказано наличие двух гонадотропных гормонов гипофиза: 1) фолликулостимулирующий (гонадотропный гормон А), 2) лютеинизирующий (гонадотропный гормон В). Старое название фолликулостимулирующего гормона — пролан А, лютеинизирующего — пролан В.

Фолликулостимулирующий гормон вызывает развитие и созревание фолликулов яичника и продукцию фолликулярного (эстрогенного) гормона, лютеинизирующий гормон стимулирует развитие желтого тела и образование гормона этой железы внутренней секреции (прогестерона). Существуют данные, позволяющие считать, что гонадотропный эффект оказывает также лактогенный (лютеотропный) гормон гипофиза. Предполагают, что лютеинизирующий гормон гипофиза вызывает развитие желтого тела, а лактогенный — секрецию гормона желтого тела (прогестерона).

Комбинированное действие фолликулярного и гонадотропных гормонов (особенно лютеинизирующего) способствует процессу овуляции.

Гонадотропные гормоны действуют через яичник на эндометрий. Гормоны фолликула и желтого тела, образовавшиеся под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза, вызывают циклические изменения в эндометрии (фолликулярный гормон — пролиферацию, гормон желтого тела — секрецию). Прямого действия на эндометрий гонадотропные гормоны не оказывают; слизистая оболочка матки кастрированных животных на введение указанных гормонов не реагирует.

Между передней долей гипофиза и яичниками существует не односторонняя связь, а сложное взаимодействие.

На гипофиз, стимулирующий функции яичников, в свою очередь действуют гормоны фолликула и желтого тела.

Возрастающая продукция фолликулярного гормона (в созревающем фолликуле) тормозит секрецию фолликулостимулирующего гормона гипофиза. При этом усиливается секреция лютеинизирующего гормона, необходимого для овуляции и последующего развития желтого тела. Усиливающаяся секреция гормона желтого тела задерживает образование лютеинизирующего гормона. Понижение секреции лютеинизирующего гормона ведет к усилению секреции фолликулостимулирующего, в связи с чем в яичнике начинается новый цикл.

Таким образом, происходит усиление секреции то фолликулостимулирующего, то лютеинизирующего гормона; периодическая смена уровня гонадотропных гормонов в свою очередь вызывает циклические изменения в яичниках.

Взаимодействие гормонов гипофиза и яичника осуществляется через нервную систему, в частности при помощи вегетативных центров, залеженных в гипоталамической области.

Во время беременности в организме женщины возникает новый мощный источник секреции гонадотропных гормонов — хорион. В хорионе уже в первые недели беременности образуется большое количество гонадотропинов, главным образом лютеинизирующего гормона. После формирования плаценты гонадотропные гормоны образуются в эпителиальном покрове ворсин (в цитотрофобласте). Хориальный (плацентарный) гонадотропин поступает в кровяное русло беременной и выводится с мочой. На этом свойстве мочи беременных основаны методы ранней диагностики беременности (реакция Ашгейма-Цондека на мышцах, реакция Фридмана на кроликах и др.). С развитием беременности, особенно в последние месяцы, гонадотропная активность плаценты понижается. После родов выделение гонадотропных гормонов резко падает и по истечении 10—15 дней они в моче не определяются.

### ГОРМОНЫ ЯИЧНИКА (ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ)

Гормоны фолликула и желтого тела называются женскими половыми (сексуальными) гормонами. Женские половые гормоны относятся к группе стероидных гормонов, они близки по своей химической структуре к мужским половым гормонам и к гормонам коры надпочечника.

Важнейшим исходным веществом для образования стероидных (в том числе и половых) гормонов в организме является холестерин.

**Фолликулярный гормон.** Гормон, продуцируемый фолликулом, и близкие к нему по строению и действию вещества называются эстрогенами<sup>1</sup>.

Выделены в чистом виде и хорошо изучены следующие эстрогены: эстрадиол, эстрон и эстриол. Эти эстрогены близки по химическому строению, но физиологическая активность их неодинакова. Наибольшей активностью обладает эстрадиол. Эстрадиол представляет собой первичный гормон, образующийся в фолликуле яичника. Эстрон обнаружен в яичнике и коре надпочечника; он обладает высокой физиологической активностью, приближающейся к активности эстрадиола. Эстриол имеет наименьшую физиологическую активность, он в основном обнаруживается в моче.

Существуют указания, что в организме возможны переход эстрадиола в эстрон и обратная реакция. Установлено, что эстрон переходит в эстриол, причем данная фаза метаболизма эстрогенов является необратимой.

Эстрогенные гормоны образуются в яичнике; другим источником образования эстрогенов является кора надпочечников. Кроме кортикостероидных гормонов, в коре надпочечников образуются эстрон, прогестерон и андрогены (вещества, обладающие действием мужских половых гормонов)<sup>2</sup>.

Во время беременности в организме женщины образуется новый источник продукции эстрогенов — плацента. Продукция эстрогенов в плаценте особенно усиливается во второй половине беременности.

<sup>1</sup> Название связано со способностью гормона вызывать течку (oestrus) у кастрированных животных (мышей, крыс).

<sup>2</sup> Эстрогены, прогестерон и андрогены образуются в надпочечниках особой мужского и женского пола.

Эстрогенные гормоны, образовавшиеся в яичнике, надпочечнике и плаценте, поступают в кровь, оказывают сложное действие на организм и выводятся с мочой.

Биологически активные вещества, действующие подобно эстрогенным гормонам, найдены в яйцах птиц и рыб, в некоторых растениях, смолах и лечебных глинах.

Биологические свойства эстрогенов. Эстрогены оказывают на организм сложное действие.

1. Эстрогены способствуют развитию вторичных половых признаков, матки и других отделов половой системы в периоде полового созревания.

2. Эстрогены вызывают гиперемия половых органов и усиление обмена веществ. Повышение интенсивности процессов обмена ведет к усилению пролиферации клеточных элементов. Поэтому под влиянием эстрогенов происходит: а) гиперплазия мышечных элементов матки в период полового созревания; б) пролиферация функционального слоя эндометрия в первую (фолликулиновую) фазу менструального цикла; в) пролиферация выводных протоков молочных желез; г) размножение клеток эпителиального покрова слизистой оболочки влагалища.

3. Под влиянием эстрогенов в матке усиливается синтез сократительного мышечного белка, увеличивается количество фосфорных соединений и гликогена, являющихся источниками энергии, происходят сдвиги в обмене электролитов. Все указанные изменения способствуют повышению тонуса, возбудимости и сократительной деятельности матки.

4. Эстрогены вызывают спонтанные сокращения матки (и маточных труб) и повышают чувствительность миометрия к веществам, возбуждающим моторную функцию матки (например, к питуитрину).

5. Эстрогены участвуют в формировании полового чувства, являющегося сложнейшим процессом, регулируемым центральной нервной системой.

6. Избыток эстрогенов угнетает выделение фолликулостимулирующего гормона гипофиза, что в свою очередь вызывает задержку менструации и чрезмерную гиперплазию эндометрия с кистозным расширением желез.

Препараты эстрогенных гормонов применяют с лечебной целью при нарушениях менструального цикла, климактерических расстройствах, для возбуждения родовой деятельности и т. д.

**Лечебные эстрогенные препараты.** С лечебной целью применяют: 1) препарат натуральных эстрогенных гормонов и синтетические заменители, действующие так же, как и натуральные эстрогены. К натуральным, эстрогенным препаратам относятся эстрон, эстрадиол.

Применяются масляные растворы эстрона и эстрадиола, выпускаемые в ампулах. В ампуле (в 1 мл) содержится 1, 0,5 или 0,1 мг кристаллического гормона; активность 1 мг эстрона равняется 10 000 м. е. [м. е. (мышинная единица) — минимальное количество гормона, вызывающее течковую реакцию у кастрированной мыши], активность эстрадиола почти вдвое выше.

Из синтетических заменителей наиболее широким распространением пользуются синэстрол, диэтилстильбэстрол.

Синэстрол и диэтилстильбэстрол выпускаются в ампулах (для инъекций) и в таблетках (для внутреннего употребления). Активность 1 мг синэстрола 10 000 м. е., диэтилстильбэстрола — 20 000 м. е.

**Гормон желтого тела — прогестерон.** Прогестерон образуется в желтом теле яичника. Секретция его нарастает по мере развития желто-

го тела и достигает наивысшего уровня в период функционального расцвета этой железы внутренней секреции. Перед менструацией выделение прогестерона падает. Прогестерон выделяется также корой надпочечников.

Во время беременности прогестерон образуется в плаценте. Синтез прогестерона в плаценте усиливается с IV месяца беременности, когда происходит понижение внутрисекреторной активности желтого тела беременности в яичнике. Таким образом, угасающая функция регрессирующего желтого тела постепенно замещается плацентой. Продукция прогестерона в плаценте постепенно нарастает и достигает наивысшего уровня в последние месяцы беременности. Перед родами выделение прогестерона уменьшается.

Биологические свойства прогестерона. Прогестерон вызывает изменения в организме, способствующие возникновению и развитию беременности.

1. Под влиянием прогестерона в эндометрии происходят сложные процессы, в результате которых наступает фаза секреции (прегравидарное состояние слизистой оболочки матки). Секреторные превращения эндометрия необходимы для имплантации и развития плодного яйца.

2. Прогестерон понижает возбудимость и чувствительность матки к некоторым веществам, возбуждающим сократительную деятельность миометрия. Понижение чувствительности матки к сокращающим веществам способствует сохранению и развитию беременности. Прогестерон вызывает расслабление (релаксацию) мускулатуры матки, что способствует гипертрофии и гиперплазии мышечных волокон беременной матки.

3. Гормон желтого тела стимулирует развитие паренхимы (ацинозной части) молочных желез и подготавливает их к секреторной деятельности.

4. Прогестерон тормозит продукцию лютеинизирующего гормона гипофиза и развитие фолликулов в яичнике. Развитие фолликулов начинается с началом регресса желтого тела.

Препараты гормона желтого тела широко используются при угрожающем выкидыше, ановуляторных маточных кровотечениях и других расстройствах менструального цикла.

Лечебные препараты. С лечебной целью применяют синтетический гормон желтого тела — прогестерон. Препарат выпускается в ампулах (в масляном растворе) по 5 мг. Применяется внутримышечно.

Прогестероновым действием обладает синтетический препарат прегнин (производное мужского полового гормона). Выпускается в таблетках по 5 мг (таблетки кладут под язык). Биологическая активность 5 мг прегнина соответствует активности 1 мг прогестерона.

---

ГЛАВА II

## ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Распознавание гинекологических заболеваний производится на основании данных анамнеза и объективного исследования.

Исследование гинекологических больных производится по определенной системе, которая помогает выявить главные факты и учесть все детали, способствующие правильному распознаванию заболевания. Система обследования гинекологических больных имеет целью последовательное изучение анатомических особенностей и функций полового аппарата женщины.

Однако правильная диагностика, а следовательно, и рациональное лечение гинекологических заболеваний осуществимы только при условии исследования всего организма женщины.

Половые органы женщины связаны со всеми органами и системами и функции их находятся во взаимной связи и зависимости. Инфекционные заболевания, болезни сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной, эндокринной и других систем отражаются на важнейших функциях полового аппарата женщины. Заболевания половых органов также влияют на функции других органов и систем и на состояние организма в целом. Поэтому обязательным компонентом обследования больных, страдающих гинекологическими заболеваниями, является применение общеизвестных методов исследования органов кровообращения, дыхания, нервной системы, применение лабораторных, рентгенологических и других вспомогательных методов.

### **СИСТЕМА ОПРОСА (АНАМНЕЗ) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Исследование гинекологических больных начинается с опроса, имеющего целью:

- а) выяснить субъективные симптомы данного заболевания (жалобы);
- б) получить сведения о предшествовавшей жизни и перенесенных заболеваниях (*anamnesis vitae*);
- в) выяснить развитие настоящего заболевания (*anamnesis morbi*).

Систематически произведенный опрос и правильная оценка полученных данных во многих случаях позволяют поставить предположительный диагноз и сосредоточить внимание на необходимых в данном случае специальных методах исследования. Окончательный диагноз устанавливается после объективного исследования на основании учета результатов всех применявшихся методов исследования.

Опрос производится по следующему плану.

1. Паспортные данные, среди которых особое значение имеет возраст.

2. Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.

3. Наследственность, перенесенные заболевания (заболевания детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, гинекологические и т. д.), заболевания мужа.

4. Характер функций половой системы: а) менструальной функции, б) половой функции, в) детородной (генеративной) функции, г) секреторной функции. Одновременно выясняются функции мочевыводящих путей и кишечника, которые связаны с половыми органами в анатомическом и функциональном отношении.

5. Наличие болей и их характер.

6. Условия быта и труда.

7. Развитие настоящего заболевания.

8. Подведение итогов, установление предположительного диагноза.

**Возраст.** Вопрос о возрасте имеет непосредственное отношение к распознаванию гинекологических заболеваний. Известно, что функции, а также анатомические особенности половых органов подвергаются возрастным изменениям. В связи с этим некоторые данные, представляющие нормальное явление для одного возраста, могут иметь патологическое значение для другого. Например, аменорея в детском и старческом возрасте есть физиологическое явление, а в периоде половой зрелости она свидетельствует о глубоких нарушениях в организме (если прекращение менструации не связано с беременностью и лактацией).

Один и тот же симптом в разные периоды жизни женщины может быть проявлением различных заболеваний. Например, кровотечение из половых путей в период полового созревания и увядания половых функций бывает обычно связано с недостаточностью гормональной активностью яичников. В период половой зрелости причиной кровотечения могут быть аборт, фибромиомы, воспалительные и другие заболевания.

В старческом возрасте наиболее частой причиной кровотечения бывают злокачественные новообразования.

Нарушение секреции половых органов (бели) в юношеском возрасте обычно бывает связано с общими истощающими заболеваниями (туберкулез и др.), в молодом возрасте — с воспалительными процессами, в переходном и старческом возрасте — со злокачественными новообразованиями.

Наконец, различные заболевания половых органов нередко свойственны определенному периоду жизни женщины. Инфантилизм, гипоплазия и другие аномалии развития половых органов обычно выявляются в период полового созревания. Воспалительные заболевания в большинстве случаев возникают в период половой зрелости, когда женщина начинает жить половой жизнью. Фибромиома матки возникает чаще всего в период расцвета половой функции женщины. В период половой зрелости возникают опухоли яичников, неправильные положения матки, а также травмы половых и соседних органов, связанные чаще всего с патологическими родами. В переходный период возникают нарушения менструальной функции и ряд общих расстройств с преобладанием ангионевротических явлений.

**Жалобы.** После получения общих сведений о больной (возраст, профессия, место жительства и т. д.) следует выяснить жалобы, заставившие ее обратиться к врачу.

В данной части исследования целесообразно ограничиться выяснением основных симптомов без детализации их характера, возникновения и развития.

Симптомы гинекологических заболеваний и развитие их раскрываются последовательно и в полной мере при ознакомлении с основными функциями половой системы женщины (менструальная, половая, детородная, секреторная).

**Наследственность и перенесенные заболевания.** Наследственность, семейные заболевания. В процессе опроса гинекологических больных выявляются сведения о семейных заболеваниях, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода (неполноценное развитие, низкая сопротивляемость к неблагоприятным условиям среды) или передаются наследственным путем. Выявляются данные о сифилисе, туберкулезе, психических заболеваниях, алкоголизме, злокачественных новообразованиях, болезнях обмена и т. д. При оценке полученных данных необходимо помнить: а) наследственные качества формируются у предков под влиянием внешней среды и в соответствии с ней; б) наследственное предрасположение способствует возникновению заболевания только при воздействии на организм определенных неблагоприятных условий среды. Таким образом, наследственное предрасположение не определяет неизбежности заболевания; возникновение последнего происходит при наличии неблагоприятно действующих факторов (инфекция, интоксикация, нарушение условий питания, перенапряжение нервной системы и т. д.).

**Перенесенные заболевания.** Заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, могут дать неблагоприятные последствия в отношении развития и функций половых органов. Так, последствием свинки и кори может явиться инфантилизм в связи с неблагоприятным влиянием указанных инфекций на фолликулярный аппарат яичников. Дифтерия при соответствующей локализации процесса может вызвать стеноз влагалища. Заболевание почек как осложнение скарлатины отягощает течение беременности и обычно служит показанием к ее прерыванию.

Туберкулез и малярия в детстве и в период полового созревания нередко приводят к задержке развития всего организма и, в частности, половых органов.

Выяснение перенесенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, легких, органов внутренней секреции имеет большое значение для прогноза беременности и родов, выбора метода лечения гинекологических заболеваний и способа обезболивания при необходимости хирургического вмешательства.

Перенесенные ранее гинекологические заболевания должны быть выяснены детально потому, что они могут быть непосредственно или косвенно связаны с настоящим заболеванием женщины.

**Заболевания мужа.** Ознакомление с заболеваниями мужа имеет значение главным образом для выяснения возбудителя воспалительных заболеваний женских половых органов. В этом отношении представляет интерес гонорея, которая передается половым путем, и отчасти трихомонадные заболевания. Ввиду того что больная может не ответить на прямо поставленный вопрос, следует выяснить наличие у мужа уретрита, орхита и т. д. Данные о заболевании мужа туберкулезом могут иметь известное значение в отношении установления диагноза генитального туберкулеза. Выяснение здоровья мужа способствует уточнению причин бесплодного брака (см. специальную главу).

## ХАРАКТЕР ФУНКЦИЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

**Менструальная функция.** Менструальная функция характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Нарушения менструальной функции могут возникнуть на почве изменений, связанных как с экстрагенитальными, так и с гинекологическими заболеваниями. Поэтому изучение менструальной функции имеет большое значение для диагностики гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

При опросе выявляются следующие данные: а) в каком возрасте появились первые менструации и каков был их характер (болезненность, степень кровопотери, продолжительность); б) через какой промежуток времени они установились; в) тип менструаций (трех- или четырехнедельный цикл, продолжительность, количество теряемой крови, наличие боли и др.); г) изменился ли тип менструации после начала половой жизни, после родов и аборт; д) характер менструации во время настоящего заболевания; е) когда была последняя менструация. Если больная в климактерическом возрасте, необходимо выяснить особенности менструальной функции данного периода жизни.

Известно, что менструации начинаются чаще всего в возрасте 14—15 лет, устанавливаются сразу (или через несколько месяцев), повторяются через каждые 4 или 3 недели. Нормальные менструации продолжаются 3—5 дней (до 7 дней), характеризуются выделением темноватой жидкой крови, отсутствием значительной болезненности и общих расстройств.

Появление менструаций на 17-м году и позднее, болезненность их, а также длительный срок, прошедший от наступления первых менструаций до установления нормального цикла (выше 5—6 месяцев), характерны для инфантилизма или гипоплазии половых органов.

Нарушение менструации после начала половой жизни чаще всего является признаком воспаления эндометрия и придатков матки. Изменения типа менструации после родов и аборт также чаще связаны с воспалительными заболеваниями и реже — с аномалиями положения матки, изменением функции органов внутренней секреции или другими нарушениями общего характера.

При некоторых гинекологических заболеваниях (доброкачественные опухоли яичника, субсерозные фибромиомы матки в начальной стадии и др.) менструальная функция не нарушается. Однако многие гинекологические заболевания (воспалительные процессы, фибромиомы матки и злокачественные новообразования, неправильные положения, аномалии развития половых органов и др.) сопровождаются теми или иными расстройствами менструальной функции. Аномалии менструальной функции нередко возникают на почве экстрагенитальных заболеваний или нарушения функций важнейших систем и органов без анатомических изменений в половых органах.

Расстройства менструальной функции клинически проявляются различно: в форме аменореи и гипоменструального синдрома, меноррагии, метроррагии, альгодисменореи и др.

Аменорея (отсутствие менструаций) до полового созревания, в старческом возрасте, во время беременности и лактации представляет собой физиологическое явление. Аменорея в периоде половой зрелости — патологическое явление.

Патологическая аменорея является частым симптомом тяжелых инфекционных заболеваний, нарушений нервной и эндокринной системы, резко выраженного инфантилизма, интоксикаций, расстройств



питания и некоторых гинекологических заболеваний (базальный эндометрит, облитерация полости матки после чрезмерного выскабливания и др.).

Гипоменструальный синдром (ослабление, укорочение и урежение менструаций) возникает в основном при тех же заболеваниях и расстройствах, которые являются причиной аменореи.

Меноррагия — это кровотечения, связанные с менструальным циклом (циклические). В клинической картине многих гинекологических заболеваний видное место занимают расстройства менструального цикла типа меноррагии. Существуют следующие типы меноррагии: а) увеличение количества теряемой крови (гиперменорея); б) увеличение продолжительности менструации (полименорея); в) нарушение ритма в сторону укорочения его (пройоменорея). Нередко имеет место сочетание этих расстройств.

Меноррагия является частым симптомом патологических процессов, нарушающих сократительную деятельность матки (фибромиома, гипоплазия матки и др.), воспалительных заболеваний половых органов.

Причиной возникновения меноррагии при воспалительных заболеваниях могут быть: а) активная или пассивная гиперемия; б) инфильтраты и спайки, нарушающие интенсивность сокращений матки; в) нарушение процесса заживления раневой поверхности матки (регенерация функционального слоя слизистой).

Причиной возникновения меноррагии могут быть неправильные положения матки, главным образом ретродевиации (ретрофлексия, ретроверзия).

Меноррагия может возникнуть при заболеваниях сердца, сопровождающихся застоем крови в органах малого таза, при болезнях крови, инфекционных заболеваниях (нарушение проницаемости капилляров), гиповитаминозах, психических аффектах (перераспределение крови, гиперемия половых органов) и т. д.

Метроррагия, т. е. кровотечения, не связанные с менструальным циклом (ациклические), наблюдаются при подслизистой миоме матки (особенно при рождении узла), полипах шейки и тела матки, раке шейки и тела матки. Для рака шейки особенно характерны кровянистые выделения в межменструальном периоде у пожилых женщин и контактные кровотечения (после coitus, исследования и др.).

Воспалительные заболевания в острой стадии могут быть причиной метроррагии в случае поражения базального слоя эндометрия.

Альгодисменорея (болезненная менструация) является нередкой жалобой женщин, обращающихся к гинекологу. Обычно боли бывают перед менструацией или в течение первого дня менструации. Некоторые женщины ощущают боль в течение всего периода менструации. Боли нередко сопровождаются общим недомоганием и рядом нервных явлений (стр. 101). Болезненные менструации наблюдаются у женщин возбудимых или неуравновешенных, имеющих признаки инфантилизма, астении, интерсексуальности. Дисменорея часто наблюдается при недоразвитии полового аппарата, воспалительных заболеваниях и некоторых аномалиях положения матки. Болезненная менструация нередко бывает симптомом воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины.

**Половая функция.** Нарушения половой функции могут наблюдаться при ряде функциональных расстройств и гинекологических заболеваний. Эта часть анамнеза, относящаяся к интимной жизни, требует от врача величайшего такта.

Необходимо получить освещение следующих вопросов.

1. Начало половой жизни. При этом важно выяснить не только возраст, с которым совпадает начало половой жизни, но и наличие уклонений от нормы, которые могут отразиться на половой функции женщины.

2. Половое чувство. Половое влечение (*libido sexualis*) и удовлетворение (*orgasmus*) обычно характеризуют правильное развитие полового аппарата, полноценность половой функции женщины. Половое влечение и удовлетворение развиваются с годами и нередко формируются только к 25-летнему возрасту. Отсутствие полового влечения и удовлетворения наблюдаются при инфантилизме, интерсексуальности, после тяжелых общих заболеваний, а также при тяжелых гинекологических заболеваниях.

3. Нарушения полового акта. Болезненный *coitus* (*coitus dolorosus*) является симптомом гинекологических заболеваний: воспаления придатков матки и тазовой брюшины, заднего параметрита или лимфангита в области крестцово-маточных связок, вульвовагинита. Нередко болезненный *coitus* бывает связан с гипоплазией половых органов, истерией и другими аномалиями нервно-психического порядка, в частности с вагинизмом. При вагинизме попытка к *coitus* ведет к спазму *m. constrictoris cunni*, а также, в зависимости от степени страдания, к спастическому состоянию мышц тазового дна, туловища и конечностей.

Кровянистые выделения после полового сношения (*coitus cruentus*) являются чаще всего признаком рака шейки матки. Поэтому выяснение этого обстоятельства при опросе больных имеет исключительно важное значение в отношении своевременного выявления этого грозного заболевания. Реже кровянистые выделения при половых сношениях зависят от кольпита, полипа, эрозии, туберкулеза шейки матки и других язвенных процессов. Половая жизнь нарушается при сужении, заращении и аплазии влагалища.

4. Противозачаточные средства. Необходимо выяснить не только факт применения противозачаточных средств, но и характер их, и продолжительность употребления. Нерациональные методы предохранения от беременности наносят определенный вред организму женщины. Например, прерванное половое сношение (*coitus interruptus*) способствует развитию венозного застоя в половых органах, в связи с чем может возникнуть нарушение секреции (бели) и менструального цикла (меноррагия). Применение внутриматочных манипуляций (инъекции йода и других веществ) может вызвать воспалительные заболевания и нарушение менструальной функции, особенно при инфантилизме и гипоплазии половых органов. Использование сильнодействующих веществ (спринцевание раствором сулемы и др.) может вызвать отравление организма. Противозачаточные средства, нарушающие *libido* и *orgasmus*, могут быть причиной возникновения функциональных неврозов и связанных с этим нарушений функций половых органов.

**Детородная функция.** Выяснение характера детородной функции имеет большое значение для распознавания гинекологических заболеваний. При этом существенное значение имеет выяснение следующих вопросов.

1. Наличие беременностей и срок наступления первой беременности от начала половой жизни.

2. Количество беременностей, их течение и исход (роды, аборт).

3. Течение родов и особенно послеродовых периодов.

4. Перенесенные аборт, характер их (самопроизвольный, искусственный), сроки беременности, наличие заболеваний, связанных с абортами.

Диагностическое значение указанных данных несомненно. Позднее наступление первой беременности (через 3—4 года после замужества) указывает на недоразвитие половых органов. Подобное предположение становится еще более вероятным, если первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем.

Наступление бесплодия после первых родов или аборта свидетельствует о перенесенном воспалении придатков матки (нередко гонорейной этиологии). Осложненное течение родов и послеродового периода является нередким источником последующих заболеваний половых органов.

Последствием патологических родов и послеродовых осложнений могут быть воспалительные заболевания, травмы мягких тканей родовых путей, неправильные положения половых органов.

Особенности детородной функции имеют некоторое значение при диагностике новообразований. Рак шейки матки чаще бывает у женщин многорожавших, имевших травмы шейки матки, которые ведут к образованию эктропионов и длительно существующих эрозий. Наоборот, миомы чаще встречаются у женщин мало рожавших или совсем не рожавших.

Таким образом, осложнения во время беременности, родов и после родов играют существенную роль в происхождении гинекологических заболеваний. Кроме того, заболевания половых органов влияют на детородную функцию и являются нередко причиной бесплодия женщины.

Бесплодие (*sterilitas*) — отсутствие способности к зачатию — является часто жалобой гинекологических больных. Причиной бесплодия могут быть следующие заболевания половых органов.

1. Воспаление труб, сопровождающееся нарушением их проходности, ослаблением перистальтики и псвреждением мерцательного покровного эпителия. К бесплодию ведет воспаление труб гонорейной, туберкулезной и реже септической этиологии.

2. Эндометриты, особенно в сочетании с воспалением труб, эндоцервициты, кольпиты.

3. Хронические оофориты и периоофориты при условии нарушения процесса овуляции.

4. Неправильные положения матки, особенно в сочетании с воспалением труб, разрывы шейки матки и промежности, опущение и выпадение половых органов и др.

Бесплодие может возникнуть в связи с инфантилизмом, заболеваниями желез внутренней секреции, нарушением условий питания и др. (см. главу X).

**Секреторная функция** (бели — *fluor*). Выяснение характера секреторной функции является обязательной составной частью опроса каждой гинекологической больной. Необходимость этого момента исследования определяется тем, что многие заболевания половых органов сопровождаются нарушением секреторной функции. Больше того, бели (изменение количества и качества содержимого влагалища) иногда являются единственным признаком таких заболеваний, как гонорейный эндоцервицит, полип и рак тела и шейки матки в начальной стадии заболевания.

Источники белей. Нарушение секреции половых органов может возникнуть при экстрагенитальных и гинекологических заболева-

ниях. Источниками белей являются патологические процессы в разных отделах половой системы.

Маточные трубы являются редким источником происхождения белей. Бели указанного вида выделяются лишь по той форме воспаления труб, которая заканчивается образованием гидросальпинкса (или пиосальпинкса), содержимое которого периодически поступает в полость матки, а из последней — во влагалище и наружу. Это заболевание возникает при зарастании абдоминального отверстия трубы.

В предменструальном периоде и во время менструации в связи с утолщением и гиперемией слизистой маточное отверстие трубы резко суживается и воспалительный выпот накапливается в полости трубы. После менструации просвет маточного конца трубы может восстановиться, и содержимое трубы (серозное или гнойное) поступает в полость матки, а из последней — во влагалище.

Маточные (корпоральные) бели. При нормальном состоянии матки полость ее свободна от секрета. Секрет маточных желез скопляется в полости последних и лишь слегка увлажняет поверхность эндометрия. Маточные бели возникают главным образом при эндометритах различной этиологии.

Выделения из матки при остром эндометрите могут быть гнойными, а при хроническом имеют водянистый характер. Бели маточного происхождения бывают при полипах слизистой и субмукозной миоме. Маточные бели в пожилом и старческом возрасте нередко являются первым (сигнальным) симптомом рака тела матки. Поэтому всегда нужно стремиться выяснить причину происхождения маточных белей.

Шеечные бели. Нормальная функция желез слизистой цервикального канала характеризуется продукцией прозрачного слизистого секрета. Секретия шеечных желез бывает выраженной в фолликулярную фазу цикла и достигает наивысшего развития к моменту овуляции. В лютеиновую фазу цикла секретия резко ослабевает.

Нарушение секретии шеечных желез является довольно частой причиной происхождения белей. Гиперсекретия шеечных желез наблюдается при экстрагенитальных заболеваниях (туберкулез, нарушение функций желез внутренней секреции, функциональные неврозы, болезни обмена). Шеечные бели нередко возникают при следующих гинекологических заболеваниях.

1. Эндоцервицит гонорейной этиологии обычно сопровождается нарушением секретии. В острой стадии выделения содержат более или менее значительную примесь гноя, а в хронической становятся мутноватыми, слизистыми. После перенесенной гонореи может существовать длительное время катаральное состояние цервикальной слизистой, характеризующееся гиперсекрецией прозрачной слизи.

2. Послеродовые разрывы шейки матки, сопровождающиеся выворотом (эктропион), обычно ведут к гиперсекреции шеечных желез. Причиной гиперсекреции при эктропионе является свободное сообщение цервикальной слизистой с кислым влагалищным содержимым, а также занесение в шеечный канал патогенной флоры из влагалища.

3. Хронические эндоцервициты и эктропионы, сопровождающиеся гиперсекрецией, способствуют десквамации плоского многослойного эпителия и образованию эрозии, которая является дополнительным источником белей.

4. Источником шеечных белей являются полипы слизистой шеечного канала, рак шейки матки, туберкулез шейки и другие процессы, сопровождающиеся изъязвлением.

Влагалищные бели. Влагалище здоровой половозрелой женщины содержит 0,5—1 г белого сливкообразного отделяемого. Жидкая часть содержимого влагалища представляет собой трансудат из кровеносных и лимфатических сосудов подэпителиального слоя. К трансудату примешиваются отслоившиеся клетки плоского многослойного эпителия влагалища, бактерии, секрет желез шейки матки. По мере образования трансудат высыхает или обратно всасывается слизистой оболочкой влагалища. Эти процессы в нормальных условиях уравниваются и поэтому здоровые женщины выделений из влагалища не отмечают.

Нормальная физиологическая секреция половых органов имеет важнейшее биологическое значение — она способствует процессу оплодотворения (передвижение сперматозоидов и оплодотворенной яйцеклетки, имплантация и развитие яйца) и предупреждает возможность проникновения микроорганизмов в верхние отделы половых путей (матка, трубы).

Предупреждение инфицирования половых органов в значительной мере определяется наличием приспособительного фактора, обозначаемого термином «самоочищение влагалища».

Механизм самоочищения влагалища представляется в следующем виде. При физиологических условиях влагалище содержит палочковидную флору (*Vac. vaginalis vulgaris*), которая вырабатывает молочную кислоту из гликогена, образующегося в эпителии влагалища. Молочная кислота не оказывает вредного действия на слизистую оболочку влагалища, но тормозит развитие патогенных микроорганизмов, которые легко проникают из внешней среды. Нормальная секреция и физиологический микробизм влагалища сохраняется при следующих условиях: а) правильное течение процессов гликогенообразования в слизистой влагалища; б) отсутствие слишком частого и массивного занесения патогенной микрофлоры.

При нарушении указанных условий секреция влагалища нарушается и появляются влагалищные бели.

Причиной возникновения влагалищных белей могут быть экстрагенитальные заболевания (туберкулез легких, острые инфекционные болезни, гипертиреоз и др.), в результате которых понижается гормональная функция яичников и процесс гликогенообразования в слизистой влагалища.

В связи с этим нарушается процесс образования молочной кислоты и создаются условия для заселения влагалища патогенными микроорганизмами.

Влагалищные бели могут возникнуть при условии постоянного занесения во влагалище патогенных микроорганизмов, а также при повторяющемся воздействии механических, химических и термических факторов. Постоянному занесению патогенной микрофлоры способствуют: а) разрывы промежности (зияние половой щели), б) опущение влагалища, в) мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи, г) частый coitus, сопровождающийся нарушением эпителия влагалища, д) продолжительное пребывание во влагалище загрязненных презервативов и пессариев. Непоказанные спринцевания крепкими дезинфицирующими веществами, а также применение нерациональных химических противозачаточных средств могут вести к появлению белей в связи с нарушением процесса гликогенообразования и изменением флоры влагалища.

Источником влагалищных белей могут быть рак влагалища, туберкулезные язвы и другие заболевания. Следует подчеркнуть, что

влагалищные и шеечные бели являются наиболее частыми по сравнению со всеми другими источниками патологической секреции.

**Вестибулярные бели.** Бели такого рода образуются в связи с гиперсекрецией потовых, сальных и слизистых желез вульвы и при воспалении бартолиновых желез. Секрет сальных и потовых желез может скопиться в складках вульвы и вызвать раздражение окружающих тканей. Вестибулярные бели возникают чаще всего в связи с вульвитом или в результате раздражения вульвы патологическим секретом, образующимся при заболевании лежащих выше отделов половых путей. Вестибулярные бели бывают сравнительно редко.

Учитывая возможность возникновения белей на почве таких заболеваний, как гонорея, рак и другие заболевания, опасные для здоровья и жизни больной, врач обязан установить причину белей. Уяснение причины белей создает возможность рационального лечения заболевания, ведущего к нарушению секреторной функции.

**Функции соседних органов.** Заболевания половых органов нередко сопровождаются расстройством функции соседних органов: нижнего отдела мочевыводящих путей и кишечника. Эта зависимость объясняется анатомической близостью и существованием связей в нервной, сосудистой и лимфатической системе половых и соседних органов.

**Расстройства функции мочевыводящих путей.** Гинекологические больные нередко отмечают разнообразные расстройства мочеиспускания: учащение мочеиспускания, недержание мочи, затруднение мочеиспускания (задержка мочи), боли, жжение и резь при мочеиспускании.

Учащение мочеиспускания часто наблюдается при следующих заболеваниях половых органов: а) опущение передней стенки влагалища, в котором принимает участие задняя стенка мочевого пузыря (cystocele); б) перегибы матки кзади, когда шейка матки бывает направлена кпереди и раздражает основание мочевого пузыря; возникновению этого симптома особенно способствует сочетание ретрофлексии матки с беременностью и фибромиомой; в) фибромиома матки при локализации узлов на передней поверхности матки, в нижнем ее сегменте и в области шейки матки, а также опухоли яичника, оказывающие давление на пузырь; г) циститы и уретриты, а также переход рака матки на мочевой пузырь.

Недержание мочи может быть полным и неполным. Полное недержание мочи обычно наблюдается при пузырно-влагалищных свищах, неполное недержание мочи может быть следствием различных патологических процессов.

а) При значительном опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря больные нередко отмечают произвольное выделение мочи при переходе из горизонтального положения в вертикальное, при кашле, чихании, поднятии тяжестей (неудержание мочи) и т. д.

б) Небольшие пузырно-влагалищные и шеечно-пузырные свищи характеризуются тем, что часть мочи вытекает через влагалище, часть — через уретру при мочеиспускании. Неполное недержание мочи бывает также при одностороннем мочеточничко-влагалищном свище, а также в результате травмы сфинктера мочевого пузыря при патологических родах.

Затруднение мочеиспускания связано с изменением положения мочевого пузыря и перегибом уретры. При указанных заболеваниях может возникнуть своеобразное состояние: мочеиспускание становится невозможным, а моча произвольно вытекает каплями из уретры

(*ischuria paradoxa*). Мочиспускание становится возможным после правления внутрь выпавшей матки вместе с влагалищем и мочевым пузырем. При ущемлении в малом тазу ретрофлексированной беременной матки или опухолей внутренних половых органов наблюдается затруднение мочиспускания, сочетающееся с частыми позывами. Задержка мочи (ишурия) нередко наблюдается при полном выпадении матки, а также при редкой форме аномалии положения ее — вывороте.

Боли при мочиспускании могут возникнуть при различных заболеваниях.

а) Жжение и резь при мочиспускании — обычный симптом уретрита, который часто возникает при заражении гонореей.

б) Боль при наполнении и опорожнении мочевого пузыря наблюдается при тазовом перитоните в связи с распространением воспалительного процесса на брюшину, покрывающую пузырь. Этот симптом возникает также при распространении воспалительного процесса из параметральной клетчатки на клетчатку мочевого пузыря.

в) Боли при мочиспускании возникают при распространении на мочевой пузырь злокачественных новообразований матки или яичника.

**Расстройства функции кишечника.** Гинекологические больные нередко жалуются на запоры. Реже бывают поносы, недержание газов и кала, боль при дефекации, примесь крови к испражнениям.

**Запоры** возникают при перегибах матки кзади, новообразованиях матки и яичников, сдавливающих прямую кишку, а также при воспалительных процессах, особенно локализующихся в тазовой клетчатке и брюшине. Нарушение дефекации при этих заболеваниях может возникнуть рефлекторным путем в связи с нарушением кровообращения, а также вследствие механических препятствий. При воспалительных заболеваниях запоры могут быть вызваны переходом воспалительного процесса на параректальную клетчатку или на брюшинный покров прямой кишки. При воспалительных заболеваниях понижение моторной функции кишечника может быть вызвано интоксикацией.

**Поносы** наблюдаются в острой стадии воспалительных заболеваний, особенно при септическом пельвеоперитоните и параметрите. Поносы могут возникнуть при туберкулезном поражении придатков матки и тазовой брюшины, особенно если одновременно поражен кишечник.

**Недержание кала и газов** является симптомом полного разрыва промежности и кишечно-влагалищных свищей.

**Боли при дефекации** обычно бывают при трещинах в заднем проходе и геморроидальных узлах, а иногда возникают рефлекторно при воспалении придатков матки.

**Тенезмы при дефекации** могут возникнуть при наличии гноя в дугласовом кармане, при готовящемся к перфорации пиосальпинксе и пиовариуме, а также при переходе рака шейки (тела) матки на стенку прямой кишки.

**Кровотечение из прямой кишки** — симптом, типичный не только для геморроя и полипов, но и для рака прямой кишки, поэтому всегда необходимо установить источник кровотечения с помощью специальных методов исследования.

## **БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ**

Боль относится к частым жалобам гинекологических больных. Возникновение и характер болевых ощущений определяются особенностями иннервации половых органов. Учение об иннервации половых

органов в последние годы обогащено новыми данными о наличии в них баро-, механо-, хемо- и терморцепторов.

В настоящее время имеются основания полагать, что в половых органах существуют нервные окончания, воспринимающие болевые раздражения. Болевые импульсы, возникающие в половых органах в результате раздражения интерорецепторов, следуют к центрам головного мозга различными путями. Нервные волокна, проводящие болевую чувствительность, вступают в составе задних корешков в спинной мозг и следуют далее в центры головного мозга. В настоящее время существует мнение, что симпатическая нервная система также играет определенную роль в проведении боли экстрамедуллярным путем.

Возникновение болевой чувствительности возможно также в связи с раздражением болевых рецепторов кровеносных сосудов.

Принимая во внимание чрезвычайно развитую вегетативную иннервацию половых органов, а также обильную васкуляризацию их, следует считать, что в половом аппарате существуют дополнительные к спинномозговому нервам источники восприятия и передачи болевых раздражений.

Многие физиологи и клиницисты считали высшим центром восприятия боли зрительный бугор. Согласно учению И. П. Павлова, раздражение приобретает новое качество, т. е. переходит в ощущение, только в мозговом конце анализатора. Следовательно, импульсы, возникающие при раздражении рецепторов половых органов, поступают через спинной мозг в таламическую область, достигают коры мозга и здесь перерабатываются в болевое ощущение.

Формирование болевого ощущения и интенсивность его определяются не только степенью раздражения рецепторов, но и исходным состоянием центральной нервной системы. Возникновение и интенсивность болевых ощущений у гинекологических больных в значительной мере зависят от типологических особенностей высшей нервной деятельности, от эмоционального состояния женщины, от характера соотношений между процессами возбуждения и торможения и т. д. Одни женщины жалуются на боли при незначительных изменениях в половых органах, другие же терпеливо переносят тяжелые заболевания и связанные с ними болезненные манипуляции.

Болевые ощущения могут возникнуть при качественно различных раздражениях половых органов. Причиной возникновения боли могут быть механические, физико-химические и другие раздражения.

Механическое раздражение болевых рецепторов половых органов. Источником происхождения болей указанного характера являются патологические процессы в гениталиях, связанные с растяжением, сокращением и насильственным перемещением брюшины, мышечных, сосудистых и соединительнотканых элементов. Аналогичное происхождение имеет боль при спазме мускулатуры матки и труб, а также при сдавлении половых органов опухолями, инфильтратом и т. д. Боли в связи с механическим раздражением интерорецепторов при растяжении, смещении, давлении и т. д. наблюдаются при следующих гинекологических заболеваниях.

1. Заболевания, сопровождающиеся интенсивной сократительной деятельностью матки (аборт, рождающийся миоматозный узел) или труб (трубный аборт).

2. Доброкачественные новообразования (фибромиомы, кистомы) в случае их локализации, обуславливающей сдавление нервных окончаний, стволов и сплетений.



3. Кровоизлияние в полость органов или опухолей, исходящих из половых органов, приводящее к растяжению и раздражению рецепторов (в яичник — аоррехиа ovarii, в полость кистом, трубы).

4. Рубцы и спайки, образовавшиеся в результате перенесенного воспаления, вызывающие сдавление нервных окончаний и проводников.

Физико-химическое раздражение болевых рецепторов половых органов на почве воспаления.

Причиной возникновения боли при воспалительных заболеваниях половых органов могут быть: нарушение обмена, сопровождающееся изменением ионного равновесия и химизма среды, интоксикация рецепторов, отек, образование инфильтратов. При воспалении в нервных элементах могут возникнуть более или менее стойкие структурные изменения.

Боли, обусловленные воспалительным процессом, отличаются некоторыми особенностями.

а) Интенсивность боли в значительной мере определяется степенью распространения воспалительного процесса на париетальную брюшину малого таза, которая иннервируется спинальными нервами. Процессы, сопровождающиеся воспалением брюшины (пельеоперитонит), характеризуются более интенсивной болью, чем такие заболевания, как метроэндометрит и параметрит. Особенную силу приобретает боль при разрыве пиосальпинкса, гнойника яичника.

б) Интенсивность их зависит от стадии воспалительного процесса (они выражены сильнее в острой стадии заболевания), а также от специфичности его. Например, при гонорейном воспалении придатков матки боль значительно сильнее, чем при туберкулезном поражении труб и яичников.

в) Боли усиливаются во время менструации, при физическом напряжении и охлаждении, что можно объяснить изменением кровенаполнения тазовых органов, а также понижением порога возбудимости.

г) У некоторых женщин они упорно держатся после исчезновения инфильтратов, экссудатов, спаек и других изменений. Указанное явление может зависеть от стойких структурных изменений нервных элементов или от возникновения в коре головного мозга застойного очага раздражения.

Боли, обусловленные запущенными злокачественными опухолями половых органов, отличаются интенсивностью и постоянством. В основе их происхождения лежит интоксикация, сдавление или структурные изменения нервных элементов. Известную роль в происхождении боли при раке шейки и тела матки играют сопутствующие воспалительные процессы (параметрит, сальпингооофорит, пиометра).

При поражении наружных половых органов боли обычно локализуются в месте заболевания.

Боли, возникающие при заболеваниях внутренних половых органов, не имеют строгой локализации и носят диффузный характер даже в тех случаях, когда достигают значительной силы. Место боли больная указывает не точно, а приблизительно, причем болезненные ощущения проецируются на значительно более обширные участки по сравнению с очагом заболевания. Гинекологические больные отмечают боли внизу живота, которые иррадируют в область крестца, копчика, прямой кишки, влагалища, бедер и т. д.

При гинекологических заболеваниях существуют зоны повышения кожной чувствительности, так называемые зоны Захарьина-Геда, которые распространяются от X грудного до IV крестцового сегментов (рис. 31).

Возникновение отраженных болей в определенных участках кожи при гинекологических заболеваниях объясняется следующим образом. Болевые импульсы, поступающие в определенный сегмент задних рогов спинного мозга, образуют очаг повышенной возбудимости. Возбуждение распространяется на участки восприятия болевой чувствительности с определенных сегментов кожи. Поэтому в кору головного

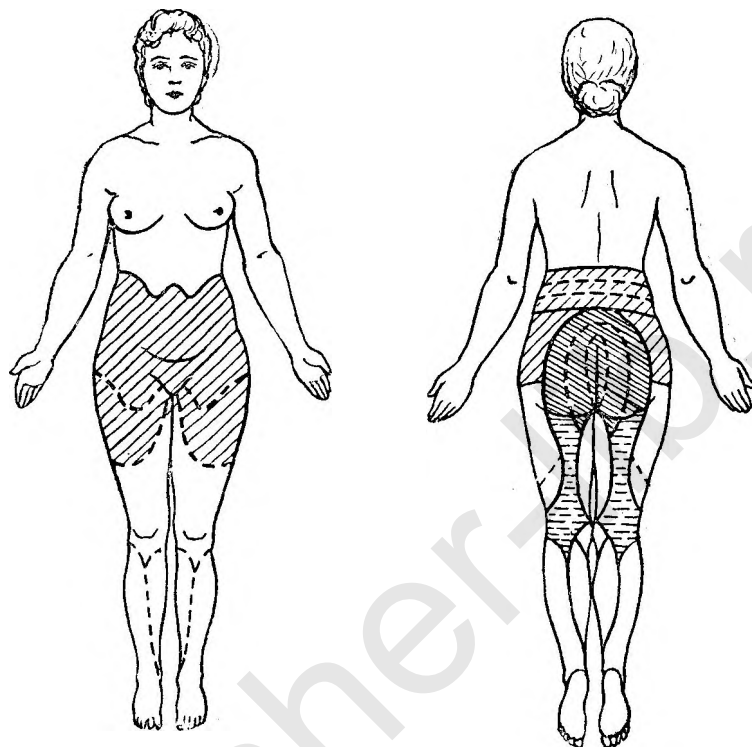


Рис. 31 Зоны Захарьина-Геда.

мозга направляются болевые импульсы не только по нейронам, которые соответствуют половым органам, но и по проводникам, соответствующим определенному сегменту кожи.

Необходимо отметить, что боли, исходящие из половых органов, могут влиять рефлекторным путем на функции мочевого пузыря, кишечника, печени, почек, надпочечника, гипофиза, сердечно-сосудистой системы. Продолжительные болевые ощущения сопровождаются расстройствами кровообращения, трофики и секрета половых органов.

### УСЛОВИЯ ТРУДА И БЫТА

Условия жизни влияют на развитие организма женщины и, в частности, на развитие ее полового аппарата. В значительной мере от условий жизни зависит возникновение, течение и исход общих заболеваний, которые могут быть источником анатомических и функциональных аномалий половой системы. В данном разделе анамнеза надлежит уделить особое внимание вопросам питания, быта и труда.

Питание. Полноценное в количественном и качественном отношении питание определяет правильность развития организма в детском возрасте и процесс полового созревания. Нарушение условий пита-

ния является причиной развития рахита и его последствий, влияющих на будущую детородную функцию женщины. Не полноценное питание обуславливает позднее наступление полового созревания и недоразвитие половых органов с вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями (дисменорея, бесплодие, выкидыши и т. д.). У взрослых женщин неполноценное питание (недостаточное, одностороннее) также может вызвать нарушения менструальной и детородной функции.

**Условия быта.** Неблагоприятные жилищные условия и неправильно организованный домашний труд влияют на течение существующих гинекологических заболеваний. Домашний труд, сопряженный с подниманием и ношением тяжестей, может способствовать возникновению неправильных положений половых органов, особенно если подобная работа выполняется вскоре после родов, в период полового созревания и в старости.

Жилищные условия, способствующие охлаждению, могут быть причиной обострения хронических воспалительных заболеваний. Обострению и неблагоприятному течению воспалительных заболеваний могут способствовать холодные уборные, где происходит охлаждение организма.

**Условия труда.** Законодательство по охране труда женщин и важнейшие мероприятия по дальнейшему улучшению условий труда в промышленности и сельском хозяйстве способствуют ликвидации профессиональных заболеваний в нашей стране.

В настоящее время мы почти не наблюдаем гинекологических заболеваний, этиологически связанных с профессией. Однако нарушение санитарно-гигиенических условий труда может служить фактором, способствующим проявлению или неблагоприятному течению тех или иных патологических процессов в половых органах. Условия труда, связанные с длительным стоянием или сидением, сотрясением тела, ношением тяжести, неблагоприятно влияют на течение воспалительных заболеваний, способствуют возникновению аномалий положения половых органов и расстройству менструальной функции.

Нарушение санитарных условий труда и личной гигиены на «пылевых» производствах (табачная, хлопкообрабатывающая промышленность и др.) может иметь следствием воспаление вульвы и влагалища, сопровождающееся нарушением секреции.

Работа со свинцом, ртутью, фосфором и другими вредными химическими веществами может вызвать нарушение менструальной и детородной функции в том случае, если на данном предприятии ослаблено внимание к вопросам охраны труда.

## **РАЗВИТИЕ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Опрос больной заканчивается получением подробных сведений о развитии настоящего заболевания, главные симптомы которого обычно выясняются в процессе ознакомления с основными функциями половой системы (менструальная, половая, детородная и т. д.).

В настоящем разделе анамнеза получают сведения о времени возникновения заболевания и связи его с тем или другим фактором (роды, аборт, менструация, травма, охлаждение, сильные эмоции, общие заболевания и пр.), а также о развитии заболевания. Подробно выявляются данные о течении заболевания и дополнительных симптомах, сведения о применявшихся ранее методах диагностики и лечения и результатах этих мероприятий.

Заканчивая опрос, врач обычно получает достаточное количество сведений для предположительного, предварительного заключения о характере заболевания у больной. Указанные предположения имеют различную степень вероятности и более или менее близки к истине в зависимости от характера заболевания и отчетливости его клинических признаков.

Распознавание заболевания возможно только после производства объективного исследования и обсуждения полученных объективных данных и анамнеза.

## **СИСТЕМА ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Исследование гинекологических больных имеет целью распознавание заболеваний половой системы и выяснение состояния других органов и систем. Производится исследование всего организма женщины, что очень важно в отношении выявления: а) сопутствующих заболеваний и б) расстройств функций важнейших органов, которые могут быть связаны с заболеваниями половых органов.

Общезвестными методами исследования (перкуссия, аускультация, пальпация, рентгеноскопия и др.) выясняется состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др. Имеет большое значение неврологическое исследование, дающее представление об изменениях функций нервной системы женщины.

Для уточнения диагноза и оценки клинического течения гинекологических заболеваний применяют гематологические, биохимические, бактериоскопические и другие методы исследования.

В гинекологической практике используют:

1. Общепринятые в медицине методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др.
2. Специальные методы исследования: внутреннее и бимануальное исследование, исследование при помощи зеркал, зондирование, пробное выскабливание и т. д.
3. Лабораторные методы исследования.

### **ОСМОТР, ПАЛЬПАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ, АУСКУЛЬТАЦИЯ**

При многих гинекологических заболеваниях осмотр позволяет получить ценные данные, облегчающие диагностику.

Бледность кожи и видимых слизистых наводит на мысль о заболеваниях, связанных с кровопотерей (фибромиома, нарушения менструальной функции и др.). Истощение, бледный или землистый цвет лица характерны для запущенных форм злокачественных новообразований. Рахитические деформации скелета могут быть причиной возникновения травматических повреждений после родов (свищи, разрывы шейки матки и промежности).

При осмотре выявляются особенности конституции, что нередко облегчает понимание особенностей патологических процессов. Под конституцией понимают совокупность морфологических и функциональных свойств (особенностей) организма, формирующихся под влиянием факторов наследственности и внешней среды. Ввиду того что наследственность есть эффект концентрирования воздействий внешней среды, ассимилированных организмом в ряде предшествующих поколений (Мичурин), конституция в конечном счете является продуктом условий среды.

При оценке конституции учитываются не только морфологические признаки, но и функциональные особенности организма, влияющие на возникновение заболеваний и их течение. При установлении связи некоторых гинекологических заболеваний с конституциональными особенностями организма следует учитывать, что конституция не предопределяет возникновения и развития болезни. Заболевание возникает в результате воздействия неблагоприятных условий среды, значимость которых возрастает при наличии определенных конституциональных факторов.

Из существующих классификаций типов конституции внимание гинекологов привлекают конституциональные особенности, связанные с нарушением характера полового развития и дифференцировки. Сюда относится инфантильный, или гипопластический, тип, возникновение которого связано с недостаточным развитием организма (остановка на более ранней ступени), и интерсексуальный тип, характеризующийся недостаточной дифференцировкой половых признаков. На течение некоторых гинекологических заболеваний влияют также особенности, свойственные астенической конституции.

Инфантильный тип характеризуется следующими основными чертами: небольшой рост, общеравномерносуженный таз, недоразвитие молочных желез, наружных и внутренних половых органов и др. При инфантилизме часто встречаются нарушения менструальной и детородной функции.

Интерсексуальный тип характеризуется недостаточно полной дифференцировкой половых признаков, что отражается на внешнем облике женщины и функциях половых органов. Женщины интерсексуального типа обычно имеют довольно высокий рост, массивный скелет, широкий плечевой пояс, таз, приближающийся по форме к мужскому, не смыкающиеся голени. Волосистой покров на половых органах развит сильно, рост волос направлен к пупку по белой линии (по мужскому типу). Много волос на ногах, вокруг заднего прохода. У женщин интерсексуального типа нередко наблюдается гипоплазия половых органов, нарушения менструальной функции, бесплодие, половая индифферентность.

Иногда отмечается сочетание признаков инфантилизма и интерсексуальности.

Астенический тип характеризуется, как известно, преобладанием продольных размеров, понижением тонуса мышечной и соединительнотканной системы, особенностями строения скелета, грудной клетки и внутренних органов (малое сердце, узкая аорта, низкое стояние диафрагмы, длинная брыжейка и др.), нередко наблюдается опущение внутренних органов. У женщин астенического типа нередко наблюдается чрезмерная подвижность матки и перегибы ее кзади. После родов в связи со слабостью связочного аппарата и мышц тазового дна легко возникает опущение влагалища и матки. Такие женщины нередко даже при отсутствии объективно выявляемых изменений со стороны половой сферы жалуются на боли в крестце, тяжесть внизу живота, болезненные менструации, запоры, понижение трудоспособности.

Осмотр живота. Осмотр живота может дать основание для предположения о наличии гинекологических заболеваний. Увеличение объема живота и изменение его формы наблюдаются при больших опухолях (миомы, кистомы и др.), выпотном перитоните, иногда при опущении придатков матки с образованием больших мешотчатых «опухолей» труб (гидросальпинкс, пиосальпинкс) и гнойнике яичника.

Увеличению живота способствует также асцит, нередко наблюдающийся при новообразованиях яичника.

При гинекологических заболеваниях нередко изменяется форма живота. При кистах живот имеет куполообразную форму, при заболеваниях половых органов, сопровождающихся асцитом, в горизонтальном положении он имеет уплощенную форму. При наличии опущения или выпадения влагалища и матки нередко наблюдается отвислый живот. Известно диагностическое значение пигментации белой линии живота, рубцов беременности.

Пальпация живота производится в горизонтальном положении при согнутых ногах, что способствует расслаблению брюшной стенки, после опорожнения мочевого пузыря. Желательно устранить переполнение кишечника.

Путем пальпации определяется состояние брюшной стенки (тонус, мышечная защита, наличие диастаза прямых мышц живота), болезненные участки на ней, наличие опухолей, инфильтратов. Ощупывание через живот позволяет с известной точностью определить величину, форму, границы, консистенцию и болезненность опухолей и инфильтратов, исходящих из половых органов и располагающихся за пределами малого таза; возможно также выяснение подвижности новообразований и феномена «баллотирования». При остром воспалении придатков матки и тазовой брюшины нередко пальпация вызывает произвольное напряжение мышц в нижнем отделе живота (мышечная защита). При внематочной беременности наблюдается напряжение живота; однако если пальпация производится бережно, напряжение живота может отсутствовать.

Перкуссия живота является вспомогательным методом исследования в гинекологии. Перкуссия способствует уточнению границ и контуров опухолей, а также больших инфильтратов и экссудатов, образовавшихся при воспалительных заболеваниях половых органов.

Перкуссия при перемене положения позволяет выявить наличие в полости живота асцитической жидкости, излившейся крови (внематочная беременность), содержимого кистом при разрыве их стенок и т. д. Перкуссия может быть использована при проведении дифференциального диагноза между параметритом и пельвеоперитонитом. При параметрите границы инфильтрата, определяемые путем перкуссии и пальпации, совпадают; при пельвеоперитоните перкуторная граница инфильтрата кажется меньше вследствие склеивания над его поверхностью петель кишечника. Аналогичное расхождение между данными перкуссии и пальпации наблюдается при образовании спаек между поверхностью опухолей и кишечником. Перкуссию применяют при проведении дифференциального диагноза между опухолью и конгломератом кишечных петель.

Аускультация живота служит методом определения наличия перистальтики и ее характера. Прекращение перистальтики указывает на парез кишечника, наблюдающийся при перитоните; ослабление перистальтики наблюдается после сложных гинекологических операций вследствие понижения моторной функции кишечника. Бурные кишечные шумы наблюдаются при возникновении непроходимости кишечника (обтурационный илеус).

Аускультация способствует проведению дифференциального диагноза между опухолями половых органов (фибромиомы, кистомы) и беременностью. При беременности свыше 5 месяцев, а иногда и раньше аускультативно определяются движения и сердечные тоны плода.

## СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Развитие гинекологической науки характеризуется умножением и усовершенствованием методов исследования больных. Методы исследования гинекологических больных многочисленны и не одинаковы по степени сложности и назначению.

Существуют методы, применяемые в обязательном порядке при исследовании всех гинекологических больных, а также и здоровых женщин при проведении профилактического осмотра.

К обычным и обязательным методам исследования относятся:

- 1) осмотр наружных половых органов;
- 2) исследование при помощи зеркал;
- 3) вагинальное исследование;
- 4) двуручное влагалищное исследование (бимануальное, вагинально-абдоминальное).

Некоторые специальные методы исследования применяют не в обязательном порядке, а при необходимости получить дополнительные диагностические данные.

К таким методам относятся: а) ректальное и ректально-вагинальное исследование; б) зондирование матки; в) исследование при помощи пулевых щипцов; г) пробное выскабливание слизистой матки; д) взятие пробной вырезки (биопсия); е) пробный прокол (пункция); ж) продувание труб; з) метросальпингография; и) катетеризация мочевого пузыря; к) пробное чревосечение; л) эндоскопические методы исследования; м) цитологические методы исследования.

В гинекологической практике также широко используются гистологические, бактериологические, серологические и другие методы исследования.

### ПОДГОТОВКА К ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ БОЛЬНОЙ

Исследование производится после освобождения мочевого пузыря, при отсутствии переполнения кишечника, в горизонтальном положении. Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, головной конец туловища слегка приподнят. Указанное положение способствует расслаблению мышц брюшной стенки. Исследование производится на специальном гинекологическом кресле<sup>1</sup>.

Для исследования больных заранее стерилизуются влагалищные зеркала, подъемники, пинцеты, инструменты для взятия мазков, вата, марля. Другие инструменты для выполнения более сложных специальных методов исследования стерилизуются по мере надобности.

Исследование гинекологических больных производится в резиновых перчатках, которые стерилизуются после исследования больных гонореей, раком, туберкулезом, трихомонадным кольпитом. В остальных случаях достаточно мыть руки в перчатках проточной водой с мылом и последующая обработка их дезинфицирующим раствором (сулема 1 : 1000, 0,5% раствор хлорамина, 1% раствор лизола и др.).

### ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

При осмотре наружных половых органов учитывают степень и характер развития волосяного покрова (по женскому или мужскому типу), развитие малых и больших половых губ, состояние промежности

<sup>1</sup> При отсутствии специального кресла гинекологическое исследование можно производить на жесткой (высокой) кушетке или на деревянном столе с ногдержателями.

(высокая, низкая, корытообразная), наличие патологических процессов (воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов). Обращают внимание на зияние половой щели; предложив женщине потужиться, определяют, нет ли опущения или выпадения стенок влагалища и матки. Далее производят осмотр заднепроходного отверстия с целью выявления возможных патологических процессов (варикозные узлы, трещины, кондиломы, выделение крови, гноя или слизи из прямой кишки).

Раздвинув пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход во влагалище, учитывая при этом: а) окраску (бледность, цианоз); б) характер секрета; в) наличие патологических процессов (воспаление, кисты, изъязвления и др.); г) состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала и выводных протоков бартолиновых желез (гиперемия, выделения); д) форму девственной плевы или ее остатков.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ

Исследование при помощи зеркал производится непосредственно после осмотра наружных половых органов до производства влагалищного и бимануального исследования. Такая последовательность целесообразна потому, что предварительное пальцевое исследование может затемнить и несколько изменить характер выделений и вид эрозий, полипов и воспалительных процессов вследствие травматизации и примеси крови.

Исследование при помощи зеркал имеет значение для диагностики заболеваний влагалища и шейки матки. Своевременное распознавание эрозий, полипов, лейкоплакий и заболеваний, относящихся к предраковым состояниям, а также рака шейки матки возможно только при помощи зеркал. Равным образом зеркала необходимы для диагностики других заболеваний шейки матки и влагалища (кольпит, цервицит, туберкулезные язвы, повреждения и т. д.). Поэтому исследованию при помощи зеркал подвергается каждая гинекологическая больная и каждая здоровая женщина при профилактическом осмотре (кроме девственниц).

Существуют следующие модели влагалищных зеркал: а) цилиндрические; б) створчатые; в) ложкообразные (пластинчатые).

Цилиндрические зеркала употребляются редко, главным образом с целью изоляции стенок влагалища от лекарственных веществ, применяемых при лечении заболеваний шейки матки.

Самодержащимися створчатыми зеркалами (рис. 32) пользуются в амбулаторной практике, если отсутствует помощник, который может понадобиться при использовании более удобных ложкообразных зеркал. Створчатое зеркало вводят до сводов влагалища в сомкнутом виде; далее створки раскрывают, после чего шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища.

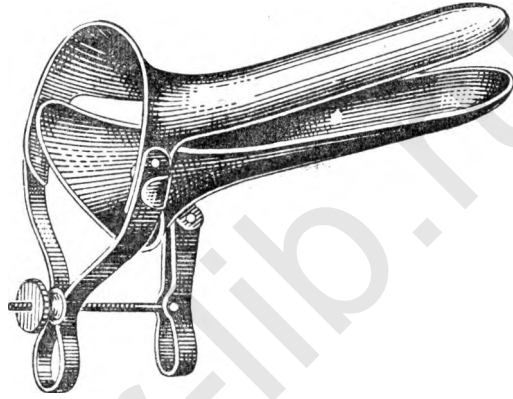


Рис. 32. Створчатое зеркало.



Наиболее удобными в отношении обеспечения полноты осмотра шейки матки и стенок влагалища являются ложкообразные зеркала

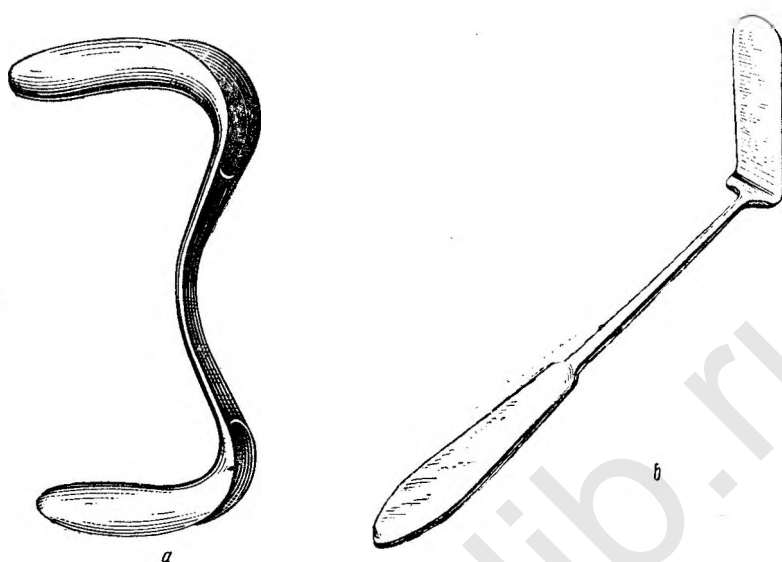


Рис. 33. Ложкообразное зеркало (а) и подъемник (б).

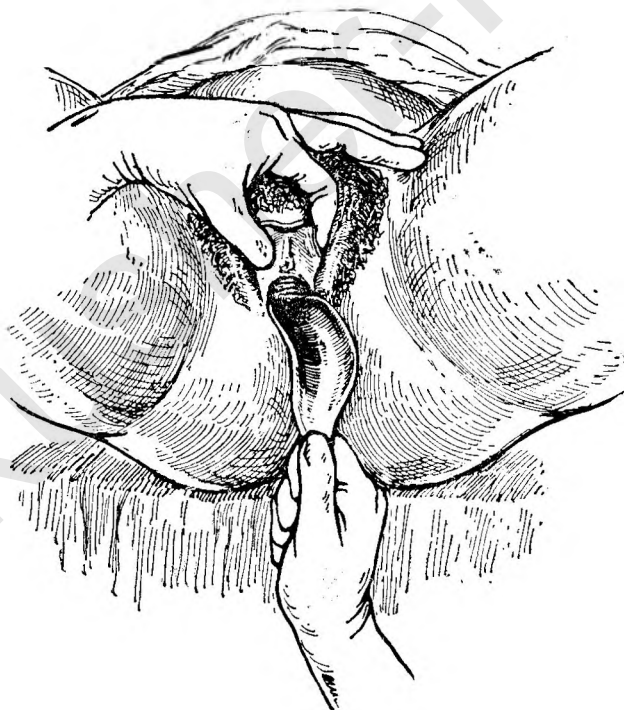


Рис 34. Введение заднего зеркала.

(рис. 33). Вначале вводят заднее зеркало (рис. 34), которое располагается на задней стенке влагалища и слегка оттесняет кзади промежность; затем параллельно ему вводят переднее зеркало (плоский

подъемник), которым поднимается кверху передняя стенка влагалища (рис. 35). При необходимости увеличить доступ к шейке вводят «боконики» — плоские пластинчатые зеркала.

При исследовании зеркала определяют окраску слизистой шейки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наличие патологических процессов в области шейки матки и влагалища (воспаление, повреждения, изъязвления, опухоли, свищи и т. д.).

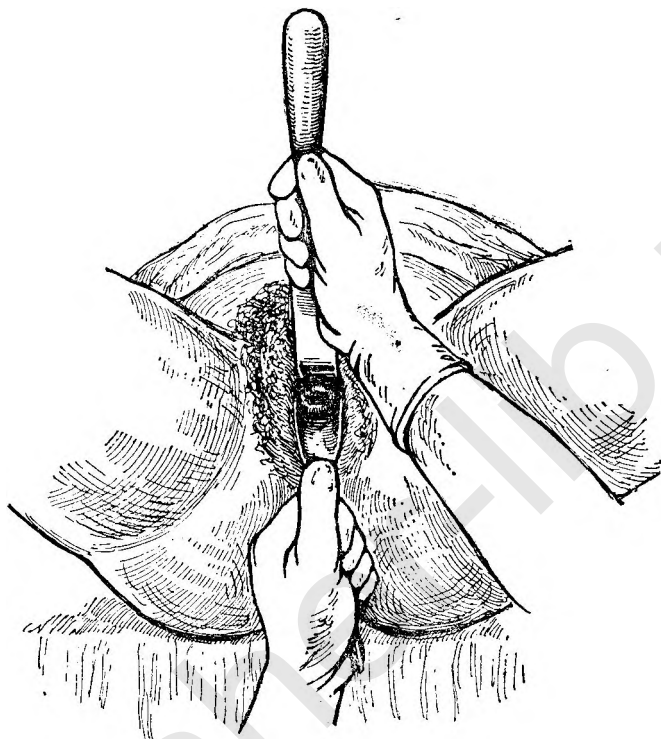


Рис. 35. Обнажение шейки матки после введения зеркала.

### **ВАГИНАЛЬНОЕ (ВНУТРЕННЕЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ**

Влагалищное исследование производится указательным и средним пальцем или лишь одним указательным пальцем одной (обычно правой) руки. При узком влагалище (гипоплазия, возрастная атрофия, нерожавшие женщины) во влагалище следует вводить только один палец. Перед введением пальцев вульву протирают стерильной ватой или тампоном, смоченным в дезинфицирующем растворе. Половые губы разводят большим и указательным пальцами левой руки. Указательный и средний пальцы бережно вводятся во влагалище, большой палец направляется к симфизу, мизинец и безымянный пальцы прижимаются к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность.

Влагалищное исследование производится по следующему плану.

а) Определяют состояние тазового дна надавливанием на мышцы промежности со стороны влагалища и ощупыванием (расслабление, гипотрофия или атрофия мышцы).

б) Указательным и большим пальцами прощупывают область расположения бартолиновых желез (киста, воспаление железы и др.).

в) Со стороны передней стенки влагалища прощупывают уретру (уплотнение, болезненность), а при наличии признаков воспаления из нее выдавливают выделения (для исследования).

г) Определяют состояние влагалища: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических процессов (инфильтраты, рубцы, стенозы, опухоли, пороки развития). Выявляют особенности сводов влагалища: глубина, подвижность, болезненность. При наличии патологических процессов в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке влагалищные своды могут быть уплощены, выпячены, ригидны, болезненны и т. д. При гипоплазии и старческой атрофии своды уплощаются.

д) Детально исследуют влагалищную часть шейки матки: ее величину (гипертрофия, гипоплазия), форму (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями, кондиломами), поверхность (гладкая, бугристая), консистенцию (обычная, размягченная при беременности, плотная при раке, старческом склерозе), положение по проводимой оси таза (направлена кпереди, кзади, влево или вправо, поднята вверх или опущена), состояние наружного зева (закрыт или открыт, форма круглая, поперечная щель, зияние), подвижность шейки (чрезмерно подвижна при опущении и выпадении матки, неподвижна или ограниченно подвижна при воспалительных процессах, запущенном раке).

#### **ДВУРУЧНОЕ ВЛАГАЛИЩНОЕ (БИМАНУАЛЬНОЕ, ВАГИНАЛЬНО-АБДОМИНАЛЬНОЕ) ИССЛЕДОВАНИЕ**

Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Прежде всего исследуют матку. Оба (или один) пальца внутренней руки вводят в передний свод; шейку несколько отодвигают кзади. Ладонной поверхностью (не концами) пальцев наружной руки через брюшную стенку прощупывают тело матки, если дно ее направлено кпереди (рис. 3б). Если тело матки отклонено кзади, то пальцы наружной руки погружают глубоко в направление крестца, а пальцы (палец) внутренней руки располагают в заднем своде.

При пальпации матки определяют следующие данные<sup>1</sup>.

1. Положение матки: наклонение (*versio*), перегиб (*flexio*), смещение по горизонтальной оси (*positio*) и вертикальной оси (*elevatio*, *descensus*, *prolapsus*) и др.

2. Величина матки: нормальная, уменьшена (гипоплазия, атрофия), увеличена (беременность, миома и т. д.).

3. Форма матки: нормальная (грушевидная, уплощенная), шарообразная (беременность), неправильная (опухоли, аномалии развития и т. д.).

4. Консистенция: обычная, размягченная (беременность), флюктуирующая (гематометра, пиометра), плотная (фибромиома).

5. Подвижность: нормальная, ограниченная или отсутствует (опухоли, спайки, инфильтраты), чрезмерная (расслабление связочного аппарата при опущении и выпадении матки).

6. Болезненность (воспалительные заболевания).

Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию ее при-

<sup>1</sup> См. также главу VIII.

датков (трубы и яичники). Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза.

Нормальные трубы обычно не прощупываются, яичники могут быть найдены при достаточном опыте. Они определяются сбоку от

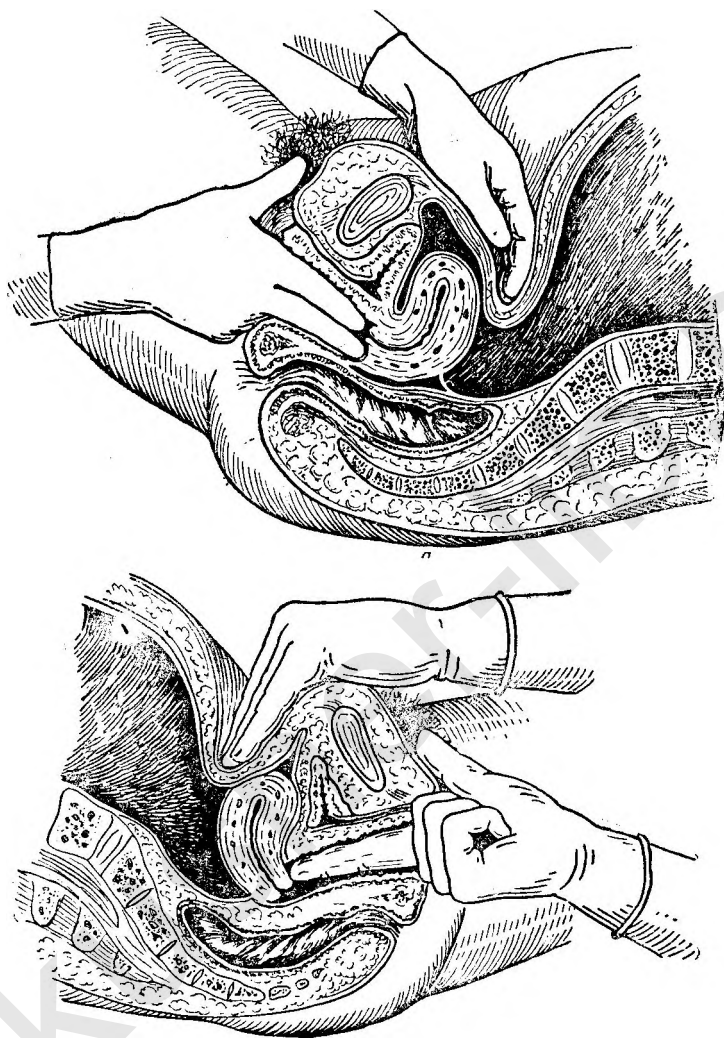


Рис. 36. Двуручное (влагалищно-брюшностеночное) исследование.  
а — исследование двумя пальцами; б — исследование одним пальцем.

матки в виде небольших продолговатых образований; при грубом исследовании нормальный яичник чувствителен. Метод пальпации позволяет установить наличие и характер патологических процессов (воспалительные заболевания, новообразования, кисты и др.), определяющих возникновение разнообразных изменений в яичниках и трубах.

Неизменные связки матки при бимануальном исследовании не определяются. Круглые связки прощупываются при беременности и в

случае возникновения в них фибромиом, основные (кардинальные) определяются при наличии рубцовых изменений после перенесенного параметрита. Достаточно легко прощупываются крестцово-маточные связки (ретракторы), особенно при наличии в них лимфангита, инфильтрации и рубцовых изменений. При бимануальном исследовании выявляются патологические процессы в области тазовой брюшины и клетчатки (инфильтраты, рубцы и спайки и др.).

### РЕКТАЛЬНОЕ И РЕКТАЛЬНО-АБДОМИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ректальное (ректально-абдоминальное) исследование (рис. 37) необходимо в следующих случаях: а) у девушек при атрезии или стенозе влагалища; б) дополнительно к вагинально-абдоминальному

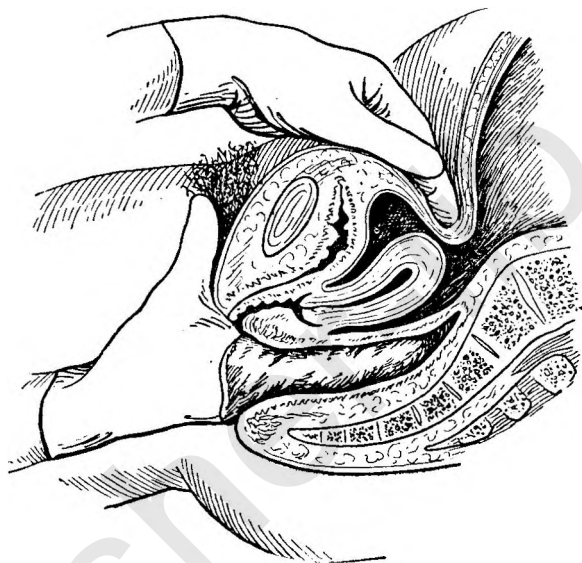


Рис. 37. Ректально-абдоминальное исследование.

исследованию при опухолях половых органов, особенно при раке шейки матки, с целью уточнения степени распространения их (переход на тазовую клетчатку, стенку кишки и т. д.); в) при воспалительных заболеваниях для уточнения состояния крестцово-маточных связок, параректальной клетчатки и т. д.; г) при наличии выделений из прямой кишки (кровь, гной), трещинах, ссадинах и т. д. Исследование производится пальцем, который защищен перчаткой или напальчником, смазанным вазелином. Палец вводят при потуживании женщины.

При ректальном исследовании определяют, нет ли опухолей, полипов, сужения и других процессов в прямой кишке. Далее ощупывают шейку матки, крестцово-маточные связки, тазовую клетчатку. При помощи наружной руки (ректально-абдоминальное исследование) исследуют тело матки и придатки.

Ректально-вагинальное исследование применяют при наличии патологических процессов в стенке влагалища, кишки или в ректально-вагинальной перегородке. Указательный палец вводят во

влагалище, средний — в прямую кишку. Таким образом легко определяются опухоли, инфильтраты и другие изменения в стенке влагалища, кишки и клетчатке, располагающейся между ними.

### ЗОНДИРОВАНИЕ МАТКИ

Зондирование матки является дополнительным методом исследования. Оно производится специальным металлическим маточным зондом (рис. 38). Маточный зонд иногда изготавливается из гнутого



Рис. 38. Маточный зонд.

металла, что позволяет изменять его форму по усмотрению врача. Один конец имеет форму палочки, другой, уплощенный, служит рукояткой. На поверхности зонда имеется шкала в сантиметрах, что позволяет использовать его и в качестве измерительного прибора.

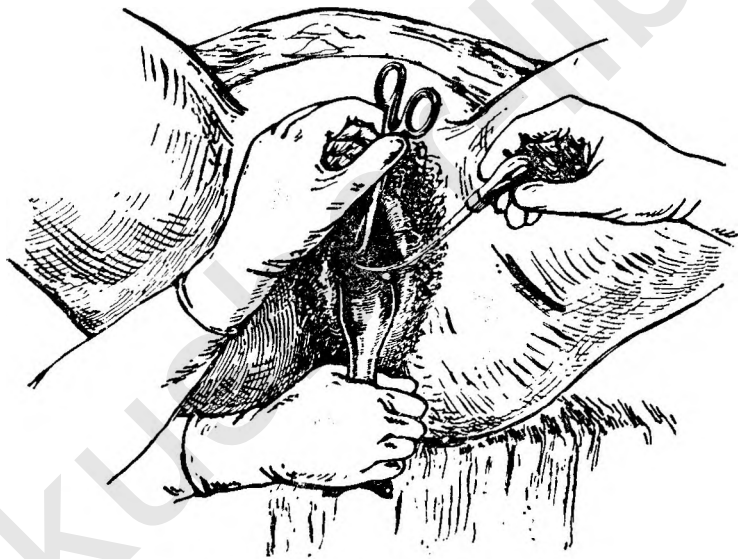


Рис. 39. Введение зонда в матку.

Зондирование матки производят в условиях стационара, соблюдая правила асептики и антисептики. Перед зондированием во влагалище вводят зеркала, шейку захватывают пулевыми щипцами. Зонд осторожно вводят в цервикальный канал и в полость матки (рис. 39). При антефлексии матки палочку зонда направляют кпереди, при ретрофлексии — кзади. Выполнение этой технической детали позволяет предупредить повреждение матки (перфорация!) при зондировании.

Зондирование позволяет выявить проходимость цервикального канала, стенозы и атрезии, а также перегородки при пороках развития матки (двуродость и др.). В некоторых случаях зондирование позволяет выяснить положение матки и тем самым уточнить диагноз. К по-

добным случаям относятся опухоли, происхождение которых неясно (матка, придатки, кишечник). Определение положения (и величины) матки зондированием позволяет выяснить, исходит ли данная опухоль из матки или придатков.

При помощи зондирования уточняется величина матки. Используя измерительную шкалу, можно выявить увеличение матки (фибромиомы), уменьшение ее (гипоплазия, атрофия), а также удлинение шейки матки. Зондирование может способствовать выявлению миоматозных узлов, вдающихся в полость матки (рис. 40), и деформации ее полости при интерстициальной фибромиоме.

Зондирование с диагностической целью противопоказано: а) при острых и подострых воспалительных заболеваниях матки и придатков,

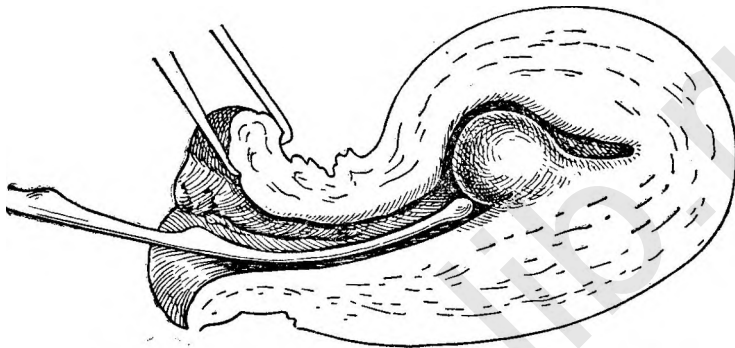


Рис. 40. Зондирование матки при субмукозной миоме.

особенно при эндоцервиците гонорейной этиологии; б) при наличии установленной и даже предполагаемой беременности.

Зондирование матки применяется не только с диагностической целью, но и перед производством некоторых операций (выскабливание слизистой матки, влагалищное кесарево сечение и др.).

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ПУЛЕВЫХ ЩИПЦОВ

К исследованию при помощи пулевых щипцов прибегают дополнительно к бимануальному методу в тех случаях, когда требуется уточнить связь опухоли с половыми органами. При наличии обособленной от матки подвижной опухоли, располагающейся в нижней части живота, бимануальное исследование может оказаться недостаточным для решения вопроса о происхождении ее (матка, яичник, кишечник и др.). Тонкая и длинная ножка опухоли иногда не определяется с помощью обычных методов исследования, особенно при наличии толстой или напряженной стенки живота. В подобных случаях шейку матки обнажают зеркалами, протирают спиртом и смазывают йодом, а переднюю губу захватывают пулевыми щипцами (рис. 41) (можно наложить вторые щипцы на заднюю губу). После этого зеркала удаляют. Помощник потягиванием пулевых щипцов смещает матку книзу.

Палец правой руки вводят в прямую кишку (или влагалище), а пальцами левой руки через брюшную стенку отодвигают нижний полюс опухоли вверх (рис. 42). При этом ножка опухоли, исходящей из половых органов (субсерозная миома, киста яичника и др.), напрягается и становится доступной для прощупывания.

Можно использовать и другой прием. Рукоятки пулевых щипцов, наложенных на шейку матки, оставляют лежать свободно. Наружными приемами стараются сместить опухоль кверху или кверху и в сторону (вправо или влево). Если опухоль исходит из половых органов, то смещение ее передается матке и пулевые щипцы втягиваются во влагалище. Если опухоль исходит из внутренних органов (кишечник, почка), то рукоятки щипцов остаются неподвижными.

Исследование при помощи пулевых щипцов может помочь отличить опухоль яичника (на ножке) от субсерозной миомы матки. При смещении опухоли яичника кверху пулевые щипцы втягиваются во влагалище меньше, чем при опухоли матки.

### ПРОБНОЕ (ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ) ВЫСКАБЛИВАНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МАТКИ

Выскабливание слизистой оболочки матки и последующее гистологическое исследование соскоба имеют важнейшее значение для своевременного распознавания злокачественных опухолей матки (рак, хорионэпителиома). Пробное выскабливание производится также при подозрении на остатки плодного яйца, туберкулез эндометрия, полипоз слизистой.

Выскабливание и гистологическое исследование слизистой способствуют уточнению причины расстройств менструального цикла (ациклические и циклические кровотечения неясной этиологии и др.).

Для пробного выскабливания требуются следующие инструменты: а) ложкообразные влагалищные зеркала; б) пулевые щипцы; в) маточный зонд; г) набор расширителей; д) набор ложечек (кюреток) для выскабливания.

Цервикальный канал расширяют металлическими расширителями.

Расширители имеют цилиндрическую форму, слегка изогнуты, один конец их имеет вид конуса, другой представляет собой рукоятку (рис. 43).

В наборе расширителей диаметр каждого последующего номера больше предыдущего на 0,5—1 мм. Ложечки для выскабливания слизистой матки имеют различную форму и величину. Для диагностического выскабливания обычно пользуются окончатými (петлеобразными) острыми ложечками небольшой величины (рис. 44).

Пробное выскабливание матки производится с соблюдением условий асептики (стерилизация всех инструментов, дезинфекция наружных половых органов, влагалища и шейки матки спиртом и йодом).

Техника операции. После введения зеркал на переднюю губу шейки матки накладывают пулевые щипцы и производят анестезию путем инъекции 0,25% раствора новокаина (по 80—100 мл) в заднебоковые своды. Зондированием уточняют положение матки и длину ее полости, после чего приступают к расширению цервикального канала<sup>1</sup>.

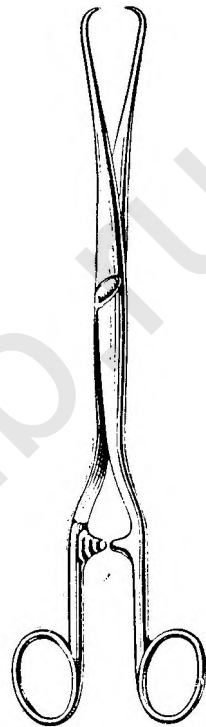


Рис. 41. Пулевые щипцы.

<sup>1</sup> При значительном перегибе матки расширению предшествует «выпрямление» матки, что способствует профилактике перфорации. С целью «выпрямления матки» влагалищную часть шейки подтягивают (пулевыми щипцами) при антефлексии кзади (к крестцу), при ретрофлексии — кпереди (к лону).



Расширители берут, как писчее перо, и держат так, чтобы изгиб их совпадал с изгибом матки у данной больной (антефлексия, ретрофлекс-

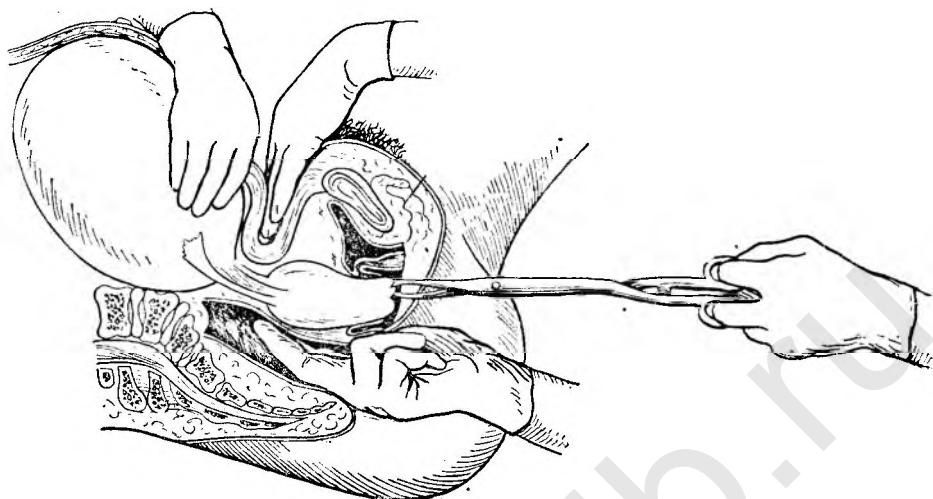


Рис. 42. Исследование при помощи пулевых щипцов.

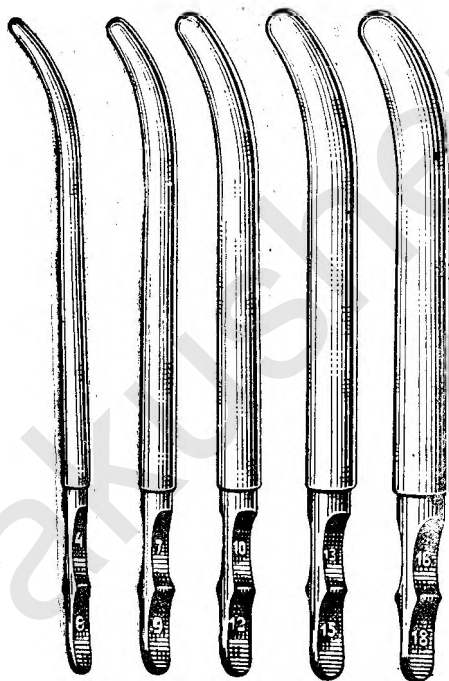


Рис. 43. Расширители Гегара.

сия). Расширитель осторожно вводят в канал с таким расчетом, чтобы конец его миновал внутренний зев и вошел немного в полость матки. В цервикальном канале его держат несколько секунд, затем извлекают и сразу вводят следующий номер. Расширение начинают обычно с № 3—4 расширителя и заканчивают № 9—10 (при пробном выскабливании).

После расширения цервикального канала производят выскабливание слизистой небольшой ложечкой. Ложечку вводят в полость матки с таким расчетом, чтобы ее изгиб соответствовал изгибу матки. При выскабливании движения совершаются от дна матки до внутреннего зева. Удаляют всю слизистую путем постепенного выскабливания стенок (передней, задней, боковых) и дна матки. Самой маленькой ложечкой выскабливают углы, соответствующие маточным отверстиям фаллопиевых труб.

Весь соскоб собирают в лоток, внимательно рассматривают и направляют в лабораторию для гистологического исследования.

## ВЗЯТИЕ ПРОБНОЙ ВЫРЕЗКИ (БИОПСИЯ)

Биопсию и последующее гистологическое исследование вырезанного кусочка применяют при диагностике гинекологических заболеваний довольно часто.

Биопсию производят при патологических процессах (изъязвления, опухоли, папилломы и др.), подозрительных в отношении злокачественности и локализующихся в области шейки матки, влагалища, вульвы и наружных половых органов. При этом соблюдают все правила асептики. Техника биопсии несложна. Взятие пробной вырезки из шейки матки сводится к следующему. Во влагалище вводят зеркала. На губу шейки матки накладывают две пары пулевых щипцов с таким расчетом, чтобы участок, подлежащий биопсии, располагался между ними. Из подозрительного участка вырезают клиновидный кусочек, заостряющийся в глубь ткани (рис. 45). Такой кусочек должен содержать не только пораженную ткань, но и часть здоровой ткани. На



Рис 44 Ложечка (кюретка) для выскабливания слизистой оболочки матки.

образовавшийся дефект ткани накладывают узловатые кетгуттовые швы. Если дефект невелик или ткань легко разрушается (рак), можно ограничиться обработкой раны спиртом или йодом и тампонадой влагалища с целью гемостаза.

Кусочек для исследования можно получить при помощи специальных щипцов-кусачек. Вырезанный кусочек (или соскоб), полученный при пробном выскабливании, очищают от сгустков крови и помещают в баночку с 5% раствором формалина или 96% раствором спирта. На баночку наклеивают этикетку, в которой указывают фамилию, возраст больной, клинический диагноз и характер направляемого материала (соскоб из матки, кусочек из шейки и т. д.). После этого материал направляют на гистологическое исследование.

## ПРОБНЫЙ ПРОКОЛ (ПУНКЦИЯ)

Пробный прокол как вспомогательный метод диагностики применяется чаще всего при подозрении на прервавшуюся внематочную беременность (при недостаточно ясной клинической картине). При воспалительных заболеваниях, сопровождающихся скоплением в дугласовом кармане выпота, прокол производят с целью выяснения характера его (серозный, гнойный) и лабораторного исследования (посевы на среду, введение свинок при подозрении на туберкулез).

При наличии скопления гноя в дугласовом кармане пункция является мероприятием, предшествующим кольпотомии.

При подозрении на гнойную опухоль придатков (пиосальпинкс, пиовариум) пункция производится в том случае, если эти образования фиксированы сзади матки и нижний полюс их доступен через задний свод. В подобных случаях после извлечения гноя показано введение в полость гнойной опухоли пенициллина или другого антибиотика.

В прошлом гинекологи прибегали к пункции опухолей через брюшную стенку. В настоящее время указанный метод не применяется из-за связанной с ним опасности: а) повреждения внутренних органов (кишечник, сальник), б) излития содержимого опухоли через пункционное

отверстие в брюшную полость с последующим обсеменением брюшины.

Прокол обычно производится через задний влагалищный свод, к которому непосредственно прилегает брюшина дугласова пространства.

Прокол через передний свод недопустим потому, что при этом прокалывается мочевого пузырь. Не рекомендуется пунктировать через боковые своды ввиду возможности ранения маточных сосудов и близости мочеточников.

Техника пункции через задний свод. Наружные половые органы, влагалище и шейку матки протирают спиртом и смазывают йодом. После введения зеркал заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и оттягивают кпереди (к симфизу). На шприц надевают хорошо заостренную длинную иглу (12—14 см) с довольно широким просветом.

Прокол производят в центре заднего свода

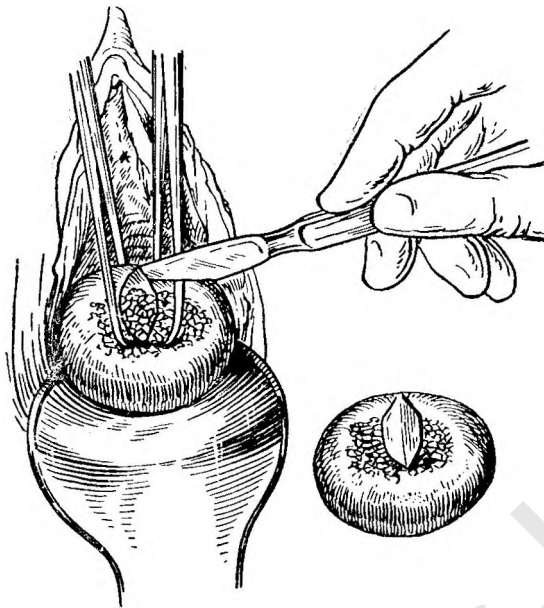


Рис. 45. Взятие пробной вырезки (биопсия).

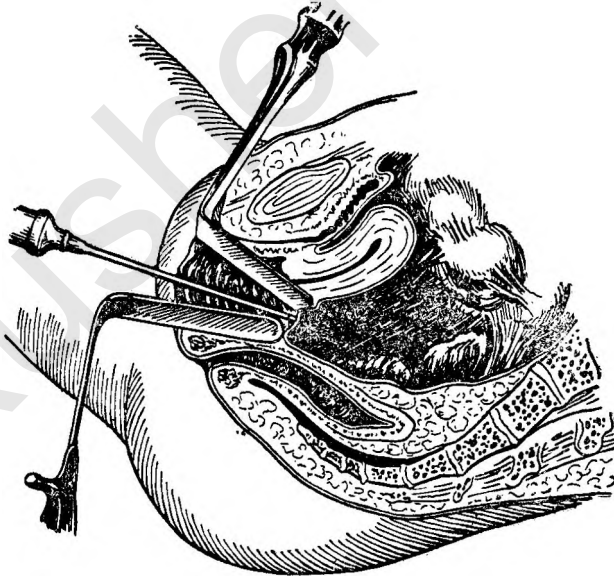


Рис. 46. Пункция через задний свод влагалища.

(рис. 46), на глубину 1—2 см, а при наличии плотного инфильтрата — несколько глубже. Жидкость извлекают обратным движением поршня.

Если это не удастся, то рекомендуется насасывание жидкости при одновременном медленном извлечении иглы.

### ПРОДУВАНИЕ МАТОЧНЫХ ТРУБ (PERTUBATIO)

Продувание труб производится с целью выяснения их проходимости, что имеет существенное значение при диагностике причин бесплодия. Непроходимость труб, возникающая обычно в связи с воспалением их, является одной из наиболее частых причин бесплодия женщин. Нарушение проходимости труб вследствие закрытия абдоминального конца, реже истмической или интерстициальной части, нередко бывает конечным результатом перенесенного воспаления, когда грубые изменения (отек, инфильтрация, болезненность) исчезают. В подобных случаях последствия воспаления (спайки, рубцы) при бимануальном исследовании нередко не определяются и для установления проходимости труб приходится прибегать к методу продувания.

Метод продувания с целью диагностики трубного бесплодия применяют в тех случаях, когда исключаются другие причины стерильности (инфантилизм, нарушение функций желез внутренней секреции, опухоли, неполноценность спермы мужа и др.).

Принцип метода заключается в следующем. При помощи специальной аппаратуры (см главу «Бесплодие») в полость матки вводят небольшое количество воздуха, который при проходимости труб проникает через их просвет в брюшную полость. Воздух вводят под небольшим давлением (не выше 150 мм ртутного столба), которое контролируют манометром. Симптомы проходимости труб: а) при аускультации над лоном выслушивается звук, образующийся при прохождении воздуха через трубу; б) в момент продувания стрелка манометра падает; в) может появиться френникуссимптом (более подробные данные о продувании труб изложены в главе «Бесплодие»).

### МЕТРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ

Контрольную рентгенографию (сальпингография) труб применяют с целью выяснения проходимости их просвета. Наряду с этим сальпингография позволяет уточнить место закрытия просвета (ампулярная, истмическая, интерстициальная часть), что имеет значение при выборе метода хирургического лечения бесплодия. Контрастная метрография позволяет выявить патологические процессы, вызывающие изменение величины и формы полости матки (миомы, полипы, рак и др.).

Метрографию чаще всего применяют для уточнения диагноза субмукозной миомы и аномалий развития матки. Сущность метода заключается в том, что в полость матки при помощи маточного наконечника, соединенного со шприцем, вводят 2—5 мл (в соответствии с величиной матки) контрастного вещества (йодлипол, водный раствор сергозина). Женщину оставляют в горизонтальном положении и немедленно производят рентгенографию. При определении проходимости труб снимки производят дополнительно через 5—10 минут (в сомнительных случаях рекомендуется дополнительная рентгенография через 24 часа).

Если трубы проходимы, контрастное вещество выявляется в брюшной полости (малый таз). При непроходимости труб контрастное вещество задерживается в их просвете (непроходимость в ампулярной или истмической части) или совсем не проникает в полость труб (непроходимость в интерстициальной части).

При наличии субмукозного миоматозного узла или полипа выявляется дефект наполнения соответствующей величины и формы. Метросальпингография производится при соблюдении всех правил асептики, в условиях стационара, спустя 8—10 дней после менструации.

Метросальпингография противопоказана при наличии острых и подострых воспалительных заболеваний, особенно при гонорейном эндометрите, при эрозии, белях, при подозрении на беременность (маточную и внематочную), после выскабливания матки.

### КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Катетеризацию мочевого пузыря в гинекологической практике применяют с целью лечебной (при промывании пузыря, после операций на мочевыводящих путях и др.) и диагностической.

Катетеризацию производят женским (реже мужским) металлическим катетером (рис. 47), который стерилизуют кипячением. Наруж-



Рис. 47. Женский катетер.

ные половые органы (главным образом область наружного отверстия уретры) очищают от выделений и протирают спиртом или другим дезинфицирующим раствором. После катетеризации мочевого пузыря с профилактической целью промывают раствором марганцовокислого калия или борной кислоты.

Катетеризацию пузыря как метод исследования применяют при пузырно-влагалищных свищах:

- а) для уточнения расположения и величины их;
- б) с целью установления свища небольшого размера (через катетер в пузырь вводят окрашенную жидкость, которая при наличии свища вытекает во влагалище);
- в) при необходимости комбинированного исследования свища катетером (со стороны пузыря) и зондом (со стороны влагалища).

Катетеризацию производят для выяснения вместимости пузыря, при подозрении на камень или инородное тело в мочевом пузыре, при необходимости выпустить остаточную мочу в процессе гинекологического исследования.

### ПРОБНОЕ ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ

Чревосечение с диагностической целью применяют редко, при невозможности определить характер заболевания другими методами исследования. К пробному чревосечению приходится прибегать главным образом при подозрении на злокачественные новообразования. Этот вид вмешательства в соответствующих случаях заканчивается соответствующей операцией. Если операция не показана, ограничиваются осмотром органов малого таза и брюшной полости и иссечением кусочка ткани для гистологического исследования.

### ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Кольпоскопия. Кольпоскоп представляет собой бинокулярную или монокулярную лупу, фиксированную на штативе и снабженную осветительным прибором. С помощью кольпоскопа достигается

увеличение исследуемой области в 10—30 раз и больше. Существуют модели кольпоскопов с приспособлением для фотографирования исследуемых участков.

Кольпоскопия позволяет выявить не видимые невооруженным глазом детали строения опухолей, эрозий, лейкоплакий, кондиломатозных разрастаний и других патологических процессов в области шейки матки и влагалища.

Кольпоскопия способствует правильному выбору участка для биопсии и позволяет контролировать особенности течения патологических процессов, в частности процессы заживления при тех или иных методах лечения.

**Гистероскопия.** Гистероскоп — цилиндрической формы инструмент, снабженный оптической системой, позволяющий произвести осмотр внутренней поверхности матки. При гистероскопии выявляются полипы, рак тела матки и другие патологические процессы в области слизистой матки.

Существуют гистероскопы с приспособлениями для подведения зонда и промывания матки. Гистероскоп вводят в полость матки после расширения цервикального канала.

Гистероскопия не пользуется широким распространением. Пробное выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба как более простой, безопасный и точный метод исследования позволяет обходиться без гистероскопии.

**Ректоскопия.** Ректоскоп представляет собой трубчатое зеркало с окуляром и осветительным прибором. Инструмент позволяет произвести осмотр стенок прямой кишки, а при глубоком введении удается исследовать нижний отдел сигмовидной кишки.

Ректоскопия показана при подозрении на рак прямой кишки (кровотечение неясной этиологии), а также при раке шейки матки III стадии перед применением радия, чтобы исключить возможность перехода процесса на стенку кишки.

Ректоскопию применяют также при гонорейном проктите, при прорыве в кишку гнояников, образовавшихся в половых органах, при эндометриозе дугласового кармана, ректовагинальных свищах.

**Цистоскопия.** Цистоскоп, представляющий собой сложный оптический прибор, используется в гинекологии для распознавания ряда заболеваний половых органов и мочевого пузыря. Перед цистоскопией в мочевой пузырь вводят раствор борной кислоты (200—250 мл). Цистоскоп осторожно вводят в пузырь и осматривают его внутреннюю поверхность при постепенном вращении инструмента вокруг продольной оси и передвижении вперед и назад.

При цистоскопии выявляются заболевания мочевого пузыря (воспалительные процессы, опухоли, полипы, камни), а также изменения его, связанные с заболеваниями половых органов (рак матки, воспалительные процессы, смещения матки и др.). Цистоскопия является важнейшим методом исследования при мочеполовых свищах. При наличии больших свищей перед цистоскопией влагалище тампонируют с целью предупреждения вытекания жидкости из мочевого пузыря во влагалище.

**Осмотр брюшной полости при помощи зеркал.** Для осмотра органов малого таза и брюшной полости проф. Д. О. Отт сконструировал зеркало, снабженное электрическими лампочками. Зеркало вводят через разрез заднего влагалищного свода в брюшную полость. При осмотре выявляются опухоли, скопления крови, экссудаты и другие патологические процессы.

Осмотр органов малого таза производят также при помощи оптического прибора лапароскопа, вводимого в брюшную полость после прокола стенки живота и введения в полость живота воздуха (пневмоперитонеум).

### ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цитологическая картина влагалищных мазков. В гинекологической практике нередко возникает необходимость выяснения гормональной функции яичников. С этой целью применяют следующие методы исследования.

1. Изучение соскоба эндометрия и выяснение характера происходящих в нем циклических процессов.

2. Определение в крови и моче овариальных гормонов и продуктов их метаболизма химическим или биологическим способом.

3. Изучение цитологической картины мазков из содержимого влагалища.

Последний метод прост и доступен для выполнения в поликлинических условиях. Содержимое влагалища набирают стеклянной пипеткой из верхнего отдела его и размазывают на предметном стекле. Мазок высушивают, окрашивают в течение 15 минут гематоксилином, 2—3 минуты 1% водным раствором эозина, обезвоживают, просветляют и заключают в канадский бальзам под покровное стекло. Обработка мазка может быть упрощена: окрашивание в течение минуты фуксинном, смывание и подсушивание.

В мазке самыми важными элементами являются эпителиальные клетки разных типов. Различают следующие виды эпителиальных клеток (рис. 48).

1. Ороговевающие клетки из поверхностных слоев вагинального эпителия, имеющие большую величину, слабо окрашивающуюся протоплазму и пикнотичное ядро. Наличие этих клеток характерно для фолликулярной фазы яичникового цикла.

2. Промежуточные клетки, образующиеся из самых поверхностных отделов шиповидного слоя слизистой. Имеют меньшую величину, чем ороговевающие клетки, и более крупное ядро. Встречаются во всех фазах цикла, но главным образом в лютеиновой фазе.

3. Базальные, или атрофические, клетки, происходящие из внутренних отделов шиповидного слоя. Имеют небольшую величину и сравнительно большое ядро. Обнаруживаются в менопаузе, а в период половой зрелости — при гипсфункции яичников.

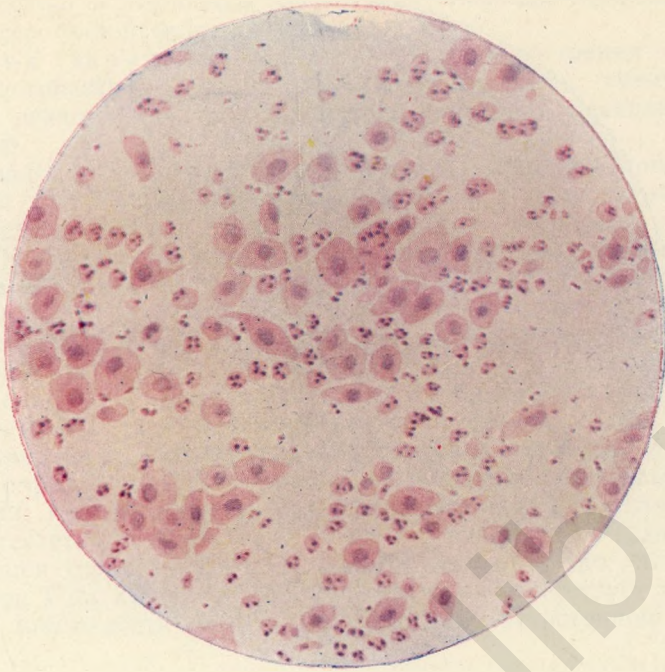
По соотношению эпителиальных клеток указанных типов судят о функциональном состоянии яичников. При этом учитывают и количество лейкоцитов в мазке.

Различают следующие цитологические типы или реакции.

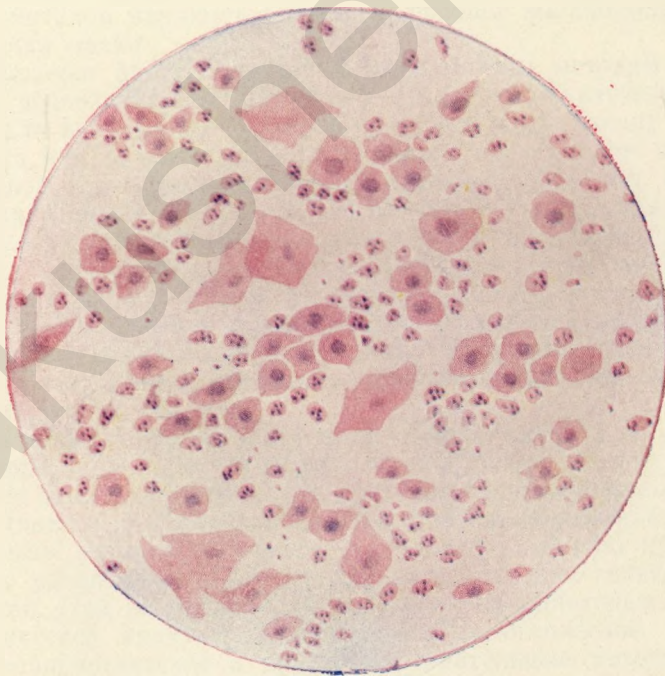
Первая реакция. Мазок состоит из базальных (атрофических) клеток и лейкоцитов. Реакция, характеризующая резкую недостаточность эстрогенов.

Вторая реакция. В мазке базальные и промежуточные клетки и лейкоциты с преобладанием базальных клеток и лейкоцитов. Цитологическая картина характерна для умеренной эстрогенной недостаточности.

Третья реакция. В мазке преобладают промежуточные клетки и встречаются единичные базальные клетки. Реакция характерна для легкой эстрогенной недостаточности.



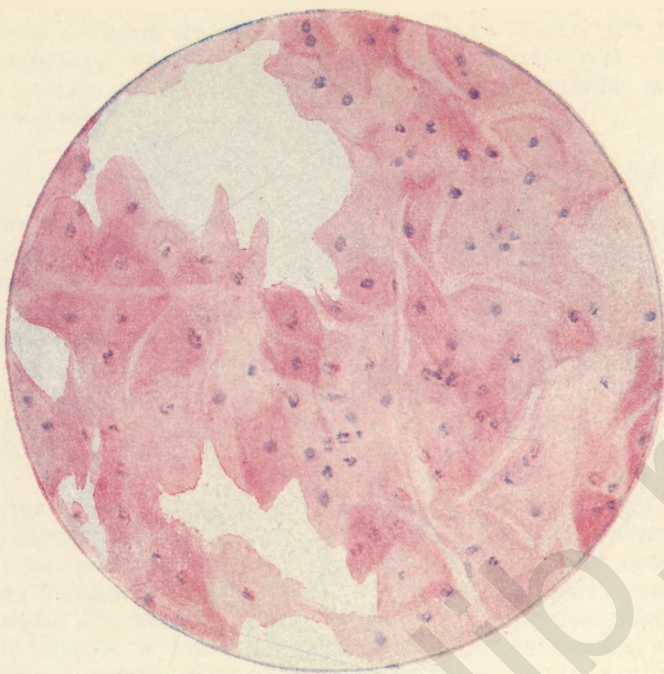
*a*



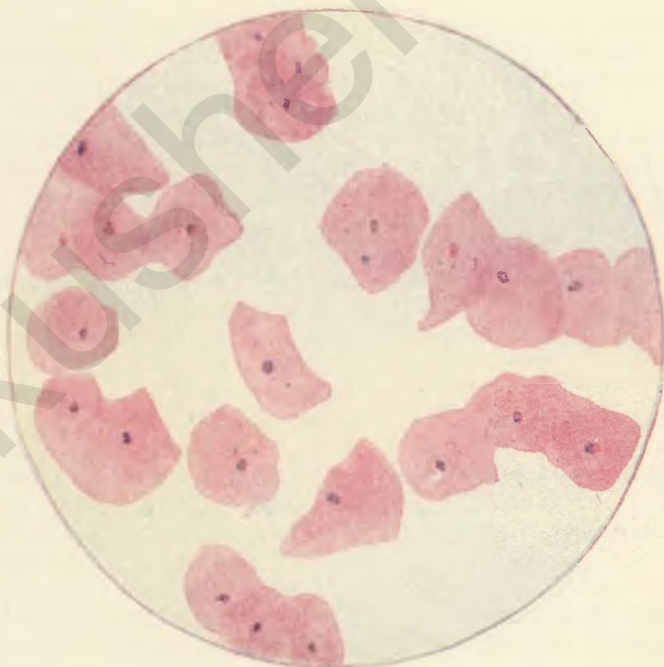
*б*

Рис. 48. Цитологическая картина влагалищного содержимого:  
*a* — первая реакция; *б* — вторая реакция;





в



г

Рис. 48. Цитологическая картина влагалищного содержимого:  
в — третья реакция; г — четвертая реакция.

Четвертая реакция. Мазок состоит из ороговевающих клеток, базальные клетки и лейкоциты отсутствуют. Реакция типична для достаточной эстрогенной функции яичников.

Реакция «зрачка». О функциональном состоянии яичников, кроме цитологической картины влагалищного мазка, судят по так называемой реакции «зрачка». Сущность указанной реакции состоит в следующем.

В фолликулиновую фазу цикла железы цервикального канала продуцируют прозрачный слизистый секрет, количество которого постепенно увеличивается и достигает наивысшей величины в период овуляции. По мере продукции и накопления секрета наружное отверстие шеечного канала все больше расширяется и достигает в диаметре 0,25—0,3 см, сохраняя форму, присущую зеву данной шейки.

При освещении шейки с помощью влагалищных зеркал расширенное отверстие шеечного канала выглядит темным и напоминает «зрачок». В канале шейки обнаруживается стекловидная прозрачная слизь. В лютеиновую фазу феномен «зрачка» исчезает (наружное отверстие шейки не расширено, обилия слизи нет, шейка «сухая»). Этот феномен имеет определенное диагностическое значение. В первые месяцы беременности, при наличии прогрессирующего желтого тела феномен «зрачка» отсутствует. При персистенции фолликула (однофазовый цикл) феномен «зрачка» ярко выражен и держится до наступления кровячатения. При аменорее феномен «зрачка» отсутствует или слабо выражен в зависимости от степени угнетения эстрогенной функции яичников.

#### ДИАГНОСТИКА ПРИ ПОМОЩИ ИЗУЧЕНИЯ ОКРАШЕННЫХ МАЗКОВ

При многих гинекологических заболеваниях важнейшим диагностическим методом являются биопсия и пробное выскабливание слизистой оболочки матки.

При наличии противопоказаний к указанным методам (острые и подострые воспалительные процессы) прибегают к изучению мазков, материал для которых добывают из участков, подлежащих исследованию (шейка или полость матки, влагалище, опухоли и т. д.).

Материал для мазков получается разными способами. Из полости матки, канала шейки и опухолей его получают путем аспирации шприцем. Экссудаты, полученные аспирационным путем, перед приготовлением мазка центрифугируют. Содержимое влагалища набирают стеклянной пипеткой, снабженной резиновой грушей. При наличии изъязвлений на шейке матки и других доступных отделах половых органов пользуются методом мазков-отпечатков. Для получения отпечатка стерильное, высушенное предметное стекло прикладывают к поверхности исследуемого объекта.

Мазки из полученного материала обрабатывают как гистологические препараты. При микроскопическом изучении мазков препаратов выявляются клеточные элементы, присущие данному патологическому процессу (клетки опухолей, лейкоциты, эпителиальные клетки и т. д.).

Все выше указанные методы исследования обычно представляют достаточно убедительные данные для распознавания гинекологических заболеваний. При необходимости получения дополнительных данных в гинекологической практике используются биохимические, биологические, бактериологические и другие дополнительные методы исследования.

---

## ГЛАВА III

### НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Менструальная функция является одним из важных показателей состояния здоровья женщины. Неправильное питание, психические аффекты (страх, испуг и др.), различные заболевания, нарушающие общее состояние и важнейшие функции организма, нередко сопровождаются расстройствами менструального цикла.

Существуют указания (В. С. Груздев, М. С. Малиновский, А. Э. Мандельштам и др.), что расстройства менструальной функции, особенно аменорея (отсутствие менструации), при тяжелых экстрагенитальных заболеваниях наблюдаются чаще, чем при некоторых гинекологических заболеваниях.

Этиология и патогенез нарушений менструальной функции отличаются сложностью. Связь между патологическими процессами, приводящими к тому или иному типу нарушения менструальной функции, выяснена еще недостаточно.

Выявление причинно-следственных отношений между патологическими явлениями, повлекшими за собой нарушение менструаций, нередко представляет значительные затруднения. Например, при ряде эндокринных расстройств, ведущих к понижению функции яичников, наблюдается нарушение обмена веществ и ожирение. Кроме того, ожирение, связанное с неправильным образом жизни и чрезмерным питанием, также способствует иногда понижению функции яичников. В том и другом случае могут возникнуть расстройства менструальной функции, характеризующиеся прекращением или ослаблением (короткие, скудные) менструаций.

Сложность этиологии и патогенеза выражается и в том, что одна и та же причина может вызвать нарушения менструальной функции с различными клиническими проявлениями. Например, инфантилизм сопровождается разными расстройствами в зависимости от степени задержки развития половых органов. При аплазии и резкой задержке развития (зародышевая матка) менструальная функция отсутствует; при значительном недоразвитии половых органов менструации бывают слабыми, короткими (недостаточная гиперемия, неполноценные пролиферативные и секреторные процессы в эндометрии); нерезко выраженное недоразвитие половых органов может быть причиной продолжительных и обильных менструаций (недостаточная сократительная деятельность матки).

## **КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ**

Нарушения менструальной функции отличаются большим разнообразием. В зависимости от клинических проявлений их можно распределить в следующие группы<sup>1</sup>.

I. Аменорея (amenorrhoea) — отсутствие менструаций.

II. Циклические нарушения — менструальные циклы существуют, но они нарушены.

Циклические нарушения имеют следующие проявления.

1. Изменение количества крови, выделяющейся во время менструации. Это нарушение бывает двух видов: а) увеличение количества выделяемой крови (сильные менструации — гиперменорея); б) уменьшение количества крови (слабые менструации — гипоменорея).

2. Нарушение продолжительности менструаций: а) в сторону увеличения (затяжные менструации — полименорея); б) в сторону укорочения (короткие менструации — олигоменорея).

3. Нарушение ритма менструаций: а) частые менструации (променорея); б) редкие менструации (опсоменорея).

Указанные циклические расстройства обычно сопутствуют друг другу. Гипоменорея часто сочетается с олигоменореей и опсоменореей. Часто встречается одновременное проявление гипер- и полименореи. Ослабление менструаций, выражающееся в их укорочении, уменьшении кровопотери и урежении, называется гипоменструальным синдромом.

Циклические расстройства, характеризующиеся увеличением кровопотери (гиперменорея) и продолжительности (полименорея), носят название меноррагии (menorrhagia).

III. Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения (геморрагическая метрпатия).

IV. Болезненные менструации — альгодисменорея (algodysmenorrhoea).

V. Ациклические (не связанные с менструальным циклом) маточные кровотечения — метроррагия (metrorrhagia).

### **АМЕНОРЕЯ**

Различают истинную и ложную аменорею. При истинной аменорее циклические изменения в яичниках, эндометрии и во всем организме отсутствуют. Истинная аменорея наблюдается и в тех случаях, когда гормональная функция яичников резко подавлена и половых гормонов для осуществления циклических изменений в эндометрии недостаточно. Ложная аменорея характеризуется отсутствием менструального крововыделения при наличии циклических изменений в яичниках, матке и во всем организме. В яичнике образуются эстрогены

<sup>1</sup> Эта классификация основана лишь на клинических признаках — в этом ее недостаток. Однако в настоящее время нет еще классификации, которая была бы основана на этиологии и патогенезе всех нарушений менструальной функции.

Так называемые «овариальные» нарушения менструальной функции (кроме аменорей) могут быть классифицированы (по К. Н. Жмакину) следующим образом: А. Ановуляторные: а) с кратковременной функцией фолликула — так называемый ановуляторный цикл, б) с длительной функцией фолликула (фолликулов) — так называемая персистенция фолликула (фолликулов).

Б. Овуляторные: а) с укорочением фолликулярной фазы яичника, б) с укорочением лютеиновой фазы яичника, в) с удлинением лютеиновой фазы яичника.

Каждая из этих форм может быть распознана на основании клинической картины и комплекса современных функционально-морфологических методов исследования. При этом, конечно, мы не считаем (К. Н. Жмакин) изменения в яичниках единственным или первичным фактором заболевания.

и прогестерон, в эндометрии происходят процессы пролиферации, секрeции и десквамации. Однако частицы отторгающейся слизистой и кровь, излившаяся из нарушенных сосудов, задерживаются в половых путях в связи с наличием механического препятствия. Препятствием для выделения крови и элементов эндометрия могут быть: сплsшная девственная плева, атрезия влагалища и шейки матки на почве рубцевания. Кровь, выделяющаяся при менструациях, скопляется во влагалище, в матке и даже в трубах (гематокольпос, гематометра, гематосальпинкс).

Истинная аменорея бывает физиологической и патологической.

Физиологическая истинная аменорея наблюдается: 1) в детском возрасте (до полового созревания); 2) во время беременности; 3) в период кормления ребенка грудью (у большинства кормящих), 4) в периоде менопаузы.

Аменорея в детском возрасте объясняется отсутствием циклических процессов в яичниках и матке.

Аменорея во время беременности связана с прекращением циклических процессов в яичниках, а следовательно, и в эндометрии. Высокое содержание прогестерона, образующегося в желтом теле при беременности и в плаценте, препятствует десквамации слизистой (децидуальной) оболочки матки.

Аменорея наблюдается у 75% женщин, кормящих грудью (лактационная аменорея). Лактационная аменорея продолжается в среднем 8—9 месяцев (от 4—5 месяцев до 2 лет). При продолжительной лактационной аменорее в половом аппарате, особенно в матке, могут возникнуть атрофические процессы. Механизм возникновения лактационной аменореи рефлекторный. При кормлении грудью происходит раздражение нервных элементов молочной железы и поступление соответствующих импульсов в центральную нервную систему. Под влиянием изменений, происходящих в нервной системе, усиливается продукция лактогенного гормона гипофиза, который стимулирует секреторную функцию молочных желез. Существуют указания, что усиление продукции лактогенного гормона ведет к угнетению гонадотропной функции гипофиза; при недостатке гонадотропинов циклические процессы в яичнике не происходят, и в связи с этим наступает аменорея. Однако указанная связь явлений нуждается в проверке.

У кормящих женщин нормальные менструальные циклы обычно устанавливаются не сразу. Наблюдающиеся иногда у них кровотечения типа менструаций являются ановуляторными (стр. 97). При этом наблюдается рост фолликулов, которые подвергаются атрезии без овуляции. Кровотечение из матки в таких случаях связано с колебанием уровня эстрогенов и совпадает с атрезией фолликула и регрессом его эстрогенной функции.

Аменорея в менопаузе связана с прекращением деятельности яичников и с постепенной атрофией всего полового аппарата. Кровянистые выделения из половых путей после прекращения менструаций всегда являются симптомом патологических процессов (рак, полип, старческий кольпит и др.).

Патологическая истинная аменорея<sup>1</sup>, т. е. аменорея в узком смысле слова, всегда связана с теми или иными патологическими условиями.

<sup>1</sup> В дальнейшем будет употребляться термин «аменорея» без прилагательных «патологическая» и «истинная».

Различают первичную и вторичную аменорею. Под первичной аменореей подразумевают полное отсутствие (в прошлом и настоящем) менструаций у женщины, находящейся в периоде половой зрелости. Аменорея называется вторичной в том случае, если она возникла у женщины, ранее имевшей менструации.

Причины возникновения аменореи сложны и многообразны. Аменорея является не самостоятельным заболеванием, а симптомом целого ряда заболеваний и расстройств важнейших функций организма.

Первичная аменорея обычно возникает при резком недоразвитии всего организма (инфантилизм) и, в частности, половых органов (резкое недоразвитие или аплазия матки и яичников). К такой задержке развития ведут продолжительные тяжелые заболевания (септическая инфекция, туберкулез, малярия), неправильное питание (недоедание, однообразное питание) в детстве и в период полового созревания. Первичная аменорея наблюдается при чрезмерном ожирении на почве дисфункции гипофиза.

Туберкулез половых органов, сопровождающийся глубоким поражением всего эндометрия, также может вызвать первичную аменорею.

Вторичная аменорея наблюдается при наличии следующих патологических условий.

1. Нейро-психогенные факторы. Менструальная функция как важная функция всего организма регулируется центральной нервной системой. Поэтому неблагоприятные условия, вызывающие нарушение регулирующего влияния центральной нервной системы, способствуют возникновению аменореи. К таким условиям относятся депрессия, а также страх, сильный испуг, тяжелые переживания и другие психические аффекты. Аменорея, возникающая у многих женщин во время войн, объясняется главным образом угнетением нервной системы, страхом за судьбу близких людей и другими отрицательными эмоциями. В возникновении аменореи военного времени известную роль играет ухудшение условий питания. Аменорея может возникнуть при перемене привычных условий среды (переезд с юга на север, из деревни в город и т. п.), в результате чрезмерного умственного и систематического физического переутомления, ведущего к нарушению функций нервной системы. Нередко наблюдается аменорея при эпилепсии, деменции, шизофрении и других психических заболеваниях.

Указанные изменения в нервной системе способствуют понижению гонадотропной функции гипофиза. Недостаток гонадотропных гормонов в свою очередь ведет к понижению гормональной функции яичников и к аменорее.

2. Недоедание, неполноценное, хотя и достаточное питание, особенно при недостатке витаминов.

3. Нарушение функций желез внутренней секреции, главным образом гипофиза.

Заболевания гипофиза (воспаление, кисты, опухоли), сопровождающиеся понижением его гонадотропной функции, обычно ведут к аменорее. При дисфункции гипофиза, кроме аменореи, нередко наблюдается ожирение, иногда оволосение по мужскому типу, признаки акромегалии. Заболевания щитовидной железы, особенно сопровождающиеся гипофункцией ее, могут вызвать аменорею.

Прекращение менструации может возникнуть также при выраженном гипертиреозе, заболеваниях коры надпочечников, диабете и других эндокринных нарушениях. Необходимо отметить, что заболевания

щитовидной железы и других желез внутренней секреции могут вызвать не только аменорею, но и другие формы расстройства менструальной функции: меноррагию, метропатию и др.

Непродолжительная аменорея наблюдается при персистенции фолликула (стр. 97) и желтого тела (редко), а также при фолликулиновых и лютеиновых кистах.

4. Острые инфекционные заболевания (тифы, скарлатина, малярия, суставной ревматизм, сепсис и др.). Обусловленная ими аменорея продолжается 2—3 месяца и дольше. Причиной аменореи может быть тяжелый туберкулез легких и других органов, а также другие истощающие заболевания.

5. Тяжелые вторичные анемии. Пернициозная анемия, лейкомия и другие заболевания крови нередко сопровождаются прекращением менструальной функции.

6. Хронические интоксикации (свинец, фосфор, ртуть, алкоголь, морфин и др.).

7. Воздействие рентгеновых и радиевых лучей. Половые железы обладают повышенной чувствительностью к ионизирующей радиации. Под влиянием определенных доз рентгеновых и радиевых лучей происходит гибель фолликулов яичника и наступает аменорея. Нарушение функции яичников возникает как при повторном и продолжительном воздействии малых доз, так и под влиянием однократного облучения массивной дозой лучей.

8. Гинекологические заболевания (воспалительные процессы, опухоли, аномалии положения и др.). В этих случаях аменорея наблюдается сравнительно редко. Менструации могут прекратиться при продолжительных и тяжелых гинекологических заболеваниях, сопровождающихся общим истощением и интоксикацией (тяжелые воспалительные заболевания с нагноением, запущенные формы злокачественных опухолей и др.).

Тяжелые повреждения эндометрия, связанные с введением в полость матки йода и других прижигающих веществ, вызывают стойкую аменорею. К такому же результату приводит чрезмерное выскабливание эндометрия (аборт, диагностическое выскабливание), сопровождающееся удалением или повреждением базального (росткового) слоя эндометрия. Рецепторы поврежденного эндометрия (туберкулез, атрофические процессы) не реагируют на гормоны яичника, и в связи с этим циклические изменения в слизистой матки отсутствуют. Аменорея после чрезмерного выскабливания и прижиганий может возникнуть в связи с облитерацией маточной полости.

Пузырно-влагалищные и кишечно-влагалищные свищи часто сопровождаются аменореей. Прекращение менструаций при свищах, по-видимому, связано с депрессией — угнетением нервной системы и с последующим понижением функции гипофиза и яичников. После устранения свищей хирургическим путем менструальная функция обычно возобновляется.

Понятно происхождение аменореи после экстирпации и надвлагалищной ампутации матки и удаления яичников.

Клиническая картина. Основным заболеванием, вызвавшим возникновение аменореи, определяется и клиническая картина. На первый план выступают характерные симптомы инфекционных, эндокринных заболеваний, расстройств питания, интоксикаций, аномалий развития и других нарушений. Аменорея в таких случаях представляет собой лишь сопутствующее явление, следствие патологических процессов, прерывающих основное заболевание или интоксикации.

После излечения основного заболевания и устранения всех его последствий менструальная функция, как правило, восстанавливается. Однако при продолжительной аменорее возникают симптомы, связанные с гипофункцией (или полным подавлением функции) яичников.

Отсутствие менструаций вызывает у женщины беспокойство и угнетает ее нервную систему. При стойких нейро-психогенных формах аменореи (аменорея военного времени) установлено изменение обмена веществ, а иногда и понижение эритропоэза. Продолжительная аменорея сопровождается понижением или исчезновением полового чувства, нарушением генеративной функции (бесплодие) и секреции половых органов. Возникают вегетативные и сосудистые расстройства: внезапные приступы жара и ощущение прилива крови к голове, стеснение в груди, сердцебиение, похолодание конечностей, потливость, диспептические явления.

Вследствие продолжительной недостаточности эстрогенов понижается кровоснабжение и питание матки и других отделов половой системы. Поэтому при стойких формах вторичной аменореи понижается тонус матки и связочного аппарата, возникает постепенная атрофия половых органов (уменьшение матки, сужение влагалища, сморщивание связочного аппарата и др.).

При нерезко выраженной недостаточности половых гормонов явления атрофии половых органов и вазомоторные расстройства могут отсутствовать.

**Диагностика аменореи.** Основной задачей является распознавание причин аменореи. Подробное клиническое исследование позволяет выяснить такие причинные моменты, как инфекционные заболевания, эндокринные расстройства, интоксикации, психические аффекты, инфантилизм и др. Для уточнения причин аменореи приходится прибегать к дополнительным методам диагностики (лабораторные, рентгеновские и др.); распознавание таких этиологических факторов, как эндокринные расстройства, нередко требует применения сложных специальных методов исследования (определение основного обмена, гормонов или продуктов их метаболизма, рентгенография области турецкого седла и пр.).

Необходимо тщательно исследовать половые органы.

При гинекологическом исследовании выясняются: а) наличие заболеваний, способствующих возникновению аменореи; б) степень развития половых органов или признаки начинающейся и прогрессирующей атрофии.

При аменорее возникает необходимость определить характер нарушения гормональной функции яичников. С этой целью можно пользоваться следующими методами.

1. Определение половых гормонов (или продуктов их метаболизма) в крови и моче. Это наиболее объективный способ оценки функции яичников. Однако эти методы исследования довольно сложны и доступны не всем учреждениям.

2. Гистологическое исследование соскоба эндометрия. Циклические изменения в слизистой оболочке матки (пролиферация, секреция и др.) достаточно точно отображают гормональную функцию яичников. При гипофункции яичников циклические процессы в эндометрии не выражены или отсутствуют.

При первичной и продолжительной вторичной аменорее, связанной с резкой гипофункцией яичников, гистологическое исследование выявляет атрофию эндометрия.



3. Изучение цитологической картины влагалищных мазков (стр. 84). Таким путем можно получить известное представление о степени насыщения организма эстрогенами. Наличие в мазке базальных (атрофических) клеток и лейкоцитов (первая реакция) свидетельствует о резкой недостаточности эстрогенов; такая цитологическая картина встречается при продолжительной и стойкой аменорее. При аменорее встречается и вторая реакция (базальные и промежуточные клетки, лейкоциты), характеризующая умеренную эстрогенную недостаточность. Встречаются гиперфолликулиновые формы аменореи (например, при персистенции фолликула), при которых вагинальные мазки типичны для высокого содержания эстрогенов в организме.

4. Наблюдение за реакцией «зрачка» (стр. 85). Это может дать ориентировочное представление о циклических процессах в яичниках при аменорее. При недостатке эстрогенов реакция «зрачка» выражена слабо, а при резкой недостаточности эстрогенов отсутствует.

Лечение. При лечении аменореи необходимо стремиться к устранению причины, вызвавшей прекращение менструальной функции. Проводят лечение инфекционных заболеваний, интоксикаций, эндокринных расстройств и других заболеваний, симптомом которых является аменорея. После излечения основного заболевания менструальная функция обычно восстанавливается.

В соответствующих случаях необходимо устранение моментов, вызывающих страх, опасения, депрессию, умственное и физическое переутомление.

Большое значение имеет полноценное питание с большим количеством витаминов. Рекомендуется добавочное введение витаминов, особенно А, С и В<sub>1</sub>. При ожирении назначают специальную диету, направленную на урегулирование обмена и снижение веса. При необходимости применяют средства, усиливающие кроветворение. Полезны климатотерапия, легкий спорт и другие общеукрепляющие меры. При первичной аменорее, связанной с задержкой развития организма, а также при вторичной аменорее, зависящей от гипofункции яичников, рекомендуются вагинально-сакральная (или вагинально-абдоминальная) диатермия, грязелечение и другие процедуры, усиливающие кровоснабжение органов малого таза. Усиление кровоснабжения способствует улучшению питания и усилению функции яичников. Применяют воротник по Щербаку с целью усиления гонадотропной функции гипофиза.

При первичной и стойкой вторичной аменорее, связанной с гипofункцией яичников, применяют половые гормоны, причем гормонотерапию всегда проводят в сочетании с другими методами лечения (физиотерапия, рациональное питание, средства, усиливающие кроветворение, и др.), способствующими укреплению организма и нормализации его важнейших функций.

При первичной аменорее и резком недоразвитии половых органов назначают эстрогены — натуральные (эстрон, эстрадиол) или синтетические (синэстрол, диэтилстильбэстрол и др.) в течение 4—6 недель по 5000—10 000 м. е. ежедневно.

Продолжительное применение эстрогенов способствует росту матки и развитию вторичных половых признаков; эстрогены стимулируют процесс пролиферации слизистой оболочки матки.

После эстрогенов назначают прогестерон по 5—10 мг в течение 6—8 дней. Прогестерон вызывает секреторное превращение эндометрия. После окончания курса гормонотерапии возникает менструальноподобное кровотечение. Обычно один курс лечения гормонами успеха не дает, и возникает необходимость повторения гормонотерапии по

другой схеме. При первичной аменорее и резком недоразвитии половых органов лечение не всегда бывает успешным.

Если явления гипотрофии отсутствуют или слабо выражены, рекомендуются проводить лечение по другой схеме. Назначают эстрогены по 5000—10 000 м. е. ежедневно в течение 2—3 недель, а затем — прогестерон по 5 мг ежедневно в течение 6—8 дней. После окончания курса лечения наступает кровостечение типа менструаций. Можно применить лечение только эстрогенами, применяя их по 5 000—10 000 м. е. в течение 8—10 дней. Через 5—10 дней после окончания введения эстрогенов из половых путей появляются кровянистые выделения; при отсутствии эффекта через 2 недели после первого курса вновь вводят эстрогены в указанных дозах. Курс лечения гормонами по той или иной схеме обычно приходится назначать повторно (2—3 цикла и больше).

Существуют и другие схемы лечения аменореей гормонами.

Гормоны оказывают не только замещающее действие. Последовательное, циклическое применение половых гормонов воспроизводит ритмические, правильно повторяющиеся процессы, присущие менструальному циклу, способствует нормализации гонадотропной функции гипофиза и усилению функций яичника. Поэтому для получения эффекта и его закрепления приходится проводить повторные циклические курсы лечения в течение 5—6 месяцев.

## ЦИКЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Непосредственной причиной слабых, коротких (один день, несколько часов) и редких (через 6—8 недель) менструаций является гипофункция яичников. Пониженная продукция половых гормонов обуславливает недостаточное кровоснабжение матки и неполноценность циклических превращений эндометрия.



Рис. 49. Нормальные месячные, четырехнедельный тип; продолжительность 3—4 дня.

Эти особенности определяют тип менструаций, которые являются слабыми (гипоменореей) и короткими (олигоменореей). Запоздывание менструаций (редкие менструации — опсоменореей) (рис. 49 и 50) связано с урежением процесса созревания фолликулов в яичнике. Созревание нового фолликула начинается не сразу после менструаций, а лишь через некоторое время.

После более или менее продолжительной паузы начинается новый яичниковый цикл (созревание фолликула, овуляция, созревание желтого тела) и соответствующие циклические изменения в эндометрии. При этом основные фазы яичникового и маточного цикла могут быть укорочены; в частности, нередко наступает быстрый регресс неполноценного желтого тела.

К ослаблению и урежению менструаций ведут все неблагоприятные условия, понижающие функцию яичников.

Гипоменструальный синдром, являющийся следствием яичниковой недостаточности, возникает в связи с теми же причинами, которые обуславливают аменорею. Такими причинами являются: инфантилизм и другие аномалии развития, острые и хронические инфекции, интоксикации, нарушение функций желез внутренней секреции и др. В зависимости от разных условий (состояние организма, факторы внешней среды и др.) одна и та же причина у одних женщин вызывает ослабление менструаций, а у других более или менее продолжительную аменорею. Гипоменструальный синдром нередко наблюдается в периоде полового созревания и в климактерическом периоде.



Рис. 50 Гипо-оменорея — менструации редкие, менструальное кровотечение слабо выражено.

Гипоменструальный синдром бывает первичным (с начала появления менструации) и вторичным (ослабление, укорочение и урежение ранее нормальных менструаций).

Первичный характер данной аномалии менструальной функции наблюдается главным образом при инфантилизме и других особенностях развития организма (астения, недостаточная половая дифференцировка с проявлениями вирилизма и др.). Вторичный — ослабление (урежение) менструаций возникает в связи с расстройством функции эндокринных органов, инфекционными и другими заболеваниями, нарушением условий среды и другими причинами.

Распознавание причин первичной и вторичной слабости (урежения) менструаций основывается на тщательном клиническом исследовании организма. Для подкрепления данных клинического исследования производятся лабораторные и некоторые специальные методы исследования, рекомендуемые при диагностике причин аменореи.

Лечение. При первичной слабости менструальной функции и отсутствии сопутствующих нарушений (бесплодие, болезненные менструации и др.) рекомендуются только общеукрепляющие меры: рациональное питание, легкий спорт, правильное чередование труда и отдыха. При вторичном ослаблении менструаций проводят лечение, направленное на устранение основной причины, вызвавшей понижение функции яичников.

Наряду со специальным лечением рекомендуется режим, способствующий укреплению организма и урегулированию нарушенных функций. При недостаточности эффекта общеукрепляющей терапии можно применить воротник по Щербаку, а также диатермию, грязелечение и другие методы, усиливающие кровоснабжение органов малого таза. В соответствующие фазы менструального цикла назначают небольшие дозы половых гормонов. В фолликулиновую фазу вводят эстрогены по 1000—5000 м. е. ежедневно в течение 10—12 дней, в лютеиновую — прогестерон по 1—5 мг ежедневно в течение 6—8 дней. Можно применять только эстрогены в фолликулиновую фазу цикла

(по 1000—5000 м. е. в течение 8—12 дней). Циклическое лечение гормонами приходится повторять. Общеукрепляющее лечение, физиотерапевтические процедуры и гормоны показаны при первичном и вторичном возникновении гипоменструального синдрома, если данное нарушение менструаций сопровождается другими расстройствами (боль при менструации, бесплодие, нарушение половой функции и т. д.). Если ослабление менструальной функции сопровождается ожирением, назначают физистерапию, направленную на урегулирование обмена.

### МЕНОРРАГИЯ

Прекращение менструаций (менструального крововыделения) связано с сокращениями матки, закрытием просвета кровотокающих сосудов и с эпителизацией раневой (десквамированной) поверхности матки. Все процессы, нарушающие сократительную способность матки и тормозящие процесс регенерации слизистой, ведут к усилению кровопотери (рис. 51) и к увеличению продолжительности менструаций, т. е.



Рис. 51. Гиперменорея — слишком сильное менструальное кровотечение.

к меноррагии. Усилению кровопотери при менструациях способствуют процессы, обуславливающие гиперемию половых органов и нарушающие свертываемость крови.

Укорочение менструальных циклов (частые менструации) связано с гипофункцией яичника, с сокращением и неполноценностью основных фаз яичникового цикла, особенно лютеиновой фазы. Сокращение срока между менструациями может быть связано с быстрым регрессом неполноценного желтого тела.

Причины меноррагии различны.

1. Причиной продолжительных, обильных и частых менструаций может быть гипофункция яичников на почве нарушения функции нервной системы и гипопитания, неполноценного питания, инфантилизма, общих истощающих заболеваний и расстройств обмена.

Меноррагии нередко наблюдаются при возрастной гипофункции яичников: в период пубертатного созревания (становление функции яичников) и в период климактерия (угасание функции яичников).

2. Меноррагия может возникнуть при заболеваниях сердца, сопровождающихся застоем крови в органах малого таза, заболеваниях крови, гиповитаминозе С, инфекциях и интоксикациях, ведущих к нарушению сосудистых стенок. Усиление менструаций наблюдается при заболеваниях щитовидной железы и других органов внутренней секреции.

3. Причиной меноррагии нередко являются гинекологические заболевания. К числу таких заболеваний относятся миомы матки, особенно при интерстициальном расположении узлов. Меноррагия при миомах связана в основном с нарушением сократительной деятельности матки. Сравнительно часто меноррагия возникает при воспалитель-

ных заболеваниях половых органов. Усиление и затяжное течение менструаций связано с воспалительной гиперемией половых органов, понижением сократительной способности матки и замедлением регенерации раневой поверхности матки (особенно при эндометрите).

Меноррагия, наблюдающаяся иногда при аномалиях положения матки (патологические перегибы, выпадение матки), обычно зависит от сопутствующих моментов (воспаление, нарушение кровообращения и пр.). Известное этиологическое значение имеет понижение тонуса матки в результате частых повторных родов (особенно патологических).

Лечение. Успех лечения зависит от выяснения причины, вызвавшей меноррагию. Распознаванию причины данной аномалии менструальной функции способствует тщательное изучение анамнеза и всестороннее объективное исследование больной. В некоторых случаях выяснение причины меноррагии не представляет затруднений (миома, воспалительный процесс и др.), в других диагностика является сложной.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение заболевания, явившегося причиной меноррагии.

В соответствующих случаях помогает противовоспалительное лечение, терапия инфекционных, сердечно-сосудистых и других заболеваний.

Усиленные и продолжительные кровопотери при миоме служат показанием для ампутации или экстирпации матки; у молодых женщин показано вылушивание узлов. При инфантилизме и вторичной гипофункции яичников (на почве перенесенных заболеваний) большое значение имеет полноценное питание и общеукрепляющая терапия; можно сделать попытку применить половые гормоны в соответствующие фазы цикла (эстрогены или последовательно эстрогены и прогестерон). Перед назначением гормонотерапии необходимо исключить другие причины меноррагии — опухоли, воспалительные и другие заболевания.

При меноррагии приходится применять симптоматическую терапию: переливание крови, препараты железа, средства, усиливающие функцию кровотворных органов (печеночный экстракт, камполон и др.), и кровостанавливающие средства. К таковым относятся: стиптицин (*Stypticini* 0,05 № 12; по одной таблетке 3 раза в день), экстракт спорыньи (*Extr. Secalis cornuti fl.* 30,0; по 20 капель 3 раза в день); экстракт калины (*Extr. viburni opuli fl.* 20,0; по 20—30 капель 3 раза в день); экстракт водяного перца (*Extr. polygoni hydropiperis fl.* 30,0; по 30—40 капель 3 раза в день). При сильном кровотечении можно применить инъекции эрготина и питуитрина.

## **АНОВУЛЯТОРНЫЕ (ОДНОФАЗНЫЕ) МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

### **АНОВУЛЯТОРНЫЕ МЕНСТРУАЛЬНОПОДОБНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

В периоде полового созревания, лактации и климактерия бывают однофазные, ановуляторные менструальноподобные маточные кровотечения. Фолликул зреет, но овуляция не происходит и желтое тело не образуется. В соответствии с этим в эндометрии наблюдается только пролиферация; фаза секреции отсутствует. Фолликул, достигший той или иной степени зрелости, подвергается регрессу (атрезии), что сопровождается снижением уровня эстрогенов в организме. Полагают,

что кровотечение совпадает с регрессом фолликула и снижением уровня эстрогенов.

Ановуляторные циклы могут возникать спорадически у здоровых женщин с нормальной менструальной функцией; при этом ановуляторные циклы перемежаются с нормальными и овуляторными циклами без всякой последовательности.

Ановуляторные циклы протекают ритмически, обычно без патологической кровопотери (менструальноподобное кровотечение), и при отсутствии нарушений общего состояния женщины. Систематически повторяющиеся ановуляторные циклы ведут к бесплодию.

В других случаях ановуляторные процессы протекают ациклически и сопровождаются продолжительным и обильным кровотечением. Подобные ановуляторные маточные кровотечения были описаны Р. Шредером под названием *metrorrhagia haemorrhagica*. Данный тип нарушения менструальной функции относится к группе «функциональных» маточных кровотечений.

Функциональными считаются такие маточные кровотечения, которые не связаны с новообразованиями, воспалительными и другими заболеваниями половой системы женщины.

### **АНОВУЛЯТОРНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (МЕТРОПАТНІА НАЕМОРРНАГІСА)**

Патологически протекающие ановуляторные маточные кровотечения возникают на почве персистенции фолликула (одного или нескольких) или атрезии и многих фолликулов.

При персистенции фолликул достигает полной зрелости, но не вскрывается (нет овуляции) и желтое тело из него не образуется; он продолжает расти в течение нескольких недель и выделяет фолликулярный гормон более длительно, чем нормальный фолликул (рис. 52).

Вследствие продолжительного действия эстрогенов (фолликулярного гормона) происходит чрезмерная пролиферация эндометрия. Слизистая оболочка разрастается, утолщается, железы удлиняются, в них образуются кистовидные расширения (железистокистозная гиперплазия эндометрия). Секреторное превращение слизистой не происходит (нет желтого тела), компактный и спонгиозный слой не образуются. Сосуды слизистой оболочки разрастаются, форма их разнообразна, расположение неравномерное; в сосудах иногда образуются гиалиновые тромбы. Разросшаяся слизистая заполняет всю полость матки; соприкасающиеся поверхности слизистой (передней и задней стенки) подвергаются взаимному сдавлению.

В результате сдавления и сосудистых расстройств происходит нарушение питания, некроз и отторжение слизистой, сопровождающееся кровотечением. Разросшаяся слизистая отпадает постепенно, отдельными участками; поэтому кровотечение бывает продолжительным и нередко весьма обильным. Кровотечение прекращается после отторжения всей разросшейся слизистой и полной регенерации раневой поверхности.

Маточное кровотечение, обусловленное персистенцией фолликула, так называемая *metrorrhagia haemorrhagica*, было описано Р. Шредером (1915).

В последующие годы было установлено, что гиперплазия слизистой оболочки и последующее кровотечение возникают не только при персистенции фолликула. Указанные процессы могут возникнуть при на-

лиции атрезирующихся фолликулов (В. А. Покровский, И. И. Фейгель и др.). Фолликулы развиваются, но, не достигнув степени зрелости, подвергаются регрессивным изменениям (атрезия фолликула). Происходит дистрофия и распад яйцеклетки и зернистой оболочки, запустевание сосудов и гиалиноз соединительнотканых оболочек фолликулов.

Атрезирующиеся фолликулы спадаются (облитерационная форма атрезии) или в них более или менее длительно сохраняется фолликулярная жидкость (кистозная атрезия). Постепенно в яичниках образуется много атрезирующихся фолликулов, но желтые тела отсутствуют.

До возникновения регрессивных процессов в фолликулах образуется гормон, стимулирующий процесс пролиферации в эндометрии. Уровень эстрогенов при атрезии фолликулов может быть низким, но они действуют на эндометрий продолжительно и поэтому вызывают гиперплазию. Следовательно, при персистенции и атрезии фолликулов патологические процессы протекают в одном направлении: отсутствие овуляции и желтого тела, продолжительная стимуляция пролиферативных процессов в эндометрии эстрогенами, отсутствие секреторной трансформации разросшейся слизистой оболочки матки и отторжение ее, сопровождающееся кровотечением. Разница состоит в неодинаковой гормональной активности персистирующего и атрезирующегося фолликулов; однако изменения в эндометрии зависят не от уровня эстрогенов, но главным образом от продолжительности их действия.

Этиология. Ановуляторные маточные кровотечения представляют собой проявление функциональной недостаточности яичников. Основанием для такого предположения является тот факт, что такая аномалия менструальной функции чаще всего наблюдается в климактерическом периоде, когда происходит угасание функции яичников, и в периоде половой зрелости при неустановившейся (неполноценной) функции половых желез.

Нервные приборы незрелых и угасающих яичников не обладают способностью правильно реагировать на действие гонадостимулирующих гормонов гипофиза; поэтому овуляция не происходит и желтое тело не образуется.

В периоде половой зрелости (до климактерия) ановуляторные маточные кровотечения наблюдаются реже и связаны также с недостаточной функцией яичников. Ослабление функции яичников, ведущее к ановуляторным кровотечениям, может возникнуть в связи с разными причинами. К последним относятся истощающие заболевания, недостаточное питание, переутомление, эндокринные нарушения, влияющие на гонадотропную функцию гипофиза. Для осуществления овуляции необходимо совместное действие фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза. Нарушение продукции одного или обоих гормонов тормозит овуляцию и может привести к персистенции фолликула или к образованию атретических (нелопнувших) фолликулов.

Возможно, что плотные спайки, окружающие яичник, и утолщение на почве воспаления белочной оболочки могут служить препятствием для разрыва фолликула.

Клиническая картина. Возникновению маточного кровотечения обычно предшествует более или менее продолжительная задержка менструаций. Срок задержки колеблется от 1—2 недель до 1½—2 месяцев и выше. В некоторых случаях кровотечение возникает в срок предполагаемых менструаций или даже раньше.

Кровотечение бывает затяжным и продолжается в течение не-

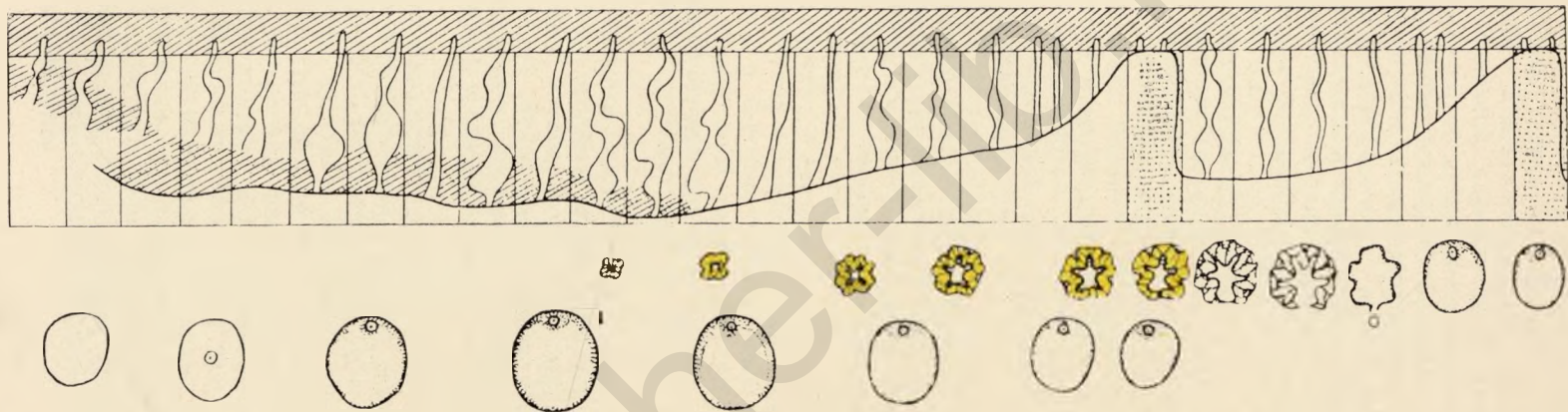


Рис. 52. Ановуляторный (однофазный) цикл.

Первый яичниковый и относящийся к нему маточный цикл в пределах нормы. Второй созревший фолликул в состоянии персистенции (овуляции не произошло). Слизистая матки переходит из нормальной фазы секреции в патологическую — железисто-кистозную гиперплазию. Появляются тромбы и некрозы.



скольких недель или даже месяцев. Может возникнуть обильная кровопотеря, вызывающая острое малокровие и кислородное голодание организма. Сильное кровотечение нередко бывает при сочетании данного нарушения с миомой, аденомиозом. Анемия может возникать также при необильном, но продолжительном кровотечении. Кровотечения, возникающие после некоторой задержки менструаций в периоде полового созревания или климактерическом — вот главные клинические особенности данной аномалии менструальной функции. Матка нормальной величины или несколько уменьшена, если геморрагическая метрпатия сочетается с инфантилизмом. В климактерии иногда наблюдается небольшое увеличение матки, зависящее от длительного воздействия эстрогенов.

**Диагноз.** Распознавание основывается на тщательном изучении анамнестических данных (перенесенные заболевания, условия питания и пр.), главным образом относящихся к менструальной функции. Учитывается возраст, имеющий немаловажное значение при данной аномалии. При исследовании половых органов должны быть исключены миомы, полипы, рак и другие заболевания, способствующие возникновению маточных кровотечений. Большое значение имеет диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

При выскабливании отделяется значительная масса слизистой, имеющая мягковатую консистенцию. Соскоб будет небольшим в том случае, если кровотечение началось давно и отторжение значительной части слизистой произошло до выскабливания.

В типичных случаях геморрагической метрпатии, обусловленной персистенцией фолликула, гистологическое исследование показывает гиперплазию эндометрия с кистозным расширением желез. При кистозной атрезии фолликулов в слизистой также находят гиперпластические процессы, а иногда и кистозно расширенные железы. Типично отсутствие признаков секреторной трансформации эндометрия.

Пробное выскабливание слизистой матки, являющееся ценным методом диагностики, особенно рекомендуется в климактерическом периоде.

Подсобным методом диагностики является реакция «зрачка». В связи с тем что в яичнике вырабатывается только фолликулярный гормон (овуляции и желтого тела нет), циклические колебания в интенсивности секреции желез шейки матки отсутствуют. Секреторная активность цервикальных желез носит довольно постоянный характер, и резко выраженный симптом «зрачка» наблюдается до момента кровотечения.

Известное диагностическое значение имеет температурный тест. При нормальной менструальной функции температура тела женщины меняется в зависимости от фазы цикла (обычно измеряют температуру в прямой кишке по утрам до приема пищи). В фолликулярной фазе цикла температура обычно ниже  $37^{\circ}$ , перед овуляцией она немного снижается, в лютеиновой фазе повышается на  $0,6-0,8^{\circ}$  (рис. 53); за 1—2 дня до наступления менструации температура вновь понижается. Указанные колебания температуры связаны с уровнем фолликулярного гормона и прогестерона в организме. Двухфазная температура указывает на чередование фолликулярной и лютеиновой фаз яичникового цикла. При ановуляторном (однофазном) цикле наблюдается характерная монотонность температурной кривой (рис. 54).

**Лечение.** При ановуляторных маточных кровотечениях лечение должно быть комплексным.

В юношеском и молодом возрасте применяют меры к урегулированию деятельности яичников и менструальной функции. В климактерическом возрасте, приближающемся к менопаузе, нередко возникает вопрос о необходимости прекращения функции яичников искусственным путем.

При кровотечениях в юношеском возрасте особенно большое значение имеет рациональное питание с большим количеством витами-

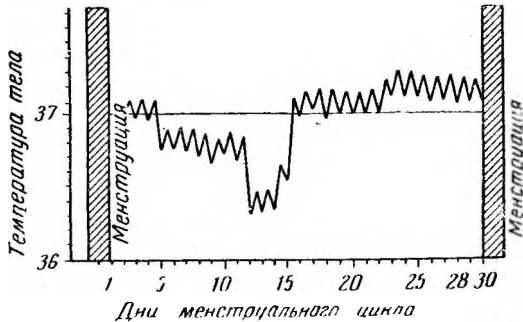


Рис. 53. Утренняя температура в прямой кишке при нормальном менструальном цикле.

В последние годы широко пользуются гормоном желтого тела (прогестерон). Прогестерон вводят с целью вызвать секреторные превращения в разросшейся слизистой оболочке матки. Секреторная трансформация способствует правильной десквамации функционального слоя и остановке кровотечения.

При наличии кровотечения и невозможности выскабливания (у девушек) прогестерон назначают во время кровотечения внутримышечно по 5—10 мг ежедневно в течение 6—8 дней. Такое лечение иногда приводит к уменьшению и остановке кровотечения; иногда кровотечение вначале усиливается, а потом останавливается. К следующему курсу лечения прогестероном (по 5 мг в течение 6—8 дней) приступают через 3 недели от начала бывшего кровотечения.

После прекращения инъекций прогестерона возникает кровотечение типа обычных менструаций.

Своевременное применение прогестерона является хорошей профилактикой патологического кровотечения, поэтому курс лечения повторяют не менее 3—4 раз.

Применение прогестерона во время кровотечения не всегда дает должный эффект. Поэтому при продолжающемся кровотечении у половозрелых женщин показано выскабливание слизистой матки, которое дает надежный эффект, так как удаляется источник кровотечения — разросшаяся слизистая оболочка. Через 2 недели после

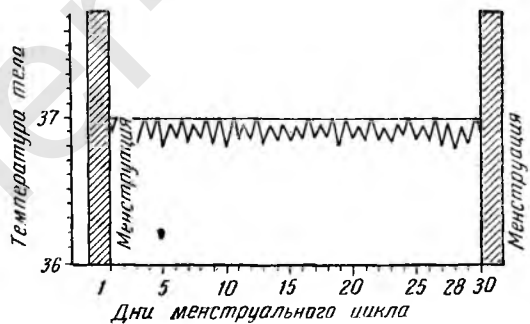


Рис. 54. Утренняя температура в прямой кишке при ановуляторном (однофазном) цикле.

выскабливания назначают курс прогестерона. В юношеском возрасте к выскабливанию матки прибегают только по жизненным показаниям, когда под влиянием консервативных методов лечения кровотечение не останавливается.

В климактерии перед началом лечения всегда производится выскабливание слизистой матки и гистологическое исследование эндометрия. Это необходимо для уточнения диагноза и исключения других патологических процессов (рака). В дальнейшем назначают циклическое лечение прогестероном или прегнином. Прегнин действует аналогично прогестерону. Этот препарат выпускается в таблетках по 5 мг. Его назначают под язык по 2 таблетки 3 раза в день в течение 6—8 дней.

Если возраст больной приближается к менопаузе, а также при отсутствии эффекта в результате применения прогестерона (прегнина), назначают мужской половой гормон. Мужской половой гормон угнетает рост фолликулов и ускоряет наступление менопаузы (мужской половой гормон действует на яичник косвенно, через гипофиз, подавляя его гонадотропную функцию). Назначают тестостеронпропионат внутримышечно по 25 мг (2,5% раствор 1 мл) через день в течение 2 недель, а затем 1—2 раза в неделю.

Можно применить метилтестостерон, который выпускается в таблетках по 5 мг (под язык). Суточная доза метилтестостерона 20—30 мг.

При безуспешном применении гормонов и других средств комплексной терапии в климактерическом возрасте можно назначить рентгено- или радиотерапию в дозе, вызывающей гибель фолликулов яичника.

### **БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕНСТРУАЦИИ (ALGODYSMENORRHEA)**

Болезненные менструации принято называть дисменореей, хотя данный термин применим ко всем расстройствам менструальной функции. Более точными терминами (algodysmenorrhea, algomenorrhea, menalgia) пользуются еще не все гинекологи.

Альгодисменорея относится к числу сравнительно частых расстройств менструальной функции. Она проявляется различно. Обычно боль возникает до начала менструации и продолжается в течение первого дня или первых двух дней ее. Реже боль начинается с появлением менструации и продолжается до ее окончания. Боли могут быть тупыми, тянущими или чрезвычайно сильными, судорожными.

К резко выраженным болевым явлениям нередко присоединяются тошнота, рвота, повышение секреции слюнных желез, потливость, спастические запоры, головная боль и другие расстройства, нарушающие общее состояние и трудоспособность женщины.

Различают первичную и вторичную альгодисменорею.

Первичной альгодисменореей считают в том случае, если она не связана с какими-либо заболеваниями половых органов; в подавляющем большинстве случаев первичная альгодисменорея наблюдается у нерожавших женщин.

Вторичная альгодисменорея является следствием гинекологических заболеваний (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли и др.)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Существует и другое определение: первичная альгодисменорея — менструации болезненны с самого начала их возникновения, вторичная — после предшествовавших безболезненных менструаций,

**Этиология.** Альгодисменорея является не самостоятельным заболеванием, а симптомом других заболеваний, функциональных нарушений, аномалий развития.

1. В происхождении альгодисменореи большую роль играют функциональные особенности и расстройства нервной системы. Многочисленные наблюдения показывают, что альгодисменорея нередко наблюдается у женщин с лабильной, неуравновешенной нервной системой.

При неустойчивости функций нервной системы порог болевой чувствительности понижен; поэтому обычные сокращения матки, совершающиеся при менструации, воспринимаются в виде сильных, схваткообразных или режущих болей (при правильном течении нервных процессов раздражения, связанные с сокращениями менструирующей матки, остаются под порогом ощущений).

Возникновению альгодисменореи могут способствовать разные причины, определяющие повышенную раздражимость и неустойчивость нервной системы. К таким причинам относятся: неблагоприятные условия среды, тяжелые заболевания (особенно перенесенные в детстве и в периоде полового созревания), душевные потрясения, переутомление, аномалии развития (инфантилизм, интерсексуальность) и особенности конституции (астения), эндокринные нарушения.

2. В прежние годы полагали, что важнейшей причиной альгодисменореи является механическое препятствие к выделению крови из полости матки. К таким механическим причинам относили узость канала конической шейки матки, резкий перегиб матки (остроугольная антефлексия), рубцовые сужения внутреннего зева шейки матки после выскабливания матки, прижиганий и других вмешательств.

Для преодоления этих препятствий и изгнания из полости матки крови и распадающегося функционального слоя требуются интенсивные сокращения матки. Эти необычно сильные сокращения мускулатуры матки сопровождаются ощущениями более или менее интенсивной боли.

В дальнейшем было установлено, что альгодисменорея при конической шейке и остроугольной антефлексии матки связана главным образом не с механическими условиями, а с инфантилизмом; коническая шейка и чрезмерный перегиб матки являются частными проявлениями инфантилизма. Инфантилизму нередко сопутствует лабильность нервной системы, определяющая повышенную чувствительность к раздражениям, исходящим из внешней и внутренней среды, в том числе и из половых органов. Нарушения гормонального баланса при инфантилизме являются дополнительным фактором, способствующим возникновению альгодисменореи.

О недостаточной обоснованности механической теории происхождения альгодисменореи свидетельствует безуспешность или недостаточная эффективность лечения альгодисменореи путем расширения канала шейки матки, рассечения шейки и другими методами, направленными на устранение предполагаемых препятствий. Следует учесть и тот факт, что недоразвитие половых органов не всегда сопровождается альгодисменореей даже при выраженной остроугольной антефлексии и конической форме шейки матки.

3. Вторичная альгодисменорея может возникнуть в связи с воспалительными заболеваниями, эндометриозом, опухолями, аномалией положения половых органов. Альгодисменорея при воспалительных и других заболеваниях связана с усиленной гиперемией половых органов, чрезмерным раздражением нервных элементов при сокращениях матки.

При воспалительных процессах имеет значение натяжение спаек, образующихся между брюшинным покровом матки и соседними органами.

Длительно существующие воспалительные и другие заболевания половых органов способствуют истощению нервной системы. Возникающей при этом понижению порога возбудимости является дополнительной причиной наступления альгодисменореи.

4. В редких случаях функциональный слой эндометрия при менструации отделяется в виде сплошной перепонки, не подвергаясь ферментативному расплавлению, как это бывает при нормальной менструации. Это нарушение процесса десквамации связано со своеобразным нарушением функции яичников. Выделение из матки нерасплавленного функционального слоя сопровождается сильными болями (*dysmenorrhoea membranacea*).

Лечение. Лечение альгодисменореи должно быть направлено на устранение причины, обуславливающей возникновение болевых ощущений.

Такой подход сравнительно легко осуществим при вторичной альгодисменорее. Успех терапии зависит от того, будут ли излечены воспалительные заболевания, эндометриоз и другие болезни половых органов, симптомом которых является альгодисменорея.

Лечение первичной альгодисменореи представляет собой более сложную задачу.

При первичной альгодисменорее большое значение имеют все средства, способствующие урегулированию функций центральной нервной системы: правильный образ жизни, рациональное питание, умеренный спорт, устранение всех условий, оказывающих неблагоприятное влияние на психику. По показаниям назначают препараты мышьяка и железа, витамины. При инфантилизме, кроме общеукрепляющего лечения, можно назначить грязелечение, вагинально-абдоминальную (сакральную) диатермию, малые дозы эстрогенов в первую фазу цикла.

Общеукрепляющее лечение продолжается долго и не всегда бывает успешным. Поэтому при альгодисменорее приходится прибегать к симптоматической терапии, главным образом к болеутоляющим средствам. Симптоматическая терапия нередко бывает показана и при вторичной аменорее.

С болеутоляющей целью назначают пирамидон, антипирин, фенацетин, суппозитории с белладонной, папаверином и пирамидоном или антипирином по следующей прописи:

Rp. Extr. Belladonnae 0,015  
Papaverini hydrochlorici 0,02  
Pyramidoni или Antipyridini 0,5  
But. Cacao q. s. ut f. Suppos.  
D. t. d. N. 4  
S. По 1—2 свечки в день

Рекомендуются также микроклизмы из теплого настоя ромашки, согревающие компрессы и грелки на нижнюю часть живота.

В настоящее время при альгодисменорее назначают прогестерон, снижающий возбудимость матки. Этот препарат применяют за 5—6 дней до менструации по 5 мг ежедневно. Лечение прогестероном не всегда устраняет альгодисменорейные боли.

В прежние годы с целью лечения альгодисменореи применяли расширение и рассечение шейки матки и выскабливание слизистой

матки. Эти методы, базирующиеся на механической теории происхождения альгодисменореи, в настоящее время применяют редко, в основном при безуспешности других методов лечения.

## **АЦИКЛИЧЕСКИЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ (МЕТРОРРАГИЯ)**

К ациклическим кровотечениям (метроррагия) относятся все маточные кровотечения, происходящие не из раневой поверхности, образующейся при менструации (десквамации функционального слоя), а из патологически измененной слизистой оболочки матки. Обычно источником кровотечения являются процессы, сопровождающиеся возникновением раневой поверхности, изъязвлений или нарушением сосудистых стенок. Возможно возникновение маточного кровотечения без повреждения слизистой оболочки матки, *per diapedesin*.

Кровотечение при метроррагии может возникнуть в межменструальном промежутке, предшествовать менструации или начаться после нее. Кровотечение может происходить в течение длительного времени, затушевывая существующие менструальные циклы. Продолжительность и интенсивность кровопотери при метроррагии колеблются в широких пределах, в зависимости от характера патологического процесса, послужившего источником кровотечения.

Метроррагия наблюдается как при наличии циклических процессов, так и после прекращения менструальной функции (в менопаузе).

Метроррагия возникает при следующих заболеваниях половых органов.

1. Полипы слизистой оболочки тела и шейки матки являются сравнительно частой причиной ациклических кровотечений. Кровотечение из полипов наступает в связи с возникновением вторичных изменений. К таким изменениям относятся кровоизлияния, изъязвление и распад полипа, связанные с нарушением питания.

2. Субмукозные миомы обычно вызывают довольно сильные и продолжительные кровотечения, затушевывающие менструальный цикл. Кровотечение бывает особенно сильным при рождающемся узле (разрыв сосудов капсульной зоны).

3. Метроррагия часто является симптомом рака тела и шейки матки (особенно в климактерии и в менопаузе). Кровотечение начинается при изъязвлении поверхности опухоли. Дальнейший распад опухоли и нарушение сосудов могут привести к возникновению профузных кровотечений. Ациклические кровотечения возникают при саркоме, хорионэпителиоме матки, а также при гормонально активных опухолях яичника, вызывающих гиперплазию эндометрия с последующим распадом.

4. Тяжело протекающий базальный эндометрит может быть причиной продолжительного кровотечения. Источником кровотечения является раневая поверхность, заживление которой нарушено в связи с поражением элементов базального (росткового) слоя эндометрия.

5. Эрозии шейки матки могут быть источником кровотечения при повреждениях (контактные кровотечения).

Метроррагия является признаком многих осложнений беременности. Кровотечение ациклического характера наблюдается при аборте, внематочной беременности, пузырном заносе и других осложнениях второй половины беременности.

Ациклические маточные кровотечения могут возникнуть в связи с застойной гиперемией органов малого таза (заболевания сердца), при

гиповитаминозе С, гипертонической болезни. В таких случаях кровотечение возникает в связи с нарушением сосудов или per diapedesin при отсутствии раневой (язвенной) поверхности в эндометрии.

Причиной ациклических кровотечений из половых путей могут быть патологические процессы в области влагалища и вульвы (рак, кольпит, разрыв варикозного узла и др.).

Таким образом, метроррагия является симптомом многих гинекологических заболеваний, осложнений беременности и некоторых общих заболеваний. Заслуживает большого внимания тот факт, что причиной ациклических кровотечений являются злокачественные новообразования половых органов. Поэтому при всякой метроррагии необходимо выяснить источник кровотечения. Диагностика причин метроррагии основывается на данных общего и гинекологического исследования больной. В соответствующих случаях (в климактерическом периоде и в старческом возрасте) необходимо применение пробного выскабливания матки и биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Лечение. Терапия заболеваний, симптомом которых является метроррагия.

## ГЛАВА IV

# ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

## ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Воспалительные заболевания женских половых органов встречаются очень часто. Они выявляются у 60—65% гинекологических больных, обращающихся в женские консультации.

Причины воспалительных процессов половых органов у женщины можно разделить на экзогенные и эндогенные.

К непосредственным экзогенным причинам воспаления относятся: инфекционные агенты (бактерии и их токсины), паразитарные инвазии, механические (ушиб, ранение), термические и химические факторы. Важнейшее значение среди этих причин имеют инфекционные агенты.

Механические, термические и химические причины воспаления половых органов встречаются редко. Среди возбудителей инфекции у женщины важнейшее значение имеют гонококк, стрепто- и стафилококк, кишечная палочка, туберкулезная бацилла. Изредка воспалительный процесс возникает в связи с внедрением эхинококка, лучистого грибка, грибка молочницы, палочки дифтерии, бледной спирохеты.

К эндогенным причинам, способствующим возникновению воспаления, относятся некроз ткани, тромбоз, обширное кровоизлияние. Подобные осложнения нередко возникают при росте опухолей (например, миом, кистом).

В развитии воспалительного процесса различают три стадии: острую, подострую и хроническую; однако четкое разделение подострой и хронической стадии представляется нередко затруднительным.

При рассмотрении стадий воспаления важно учитывать, что воспалительная реакция представляет собой сочетание двух взаимосвязанных и неотделимых один от другого процессов: патологического (повреждение, дистрофия) и защитно-физиологического (экссудация, фагоцитоз, разрастание ткани). В результате последних процессов происходит восстановление поврежденных тканей.

Исход воспаления половых органов может быть следующим: 1) выздоровление (*restitutio ad integrum*); 2) неполное восстановление анатомии и функций органов за счет образования рубцов; 3) переход в хроническую форму; 4) гибель ткани органов, а иногда и гибель больной. Изучение воспалительных заболеваний половых органов



женщин позволяет не только научно обосновать их диагностику и терапию, но и разработать рациональные меры общественной и индивидуальной профилактики.

## ГОНОРЕЯ

Гонорея — инфекционное заболевание, вызываемое специфическим возбудителем — гонококком. Наиболее часто гонорея передается половым путем — от больного человека здоровому, реже (у детей) внеполовым путем — через различные предметы (белье, губки, полотенца).

Возбудитель гонореи был открыт в 1879 г. немецким ученым А. Нейссером, который описал его морфологию, способы размножения и назвал его гонококком. Чистую культуру гонококков впервые получил Э. Бумм в 1885 г., вырастивший ее на свернувшейся кровяной сыворотке из человеческой плаценты. Гонококк — специфический паразит человека. Искусственное заражение им животных не удается. Гонококки являются диплококками, т. е. кокками, располагающимися парами; каждый кокк имеет форму боба. Своей вогнутой поверхностью кокки обращены друг к другу. Величина гонококка варьирует в зависимости от стадии развития; длина его около 1,6 м, ширина 0,8 м. При исследовании с помощью электронного микроскопа была обнаружена (Е. А. Сильков) оболочка гонококка. Очень важна триада, характерная для гонококка: внутриклеточное расположение (внутри лейкоцита), бобовидная форма и отрицательное отношение к окраске по Граму (гонококки окрашиваются в светло-красный цвет; грамположительные кокки имеют фиолетовую окраску).

Гонококки размножаются преимущественно там, где имеется цилиндрический эпителий: в шейке матки, маточных трубах, прямой кишке, а также в уретре. Однако у беременных, в послеродовом периоде, у старых женщин (редко) и у девочек они инфицируют и влагалище, стенки которого покрыты плоским эпителием. Таким образом, локализация гонококка обуславливается не только морфологическими особенностями различных отделов полового аппарата, но и общим состоянием больной, периодом ее жизни, функциональным состоянием эндокринных органов (прежде всего яичника). Гонококки содержат эндотоксин, который поступает в организм больной при их гибели и разрушении; в жидкой питательной среде погибшие гонококки не выделяют эндотоксина до тех пор, пока не произойдет их распад.

В настоящее время твердо установлено, что условия внешней среды, лекарственные вещества (сульфаниламиды, пенициллин), хроническое течение болезни значительно изменяют морфологические, тинкториальные и биологические свойства гонококков.

Вопрос об иммунитете человека (как врожденном, так и приобретенном) к гонококку решается, как правило, отрицательно. Однако наблюдаются отдельные случаи выработки относительного, нестойкого иммунитета к «собственному» штамму гонококков — гомогенный иммунитет. Так, клинические симптомы болезни супругов могут постепенно убывать, и половая жизнь не сопровождается новыми вспышками болезни, однако каждый из этих супругов может быть источником острой гонорей для третьего лица.

Клиническая картина. Заражение гонореей взрослых обычно происходит половым путем; при этом наиболее часто первичным очагом инфекции у женщин является шейка матки и уретра; заболевание бартолиновых желез, прямой кишки возникает вторично вследствие затекания секрета.

Заражение девочек, как правило, происходит внеполовым путем — через предметы обихода (полотенце, губка, ночной горшок).

Инкубационный период при гонорее обычно весьма непродолжителен — 3—4 дня и лишь изредка он удлиняется до 2—3 недель и больше.

Колебания длительности инкубационного периода зависят от общего состояния организма (его реактивности) и от вирулентности микроба. Отмечено, что чем короче инкубационный период заболевания, тем резче выражены клинические симптомы и наоборот.

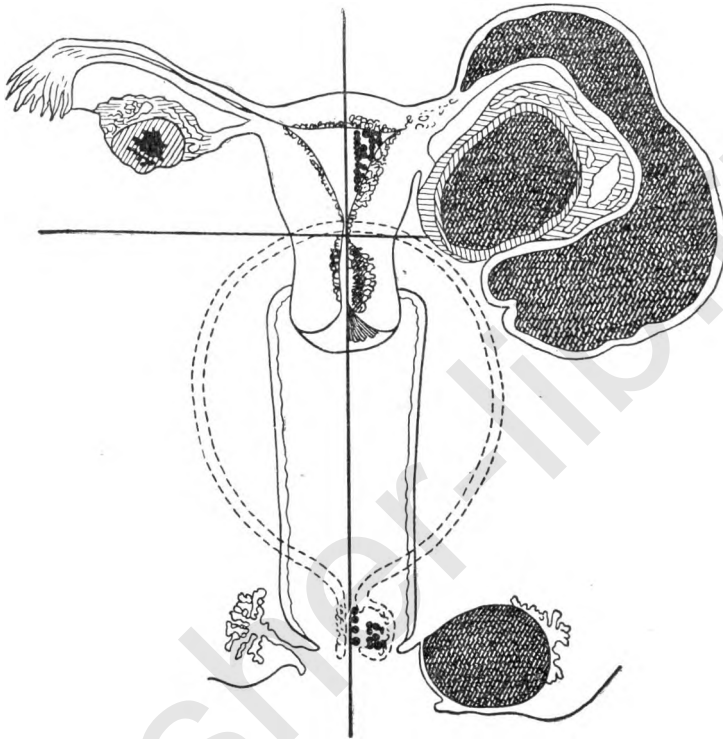


Рис. 55. Распространение гонорей женских половых органов (схема).

Гонорея — общее заболевание организма со значительной выраженностью местных изменений со стороны мочеполовых органов. При этом важно подчеркнуть, что для развития гонорей совсем не требуется нарушение целостности эпителиального покрова, как при септической инфекции, — достаточно лишь попадания гонококков на слизистую оболочку. Распространение гонорейной инфекции в половых органах женщины (рис. 55) происходит по продолжению (*per continuitatem*); здесь имеют значение каналикулярное строение полового аппарата, наличие циклических процессов, а также перистальтических и антиперистальтических сокращений труб. Однако следует считать возможным (что бывает значительно реже) распространение гонококка и эндотоксинов также и лимфогенным, и гематогенным путем.

Различают три стадии гонорей: острую, подострую и хроническую. Однако границы, разделяющие эти стадии заболевания, и в особенности определение подострой и хронической стадии не представляются достаточно четкими ни с патоморфологической, ни с

клинической стороны. Многие авторы считают, что достаточно разделять острую и хроническую стадии.

Гонорейное заболевание следует считать хроническим, если с момента его возникновения прошло 6—8 недель, но, согласно правилам «Извещения о венерическом больном», гонорея считается хронической при давности заболевания больше 2 месяцев. Подострой формой гонореи можно считать такую, которая возникла не больше 2 недель назад и характеризуется субфебрилитетом и незначительными болезненными симптомами. В зависимости от общего состояния больной и вирулентности гонококков различают, кроме того, латентную и бессимптомную гонорею. Латентной считают такую форму, когда больная чувствует себя здоровой, объективные признаки заболевания отсутствуют и гонококк не обнаруживается; вместе с тем такая больная является несомненным источником заражения (А. Г. Кан).

Бессимптомной гонореей называют такую, при которой (в отличие от латентной гонореи) в скудном гнойном отделяемом обнаруживают гонококков.

Понятие о бессимптомной гонорее настолько приближается к понятию о гонококконосителе, что разграничить их на практике не всегда легко. При гонококконосителе в отличие от бессимптомной гонореи в секрете из шейки матки нет лейкоцитов, при уретроскопии не обнаруживаются патологические изменения, реакция Борде-Жангу и реакция на введение гоновакцины отрицательны. Вопрос о гонококконосителе решается подавляющим большинством авторов отрицательно.

Симптоматология и клиническое течение гонореи женщины представляют ряд особенностей в зависимости от периода жизни больной (детский возраст, половая зрелость, старость). Наиболее часто гонорея возникает в период половой зрелости.

Различают гонорею нижнего отдела мочеполового аппарата и гонорею верхнего отдела полового аппарата (восходящую гонорею). К первой форме относят гонорею уретры, парауретральных ходов и крипт, бартолиновых желез, шейки матки, ко второй — гонорею тела матки, труб, яичников и брюшины.

Подобное разделение гонорейной инфекции имеет большое значение для клинической практики. Каждая из этих групп отличается от другой по симптоматологии, клиническому течению, степени нарушения трудоспособности и по прогнозу.

#### **ГОНОРЕЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА МОЧЕПОЛОВОГО АППАРАТА ЖЕНЩИНЫ**

Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата наблюдалась раньше у 60—65% (А. Г. Кан), гонорея верхнего отдела — у 40—35% больных гонореей. В настоящее время восходящая гонорея встречается значительно реже, главным образом у нелеченных или леченных неправильно. Эти изменения обусловлены внедрением в практику сульфаниламидов и в особенности антибиотиков. Наиболее часто поражаются уретра — приблизительно в 90% случаев и шейка матки — в 82—90% (А. Г. Кан, Е. И. Линде). Изолированное их поражение, так же как и заболевание бартолиновых желез и прямой кишки, встречается значительно реже.

При оценке первых клинических симптомов гонореи нижнего отдела мочеполового аппарата необходимо учитывать, что взгляд об обязательности резко выраженных болезненных симптомов в острой стадии гонореи является ошибочным. Как раз наоборот — в острой

стадии заболевания нередко наблюдают отсутствие ярких симптомов (торпидное течение). В связи с этим больные нередко обращаются за врачебной помощью не в начале заболевания, а лишь при появлении симптомов острой восходящей гонорей (стр. 118). Кроме того, недостаточно опытные врачи часто недооценивают мало выраженные первоначальные симптомы гонорей и не производят тщательного обследования (в том числе бактериологического) больной при первом же ее обращении; это создает все предпосылки для неправильной оценки этиологии заболевания и неправильного лечения.

Рассмотрим более подробно основные очаги поражения при гонорее нижнего отдела мочеполового аппарата — гонорейный уретрит и эндоцервицит.

Гонорейный уретрит (*urethritis gonorrhoeica*). Как указывалось выше, острый уретрит является одним из наиболее частых (до 90%) первичных очагов острой гонорей.

Симптомы уретрита с самого начала могут быть мало выраженными — незначительная боль и жжение при мочеиспускании. Это отчасти объясняется анатомическими особенностями уретры у женщины; она коротка (3—4 см), мало изогнута, имеет значительную ширину, хорошо растяжима.

При резкой выраженности симптомов больные жалуются на острую боль и жжение при мочеиспускании; если воспалительные изменения появляются и в области шейки мочевого пузыря, то присоединяются жалобы на частые императивные позывы на мочеиспускание, боль и тенезмы к концу мочеиспускания, чувство тяжести внизу живота.

При осмотре уретры обнаруживают покраснение и набухание слизистой оболочки вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала, отечность уретральных губок, выделение вначале слизистого, а затем слизисто-гнойного и гнойного экссудата. При микроскопическом исследовании слизистой уретры установлено, что поверхностные эпителиальные клетки слущиваются; появляется повышенная секреция и эмиграция лейкоцитов, содержащих в большом количестве гонококков. В подэпителиальной соединительной ткани образуется лейкоцитарный инфильтрат и определяются плазматические и тучные клетки, а также фибробласты.

Если в воспалительный процесс вовлечены и парауретральные ходы, и крипты, то вокруг их отверстий обнаруживается значительное покраснение. При пальпации через переднюю стенку влагалища отмечается болезненность уретры.

При проведении своевременного и правильного лечения болезненные симптомы исчезают через 2—3 недели после начала лечения; экссудат приобретает слизистый характер или окончательно исчезает; слизистая уретры приходит в норму. В отдельных участках слизистой в процессе ее регенерации может появиться плоский эпителий. Сравнительно редко выздоровление наступает самопроизвольно. При отсутствии или недостаточном лечении острый уретрит переходит в подострый, а затем в хронический.

Симптомы хронического уретрита весьма незначительны; больные жалуются иногда на частые позывы к мочеиспусканию. Слизистая уретры представляется уплотненной, грубоскладчатой; в подслизистой ткани сохраняются инфильтраты. При пальпации уретры неравномерно утолщена. Гонококки находятся (иногда в течение ряда месяцев и даже лет) в глубине — в замкнутых парауретральных ходах или в криптах, в окружности наружного отверстия уретры.

Иногда эти парауретральные ходы и крипты являются замкнутыми очагами гонореи; при вскрытии их в экссудате обнаруживают гонококков. Наличие осумкованных очагов инфекции и вскрытие их являются причиной «неожиданных» рецидивов заболевания и заражения партнера.

Гонорейный цистит наблюдается очень редко.

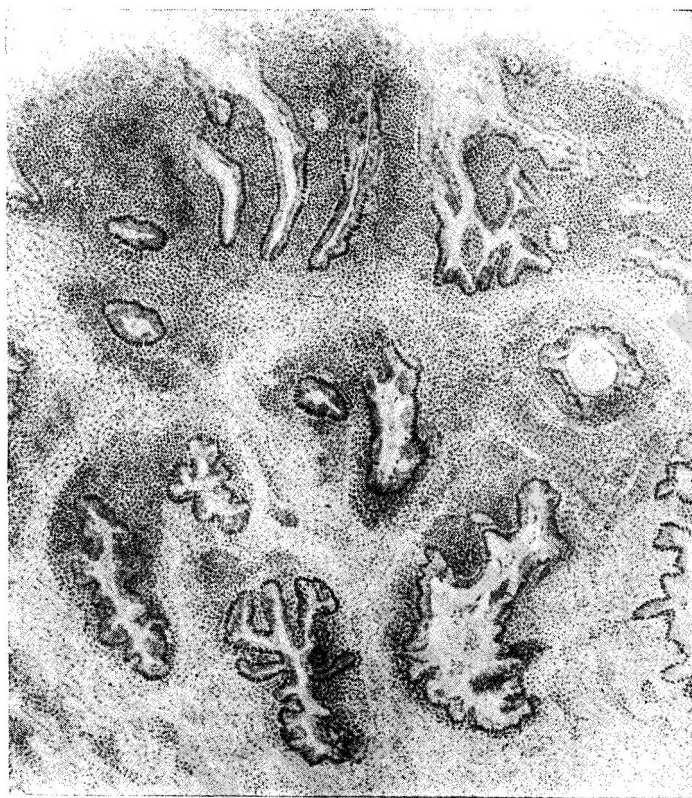


Рис. 56 Гонорейный эндоцервицит.

Гонорейный эндоцервицит (цервицит) (*endocervicitis et cervicitis gonorrhoeica*). Гонорейный эндоцервицит встречается у 82—90% больных острой гонореей нижнего отдела полового аппарата.

В острой стадии больные жалуются на тупые боли внизу живота, слизистые или гнойные выделения из влагалища. При осмотре с помощью зеркал определяется гнойная секреция из канала шейки матки и нередко покраснение вокруг наружного зева (эрозия).

Слизистая оболочка канала шейки отечна, гиперемирована, легко кровоточит при дотрагивании. При микроскопическом исследовании устанавливают, что эпителий слизистой в ряде участков слущивается. Гонококки проникают в подэпителиальный слой и в строму слизистой, где образуются инфильтраты. Эти инфильтраты состоят из сегментированных лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток; нередко возникают перигландулярные абсцессы (рис. 56). При регенерации слизистой происходит частичное замещение цилиндрического эпителия плоским (метаплазия). Течение (ввиду глубокого поражения тканей) заболевания является весьма длительным — недели и месяцы.

Таким образом, для гонорейного поражения шейки матки характерно проникновение инфекции в подэпителиальный слой и строму, образование перигландулярных абсцессов, переход инфекции в хроническую форму. Наличие глубоких изменений позволяет называть такой болезненный процесс цервицитом, а не эндоцервицитом. Влагалищная часть шейки матки при хроническом цервиците уплотняется и гипертрофируется, на ней часто обнаруживают эрозию. На поверхно-

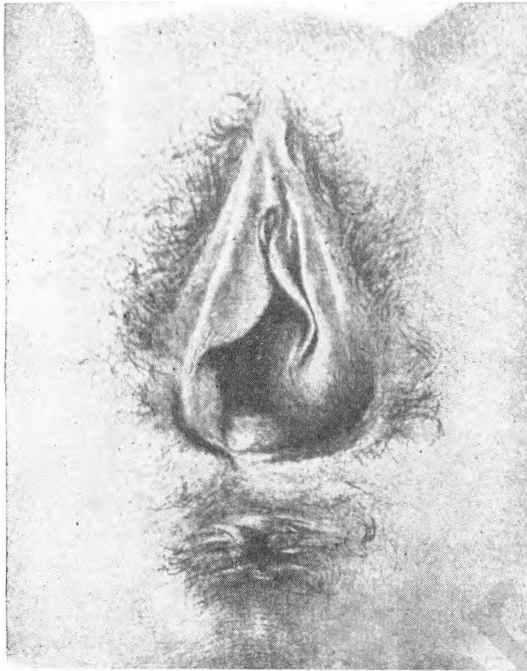


Рис. 57. Псевдоабсцесс бартолиновой железы.

сти влагалищной части шейки видны небольшие (до 5 мм и больше в диаметре) белесоватые или прозрачные выпячивания — закупоренные железки, так называемые наботовы яички (*ovula Nabothi*). Гипертрофия шейки матки является следствием развития соединительной ткани и закупорки выводных протоков желез. Жалобы больных при хронической форме заболевания весьма незначительны: слизисто-гнойные выделения из влагалища, изредка тупые боли.

Гонорейный бартолинит (*bartolinitis gonorrhoeica*). Третьим очагом острой гонорейной инфекции нижнего отдела мочеполового аппарата являются бартолиновы железы (выводной проток и железа). Гонорейное воспаление этих желез наблюдается

реже, чем уретрит и цервицит. При инфицировании выводного протока (*canaliculitis*) железы появляется в небольшом количестве слизисто-гнойный секрет, незначительное уплотнение и болезненность канала, покраснение вокруг наружного отверстия протока (в нижней трети *sulci pudro-hymenalis*). Это так называемые гонорейные пятна (*maculae gonorrhoeicae*); наличие этих пятен нельзя считать специфическим признаком гонореи. При закупорке отверстия протока происходит задержка секрета, канал расширяется и принимает овоидную форму.

Если появляется комбинированная инфекция (гонококк и стрептококк), то гнойный экссудат заполняет дольки железы — образуется псевдоабсцесс бартолиновой железы (рис. 57). Этот псевдоабсцесс нередко самопроизвольно вскрывается на внутренней поверхности малой или большой губы или через выводной проток железы. Образование и прорыв подобного псевдоабсцесса нередко рецидивируют.

Истинный абсцесс железы (с воспалением окружающей клетчатки) наблюдается редко.

При переходе бартолинита в хроническую форму и закупорке выводного протока может образоваться ретенционная киста бартолиновой железы; стенки выводного протока железы неравномерно уплотняются, что характерно для так называемого нодозного каналикулита

(*capaliculitis nodosa*); необходимо учитывать, что бартолинит, а также киста бартолиновой железы могут быть и не гонорейной, а септической (например, стафилококковой) этиологии.

При остром бартолините больная отмечает боль в области наружных половых органов и чувство неловкости при движении. Температура может быть субфебрильной. При образовании псевдоабсцесса или абсцесса железы общее состояние нарушается; температура повышается до 38—39°, иногда с суточными колебаниями на 1,5—2°. Больная отмечает резкую болезненность и припухлость в области половых губ; движение крайне болезненно; трудоспособность нарушена. При самопроизвольном вскрытии (абсцесса или псевдоабсцесса) состояние улучшается и температура снижается до нормальной. Однако через некоторое время вновь может образоваться псевдоабсцесс с последующим вскрытием его.

Хронический бартолинит и киста бартолиновой железы не сопровождаются никакими болезненными симптомами. При значительных размерах кисты большие отмечают неловкость при движении, затруднение при половой жизни.

Гонорейный вульвит, вульвит, кольпит (*vulvitis, vestibulitis, colpitis gonorrhoeica*). Специфическое поражение вульвы, входа во влагалище и влагалища встречается весьма редко. Однако необходимо помнить, что неспецифический вульвит, вульвит и вагинит могут возникать при гонорее как сопутствующие заболевания.

Гонорейный проктит (*proctitis gonorrhoeica*). Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата может осложняться проктитом.

Гонорейный проктит обычно возникает в результате затекания секрета из влагалища, реже — при прорыве пиосальпинкса или абсцесса дугласова кармана. В острой стадии заболевания эпителий кишки в ряде участков сращивается и образуются трещины и эрозии. В слизистой оболочке появляется мелкоклеточная инфильтрация, плазматические клетки. Гонококк проникает не только в подэпителиальный слой, но и в соединительную ткань стенки кишки. Наблюдается образование абсцессов, вскрывающихся в просвет кишки или через промежность. Вследствие рубцевания изредка возникает стриктура кишки.

Начальная стадия проктита проявляется чувством жжения, болями в области заднего прохода (при появлении дерматита, трещин), тенезмами. На поверхности каловых масс могут быть гнойные пленки. В хронической стадии процесса больные часто не отмечают никаких болезненных симптомов.

### **ГОНОРЕЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВОГО АППАРАТА ЖЕНЩИНЫ**

Гонореей верхнего отдела полового аппарата (или восходящей) называют специфическое заболевание внутренних половых органов (выше внутреннего маточного зева), т. е. тела матки, труб, яичников и тазовой брюшины. Распространению гонореи выше внутреннего маточного зева могут способствовать следующие причины: 1) менструации (несоблюдение гигиены, половая жизнь во время менструации); 2) послеабортный и послеродовой период; 3) введение зонда в матку, расширение канала шейки матки при нераспознанном гонорейном цервиците; 4) чрезмерное физическое напряжение.

Гонорейный эндометрит (*endometritis gonorrhoeica*). Развитие гонорейного эндометрита и его течение могут быть поняты только при учете циклических изменений эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла.

Если гонококк попадает в полость матки в пролиферативную или секреторную фазу цикла, то происходит десквамация эпителиального покрова на отдельных участках, скопление гонококков в подэпителиальном слое и значительная лейкоцитарная инфильтрация. Железы слизистой оболочки вначале представляются неизмененными; отмечается скопление клеток в отдельных лимфатических щелях. Во время ближайшей менструации функциональный слой слизистой матки отторгается. Однако самопроизвольное излечение после первой менструации наступает редко. Гонококки инфицируют базальный слой и быстро

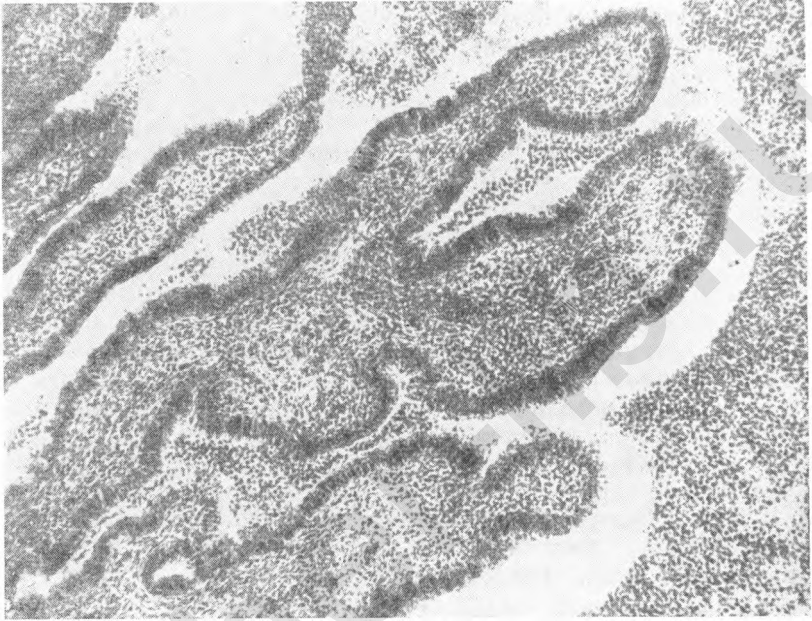


Рис. 58. Гнойный сальпингит (острая стадия).

размножаются в нем; возникает лейкоцитарная инфильтрация, появляются в большом количестве плазматические клетки. В связи со значительными воспалительными изменениями и явлениями интоксикации регенерация и пролиферация слизистой нарушаются; ближайшая менструация запаздывает, приходит с 6—8-недельным промежутком, может быть обильной, болезненной.

Через несколько циклов (три-четыре) воспалительные изменения в эндометрии ликвидируются, и наступает выздоровление.

Если гонококк проникает в полость матки в менструальном периоде, то сразу же поражается и базальный слой слизистой. Значительно реже острый эндометрит переходит в хронический со стойкими поражениями в строме и мышечном слое матки; в этих случаях возникает метроэндометрит (*metroendometritis gonorrhoeica*). Поражение миометрия чаще возникает вследствие вторичной (септической) инфекции. При заболевании в старческом возрасте в связи с отсутствием циклических процессов слизистой матки изменения эндометрия выражены более редко.

Гонорейный сальпинго-оофорит (*salpingo-oophoritis gonorrhoeica*). Характерным для восходящей гонореи является каналикулярное распространение инфекции с быстрым переходом из матки на



трубы, яичники, брюшину. Симптомы воспаления матки, труб, яичников настолько сливаются друг с другом, что у постели больной крайне трудно (и нецелесообразно) выделять симптоматику сальпингита и оофорита. Однако патологоанатомические изменения в этих органах своеобразны и заслуживают отдельного описания.

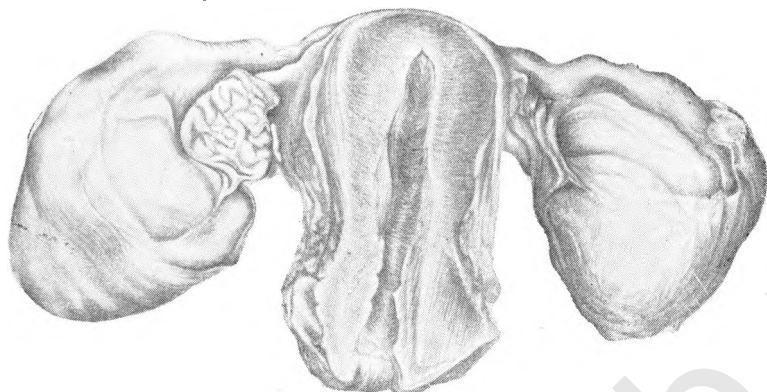


Рис. 59. Мешотчатые образования придатков матки; слева — гидросальпинкс, справа — tuboовариальная киста.

Гонорейный сальпингит (обычно двусторонний) характеризуется многообразными изменениями от поверхностных до глубоких, с образованием мешотчатых скоплений (sactosalpinx).

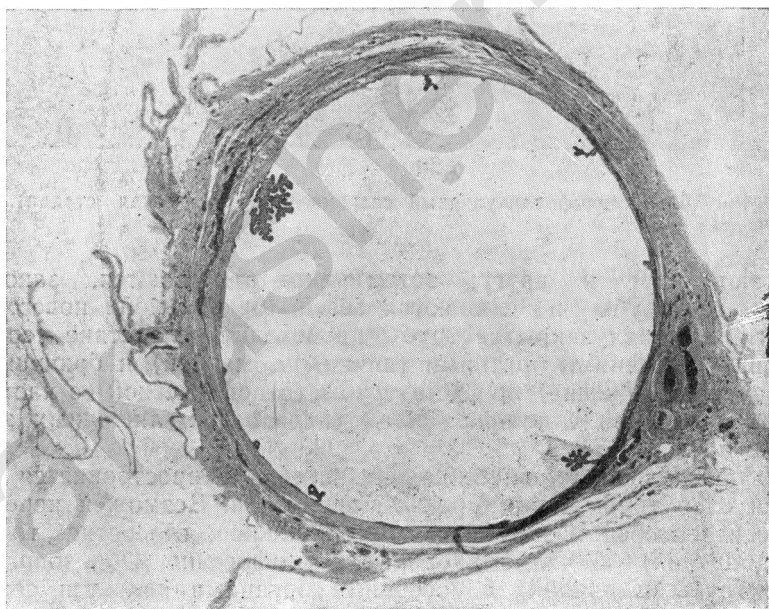


Рис. 60. Гидросальпинкс.

В начальной стадии острого воспаления отмечается гиперемия слизистой, небольшое утолщение складок труб. В просвете трубы является гнойный экссудат; скопление лейкоцитов обнаруживается также под эпителием трубных складок. В строме складок появляются инфильтраты из лейкоцитов, плазматических клеток, лимфоцитов

(рис. 58). В дальнейшем эпителий слизистой трубы в ряде участков слущивается и складки склеиваются между собой.

В полости трубы скапливается экссудат; труба резко увеличивается в объеме (длина ее достигает 15—20 см) и приобретает ретортообразную форму (рис. 59). Содержимое подобной трубы может быть серозным (гидросальпинкс — hydrosalpinx) или гнойным (пиосальпинкс — pyosalpinx). Сактосальпинкс возникает в результате закупорки абдоминального (и маточного) концов трубы. Механизм этого закрытия следующий: фимбрии в ампулярной части трубы набухают и плотно

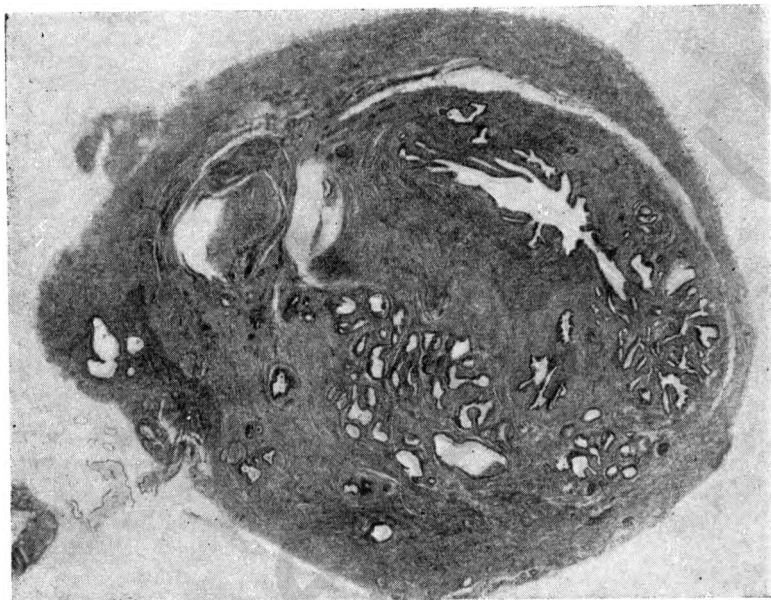


Рис. 61. Псевдофолликулярный сальпингит (хроническая стадия).

прилегают друг к другу; затем они втягиваются, заворачиваются внутрь трубы и слипаются своей брюшинной поверхностью. В других случаях закрытие трубы происходит вследствие сращения фимбрий с соседними органами (яичником, маткой) и брюшиной. Заращение (или сужение) просвета трубы (в истмической ее части) происходит благодаря слипанию складок слизистой, лишенных эпителиального покрова.

Воспалительный процесс со слизистой распространяется на мышечный слой трубы и на серозный ее покров. Возможен переход инфекции и непосредственно через абдоминальное отверстие трубы (до его заращения) и, что бывает реже, лимфогенно. Образование сращений трубы и яичника с соседними органами является серьезным осложнением гонореи верхнего отдела полового аппарата.

В отдельных случаях гонорейный сальпингит не сопровождается столь глубокими нарушениями, ограничивается лишь поражением слизистой трубы и заканчивается выздоровлением без резких структурных нарушений труб. Просвет трубы сохраняется, инфильтраты рассасываются; детородная функция женщины не нарушается. Однако у ряда больных полного выздоровления не наступает: обнаженные от эпителия верхушки складок слизистой оболочки трубы слипаются и

срастаются; так возникают мелкие замкнутые полости у основания складок, в которых скапливается гной (*salpingitis pseudofollicularis*) (рис. 62). Образование сужений просвета трубы и нарушение ее перистальтики (поражение мышечного слоя, перисальпингит) могут повести к возникновению трубной беременности. Если просвет трубы закрывается, то, как указано выше, образуется гидро- и пиосальпинкс. Наступление беременности невозможно, больная страдает бесплодием.

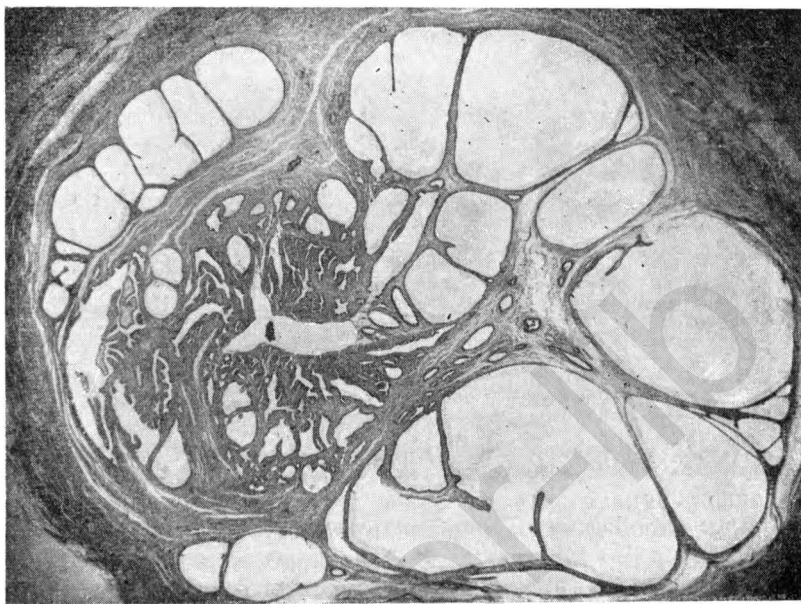


Рис. 62. Псевдофолликулярный сальпингит с переходом в гидросальпинкс.

Гонорейный оофорит возникает вслед за сальпингитом, поэтому в клинической практике мы наблюдаем обычно не изолированный сальпингит или оофорит, а сальпинго-оофорит.

Инфекция распространяется на яичник чаще всего по протяжению из трубы, реже — лимфогенным путем. В первую очередь воспалительные изменения происходят в близлежащей брюшине (*perioophoritis*), а затем гонококк может проникать в фолликул (в момент овуляции) или в желтое тело. Образуются ложные фолликулярные абсцессы. Если эти абсцессы являются множественными, то следует думать о лимфогенном пути инфицирования. Иногда псевдоабсцесс, распространяясь за пределы фолликула, переходит в истинный абсцесс яичника. Гонококк может проникать и в ткань желтого тела также с последующим образованием гнойника.

Гидро-, пиосальпинкс и гнойник яичника (*pyoovarium*) тесно прилегают друг к другу и могут срастаться. Если перегородка между этими органами разрушается, то образуется так называемая трубно-яичниковая киста (*cystis tuboovarialis*). Форма таких кист ретортообразная или вытянуто-овальная; длина ее может быть до 15—20 см (см. рис. 59).

Гонорейный пельвеоперитонит (*pelveoperitonitis et peritonitis gonorrhoeica*)<sup>1</sup>. Характерное свойство гонорейного кокка—способность вызывать в брюшине воспалительный процесс, в котором преобладают вначале экссудативные, а затем продуктивные явления. В связи с этими особенностями гонорейный перитонит бывает ограниченным (пельвеоперитонит) у подавляющего большинства больных, так как образуются спайки с внутренними половыми органами, кишечником, сальником и брыжейкой (рис. 63). Разлитой гонорейный перитонит возникает весьма редко и заканчивается выздоровлением.

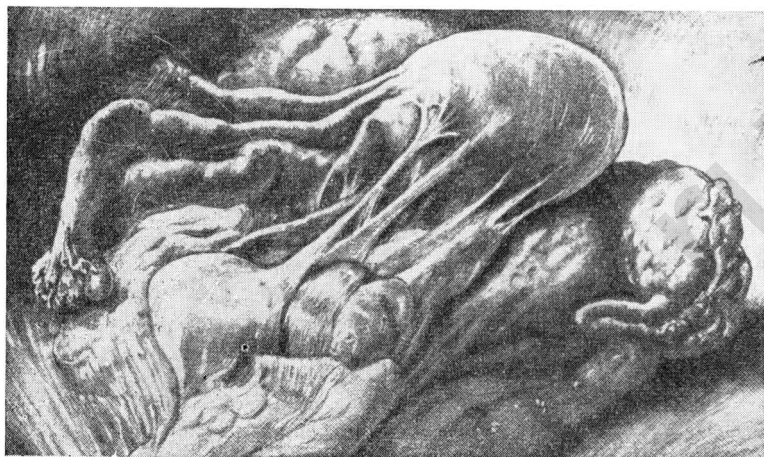


Рис. 63. Тазовый слипчивый перитонит.

Он характеризуется (в отличие от септического) очень резко выраженной болезненностью передней брюшной стенки и меньшими (по сравнению с септическим) явлениями интоксикации. При ограниченном тазовом перитоните изредка образуется скопление гноя в маточно-прямокишечном кармане — абсцессе дугласова кармана. Этот абсцесс обычно вскрывается через задний свод влагалища или в прямую кишку. Кишечник и сальник хорошо отграничивают абсцесс от верхних отделов брюшной полости, и прорыв подобного гнойника в свободную брюшную полость наблюдается крайне редко. Гонорейный абсцесс нередко рассасывается с последующим образованием спаек. Воспаление параметральной клетчатки (параметрит) не характерно для гонорейной инфекции; оно возникает обычно в результате вторичной септической инфекции.

#### СИМПТОМАТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВОГО АППАРАТА

Гонорея верхнего отдела полового аппарата характеризуется быстрым переходом инфекции из матки на трубы, яичники, брюшину. Эта особенность восходящей гонореи не позволяет вполне четко выделить симптомы гонорейного эндометрита, сальпинго-оофорита и пельвеоперитонита. С этой существенной оговоркой мы и рассмотрим ниже симптоматику и клиническое течение восходящей гонореи.

Симптомы гонорейного эндометрита весьма разнообразны. В од-

<sup>1</sup> Синоним — *pelvi-peritonitis*.

них случаях больные жалуются на тупые боли внизу живота и в крестце; общее состояние не нарушается; температура нормальная или субфебрильная. При осмотре с помощью зеркал отмечается усиление секреции из канала шейки матки; секрет в отличие от шейчного более жидкий, матка несколько увеличена, мало болезненна. В других, более тяжелых случаях с первых же дней заболевания общее состояние больной значительно нарушается, температура повышается до 38—39°. Боли внизу живота и в крестце очень сильны. При осмотре обнаруживают, что тело матки резко болезненно, увеличено. Менструальный цикл часто нарушается — менструации задерживаются, бывают болезненными, обильными; иногда возникают ациклические кровотечения.

Болезненные симптомы хронического гонорейного эндометрита незначительны — тупые боли внизу живота; матка увеличена, плотна, не болезненна при пальпации. При редком заболевании у старых женщин болезнь характеризуется длительным течением, что обусловлено отсутствием циклических резко болезненно, увеличено. Менструальный цикл часто нарушается — менструации задерживаются, бывают болезненными, обильными; иногда возникают ациклические кровотечения.

Переход гонорейной инфекции на трубы и яичники иногда проходит незаметно и выявляется лишь при обострении воспалительного процесса или при обследовании женщины по поводу бесплодия. Однако у многих больных возникновение гонорейного сальпингита сопровождается тяжелыми симптомами: острыми болями в животе, в мезо- и гипогастральной области, тошнотой и рвотой, метеоризмом и задержкой дефекации. Температура тела достигает 38—39°, пульс соответственно учащается, язык обложен, слегка суховат. Appetit отсутствует, живот при пальпации резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга резко выражен в мезо- и гипогастральной области. Это острое заболевание нередко возникает во время менструаций, после чрезмерного физического напряжения, переохлаждения, аборта или родов.

Тяжелое состояние больной продолжается 5—7 дней, редко дольше, затем наступает улучшение. Температура постепенно снижается, становится субфебрильной, пульс замедляется. Язык становится влажным; боли в животе уменьшаются, ограничиваются гипогастральной областью, дефекация становится менее болезненной; через 2—3 недели после начала заболевания болезнь переходит в подострую стадию.

При постепенном улучшении общего состояния может наступить выздоровление. Однако часто болезнь переходит в хроническую форму. Для хронической восходящей гонореи весьма характерны повторные обострения болезни (при резком охлаждении, интеркуррентном заболевании, чрезмерном физическом напряжении).

Переход заболевания в хроническую форму сопровождается рядом болезненных симптомов, то уменьшающихся в своей интенсивности, то резко усиливающихся в период обострения. При хронической форме восходящей гонореи могут наблюдаться следующие болезненные симптомы:

- а) нарушения общего состояния;
- б) болевые ощущения (внизу живота, в пояснице);
- в) нарушения менструального цикла;
- г) повторные повышения температуры тела;
- д) бесплодие;
- е) нарушения функций соседних органов (мочевых путей, кишечника).

а) При длительном течении воспалительного процесса, при повторных обострениях общее состояние больных нарушается: они становятся раздражительными, неуравновешенными, у них часто отме-

чается подавленное настроение. Кожные покровы и слизистые нередко бледной окраски; питание понижено. При исследовании крови обнаруживают гипохромную анемию.

б) Болевые ощущения — постоянный спутник как острой, так и хронической восходящей гонорей. В настоящее время твердо установлено, что источником болевых ощущений может быть не только брюшина (как это думали раньше), но и внутренние органы (в том числе и половые). Кроме того, характерной особенностью восходящей гонорейной инфекции является возникновение пельвеоперитонита, образование спаек и нарушение подвижности половых органов (матки). Подобные изменения являются также причиной болевых ощущений, возникающих как самостоятельно, так и при половой жизни. Характер болей может быть разнообразным: колющие, рвущие, тянущие, схваткообразные. Боли в животе, в пояснице часто усиливаются перед менструацией и во время нее, при сношении, физическом напряжении, длительной ходьбе, дефекации. Длительное существование болей, частое их обострение, нарушение трудоспособности ослабляют и травмируют больную.

в) Болезненные, обильные, нерегулярные менструации, ациклические кровотечения — частый симптом, отмечаемый у больных гонореей верхнего отдела полового аппарата. Аменорея возникает редко, она наблюдается при тяжелом базальном эндометрите, а также при длительной интоксикации и резком нарушении общего состояния больной.

г) Повышение температуры возникает как в острой стадии воспалительного процесса, так и при обострении хронического заболевания. Гектический характер температурной кривой указывает на наличие гнойного эксудативного воспаления и образование пиосальпинкса, пиовариума или абсцесса дугласова кармана. Длительная интоксикация в отдельных случаях (как правило, при добавочной инфекции) может обусловить развитие картины амилоидоза.

д) Бесплодие — частое последствие гонорейного сальпинго-оофорита (закрытие просвета трубы).

е) Нарушение функции мочевых путей выражается в учащенном, иногда болезненном мочеиспускании. Дизурия зависит не только от уретрита и воспаления шейки мочевого пузыря, но и от смещения мочевого пузыря и изменения его емкости.

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта выражается в запорах, метеоризме, болях при дефекации.

Таким образом, хроническая восходящая гонорея и постгонорейные изменения могут обусловить значительное нарушение здоровья и трудоспособности женщины. Конечно, все перечисленные выше болезненные симптомы не всегда резко выражены и возникают не у каждой больной. Однако опасность развития всех этих осложнений нельзя недооценивать.

### ГОНОРЕЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Заболевание гонореей может возникнуть до наступления беременности и во время нее.

Наличие острой гонореи (при резко выраженных симптомах) затрудняет или исключает половую жизнь и наступление беременности (гиперемия слизистой, повышенная секреция, изменение реакции содержимого влагалища). При латентно протекающей гонорее возникновение беременности вполне возможно. Распространение гонореи на

верхний отдел полового аппарата наблюдается при беременности очень редко, по преимуществу в первые 3—4 месяца, когда плодное яйцо не выполняет еще всю полость матки. Заболевание гонореей во время беременности обычно проявляется ярко выраженными симптомами. К ним относятся прежде всего обильные гнойные или слизисто-гнойные бели и учащенное, болезненное мочеиспускание. При осмотре влагалищная часть шейки матки резко гиперемирована, часто эрозирована. Наряду с этим при беременности нередко возникает острый специфический кольпит и вульвовагинит, выражающийся в обильных гнойных выделениях из влагалища. Часто возникают также острые конечные кондиломы наружных половых органов и влагалища. При наличии гонореи во время родов некоторые авторы отмечали резкую болезненность схваток.

В послеродовом периоде при наличии лохий, имеющих щелочную реакцию, гонококки пышно разрастаются. Это ведет к развитию гонорейного метроэндометрита. Клиническое течение заболевания характеризуется малой выраженностью симптомов; температура остается нормальной или субфебрильной в течение 6—8 дней после родов. На 6—8-й день, а иногда на 2-й неделе после родов лохии становятся серозно-гнойными. Матка плохо сокращается, слегка болезненна при пальпации. Ввиду хорошего оттока выделений из матки, гонорейный послеродовой метроэндометрит (в отличие от эндометрита вне беременности) не всегда сопровождается сальпинго-осфоритом.

Если инфекция переходит за пределы матки (по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко, это происходит в 12% случаев) или же имеется добавочная инфекция, то к концу первой или на второй неделе после родов наблюдаются более тяжелые клинические симптомы: повышение температуры до 38—39°, учащение пульса до 100—110 ударов в минуту, боли внизу живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный; матка (при влагалищном исследовании) болезненна, лохии гнойные. Через 7—8 дней явления раздражения брюшины уменьшаются, и при исследовании определяются утолщенные, болезненные трубы и яичники. Полное выздоровление может наступить и в этой стадии болезни. Однако у многих больных острый воспалительный процесс труб, яичников и тазовой брюшины переходит в хроническую форму. В дальнейшем (при отсутствии лечения) наблюдаются неоднократные обострения болезни, вторичное бесплодие.

### МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГОНОРЕИ

Поражение отдаленных органов наблюдается очень редко; оно происходит в результате метастазирования гонококка из половых органов (гематогенным или лимфогенным путем). Важнейшие формы метастатической гонореи: 1) сепсис; 2) моно- и полиневриты; 3) эндокардит; 4) моно- или полиартрит.

### ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ

Как указывалось в начале этой главы, при заболевании гонореей не всегда наблюдается развитие ярких, более или менее характерных симптомов. Наоборот, у ряда больных заболевание протекает торпидно.

Диагноз гонореи устанавливается на основании критического сопоставления данных анамнеза, объективного исследования и лабораторных данных. Важно помнить, что наиболее часто первичные очаги

гонорейной инфекции локализуются в уретре и шейке матки (до 90%); появление симптомов уретрита и цервицита всегда должно фиксировать внимание врача. При этом необходимо учитывать, что как симптомы, так и объективные изменения при гонорее не являются строго специфичными; заболевания иной этиологии (септической, туберкулезной) могут сопровождаться тоже подобными изменениями. Окончательный диагноз гонорее можно считать установленным лишь при обнаружении гонококка. Из данных анамнеза важны сведения о начале заболевания (после первых дней половой жизни, перерыва в половой жизни, случайного полового сношения), наличии обострений болезни (при восходящей гонорее). При хронической гонорее нередки указания на повторные обострения болезни.

Важное диагностическое значение имеет также указание на нарушения менструальной функции и бесплодие — первичное или вторичное (после родов, аборта).

При гонорее в послеродовом периоде обращают внимание на сочетание указанных выше симптомов (стр. 120).

Большое значение для выявления этиологии заболевания имеет метод конfrontации, выявление источников заболевания (через венерологический диспансер), т. е. обследование мужа, партнера. В случае заболевания детей очень важно обследование членов их семьи.

При собирании анамнеза необходимо соблюдать большую осторожность и тактичность.

После собирания и критической оценки данных анамнеза приступают к объективному исследованию. Необходимо прежде всего произвести общее обследование больной и только после этого перейти к специальному гинекологическому исследованию. Гинекологическое исследование начинают с осмотра и пальпации передней брюшной стенки. При острой восходящей (гонорейной) инфекции половых органов определяют ограниченное участие брюшной стенки в дыхательных экскурсиях, положительный симптом Щеткина—Блумберга в гипо- и мезогастральной области.

### Диагностика гонорей нижнего отдела мочеполового аппарата

Приступая к исследованию наружных половых органов, начинают с осмотра (дерматит, изъязвления, остатки секрета), а затем осторожно очищают их от посторонних примесей с помощью ватных шариков, смоченных физиологическим раствором поваренной соли или 2% раствором борной кислоты. Так как струя мочи может смыть гонококков, необходимо, чтобы больная перед исследованием не мочилась в течение 1½—2 часов. Для обследования уретры применяют следующий прием: левой рукой разводят половые губы; окружность наружного отверстия уретры протирают ватным шариком, смоченным спиртом. Указательный палец правой руки вводят во влагалище и производят давление на уретру сзади наперед. Если секрет не выделяется, то производят двумя пальцами давление на уретру (с боков). Если и при этом приеме секрет из уретры не выделяется, то рекомендуется произвести легкий массаж уретры.

Каплю гноя из уретры берут желобоватым зондом или специальной тупой ложечкой (рис. 64) и наносят на предметное стекло. Мазок фиксируют тройкратным быстрым проведением предметного стекла над огнем горелки; препарат окрашивается по Граму.



Диагностика гонорейного цервицита. Зеркало осторожно вводят во влагалище и обнажают влагалищную часть шейки матки. Шейку и особенно область наружного зева протирают ватным тампоном, смоченным 10% раствором соды. Тупой ложечкой (длинным пинцетом со сдвинутыми браншами) берут секрет из канала шейки матки (на 0,5—1 см выше наружного зева); нельзя вводить ложечку до уровня внутреннего зева, так как при этом можно внести инфекцию в матку (восходящая инфекция).

Диагностика гонорейного бартолинита. При пальпации железы и получении секрета пользуются следующим приемом: пальцами одной руки разводят малые половые губы, во влагалище вводят указательный палец второй руки, а большой палец кладут на наружную поверхность большой губы нижней ее трети (рис. 65). С целью получения секрета надавливают на большую губу двумя пальцами; секрет берут стерильной петлей.



Рис. 64. Ложечка для взятия секрета.

Диагностика гонорейного проктита. Диагноз гонорейного проктита может быть поставлен лишь после бактериоскопического исследования секрета. Секрет для исследования получают следующим образом. Кишку промывают теплым (38—39°) физиологическим раствором (60—80 мл) из воронки (или кружки Эсмарха), соединенной с трубкой со стеклянным наконечником или, лучше, катетером с двойным током. Трубку или катетер вводят в кишку на глубину 4 см; промывную жидкость собирают в стакан. Гнойные или слизистые нити пинцетом наносят тонким слоем на предметное стекло и фиксируют препарат.

Диагностика других очагов гонорейной инфекции. Нередко гонококки гнездятся в слепых ходах — криптах, расположенных между уретрой и входом во влагалище, между клитором и уретрой, в области ладьевидной ямки. Для получения отделяемого из этих мест пользуются тонким пуговчатым зондом.

Вполне возможно сочетание гонореи и трихомониаза. Поэтому целесообразно (при соответствующих симптомах — см. стр. 160) брать отделяемое влагалища для выявления трихомониаза и, наоборот, при симптомах, подозрительных на трихомониаз, обследовать больную и на гонорею.

Резюмируя данные о диагностике гонореи нижнего отдела мочеполового аппарата женщины, следует подчеркнуть, что сочетание уретрита и цервицита, цервицита и двустороннего бартолинита, цервицита и уретрита с проктитом весьма подозрительно в отношении гонорейной инфекции.

#### **Диагностика гонореи верхнего отдела полового аппарата**

Диагноз изолированного эндометрита удается поставить весьма редко, так как инфекция очень быстро распространяется с матки на трубы и яичники.

Распознавание гонорейного сальпинго-оофорита и тазового перитонита может быть затруднительным. О гонорейной этиологии воспаления следует подумать при наличии очагов инфекции в нижнем отде-

ле мочеполового аппарата (в уретре, шейке матки, бартолиновых железах) и при двустороннем воспалении труб, яичников. Основные симптомы восходящей гонорейной инфекции указаны выше (стр. 119). При влагалищном исследовании в остром периоде болезни вследствие резкого напряжения брюшных стенок не удается пальпировать увеличенных труб и яичников. Необходимо подчеркнуть, что попытка преодолеть сопротивление брюшных стенок и все же произвести глубокую пальпацию не должна иметь места. Необходимо помнить об опасности

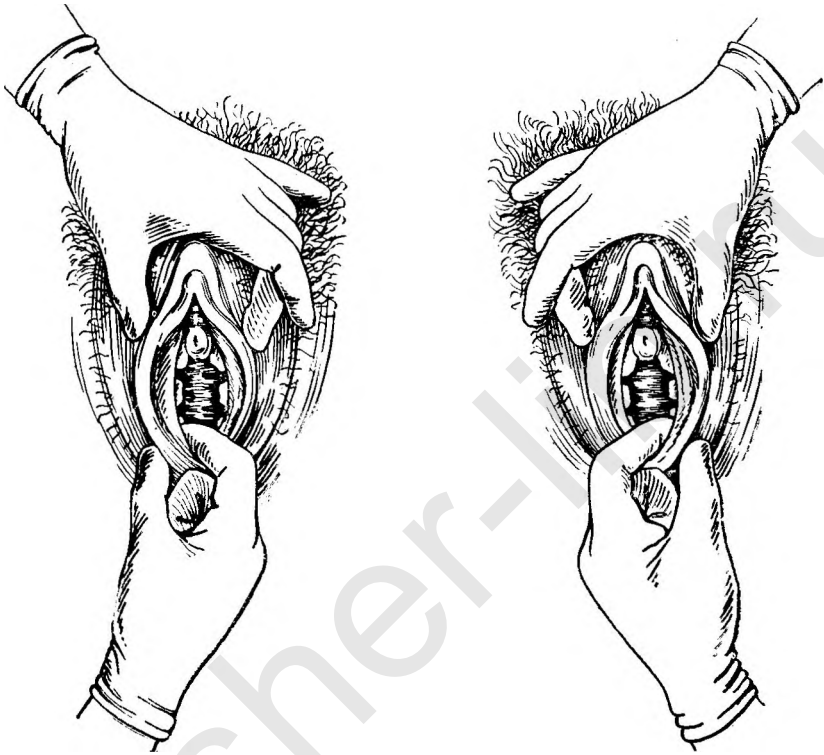


Рис. 65. Пальпация бартолиновых желез.

резкого ухудшения в состоянии больной вследствие разрушения образовавшихся спаек, поступления гноя в брюшную полость и прогрессирования воспалительного процесса. В случае образования абсцесса дугласова кармана определяется шарообразное выпячивание заднего свода. Этиология этого абсцесса может быть подтверждена после исследования пунктата. Развитие параметрита не характерно для изолированной гонорейной инфекции; он может возникнуть при септической инфекции или сочетании гонореи с добавочной инфекцией. При переходе воспалительного процесса труб и яичников в подострую или хроническую стадию удастся пальпировать увеличенные трубы и яичники; часто труба не определяется отдельно. В случае образования мешотчатого скопления в трубе (гидро- или пиосальпинкса) возникает необходимость дифференциальной диагностики с опухолями матки (миомой) и яичника (кистмой), параметритом и острым аппендицитом. Гидро- или пиосальпинкс, трубо-овариальная киста отличается от вышеуказанных заболеваний следующими признаками: а) двусторонностью поражения; б) ретортообразной или овоидной формой, тугоэла-

стической консистенцией; в) нечеткими контурами опухолевидного образования; г) малой подвижностью; д) наличием обширных сращений (постгонорейные изменения).

Наоборот, для миомы матки (субсерозной) характерны следующие признаки: а) округлая форма; б) плотная консистенция; в) множественность (часто); г) отсутствие болезненности; д) нормальная температура.

Киста яичника обычно округлой формы, эластической консистенции, с гладкой поверхностью. Перекручивание ножки кистомы обычно не сопровождается значительным повышением температуры, если не происходит инфицирование опухоли.

В отличие от экссудативного параметрита сактосальпинкс не доходит до стенок таза, не имеет столь плотной консистенции, не сливается с нижними отделами ребер матки.

При остром аппендиците боли односторонни, часто сопровождаются рвотой, определяются признаки Щеткина—Блюмберга и Ровзинга. При гонорейном гидросальпинксе отмечаются боли с обеих сторон живота и отсутствуют признаки, характерные для аппендицита (повторные приступы болей в правой подвздошной области, нарушение деятельности кишечника).

Таким образом, клиническое обследование больной позволяет поставить диагноз воспаления труб, яичников и брюшины и высказать подозрение на гонорейную этиологию воспаления. Однако для уточнения диагноза требуется проведение ряда лабораторных методов исследования и провокации.

#### ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Важнейшее значение для окончательной диагностики гонореи (нижнего и верхнего отдела полового аппарата) имеют следующие лабораторные методы исследования и провокации:

- 1) бактериоскопическое и цитологическое исследование секрета;
- 2) серологические реакции: с антигеном и реакция Борде-Жангу;
- 3) клиническое исследование крови;
- 4) бактериологическое исследование секрета.

1. Исследование секрета. При взятии мазков необходимо строго соблюдать соответствующие технические правила, описанные выше. Мазки для исследования на гонококка должны быть обязательно окрашены по Граму, окраска метиленовой синью может быть лишь ориентировочной.

В процессе лечения антибиотиками и сульфаниламидами появляются атипичные формы гонококков. Диагноз гонореи в подобных случаях может быть установлен лишь путем тщательного сопоставления данных анамнеза, клинического обследования и повторных исследований. Очень большое значение имеет цитобактериоскопический анализ мазков с разделением их на три картины (по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко).

Картина первая —  $K_1$  (рис. 66) — большое количество сегментированных лейкоцитов при отсутствии посторонней флоры; гонококк (+) внутри- и внеклеточно.

Картина вторая —  $K_2$  (рис. 67) — большое количество сегментированных лейкоцитов, флоры нет. Наличие в мазках большого числа эпителиальных клеток служит отражением слущивания их с поверхности слизистой оболочки и также учитывается как признак, подозрительный

на гонорею. При наличии  $K_2$  следует повторить обследование больной (после провокации, стр. 127).

Картина третья —  $K_3$  (рис. 68) — небольшое количество лейкоци-

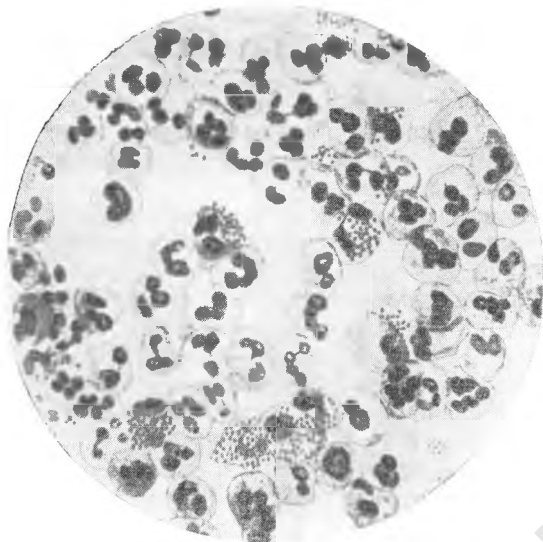


Рис. 66. Большое количество сегментированных лейкоцитов, гонококки внутри- и внеклеточно.

( $K_1$  по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко).

реакции. Большое практическое значение для диагноза гонорей (шейки матки) имеет реакция С. Н. Лисовской в модификации И. И. Фейгеля. В этой реакции в качестве антигена используется секрет шейки матки, а в качестве антитела — сыворотка животного (кролика), иммунизированного культурой гонококка.

Техника этой реакции следующая. На шейку матки надевают на 12—24 часа алюминиевый колпачок. Секрет, скопившийся в колпачке, выливают толстым слоем на предметное стекло и после высушивания подвергают серологическому исследованию. По данным И. И. Фейгеля, эта реакция при гонорейном цервиците положительна в 90%; необходимо учитывать, что она остается положительной в течение 2—4 месяцев после клинического выздоровления.

тов в состоянии некробиоза, обилие разнообразных микробов  $K_3$  не характерна для гонореи и встречается при воспалительных заболеваниях различной этиологии.

Практический опыт подтверждает справедливость высказываний упомянутых выше авторов, указывающих, что  $K_2$  (большое количество лейкоцитов, отсутствие флоры) является весьма подозрительной на гонорею. Нередко в результате применения методов провокации (см. ниже)  $K_2$  переходит в  $K_1$ .

Что касается лейкоцитов в экссудате, то для гонореи характерно обнаружение нейтрофильного лейкоцитоза.

2. Серологические

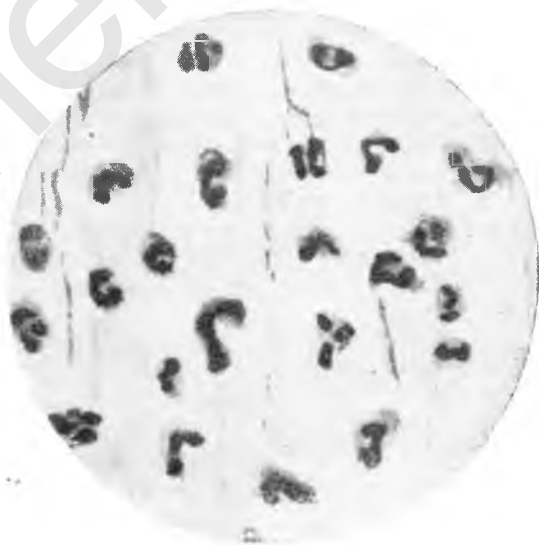


Рис. 67. Большое количество сегментированных лейкоцитов. Бактериальной флоры нет.

( $K_2$  по Г. А. Бакшту и А. И. Петченко).

Реакция связывания комплемента по Борде-Жангу не имеет большого практического значения в диагностике гонореи; она может быть отрицательной при неосложненной гонорее нижнего отдела половых путей и при наличии замкнутых очагов инфекции в верхних отделах полового аппарата. Эта реакция остается положительной еще в течение длительного времени после выздоровления.

3. Клиническое исследование крови. Эта часть исследования представляет известную ценность при обследовании больного, подозрительного на гонорею. Так, важное диагностическое значение имеет сочетание нормального числа лейкоцитов с ускорением РОЭ.

4. Бактериологическое исследование секрета. Большинство авторов считает, что практическая ценность этого метода ввиду небольшого процента обнаружения гонококков (особенно из замкнутых очагов) невелика. Метод посевов способствует уточнению диагноза при условии нахождения в мазках атипических форм гонококков.

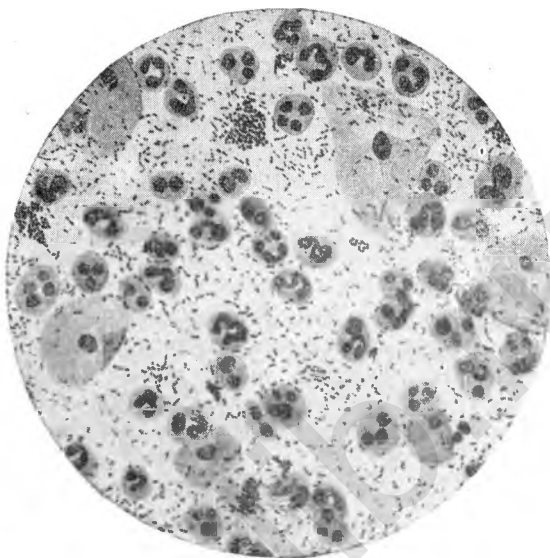


Рис. 68. Много лейкоцитов. Обилие микробов.  
(К<sub>2</sub> по Г. А. Бакшту и А. И. Печенко).

#### МЕТОДЫ ПРОВОКАЦИИ

Провокация при гонорее — это искусственное обострение воспалительного процесса с целью обнаружения гонококков. Значительное увеличение секреции после провокации способствует «вымыванию» гонококков из глубины железистых ходов и повышает процент нахождения гонококков в мазках. Применение методов провокации показано при хронической форме гонореи или при наличии замкнутых очагов инфекции. Повышение процента обнаружения гонококка возможно как естественным путем в дни менструаций, так и с помощью различных методов провокации.

Взятие мазков из уретры и в особенности из шейки матки на 2—4-й день менструации является ценным приемом для выявления гонореи. Искусственная активизация воспалительного процесса достигается следующими способами: а) химическим — смазывание слизистой уретры 0,5% раствором, а слизистой канала шейки матки — 3—5% раствором ляписа или люголевским раствором на глицерине:

Rp. Jodi puri 1,0  
Kalii jodati 2,0  
Aq. destill. 3,0  
Glycerini 94,0  
MDS. Наружное,

введение в прямую кишку 0,5% ляписа или 10% протаргол — глицерина (10 мл); б) биологическим — регионарное введение гоновакцины —

200 млн. микробных тел (только в условиях стационара) под слизистую шеечного канала (по М. Г. Бурлакову); регионарное введение собственной крови больной в толщу шейки матки (по Е. И. Кватеру); в) термическим — применение диатермии (с тройным влагалищно-абдоминально-сакральным электродом) в течение 40—60 минут, применение 4—5 грязевых процедур («труссы», влагалищные тампоны).

После применения вышеуказанных методов провокации необходимо брать мазки через 24, 48 и 72 часа. Следует категорически предостеречь от применения антибиотиков и сульфаниламидов до решения вопроса об этиологии заболевания. Наряду с этим необходимо быть осторожным и воздерживаться от поспешной постановки диагноза гонорей, если гонококк не обнаружен.

Прогноз. При гонорее нижнего отдела полового аппарата возможно полное выздоровление без каких-либо последующих нарушений функционального и анатомического характера. При гонорее верхнего отдела половых органов прогноз не всегда благоприятен. Полное восстановление здоровья наступает не всегда; у ряда подобных больных правильнее говорить не о выздоровлении, а о переходе в группу «практически здоровых». После окончания специфического, а иногда и физиотерапевтического лечения остаются спайки, смещения органов, зарастание труб.

### ЛЕЧЕНИЕ ГОНОРЕИ

Терапия гонорей, как правило, должна быть комбинированной, т. е. общей, местной и симптоматической, и состоять из применения антибиотиков, сульфаниламидов, специфической и неспецифической иммунотерапии, местного воздействия на очаги воспаления и физиотерапевтических методов.

В острой стадии гонорей нижнего и верхнего отделов полового аппарата больная подлежит лечению в условиях стационара. Это необходимо как для быстрой ликвидации болезни, так и для предотвращения опасности заражения других лиц. При обострении хронического гонорейного процесса вопрос о госпитализации решается индивидуально; безусловной госпитализации подлежат лица, живущие в общежитиях.

Лечение больной с острой формой гонорей начинается с назначения следующих мероприятий: 1) постельный режим; 2) диета (запрещение спиртных напитков, острых пищевых веществ); 3) регулирование деятельности кишечника; при запорах — простокваша, чернослив, баталинская вода, фенолфталеин 0,2 г; 4) обильное питье. Кроме указанных выше мероприятий, каждой больной гонореей назначают в качестве общего лечения антибиотики (пенициллин, стрептомицин) или сульфаниламиды. При острой гонорее нижнего отдела курсовая доза пенициллина — 400 000 ЕД. Пенициллин вводят внутримышечно 6 раз в день через 3 часа: первые 2 раза вводят по 100 000 ЕД, а затем 4 раза по 50 000 ЕД. При торпидном течении гонорей, в подострой стадии свежей гонорей и при хронической стадии курсовую дозу пенициллина увеличивают до 500 000—600 000 ЕД и комбинируют ее с местным лечением уретрита, цервицита, бартолинита<sup>1</sup>.

В результате применения пенициллина или сульфаниламидов воспалительные явления в течение 5—7 дней резко уменьшаются, выде-

<sup>1</sup> Приведенная схема лечения пенициллином рекомендуется в инструкции Министерства здравоохранения СССР (1952); предложены и другие схемы лечения.

ления становятся слизистыми, гонококки исчезают. Через 7—10 дней после лечения пенициллином (или сульфаниламидами) приступают к установлению излеченности (стр. 113). Однако у ряда больных улучшение оказывается кратковременным: спустя 7—8 дней после окончания лечения выделения из уретры и шейки усиливаются и в выделениях обнаруживаются гонококки. У подобных больных необходимо произвести тщательное обследование с целью выявления новых или скрытых очагов (парауретральные ходы, крипты). Если в первом курсе лечения применяли пенициллин, то назначение его надо повторить, однако курсовую дозу пенициллина надо увеличить до 600 000 ЕД. Местное лечение уретры начинают не раньше чем через 2 недели от начала заболевания.

Возможно лечение гонореи и сульфаниламидными препаратами; такое лечение также проводят в комбинации с местной терапией. Применяют сульфадиазин, сульфодимезин, норсульфазол, белый стрептоцид. В первые сутки назначают по 1 г 5 раз в день, через 4 часа, в последующие 5 суток — по 1 г 4 раза в день. На курс лечения расходуют 25 г препарата.

При появлении токсических явлений необходимо временно прекратить применение сульфаниламидов, а при резко выраженной интоксикации заменить их антибиотиками.

При терапии в послеродовом периоде требуется контроль как за состоянием матери, так и за состоянием новорожденного.

Если первый курс лечения сульфаниламидами не дал эффекта, то больная подлежит повторному лечению сульфаниламидами (те же дозы) лишь после предварительной иммунотерапии. В шейку матки вводят гоновакцину (150—200 млн. микробных тел) или собственную кровь больной. Одновременно проводят местное лечение очагов поражения. Если второй курс лечения сульфаниламидами также безуспешен, то надо считать больную резистентной к этим препаратам и применить пенициллин или стрептомицин.

В любой стадии гонореи, кроме общего лечения, применяют симптоматическое лечение (болеутоляющие, кровоостанавливающие) и гигиенические мероприятия в отношении половых органов. Наружные половые органы подмывают (2—4 раза в день, в зависимости от интенсивности выделений) теплым (38—39°) раствором марганцовокислого калия 1:10 000 (для приготовления 1 л такого раствора к теплой воде прибавляют 2 мл 5% раствора марганцовокислого калия).

Влагалищное спринцевание тем же раствором или молочной кислотой применяют лишь после исчезновения острых воспалительных изменений наружных половых органов.

Как указывалось выше, лечение гонореи должно быть комбинированным. Поэтому у большинства больных рекомендуется сочетать методы общей терапии с лечением очагов инфекции.

Лечение гонорейного уретрита. В острой стадии заболевания и при острой восходящей гонорее местное лечение не рекомендуется. В подострой стадии (при затухании острых воспалительных явлений, но не раньше 2 недель от начала заболевания) применяют промывания уретры раствором марганцовокислого калия 1:5000—1:10 000 температуры 38—39° и инстилляцию в уретру 1—2% раствора протаргола (для приготовления раствора 1:5000 надо взять 4 мл 5% раствора марганцовокислого калия на 1 л кипяченой воды). Для инстилляций применяют спринцовку Тарновского (рис. 69) или шприц Люэра, на который надевают резиновый колпачок шприца Тарновско-

го. Перед инстилляцией больная не должна мочиться. Резиновый колпачок шприца Тарновского прижимают к наружному отверстию уретры и под слабым давлением вводят 5—7 мл раствора, который тут же вытекает из уретры. Через 10 минут больная опорожняет мочевой пузырь.

К местному лечению уретры приступают в послеродовом периоде не раньше 10-го дня после родов.



Рис. 69. Спринцовка Тарновского.

При хроническом гонорейном уретрите проводят смазывание уретры 1% раствором ляписа и дополнительно (внутримышечно) вводят под слизистую уретры 100 000 ЕД пенициллина (Е. И. Кватер). Эти инъекции противопоказаны при беременности. В случае обнаружения выделений из парауретральных ходов или гонококков в криптах производят электрокоагуляцию этих ходов и крипт или делают прижигание ляписом на тонком зонде. Зонд нагревают над огнем спиртовой горелки и прикладывают к палочке ляписа. В процессе лечения еженедельно делают контрольное бактериоскопическое исследование мазков.

Лечение цервицита. В острой стадии гонорейного нижнего и верхнего отделов полового аппарата местное лечение шейки матки не применяют. В подострой стадии применяют ванночки из 3—5% раствора протаргола, постепенно повышая концентрацию.

Техника ванночек. Во влагалище вводят зеркало и вливают протаргол; первую порцию сразу же выливают и заменяют свежей. Продолжительность ванночки 5 минут. В хронической стадии цервицита смазывают канал шейки матки зондом Плейфера, обмотанным ваткой, смоченной сначала 10% раствором соды, а затем 2—5% раствором ляписа. Смазывание слизистой оболочки шейки производят через 3—5 дней. При хроническом цервиците производят однократную инъекцию 300 000 ЕД пенициллина (кроме внутримышечных инъекций 500 000—600 000 ЕД или собственной крови больной в толщу шейки матки).

Во время менструаций применение ванночек, инъекций и смазываний канала шейки противопоказано. Если на влагалищной части шейки матки имеются *ovuli Nabothi*, их вскрывают так называемым скарификатором или кончиком скальпеля. При наличии длительно существующей рецидивирующей эрозии целесообразно применить электрокоагуляцию. Однако всегда требуется предварительно произвести биопсию и гистологическое исследование с целью исключения рака.

Лечение бартолинита. В острой стадии рекомендуется покой, сидячие теплые (38—39°) ванны с раствором марганцовокислого калия (1 столовая ложка 2% раствора марганцовокислого калия на 1 л воды) или настоем ромашки. При резком нарастании псевдоабсцесса и воспалении окружающей клетчатки показано вскрытие болезненного очага. В подострой и хронической стадии применяют аутогемотерапию: область бартолиновой железы смазывают йодной настойкой и в толщу губы над и под абсцессом вводят по 2—3 мл крови. Инъекции делают 3—4 раза с промежутками в 2 дня. Эти инъекции противопоказаны во время беременности. При рецидивирующем псевдоабсцессе железы нельзя ограничиваться его вскрытием, а нужно произвести вылушивание железы.



Лечение вульвита, вестибулита, кольпита. Как указывалось выше, воспаление вульвы и влагалища у половозрелой женщины возникает чаще всего вторично и не является специфическим. Кроме систематических подмываний и спринцеваний, назначают с гигиенической целью сидячие теплые ванны (38—39°); слизистую вульвы и влагалища смазывают 3% раствором протаргола. При обнаружении трихомонад показано соответствующее лечение (стр. 161). Мелкие углубления (крипты) в окружности наружного отверстия уретры, в ладьевидной ямке прижимают ляписом (на тонком зонде) или производят электрокоагуляцию.

Лечение проктита. Во всех стадиях проктита назначают свечи с протарголом (по 0,02 г на свечу). В прямую кишку вводят через день (с помощью резиновой груши или спринцовки Тарновского) 5—10 мл 3—5% раствора протаргола или колларгола. В послеродовом периоде это лечение можно применять с 10-го дня после родов.

В хронической стадии вводят регионарно (от 100 до 300 млн. микробных тел) гоновакцину и смазывают (через ректальное зеркало) слизистую оболочку кишки 0,5—1% раствором ляписа. Регионарное введение вакцины при беременности противопоказано.

Лечение гонорей верхнего отдела полового аппарата. В острой стадии восходящей гонорей необходимо прежде всего соблюдать все те правила, которые указаны в начале этого раздела (стр. 128), т. е. постельный режим, диету, регулировать деятельность кишечника. Общее лечение состоит в назначении пенициллина или сульфаниламидов.

Обычно острая восходящая гонорея быстро распространяется на брюшину; больные страдают от болей в животе, метеоризма, задержки дефекации. Поэтому, кроме строгого постельного режима и антибиотиков, применяют белладонну в свечах, микроклизмы из 10% (гипертонического) раствора хлористого натрия температуры 40° (80—100 мл), масляные клизмы (полстакана), карболен. Назначение слабительных в этой стадии болезни противопоказано.

Появление ремиттирующей температуры и значительного лейкоцитоза при наличии экссудата в дугласовом кармане свидетельствует об образовании абсцесса или пиосальпинкса. Дифференциально-диагностические признаки между абсцессом и пиосальпинксом указаны на стр. 142. При диагнозе абсцесса дугласова кармана необходимо сделать пункцию и в случае получения гноя — кольпотомию. Это приводит к понижению температуры и значительному улучшению состояния больной. При наличии пиосальпинкса, прилежащего к заднему своду, целесообразно произвести пункцию через задний свод, исследовать пунктат бактериоскопически (а затем и бактериологически) и ввести через ту же иглу пенициллин. Следует категорически предостеречь от вскрытия пиосальпинкса путем кольпотомии, так как после этого возникает гнойный свищ, который не закрывается в течение нескольких месяцев.

Строгий постельный режим, применение антибиотиков, хороший уход создают условия для постепенного улучшения состояния больной: температура снижается, боли в животе уменьшаются.

В хронической стадии восходящей гонорей рекомендуется комбинированное лечение антибиотиками или сульфаниламидами с введением пенициллина в шейку и уретру. Доза пенициллина та же, что и при острой восходящей гонорее — 500 000—600 000 ЕД. Курсовая доза сульфаниламидов (рекомендуемые препараты, способ их назначения, стр. 129) та же, что и при гонорее нижнего отдела полового аппарата

(25 г). В шейку матки пенициллин вводят в количестве 300 000 ЕД, а под слизистую уретры — 10 000 ЕД.

Для ускорения рассасывания воспалительных продуктов целесообразно уже в подострой стадии процесса применить физиотерапевтическое лечение. Конечно, при этом необходим систематический контроль за общим состоянием больной, ее температурой, повторное (через 5—7 дней) исследование крови; необходимо учитывать также данные гинекологического исследования. В этой стадии болезни назначают вегетативно-сегментарную физиотерапию, например ультрафиолетовое облучение (5—8 сеансов) шейных симпатических сплетений. При падении температуры до нормальной и снижении РОЭ можно применять ионогальванотерапию с хлористым кальцием, озокерит, парафинотерапию, диатермию. В пролиферативной (продуктивной) фазе воспаления, при уплотнении и ограничении инфильтрата показано также применение ионогальванотерапии с йодистым калием.

При метастатических формах гонореи показано введение пенициллина (ежедневно не менее 600 000 ЕД) до ликвидации острых явлений.

У некоторых больных и после окончания лечения остаются воспалительные изменения уретры, шейки матки, труб, яичников, брюшины, которые называют постгонорейными. Многие авторы считают их результатом рецидива болезни или проявлением добавочной негонорейной инфекции (в частности, трихомонадной). Однако против рецидива инфекции говорит то, что при половой жизни подобные больные не являются источником заражения. Наряду с этим необходимо тщательное обследование с целью выявления вторичной инфекции (например, стрепто-стафилококковой, трихомонадной). Причиной стойкости этих изменений является преобладание продуктивного воспалительного процесса и его последствий (рубцы, сращения, изменения положения органов). Длительно существующие боли, возможно, обусловлены изменениями в рецепторах половой системы, возникновением следового раздражения в нервной системе. Лечение постгонорейных изменений заключается в устранении чрезмерных раздражителей (воздержание от половой жизни, спиртных напитков) в течение нескольких месяцев, применении неспецифических средств общего действия (аутогемотерапия, экстракт алоэ), физиотерапевтических процедур. Антибиотики и сульфаниламиды у таких больных малоэффективны. При неуспехе двух-трех курсов физиотерапевтического лечения возникают показания к курортному (или внекурортному) грязелечению (иловые, торфяные, грязи).

**Оперативное лечение.** Оперативное лечение больных восходящей гонореей показано крайне редко. Показания к оперативному лечению возникают лишь в следующих случаях:

- а) при абсцессе дугласова кармана;
- б) при наличии больших сактосальпинксов, обуславливающих вторные обострения болезни с длительной утратой трудоспособности (если повторное физиотерапевтическое или курортное грязелечение безуспешно);
- в) при трубно-кишечных и трубно-пузырных свищах и прогрессирующей интоксикации;
- г) при прогрессирующих пиосальпинксах и опасности прорыва гноя в брюшную полость (общая интоксикация, резкая болезненность, быстрое увеличение объема трубы).

## КРИТЕРИИ ИЗЛЕЧЕННОСТИ

Термином «излеченность» от гонореи определяется отсутствие гонококка в выделениях и установление того, что женщина не может быть источником заражения.

Для решения вопроса об излеченности ежемесячно (лучше во время менструаций) обследуют больную в течение 3 месяцев после окончания лечения. Если обследование проводится вне менструации, то, кроме клинического исследования, применяют различные способы активирования инфекции, так называемую провокацию. С целью провокации вводят внутримышечно гоновакцину (500 млн. микробных тел), слизистую уретры (и прямой кишки) смазывают 1% раствором ляписа, а канал шейки матки — 5% раствором ляписа. После смазывания слизистой уретры больная не должна мочиться в течение 2—3 часов. Мазки для исследования секрета берут из вышеуказанных мест (и дополнительно из других очагов — крипт, отверстий выводных протоков бартолиновых желез, если они были поражены) через 24—48 и 72 часа после провокации.

Если обследование делают во время менструации, то мазки из шейки матки берут на 2-й и 4-й день менструации. При отсутствии в мазках гонококков в течение 3 месяцев после окончания лечения больная считается излеченной (точнее, практически здоровой) и снимается с учета венерологического диспансера.

## ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

При гонорее нижнего отдела полового аппарата прогноз лечения вполне благоприятный, и трудоспособность полностью восстанавливается. При гонорее верхнего отдела полового аппарата полное излечение наступает не всегда. Поэтому вопрос о восстановлении трудоспособности решается строго индивидуально. Если остаются постгонорейные воспалительные изменения труб, смещения органов, внутрибрюшные спайки, то больная (физического труда) может быть переведена на более легкую работу (так называемая профессиональная нетрудоспособность).

## ГОНОРЕЯ ДЕВОЧЕК

Гонорея девочек значительно отличается от гонореи взрослых как по способам заражения и клиническому течению, так и по методам диагностики и терапии.

Заражение девочек, как правило (в 85—95% по К. А. Карышевой), происходит внеполовым путем — от матерей, сестер, родственниц при пользовании общей постелью, тазом и т. п.

В отличие от взрослых первичные очаги гонореи у девочек локализируются не только в уретре, парауретральных ходах, шейке матки и прямой кишке, но прежде всего в преддверии влагалища и во влагалище.

Гонорею девочек, так же как и гонорею взрослых, разделяют на гонорею нижнего отдела и верхнего отдела половых путей.

Инкубационный период болезни, как и у взрослых, 2—4 дня, иногда дольше. Свежая гонорея может протекать остро или же сразу принимает торпидное (вялое) течение. Хроническая гонорея (с длительностью свыше 2 месяцев) протекает без особых симптомов и нередко (в 10% случаев) дает рецидивы.

Гонорейный вестибулит (*vestibulitis gonorrhoeica*) и кольпит (*colpitis gonorrhoeica*). Это наиболее частая и характерная локализация гонореи у девочек. Симптомы острого заболевания: разлитой отек и гиперемия преддверия. Через 2—3 недели слизистая бледнеет; остается покраснение в области бартолиновых желез, на внутренней поверхности малых губ.

Кольпит. В острой стадии кольпита при выраженности симптомов слизистая влагалища отечна, резко гиперемирована; обильные, зеленого цвета гнойные выделения. При торпидной форме слизистая влагалища не изменена и лишь в отдельных участках несколько гиперемирована; выделения обильные, гнойные. При хронической форме кольпита на поверхности стенки влагалища выделяются множественные ярко-красные зерна — это так называемый гранулезный кольпит.

Гонорейный уретрит (*urethritis gonorrhoeica*). Уретрит является первичным очагом острой гонореи у девочек в 75% (К. А. Карышева). Проявляется в виде гиперемии и отека слизистой и губок уретры, гнойными выделениями. Мочеиспускание болезненно (ребенок плачет), учащено. Острые явления стихают через 1—2 недели; однако отек уретральных губок и гиперемия слизистой остаются. Те же симптомы характерны для часто наблюдающегося хронического уретрита. При торпидной форме уретрита болезненные симптомы с первых же дней инфицирования весьма незначительны. Гонорейный цистит и бартолинит наблюдаются редко.

Гонорейный цервицит (*cervicitis gonorrhoeica*). Гонорейный цервицит возникает у девочек нередко — в 50—60% зараженных гонореей (К. А. Карышева). В острой стадии шейка резко гиперемирована, отечна; из канала ее вытекает гной. В хронической стадии цервицита шейка имеет синюшный оттенок. Течение цервицита у девочек весьма длительное, наблюдаются рецидивы.

Гонорейный проктит (*proctitis gonorrhoeica*). Проктит наблюдается при острой гонорее у девочек в 60% и при хронической — в 40% (К. А. Карышева). Симптомы острого и хронического проктита у девочек такие же, как и у взрослых.

Гонорея верхнего отдела полового аппарата у девочек. Эта локализация гонореи у девочек наблюдается редко.

В отличие от взрослых поражения суставов у девочек чаще множественны, но, как и другие формы метастатической гонореи, наблюдаются весьма редко.

Диагностика. При постановке диагноза гонореи у девочек нужно обратить внимание на моменты, которые могут уточнить этиологию заболевания, а именно на состояние здоровья матери, наличие у нее воспалительных заболеваний половых органов (гонорея), установить, спит ли ребенок в одной постели со взрослыми, поинтересоваться, здоровы ли эти лица, определить давность заболевания ребенка, узнать, имелись ли у него рецидивы болезни (характерно для гонореи). Надо узнать, беспокоен ли ребенок, плачет ли он при мочеиспускании, нет ли у него болей внизу живота, тенезмов, не подозревает ли мать, что он занимается мастурбацией, нет ли у него глистов.

Возникновение вестибулита и кольпита может быть обусловлено не только гонококком, но и другими бактериями, а именно стрепто- и стафилококками, палочками дифтерии, а также нарушением общего состояния ребенка (экссудативный диатез) и механическим раздражением (мастурбация, инородные тела) и проникновением гельминтов и простейших паразитов.

Гинекологическое обследование девочки складывается из осмотра (в том числе вагиноскопии и ректоскопии) и бактериоскопии выделений из уретры, влагалища, канала шейки матки (если производится вагиноскопия), прямой кишки. При остром течении уретрита легко получить капельку гноя из уретры, при торпидном течении болезни необходимо, чтобы девочка не мочилась до исследования 2 часа. После осторожного массажа уретры (через отверстие гиена) тонким зондом с намотанной ваткой удается получить из уретры каплю секрета. Для взятия секрета из влагалища применяют желобоватый зонд, тупую ложечку или длинную стеклянную пипетку, на кончик которой надета тонкая резиновая трубочка (рис. 70). Эти инструменты надо вводить во влагалище глубоко—до заднего свода. Кроме того, необходимо производить исследование капли гноя на трихомонады и кала на гельминты.

При исследовании крови могут быть обнаружены анемия, нейтрофилез, лимфопения, эозинофилия, монопения.

Серологическая реакция Борде-Жангу не имеет практического значения в диагностике гонорей. Реакция С. Н. Лисовской на антиген в модификации И. И. Фейгеля, наоборот, имеет большое значение. В качестве объекта исследования берут секрет влагалища.

При современных методах терапии прогноз гонорей у девочек благоприятен, однако наблюдаются отдельные случаи очень длительного, рецидивирующего течения заболевания.

**Лечение.** Терапия гонорей у девочек — дело весьма ответственное и трудное.

Среди лечебных средств наибольшее значение имеет пенициллин; сульфаниламиды менее эффективны, чем у взрослых, и их рекомендуется применять лишь в комбинации с пенициллином. Местное лечение применяется по индивидуальным показаниям.

Курсовая доза пенициллина при острой гонорее нижнего отдела мочеполовых путей у девочек равна 400 000—600 000 ЕД. При восходящей гонорее (цервицит, воспаление брюшины) дозу увеличивают в 2 раза и больше (в зависимости от течения болезни).

При повторной пенициллинотерапии дозу удваивают.

Хороший эффект наблюдается в результате комбинированного применения пенициллина и сульфаниламидов; при этом последние (например, сульфодимезин, сульфадиазин) надо назначать после каждой инъекции пенициллина. Дозировка: от 0,1 до 0,15 г в сутки на 1 кг веса в зависимости от возраста и общего состояния ребенка; суточную дозу делят на 5 раз. Сульфаниламиды применяют в течение 5 суток.

При торпидном течении гонорей, хронической ее форме, а также перед повторным применением пенициллина проводят вакцинотерапию. Однако ее не следует применять у девочек в возрасте до 4—5 лет. В старшем возрасте гоновакцину применяют (внутрикожно — К. А. Карышева) в дозе от 50 до 700—800 млн. микробных тел; число инъекций 6—8. Регионарная вакцинотерапия противопоказана.

Кроме общей, применяют и местную терапию, которая в основном является симптоматической.



Рис. 70. Пипетка для взятия секрета.

При острой гонорее назначают сидячие ванночки из ромашки (2—3 раза в день по 10—15 минут). Для этого в тазик с теплой водой добавляют настой ромашки (30—40 г ромашки заваривают и процеживают). При остром вестибулите и дерматите применяют 5% протарголовую мазь (в форме прокладок), мазь Микулича. В острой стадии кольпита и уретрита местное лечение (промывания, смазывания) нецелесообразно. В подострой и хронической стадии во влагалище инстиллируют протаргол (1—2%), азотнокислое серебро (0,25—1%, 3—5 мл) через день. При длительном, вялом течении гонорей всю влагалищную стенку от свода до входа во влагалище смазывают (через уретроскопическую трубку) раствором Люголя на глицерине или 10% раствором протаргола.

При подостром и хроническом уретрите в уретру вводят (глазной пипеткой) 3—4 капли протаргола (0,5—2% раствора) или азотнокислого серебра (0,25—0,5% раствора). При проктите вводят в прямую кишку 5—10 мл 1—3% раствора протаргола.

При наличии цервицита (вагиноскопия) влагалищную часть шейки матки смазывают раствором Люголя на глицерине или 10% раствором протаргола, а слизистую канала шейки матки — 1—2% раствором азотнокислого серебра или 5% раствором протаргола (один раз в 3—4 дня). Последнее вмешательство возможно лишь после затихания острых воспалительных явлений. Для смазываний пользуются очень тонким зондом, на который намотан кусочек ватки.

При вялой, хронически протекающей форме гонорей применяют прерывистое лечение. Такой метод терапии дает ребенку возможность отдохнуть, а врачу — проверить эффективность проведенного лечения.

У девочек, как и у взрослых, наблюдаются постгонорейные изменения (без наличия гонококков). У подобных больных применяют инстилляцию во влагалище вяжущих средств (5% раствор ихтиола, 1% раствор цинка или танина). Ребенок остается под наблюдением от 3 до 6 месяцев после окончания лечения.

Критерий излеченности. Для решения вопроса об излеченности гонорей необходимо повторное (в течение 3 месяцев) обследование ребенка с применением методов провокации. С целью провокации производят внутрикожные инъекции гоновакцины (150—200 млн. микробных тел) и смазывание влагалища и вульвы раствором Люголя; в уретру инстиллируют 2—3 капли 0,5—1% раствора азотнокислого серебра, а в прямую кишку — 10—15 мл такого же раствора. Мазки из уретры, влагалища и прямой кишки берут через 24—48—72 часа. При благоприятных данных после трехмесячного обследования девочка может быть допущена в детский коллектив.

Однако надо помнить, что инфекционные болезни часто провоцируют у детей гонорейный процесс. Поэтому дети, закончившие лечение по поводу гонорей, подлежат повторному обследованию после перенесенной инфекции (корь, скарлатина и др.).

## ПРОФИЛАКТИКА ГОНОРЕИ

Развитие венерических заболеваний, и в частности гонорей, связано с классовой структурой общества и социально-экономическими условиями жизни населения. В условиях капиталистического общества, безработицы, бесправия женщины и распространения проституции нет предпосылок не только для уничтожения, но и для снижения венерических заболеваний. В условиях социалистического общества в СССР

при неуклонном росте культуры и материального благосостояния трудящихся, ликвидации безработицы и проституции созданы все условия для неуклонного уменьшения и ликвидации венерических заболеваний.

В борьбе с венерическими заболеваниями в СССР принимает активное участие, кроме специальных венерологических учреждений (научно-исследовательские институты, венерические диспансеры), и широкая сеть лечебно-профилактических учреждений, в том числе и акушерско-гинекологических. В обязанности врачей женских консультаций в борьбе с венерическими заболеваниями входит реализация следующих мероприятий: 1) выявление при профилактических медицинских осмотрах женщин и среди обращающихся к ним женщин всех больных гонореей или подозрительных на гонорею; 2) сообщение венерологическому диспансеру о выявленных больных гонореей для обследования лиц, являющихся источником заболевания; 3) лечение больных гонореей; 4) сообщение родильному дому о беременных, которые лечились по поводу гонореи; получение от родильного дома сведений об исходе родов у этих лиц.

Важное значение в профилактике гонореи имеет широкое и систематическое проведение санитарно-просветительной работы.

В сельской местности борьбу с венерическими заболеваниями проводит весь медицинский персонал, в том числе и участковый врач. Эта борьба складывается из следующих мероприятий: 1) выявление венерических больных и источников их заболевания; 2) лечение, учет и регистрация больных, направление извещений о заболевших; 3) проведение систематической санитарно-просветительной работы. Органы здравоохранения имеют право в случае отказа принудительно привлечь к лечению заразных венерических больных. Кроме того, согласно статье 150 Уголовного Кодекса РСФСР, заведомое заражение болезнью влечет за собой лишение свободы на срок до 3 лет.

В борьбе с венерическими болезнями, и в частности с гонореей, имеют значение и меры личной профилактики. Так, женщине после подозрительного сношения рекомендуется сразу же помочиться, тщательно обмыть с мылом наружные половые органы, проспринцеваться теплым раствором (1:6000) марганцовокислого калия.

Меры профилактики гонореи у девочек состоят прежде всего в тщательном обследовании беременных и матерей, систематическом врачебном осмотре детей, персонала детских учреждений, строгом выполнении санитарно-гигиенического режима, осмотре каждого ребенка до принятия его в детский коллектив.

## **ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕПТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

К группе септических заболеваний женских половых органов, клетчатки и брюшины относятся те заболевания, возникновение которых обуславливается гноеродными микробами. Различают гноеродную аэробную и анаэробную инфекцию; это деление определяется условиями среды, наиболее благоприятствующими размножению возбудителей. Основными возбудителями аэробной инфекции половых органов являются стрептококки, стафилококки и кишечная палочка, возбудителем анаэробной инфекции (газовой гангрены) — *Bac. oedematiens maligni*, *Bac. perfringens*, *Bac. hystolyticus*, *Vibrion septicus*<sup>1</sup>. Воспалительные заболевания септической этиологии возникают обычно в ре-

зультате криминальных абортов. Септические послеродовые заболевания встречаются в настоящее время значительно реже, они занимают последнее место среди причин материнской смертности. Это обуславливается прежде всего замечательной системой мероприятий по охране материнства в нашей стране. Основное отличие воспалительных процессов септической этиологии от гонореи и туберкулеза заключается в том, что для развития их, как правило, необходимо нарушение целостности эпителиального покрова.

Септические процессы в известной мере условно можно разделить на местные, ограниченные органами малого таза, и генерализованные.

Распространение септической инфекции происходит в основном тремя путями: по протяжению — каналикулярно (например, из матки в трубы), лимфогенно и гематогенно; возможно распространение инфекции и по перинеуральным пространствам.

При генерализованной инфекции часто встречается комбинированный путь распространения, например гематогенно-лимфогенный.

Из отдельных форм септических процессов вне беременности чаще встречаются локализованные заболевания: эндометрит, сальпингооофорит, пельвеоперитонит, параметрит. Формы генерализованной инфекции (перитонит, септикопиемия, септицемия) встречаются значительно реже; они рассматриваются подробнее в руководствах акушерства и хирургии.

#### **СЕПТИЧЕСКИЙ ЭНДОМЕТРИТ (ENDOMETRITIS SEPTICA)**

Причины септических процессов половых органов (в том числе и эндометрита) указаны выше.

Патологоанатомические изменения в матке. Слизистая покрыта серым грязным налетом; в полости матки гной, иногда с неприятным запахом (инфекция кишечной палочкой). Эпителиальный покров слизистой в ряде мест десквамирован; глубже образуется обширный лейкоцитарный инфильтрат (пограничный вал). Инфекция может проникать и в мышечный слой матки (инфильтраты в лимфатических щелях) и при неблагоприятных условиях (ослабление организма, высокая вирулентность и инвазивность микробов) распространяться по кровеносной и лимфатической системе (септицемия, перитонит, параметрит).

Острый септический эндометрит чаще всего заканчивается полным выздоровлением, реже переходит в хронический или образуется пиометра (т. е. происходит скопление гноя в матке). При переходе эндометрита в хроническую стадию эксудация уменьшается, слизистая гиперемирована; определяются инфильтраты как в просвете желез, так и в строме слизистой. Инфильтраты эти состоят из лейкоцитов и плазматических клеток. Инфекция часто распространяется и на мышечный слой матки.

Симптоматология. Симптомы острого эндометрита: повышение температуры, боли внизу живота, гнойные выделения из матки. При исследовании матка болезненна, несколько увеличена, мягкой консистенции; из канала шейки отмечают обильные гнойные выделения. Клинические симптомы хронического эндометрита (при сравнении с острым) весьма незначительны: температура нормальная, бели

<sup>1</sup> Подробнее об анаэробной инфекции половых органов женщин см. в составленной нами главе V в книге «Гинекология» под ред. М. С. Малиновского, Медгиз, 1957, стр. 192.



и боли незначительны, нередко отмечаются длительные кровотечения (нарушения сократительной деятельности матки, а возможно, и функция яичников).

**Диагноз.** Распознавание септического эндометрита в острой стадии не представляет особых затруднений. Диагноз основывается на данных анамнеза (внутриматочное вмешательство, наличие некроза узла подслизистой миомы или рака), общего и гинекологического исследования (повышение температуры, болезненность матки, гнойные выделения из матки), подтвержденного лабораторными данными (бактериоскопия, посевы).

Диагноз хронического метроэндометрита значительно труднее. Прав Н. К. Скробанский, который считает, что этот диагноз может быть поставлен лишь при наличии увеличения матки, плотности ее, сращений с соседними органами и белей. К этому необходимо добавить данные анамнеза, указывающие на перенесенный в прошлом острый эндометрит.

У значительного числа больных прогноз благоприятен.

**Лечение.** В острой стадии болезни назначают постельный режим, холод на низ живота, антибиотики (пенициллин, стрептомицин, биомицин), а при болях — болеутоляющие, спазмолитики.

В хронической стадии эндометрита показано физиотерапевтическое лечение: ионогальванизация с йодистым калием, диатермия, парафино- и озокеритотерапия, грязелечение (см. стр. 179), горячие (40°) спринцевания с молочной кислотой, марганцовокислым калием, микроклизмы с йодистым калием.

Rp. Kalii iodati 6,0

Aq. destill. 200,0

MDS. По 1 столовой ложке на 30,0—60,0 кипяченой воды температуры 40° ежедневно в течение 2 недель (клизмы)

При повышенной кровопотере во время менструаций показано применение кровоостанавливающих средств (см. рецептуру).

### **СЕПТИЧЕСКИЙ САЛЬПИНГО-ООФОРИТ (SALPINGO-OOPHORITIS SEPTICA)**

Сальпинго-оофорит септической этиологии может возникнуть различными путями: восходящим путем (каналикулярно) из матки, нисходящим путем (из брюшины), по протяжению или лимфогенно (инфекция кишечной палочкой) из червеобразного отростка, прямой или сигмовидной кишки и, наконец, из матки. Патологоанатомические изменения труб и яичников при септической инфекции несколько отличаются от изменений, обусловленных гонококком. Так, эпителиальный покров трубы обычно не нарушается; в складках трубы происходит лейкоцитарная инфильтрация; в просвете трубы в значительном количестве скопляется гной. Инфекция нередко захватывает и мышечный слой трубы (mesosalpingitis), обуславливая в дальнейшем воспаление брюшины.

**Симптоматология.** Симптомы острого септического сальпинго-оофорита и тазового перитонита весьма напоминают симптомы восходящей гонорей (стр. 119), однако общая интоксикация организма выражена значительно сильнее, чем при гонорее, так как инфекция быстро распространяется на брюшину, а иногда и на клетчатку. При колибациллярной инфекции одновременно с заболеванием половых органов отмечаются и различные нарушения со стороны желудочно-

кишечного тракта (поносы, стул со слизью, метеоризм, боли). Характерна также зависимость между воспалительным процессом полового аппарата и стадией развития (обострение, затухание) болезни кишечника.

**Клиническое течение.** Длительность заболевания значительна. Нередко образуется пиосальпинкс, вскрывающийся в соседние органы (влагалище, мочевой пузырь, кишечник, реже в брюшную полость).

**Диагноз.** Для колибациллярной инфекции труб и яичников характерна также односторонность поражения, указание на аппендицит, перисигмоидит, парапроктит. Подозрение на колибациллярную этиологию заболевания труб усиливается, если односторонний воспалительный процесс возник у девушки. При дифференциальном диагнозе септического сальпинго-оофорита с опухолью яичника и внематочной беременностью необходимо учитывать те же признаки, что и при восходящей гонорее.

Для септической этиологии заболевания характерно наличие соответствующих данных анамнеза (связь заболевания с оперативным вмешательством), обширность поражения клетчатки.

Диагноз может быть подтвержден бактериоскопически (и бактериологически) при положительных данных исследования пунктата. Изменения в крови при септическом процессе (в динамике) весьма характерны: со стороны красной крови (при длительном заболевании) отмечается падение процента гемоглобина, числа эритроцитов, макроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, со стороны белой крови — гиперлейкоцитоз (20 000—30 000), исчезновение эозинофилов, уменьшение числа сегментированных форм, увеличение числа палочкоядерных. Лейкопения — неблагоприятный признак, наблюдающийся у истощенных, старых больных. РОЭ ускоряется в острой стадии болезни, но остается повышенной еще долго по ликвидации воспалительного процесса.

**Прогноз.** Предсказание затруднительно, так как не исключена возможность распространения инфекции на брюшину.

**Лечение** — см. стр. 146.

#### **СЕПТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ МАЛОГО ТАЗА (PELVEOPERITONITIS SEPTICA)<sup>1</sup>**

Тазовый перитонит почти всегда сопровождает септический сальпинго-оофорит. Клинические симптомы и течение этого перитонита отличаются от таковых перитонита гонорейной этиологии следующими признаками: а) явления интоксикации выражены более резко и стойко удерживаются; б) ясно выраженной тенденции к ограничению воспалительного процесса не отмечается (как при гонорее); в) воспалительный процесс чаще сопровождается образованием гнойного экссудата (например, абсцесса дугласова кармана).

В настоящее время (в частности, в связи с широким применением антибиотиков) нередко наблюдаются abortивные, легкие и стертые формы септических заболеваний. Стертые формы выражаются в несоответствии между спокойной клинической картиной заболевания и патологическими изменениями (вплоть до нагноения) в очаге поражения. Наличие этих форм заболеваний требует очень внимательного обследования больного и вдумчивой оценки изменений в половой системе. Необходимо помнить о возможности «парадоксального» вяло-

<sup>1</sup> Синоним — *pelvipеритонитис септика*.

го течения нагноительного процесса в сочетании с учащением пульса, нормальной температурой, ускорением РОЭ и уменьшением эозинофилов.

У большинства больных тазовый перитонит заканчивается выздоровлением. Значительно реже (при вирулентной инфекции и ослабленном организме) возникает генерализованный септический перитонит. В подобных случаях прогноз заболевания осложняется, хотя современные методы терапии позволяют спасти жизнь большинства этих больных.

### АБСЦЕСС ДУГЛАСОВА КАРМАНА (ABSCESSUS CAVI DOUGLASHII)

Особую форму тазового септического перитонита представляет абсцесс дугласова кармана (рис. 71). Причины образования такого

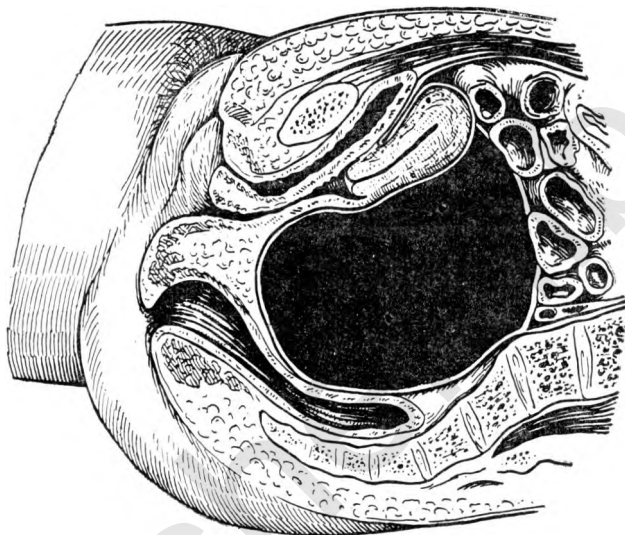


Рис. 71. Абсцесс дугласова кармана.

абсцесса разнообразны: а) переход инфекции из труб лимфогенным путем или по протяжению; б) ранение свода при попытке криминального аборта; в) распространение перитифлитического инфильтрата на тазовую брюшину; г) инфицирование позадматочного кровоизлияния при прервавшейся трубной беременности. Если абсцесс обусловлен кишечной палочкой, то гной имеет каловый запах; при нагноении кровоизлияния гной смешан с кровью. Стенки гнойника образованы соседними органами: спереди — маткой, сзади — прямой кишкой, сверху — кишечными петлями и сальником.

В начальной стадии заболевания клиническая его картина является отражением основного заболевания (сальпинго-оофорита, аппендицита и т. п.) и не имеет ничего специфического. С прогрессированием гнойного скопления выявляются симптомы общей интоксикации: озноб, интермиттирующая лихорадка, жалобы на тенезмы, затруднение дефекации и мочеиспускания. Дальнейшее течение абсцесса может быть различным: у одних больных инфильтрат рассасывается с последующим образованием спаек или без них, у других абсцесс

вскрывается во влагалище или прямую кишку, после чего наступает выздоровление. При прорыве гноя в мочевой пузырь возможно развитие восходящей инфекции мочевых путей. Длительность подобного заболевания может быть весьма значительной. При прорыве гноя в брюшную полость развивается общий перитонит.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз абсцесса дугласова кармана основывается на указанных выше симптомах; очень важно выявить основное заболевание, повлекшее за собой образование абсцесса. При объективном (влагалищном и прямокишечном) исследовании определяют флюктуирующий инфильтрат, который выпячивает в форме языкообразной или полушарообразной «опухоли» задний свод влагалища и не переходит на боковые стенки влагалища и таза. Верхняя граница абсцесса четко не определяется и находится выше, чем при перкуссии (абсцесс ограничен сверху петлями кишечника). Консистенция инфильтрата вначале плотная, но при образовании гноя определяется зыбление.

Абсцесс дугласова кармана необходимо дифференцировать от следующих заболеваний: а) параметрита; б) инфицированного кровоизлияния; в) пиосальпинкса; г) абсцесса яичника.

1. **Э к с у д а т и в н ы й п а р а м е т р и т.** Параметрит не сопровождается столь резким нарушением общего состояния и болями, как эксудативный пельвеоперитонит. Инфильтрат при абсцессе дугласова кармана в виде языкообразной или полушарообразной «опухоли» выпячивает задний свод и лишь переднюю, а не боковые стенки прямой кишки. Параметральный инфильтрат клиновидно выпячивает задний, а также боковой своды влагалища и близко подходит к матке и стенкам прямой кишки, охватывая ее полукольцом. Параметральный инфильтрат сливается со стенками таза; абсцесс дугласова кармана не сливается с ними.

2. **И н ф и ц и р о в а н н о е к р о в о и з л и я н и е** при прервавшейся трубной беременности. При внематочной беременности отмечается задержка менструаций, безлихорадочное начало заболевания, инсульты, постгеморрагическая анемия. При абсцессе дугласова кармана менструации не нарушены. Заболевание часто возникает после криминального аборта и в первые же дни протекает с повышением температуры. При исследовании крови обнаруживают лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево.

В сомнительных случаях для окончательного диагноза необходимо произвести пункцию через задний свод и исследовать пунктат (гною, кровь).

3. **П и о с а л ь п и н к с, г н о й н и к я и ч н и к а.** При пиосальпинксе труба имеет вытянуто-овальную или ретортообразную форму; часто пиосальпинкс является двусторонним; поверхность его неровная, с перетяжками. Абсцесс яичника представляет собой опухолевидное образование округлой или овоидной формы. Он располагается обычно сбоку и кзади от матки. Пальпаторные данные при абсцессе дугласова кармана описаны выше.

**Л е ч е н и е** тазового перитонита, абсцесса дугласова кармана см. стр. 146.

#### **СЕПТИЧЕСКИЙ ПАРАМЕТРИТ (PARAMETRITIS SEPTICA)**

Термином «параметрит» определяют воспаление околоматочной клетчатки, термином «пельвеоцеллюлит» (pelveocellulitis) — воспаление всей клетчатки малого таза (рис. 72 и 73).

Параметрит наиболее часто наблюдается как осложнение аборта (криминального) и весьма редко после родов и вне беременности. Параметрит, не связанный с беременностью, может возникнуть:

1) как осложнение оперативных вмешательств брюшнотеночных (удаление интралигаментарных или нагноившихся опухолей) и влагалищных (расширение, ампутация шейки, выскабливание слизистой инфицированной матки);

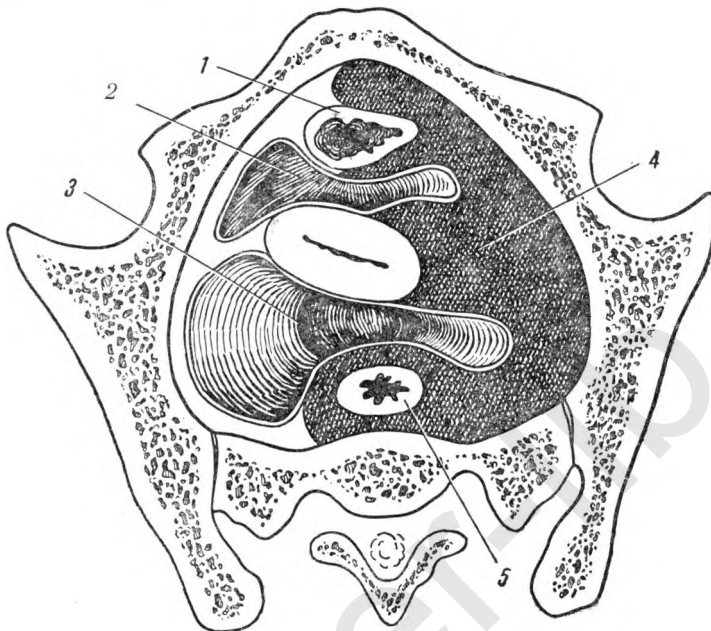


Рис. 72 Пельвеоцеллюлит экссудативный (горизонтальный разрез, схема).

1 — мочевого пузыря; 2 — пузырно-маточное углубление; 3 — прямокишечно-маточное углубление; 4 — экссудат; 5 — прямая кишка.

2) при распространении инфекции по протяжению или лимфогенным путем из матки, труб, кишечника (червеобразного отростка, прямой кишки), с костей таза (остеомиелит);

3) гематогенным путем при тифе, гриппе, ангине.

Среди бактерий, обуславливающих развитие параметрита, чаще всего находят аэробных стрептококков и стафилококков, реже — анаэробов (*Vac. perfringens* и др., анаэробный стрептококк) и кишечную палочку.

Параметрит представляет собой диффузное воспаление околоматочной клетчатки в сочетании с лимфангитом и периваскулярным отеком. Лимфатические сосуды расширены, заполнены тромбами и гнойными массами. Характер экссудата в клетчатке может варьировать от серозного и серозно-гнойного до гнойного.

По топографо-анатомическому признаку клетчатку малого таза делят на два боковых отдела, передний и задний. Границы между этими отделами выражены нерезко, и инфекция (при ослаблении организма и высокой вирулентности бактерий) может распространяться из одного отдела клетчатки на другой (подробности анатомии клетчатки см. главу I).

Соответственно разделению клетчатки малого таза на два боковых (передний и задний) отдела различают и параметриты: боковой, пе-

редний и задний. Наиболее часто наблюдается боковой параметрит (по В. Я. Илькевичу, в 90% случаев).

**Симптоматология.** В связи с многообразием причин возникновения параметрита начальные его симптомы нередко маскируются основным заболеванием<sup>1</sup>. Первоначальные симптомы параметрита: повышение температуры (до 38—39°), иногда с однократным ознобом, небольшие боли внизу живота, учащение пульса в соответствии с температурой. Общее состояние резко не нарушается. Язык влажный,



Рис. 73. Пельвеоцеллюлит экссудативный (сагиттальный разрез, схема).

1 — мочевого пузыря; 2 — экссудат; 3 — прямая кишка; 4 — матка.

слегка обложен; иногда бывают запоры. Со стороны крови обнаруживают ускорение РОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево. Боли бывают резкими, когда воспалительный процесс переходит на брюшину.

При объективном исследовании в начальной стадии воспалительного процесса пальпация брюшной стенки почти безболезненна, перкуторный тон не приглушается. При влагалищном (обязательно и прямокишечном!) исследовании сбоку (реже спереди и сзади) от матки определяют резистентность или инфильтрат. Инфильтрат этот вначале расположен лишь в верхней или нижней части клетчатки широкой связки. В дальнейшем он распространяется в стороны вплоть до стенок таза, вверх и вниз до паховой и лобковой области, сглаживая и даже выпячивая влагалищные своды. Пальпация инфильтрата мало болезненна; консистенция его вначале мягкая, затем плотная. При заднем параметрите инфильтрат хорошо определяется через прямую кишку, он тесно охватывает ее спереди и с боков.

**Клиническое течение.** Длительность острой стадии воспалительного процесса колеблется от 7 до 14 дней, редко дольше.

<sup>1</sup> При анаэробной инфекции параметрит составляет лишь одно из звеньев генерализованной септической инфекции.

В соответствии с рассасыванием воспалительных продуктов отмечается снижение температуры до нормальной и улучшение общего состояния больной. Более длительное течение заболевания обуславливается нагноением параметрального инфильтрата. Клинически это проявляется ухудшением общего состояния, появлением ремиттирующей температуры, нарушением функции соседних органов и усилением болей. Появление повторных ознобов свидетельствует о нагноительном процессе, реже — о возникновении тромбофлебита (маточных вен, *plexus parviformis*, подчревных вен). Нагноение инфильтрата обуславливает дизурические явления, если он приближается к мочевому пузырю, примесь слизи к каловым массам и тенезмы при парапроктите. Прорыв гноя в эти органы сопровождается появлением его в моче и выделением из прямой кишки. Распространение инфильтрата на нервные сплетения и мышцы приводит к вторичным невритам и миозитам (псит).

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз параметрита устанавливается на основании данных анамнеза и исследования. Из объективных признаков характерны следующие.

При выраженном боковом эксудативном параметрите определяется инфильтрат, который сглаживает боковой свод; снаружи инфильтрат сливается со стенками таза, а внутри — с ребром матки. Консистенция инфильтрата вначале мягкая, затем плотная, при нагноении определяется флюктуация. При значительных размерах инфильтрата матка смещена в здоровую сторону.

При переднем параметрите сглаживается передний свод, инфильтрат определяется впереди матки. При заднем параметрите задний свод сглажен или выпячен, инфильтрат близко подходит к стенке прямой кишки, охватывая ее спереди и с боков. Нагноение параметрального инфильтрата и возможность прорыва гнойника диагностируются на основании симптомов и данных обследования, указанных выше.

При остаточных (рубцовых) изменениях в клетчатке после эксудативного параметрита определяются тяжи, смещение матки в большую сторону, возможно нарушение функции мочевого пузыря, дефекации.

Эксудативный параметрит необходимо дифференцировать от: 1) пиосальпинкса и абсцесса яичника; 2) нагноившегося кровоизлияния при прервавшейся трубной беременности; 3) тазового перитонита с образованием абсцесса в дугласовом кармане, 4) внутрисвязочной миомы или кистомы; 5) ракового инфильтрата.

Дифференциально-диагностические признаки между пиосальпинксом и абсцессом яичника, нагноением позадиматочного кровоизлияния и эксудативным тазовым перитонитом, абсцессом дугласова кармана и параметритом были указаны выше.

К дифференциально-диагностическим признакам относится также симптом притупления перкуторного тона над *spina iliaca anterior superior* (Г. Г. Гентер) на стороне эксудата при параметрите и отсутствие притупления при эксудативном перитоните.

Внутрисвязочные миомы и кистомы имеют гладкую поверхность, округлую форму и не сопровождаются повышением температуры.

Раковый инфильтрат дифференцируется от параметрита на основании данных анамнеза, осмотра и пальпации шейки матки, влагиалиша (раковое их поражение).

**Пр о г н о з.** Прогноз параметрита благоприятный.

Болевые симптомы и нарушение функции органов могут обусловить необходимость перевода женщины на другую работу (профессиональную нетрудоспособность лиц физического труда).

Вопросы терапии параметрита мы рассмотрим дальше вместе с терапией других септических заболеваний (труб, яичников), распространяющихся за пределы матки.

### **Лечение септических заболеваний верхнего отдела половых органов, тазовой брюшины и клетчатки**

Терапия больной сепсисом ставит перед врачом очень серьезную задачу, при решении которой необходимо прежде всего учитывать общее состояние организма, его реактивность, стадию болезни (острую, подострую, хроническую), а также изменения местного порядка (очаговые) в органах половой системы, в брюшине, клетчатке. Таким образом, терапия должна быть комплексной и отражать единственно правильный подход — лечить больную, а не болезнь. Лечебные мероприятия складываются из следующих пяти элементов: 1) общее воздействие на организм; 2) воздействие на инфекционный процесс; 3) симптоматическое лечение; 4) физиотерапевтическое лечение; 5) хирургическое вмешательство (иногда).

При наличии остаточных изменений по выздоровлении от септического заболевания показано физиотерапевтическое и курортное лечение.

Общее воздействие на организм складывается из ряда мероприятий. Прежде всего больная нуждается в психическом и физическом покое (постельное содержание, внимание ухаживающего персонала). Должны быть созданы благоприятные санитарно-гигиенические условия: светлая, просторная, систематически проветриваемая палата. При возбуждении больной целесообразно назначение бромидов, снотворных (бромурал, люминал), при понижении тонуса — возбуждающие (кофеин, стрихнин). Большое внимание надо уделять уходу за полостью рта (чистить зубы, протирать язык и губы глицерином — профилактика трещин). Тело больной необходимо регулярно обтирать водой со спиртом, уделяя особое внимание области лопаток, крестца, пяток; на белье не должно быть складок, постель должна быть хорошо застелена (профилактика пролежней).

При сепсисе нарушается водно-солевой обмен, а также антитоксическая функция печени. Для борьбы с интоксикацией рекомендуется введение большого количества жидкости, до 2—3 л в сутки, — воды, кислых напитков (клюквенный морс, чай с лимоном), настоя шиповника, виноградного сока, сока из овощей, раствора глюкозы, физиологического раствора поваренной соли. Наряду с регулированием водно-солевого обмена важно обеспечить нормальную функцию желудочно-кишечного тракта. Для предотвращения запоров применяют минеральные воды (баталинскую, Эссентуки № 17), фрукты (яблоки, чернослив), простоквашу и, наконец, послабляющие (фенолфталеин, ревеня), делают клизмы из гипертонического раствора поваренной соли, клизмы очистительные и масляные, а для уменьшения метеоризма назначают карболен. У больных сепсисом нередко развивается анемия. Поэтому необходимо назначать им железо в сочетании с аскорбиновой кислотой, витамины комплекса В, переливание крови (в подострой и хронической стадии болезни), камполон, антианемин.

Важной составной частью лечения септических больных является обеспечение полноценного регулярного питания. Пища должна быть



вкусной и подавать ее надо небольшими порциями через 3—4 часа. Из белковых продуктов (в особенности при нарушениях функции печени) рекомендуется творог. При поносах больной назначают диету с большим содержанием животных белков и ограниченным содержанием углеводов. Назначение полуголодной диеты при поносах нерационально. Большое значение имеет широкое применение витаминов. Витамин С назначают в острой стадии болезни до 500 мг в сутки, а в дальнейшем эту дозу снижают до 300—400 мг в сутки. Витамин В<sub>1</sub> (тиамин) назначают при отеках, нарушениях со стороны периферической нервной системы по 10—50 мг в сутки, витамин В<sub>2</sub> (рибофлавин) — при нарушениях обмена, при поносах по 50 мг в сутки, витамин А — как антиинфекционный витамин до 100 000 МЕ в сутки.

Воздействие на инфекционный процесс достигается применением антибиотиков — пенициллина (по 600 000—800 000 ЕД в сутки), стрептомицина (при инфекции кишечной палочкой — 1 г в сутки), биомицина (по 500 000—600 000 ЕД в сутки).

Симптоматическое лечение. При наличии болей применяют болеутоляющие средства (например, свечи с белладонной), наркотические (если исключена опасность прорыва гнойника, генерализованного перитонита), при обильных болезненных менструациях — кровоостанавливающие, антиспазматические, болеутоляющие (см. рецептуру). В острой стадии септического заболевания при явлениях раздражения брюшины назначают лед (с интервалами), а в последующей — тепло (грелки).

Физиотерапевтическое лечение показано при подострой и хронической форме воспалительного процесса. При этом необходимо помнить о важности повторного тщательного клинического обследования больной (температура, пульс, общее состояние, гинекологическое исследование) и исследование крови (РОЭ, число лейкоцитов, сдвиг формулы белой крови влево). При назначении физиотерапии в подострой стадии процесса надо начинать с осторожного применения тепловых процедур: согревающий компресс, грелка, микроклизмы с йодистым калием (Kalii jodati 6,0, Aq. destill. 200,0 по 1 столовой ложке на 30—60 мл воды температуры 40°), назначают вегетативно-сегментарную терапию в форме ультрафиолетового облучения области шейных симпатических узлов, ультрафиолетовых «трусов», а затем применяют ионогальванизацию с хлористым кальцием. В хронической стадии назначают диатермию, озокерито-парафинотерапию. При этом необходимо стремиться к возникновению очаговой реакции, не допуская, однако, общей реакции (С. К. Лесной, К. Н. Жмакин). Очаговая реакция проявляется в увеличении мягкости и сочности пораженных органов и тканей, сопровождается гиперемией, сочностью и цианозом слизистых оболочек влагалища и шейки матки, повышением секреции из шейки матки. При исследовании крови в этот период часто констатируют некоторое ускорение РОЭ.

Показания к хирургическому лечению по поводу пиосальпинкса, абсцесса яичника возникают довольно редко. Операция показана только при значительном поражении половых органов, опасности прорыва гнойника и генерализации инфекции.

При диагнозе абсцесса дугласова кармана необходимо произвести заднюю кольпотомию и дренировать гнойную полость.

В случае нагноения параметрального инфильтрата и выпячивания заднего свода влагалища показана пункция через задний свод. Если получен гной, то необходимо опорожнить гнойник путем задней кольпотомии. Если параметральный абсцесс подходит к передней брюшной

стенке над пупартовой связкой, надо вскрыть его путем внебрюшинного разреза. Эта операция, известная под названием внебрюшинной лапаротомии (*laparotomia externa*), разработана А. П. Губаревым и В. Ф. Снегиревым. Техника ее выполнения описана в соответствующих руководствах оперативной гинекологии. При распространении гноя в седалищную область под пупартовую связку, в поясничную область или на промежность показано оперативное вскрытие абсцесса с последующим его дренированием.

### ПРОФИЛАКТИКА СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика септических заболеваний заключается в основном в следующем: а) борьба с криминальными абортами; б) повседневная, широко поставленная санитарно-просветительная работа по вопросам гигиены женщины; в) дальнейшее расширение стационарного родовспоможения и улучшение качества его показателей.

### ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

При острых воспалительных заболеваниях наружных половых органов и влагалища показано освобождение от работы до исчезновения острых явлений.

При острых воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, тазовой брюшины и клетчатки показано освобождение от работы на 2—4 недели. В хронической стадии этих заболеваний при наличии значительных анатомических изменений и частых обострений противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, сотрясанием тела, пребыванием в сырых и холодных помещениях.

## ТУБЕРКУЛЕЗ

### ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Туберкулез — общее инфекционное заболевание, которое имеет обычно хроническое течение. Возбудитель заболевания — туберкулезная бактерия (*Mycobacterium tuberculosis*), открытая Р. Кохом в 1882 г. Длина этой бактерии от 2 до 4 м. Она имеет слегка изогнутую форму, кислото- и спиртоустойчива; хорошо окрашивается фуксином. Для развития туберкулеза недостаточно проникновения туберкулезной палочки в организм, — необходимо наличие в то же время неблагоприятных условий, изменяющих реактивность организма (нарушение питания, неблагоприятные бытовые условия, инфекционные заболевания).

В настоящее время мы не располагаем точными данными о частоте заболевания туберкулезом женских половых органов, так как клинический диагноз этого заболевания не всегда точен. Наиболее часто туберкулез половых органов встречается в возрасте от 20 до 30 лет.

По механизму возникновения туберкулез половых органов женщины (как и другие формы органного туберкулеза) является гематогенным (Н. И. Горизонтов, В. А. Покровский), реже — лимфогенным. Крайне редко туберкулез половых органов возникает путем непосредственного переноса инфекции по протяжению (*per continuitatem*) с соседних органов (например, брюшины).

Гематогенная генерализация туберкулеза и поражение половых органов могут возникнуть на фоне заживления первичного комплекса, реже — при наличии прогрессирующего первичного туберкулеза. Лим-

фогенный путь заболевания половых органов возможен при наличии туберкулезного поражения кишечника (слепой, сигмовидной и прямой кишки). Теория о заражении туберкулезом половым путем и восходящем распространении инфекции не обоснована. Ряд современных авторов (В. А. Покровский, Н. А. Шмелев, А. Е. Рабухин) считает возможным возникновение первичного туберкулеза половых органов в детстве и вторичное, эндогенного характера заболевание этих органов у взрослых.

Характерной особенностью туберкулеза является значительная вариабельность патологоанатомических изменений.

Специфичными для туберкулеза являются пролиферативные изменения с образованием туберкулезной гранулемы или бугорка. Второй важной особенностью туберкулезного воспаления является возникновение творожистого, казеозного некроза. И, наконец, третья особенность специфического туберкулезного воспаления — его хроническое течение. Особенности течения и исход туберкулезного воспаления зависят от общего состояния организма и от тех тканей и органов, в которых оно развивается.

Из женских половых органов наиболее часто туберкулезом поражаются маточные трубы (в 80—85%), матка (в 30—35%), реже яичники (в 10—25%) и крайне редко влагалище, наружные половые органы (в 1—2%).

#### ТУБЕРКУЛЕЗ ТРУБ

Туберкулез маточных труб бывает, как правило, двусторонним. Большая частота туберкулеза труб может быть объяснена благоприятными условиями для гематогенной инфекции — наличием обширной капиллярной сети, особенно в ампулярной части трубы, вследствие чего складки трубы приобретают почти кавернозный характер.

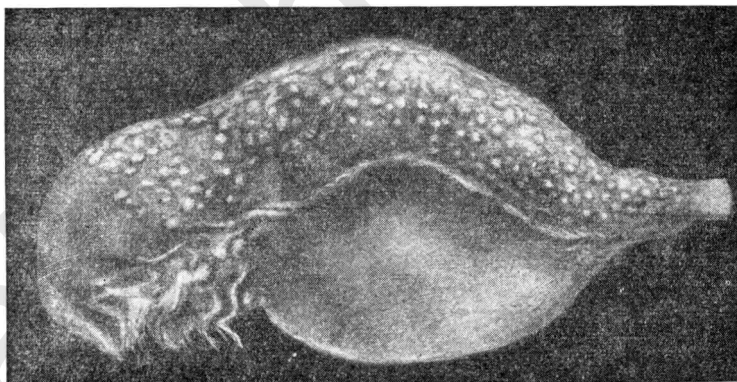


Рис. 74. Туберкулез маточной трубы.

Прежде всего необходимо указать, что при осмотре препарата трубы не всегда удается обнаружить характерные для туберкулеза изменения (бугорки — рис. 74) и только микроскопическое исследование раскрывает нам истинный характер заболевания (рис. 75 и 76). Важно также отметить, что при исследовании труб можно обнаружить одновременно различные формы туберкулезного поражения.

В свежих случаях поражения слизистая трубы утолщена и в ней обнаруживаются милиарные бугорки. Складки слизистой часто слипаются; в просвете трубы имеется обильный экссудат. Со стороны эпителия слизистой обнаруживаются, с одной стороны, явления пролиферации, а с другой — десквамации.

В начальной стадии заболевания мышечный слой трубы и брюшина не поражаются туберкулезом. Дальнейшее развитие туберкулезио-

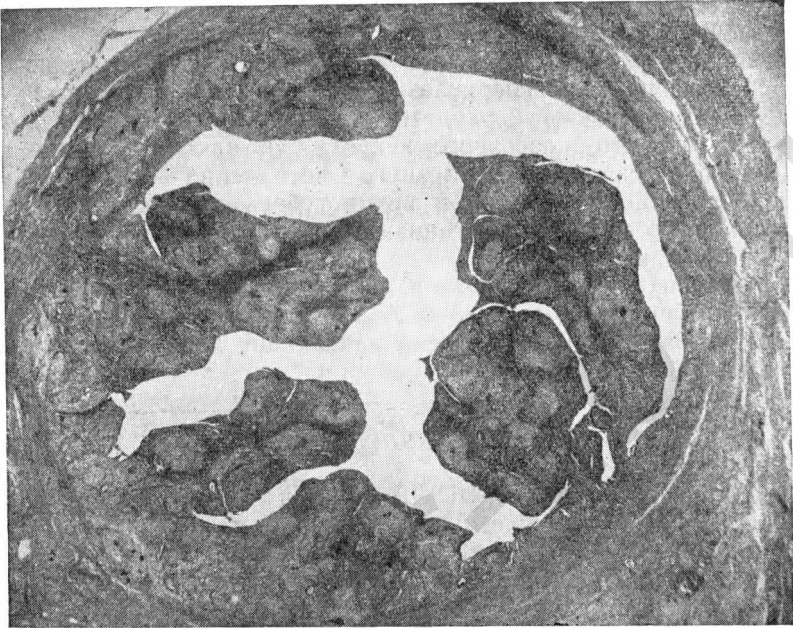


Рис. 75. Туберкулезный сальпингит (малое увеличение).

го сальпингита может идти в направлении отграничения воспалительного процесса и перехода в выздоровление или, наоборот, прогрессирования болезни.

Прогрессирование воспалительного процесса происходит различными путями. Если ампулярный конец трубы не облитерируется, процесс распространяется на мышечный слой трубы и соседние участки брюшины; возникает туберкулезный мезосальпингит и перисальпингит. В мышечном слое трубы определяются периваскулярные инфильтраты, состоящие преимущественно из лимфоидных элементов; иногда в мышечном слое обнаруживают отдельные бугорки. При дальнейшем развитии туберкулеза наступает казеозный распад туберкулезных фокусов (слившихся бугорков); просвет трубы выполняется казеозными массами.

Если ампулярный конец трубы облитерируется, то происходит задержка секрета (или казеозных масс), и труба приобретает неправильную овоидную или ретортообразную форму (рис. 77). Она наполнена казеозной массой то более жидкой, то более плотной консистенции. При добавочной инфекции образуется туберкулезный пиосальпинкс. Инфекция часто распространяется лимфогенно или по протяжению — с трубы на прилежащие участки кишечника, мочево-

пузырь, тазовую брюшину. В брюшине возникает экссудативное, а затем продуктивное воспаление, появляются внутрибрюшинные сращения.

При пониженной реактивности организма происходит распад туберкулезного фокуса, стенка измененной трубы прорывается и образуется трубно-кишечная или трубно-пузырная фистула.

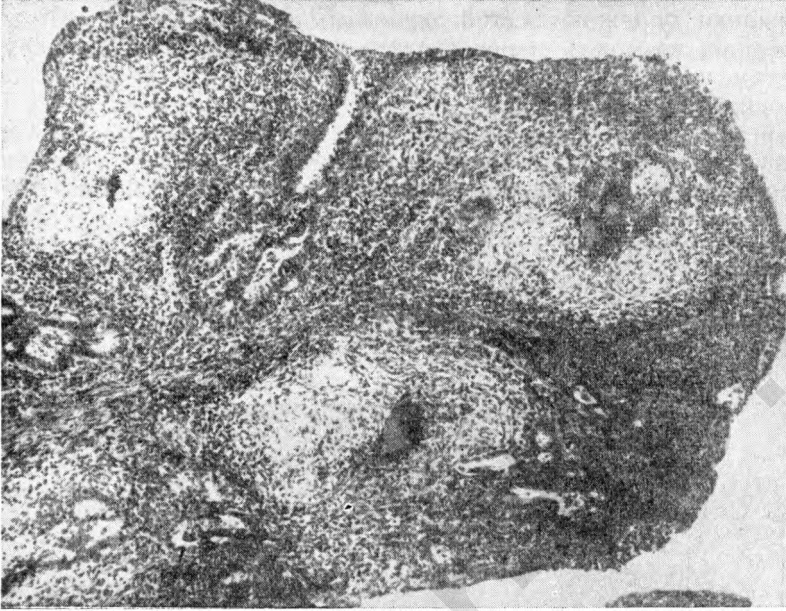


Рис. 76. Туберкулезный сальпингит (большое увеличение).

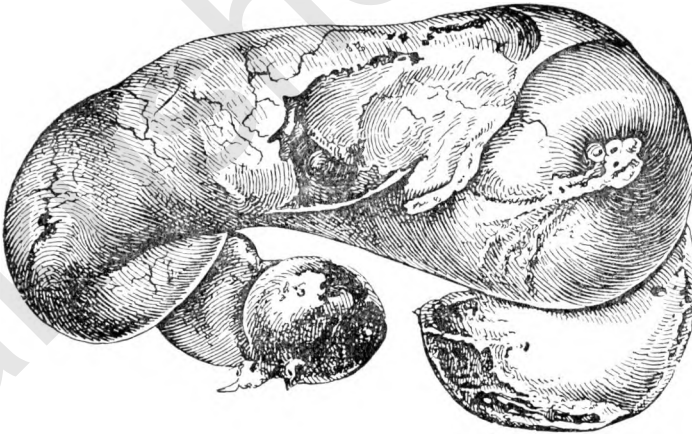


Рис. 77. Туберкулезный сактосальпинкс.

Поражение труб может возникнуть и в ином порядке — первой поражается не слизистая оболочка трубы, а ее серозный покров. На поверхности трубы обнаруживаются многочисленные просовидные бу-

горки. В этом случае инфекция распространяется на трубы путем непосредственного контакта с соседними органами.

В трубе, пораженной туберкулезом, иногда развивается первичный рак.

#### ТУБЕРКУЛЕЗ ЯИЧНИКОВ

Яичники поражаются туберкулезом лимфогенно (из трубы) или гематогенно; возможен и непосредственный переход инфекции с труб. При этом наблюдаются две формы заболевания: туберкулезный перифофорит и оофорит.

Туберкулез яичника обычно заканчивается выздоровлением с организацией специфического фокуса. При неблагоприятных условиях процесс прогрессирует, инфекция распространяется гематогенно и по протяжению.

#### ТУБЕРКУЛЕЗ МАТКИ

В матке туберкулезом чаще всего поражается эндометрий; в слизистой появляются специфические бугорки (рис. 78). Судьба бугорков

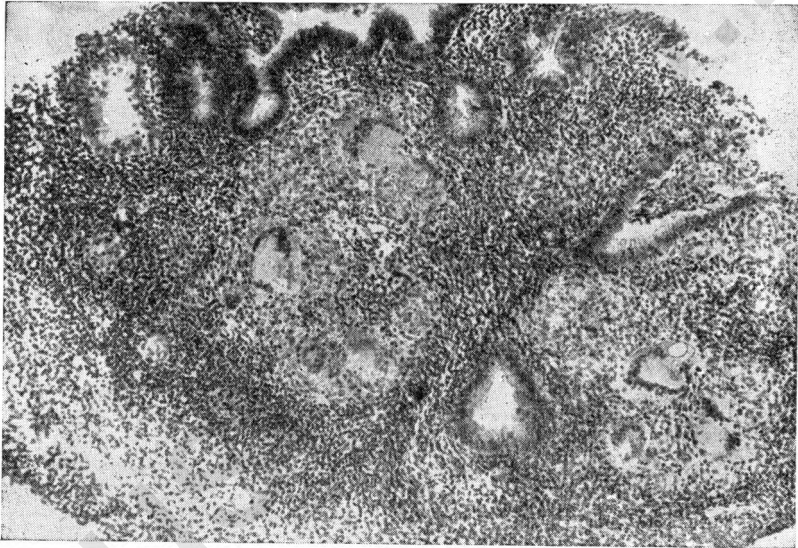


Рис. 78. Туберкулез эндометрия.

в слизистой, как и в других органах, различна: они могут подвергаться казеозному расплавлению или же организации. Если туберкулезом поражен только функциональный слой слизистой, то возможно самоизлечение за счет отторжения функционального слоя во время менструаций. При туберкулезном поражении базального слоя слизистой и мышечных элементов процесс выздоровления затягивается. Выздоровление может наступить (при благоприятных условиях) в результате процессов организации.

Специфические туберкулезные язвы слизистой оболочки матки встречаются редко. Размеры матки обычно не увеличиваются. При заращении канала шейки матки и образовании пиометры матка увеличивается соответственно двух-трехмесячной беременности.

Туберкулез влагалища и вульвы встречается редко, обычно он проявляется в форме специфических язв.

Туберкулез параметрия возникает при сочетании туберкулезной и септической инфекции, одновременно с туберкулезом труб, яичников и матки.

**Симптоматология.** Симптоматология туберкулеза половых органов крайне разнообразна. Заболевание редко проявляется в форме острого воспалительного процесса; обычно оно протекает без особых болезненных симптомов. Больные могут предъявлять следующие жалобы: отсутствие или понижение аппетита, ночные поты, чувство слабости, субфебрильная температура. При обострении процесса, диссеминации или сочетании с септической инфекцией возникает повышение температуры до 38—39° с колебаниями ее в течение суток на 1,5—2°. Обострение туберкулеза часто связано с физическим перенапряжением, ангиной, гриппом, операцией выскабливания слизистой оболочки матки.

Основные симптомы при туберкулезе половых органов: боли, нарушение менструаций, бесплодие, бели. Симптомы эти не имеют строго специфического характера, но отличаются некоторым своеобразием. Боли носят неопределенный, тупой характер, локализуются внизу живота, обостряются при опорожнении кишечника, до и во время менструаций, при половой жизни. Иногда они настолько сильны, что вынуждают женщину отказаться от половой жизни.

Нарушения менструального цикла встречаются очень часто как при туберкулезе легких, так и при туберкулезе половых органов. Эти нарушения проявляются как в форме аменореи, гипоолигоменореи, так и в форме гиперполименореи и реже — ациклических кровотечений. Частота этих нарушений колеблется от 25 до 75%.

Нарушения менструации могут быть обусловлены не только общей туберкулезной интоксикацией, но и местными изменениями в половых органах. Так, первичная аменорея может зависеть от продуктивного специфического эндометрита или последующих фиброзных изменений слизистой оболочки матки. Кроме того, туберкулез эндометрия может сопровождаться гиперполименореей и реже — ациклическими кровотечениями.

Бесплодие встречается при туберкулезе половых органов у 60—90% больных. Нередко оно бывает первичным. Это свидетельствует о возможности возникновения туберкулеза половых органов еще в детстве или в периоде полового созревания. Причиной бесплодия обычно является туберкулезный сальпингит. Искусственное прерывание беременности у туберкулезных больных, а также роды представляют известную опасность гематогенного возникновения туберкулеза половых органов в послеабортном или послеродовом периоде.

Жалобы на бели (слизистые, слизисто-гнойные) отмечаются нечасто. Бели могут возникнуть при экссудативном туберкулезе труб и периодическом поступлении секрета труб в матку (*hydrops tubae profusa*), при казеозном распаде туберкулезного фокуса в матке, а также при образовании специфической язвы шейки матки, влагалища, вульвы.

У некоторых больных бели появляются в результате неспецифической инфекции половых органов или же бывают обусловлены нарушением общего состояния организма.

При объективном исследовании больных с наиболее частой формой туберкулеза половых органов — туберкулезом труб — находят весьма характерное несоответствие между значительными анатомиче-

скими изменениями внутренних половых органов (большие двусторонние опухолевидные конгломераты измененных труб и яичников) и незначительными (или почти полностью отсутствующими) субъективными расстройствами.

**Клиническое течение** туберкулеза половых органов представляется крайне разнообразным и зависит прежде всего от общего состояния больной, особенностей внешней среды, в которой она находится, а также от размеров и формы поражения половых органов. Общей чертой разнообразных форм туберкулеза является длительное, хроническое течение и неоднократные вспышки, рецидивы заболевания. Начальные стадии болезни обычно протекают скрыто, без ярко выраженных симптомов. При осмотре такой больной устанавливают резкое несоответствие между грубыми анатомическими изменениями и удовлетворительным самочувствием больной. Температура субфебрильная, частота пульса легко изменяется, боли в животе непостоянны, тупые, иногда обостряются перед менструацией и во время нее. При обострении болезни (после гриппа, ангины, а также под влиянием других заболеваний) и в случаях сочетания туберкулеза половых органов с туберкулезом брюшины общее состояние значительно ухудшается; температура достигает высоких цифр с соответствующим учащением пульса; язык обложен. Аппетит резко понижен, запоры, реже поносы, метеоризм, отрыжка, реже рвота. Больная плохо спит, беспокойна вследствие значительных болей в животе (в гипогастральной и мезогастральной области). Определяется умеренное диффузное, мышечное напряжение (*subdéfense*) брюшной стенки (И. Л. Брауде). Обострение процесса затягивается, если возникает туберкулез брюшины, кишечная или мочева фистула, милиаризация процесса.

При благоприятных условиях и рациональном лечении туберкулезный процесс вновь затихает, происходит организация и инкапсуляция туберкулезных фокусов; постепенно наступает выздоровление. Однако при интеркуррентном заболевании, неблагоприятных внешних условиях возможно повторное обострение туберкулезного процесса половых органов.

Из осложнений туберкулеза половых органов наибольшее значение имеет туберкулез брюшины, кишечника, образование фистул, поражение мочевой системы, обострение туберкулеза легких, генерализация туберкулеза (о туберкулезе брюшины, кишечника, мочевой системы см. Учебник хирургии, внутренних болезней, урологии).

**Диагностика.** Диагноз туберкулеза половых органов в ряде случаев весьма сложен. При обследовании больной надо учитывать данные анамнеза, общего и гинекологического исследования, а также специальные исследования (гистологическое, рентгенологическое, клиническое исследование крови, туберкулиновые реакции, данные бактериоскопических и бактериологических исследований).

Из анамнестических данных весьма важно указание на возраст больной (туберкулез наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 30 лет); туберкулез в семье, контакт с туберкулезными больными, повторное заболевание плевритом, заболевание шейных, подчелюстных лимфатических узлов, костного скелета с образованием анкилозов, наличие рубцов после вскрытия натечных абсцессов, лимфатических узлов. Важное значение имеет также указание на перенесенный в детстве туберкулез брюшины, о чем могут говорить данные анамнеза о длительном заболевании, выражавшемся в асците, увеличении живота (большой, твердый живот). Необходимо также выяснить, не состоит



ли больная на учете (по поводу чего) туберкулезного диспансера. При оценке данных о течении настоящего заболевания важно выяснить его давность, частоту обострений (хроническое течение, повторные обострения), причины их, характер температурной кривой (субфебрилитет), наличие ночных потов. Большое значение для диагноза туберкулеза половых органов имеет указание на первичную аменорею и туберкулез (костно-суставной, лимфатических узлов, брюшины) в детстве.

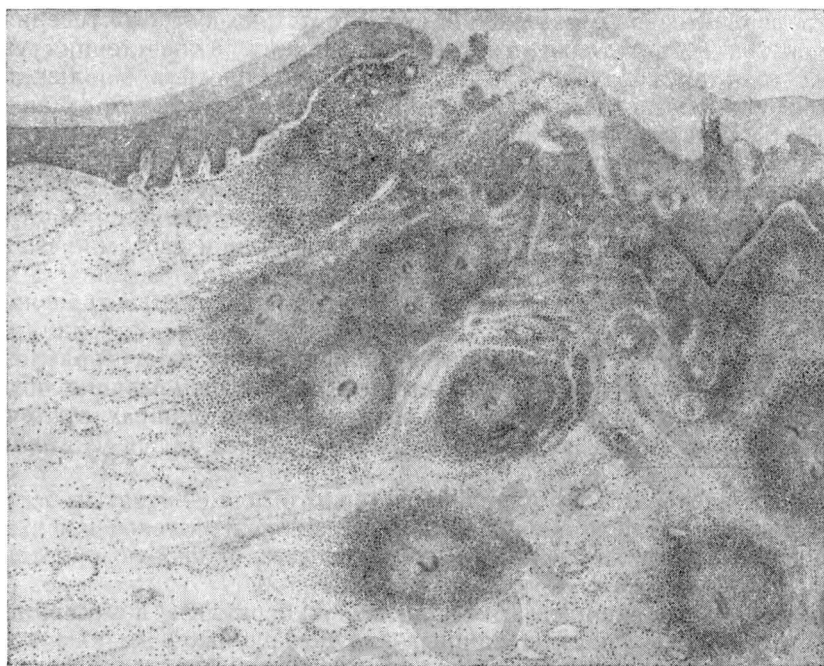


Рис. 79. Туберкулезная язва шейки матки.

При осмотре больной обращают внимание на состояние легких, лимфатического аппарата, тщательно обследуют дыхательные пути (методы физического и рентгенологического обследования).

При исследовании живота обращают внимание на его размеры (увеличение окружности), болезненность, напряжение брюшных стенок, наличие или отсутствие жидкости, опухолевидных образований (одиночных, двусторонних, множественных).

Необходимо применить как двуручное влагалищное, так и прямокишечное исследования, а также осмотр с помощью зеркал.

Туберкулезная язва вульвы влагалища или влагалищной части шейки матки представляется поверхностной, плоской, с желтоватым или красновато-серым налетом, с изъеденными краями; основание язвы умеренно инфильтрировано. По краям язвы можно обнаружить провидные беловатые узелки (рис. 79). Если язва располагается на половых губах или в области клитора, то эти органы плотны, увеличены; паховые лимфатические узлы также увеличены и плотны.

Туберкулезное поражение шейки матки изредка представляется в виде сосочковых разрастаний. Дифференциальный диагноз между подобными туберкулезными поражениями, раком и сифилитическим по-

ражением возможен лишь путем биопсии; кроме того, необходимо поставить реакцию Вассермана.

Диагноз туберкулеза матки (эндометрия) можно поставить только с помощью гистологического исследования соскоба слизистой. В пользу туберкулеза матки говорит наличие первичной аменореи (реже кровотечений) в сочетании с увеличением придатков матки и отсутствием указаний на гонорейное и септическое заболевание.

При постановке диагноза туберкулеза труб и яичников учитывают наличие значительных изменений при отсутствии острого течения заболевания и незначительности болевой реакции. Консистенция увеличенных труб и яичников эластическая или плотная, подвижность отсутствует; форма овальная, ретортообразная, четкообразная. Инфильтраты в параметральной клетчатке определяются лишь при крайне тяжелом течении заболевания, при прогрессировании туберкулезного процесса.

Ценным признаком при диагнозе туберкулеза является обнаружение при пальпации через прямую кишку или задний свод многочисленных твердых различной величины узелков. Аналогичные данные могут быть получены при диссеминации рака яичников, распространении на брюшину папиллярных разрастаний при серозных (папиллярных) кистамах и изредка при хроническом перитоните нетуберкулезного характера. Однако учет данных анамнеза и прощупывание опухоли (или опухолей) яичника, возраст больной, оценка данных о течении заболевания, отсутствие асцита — все это облегчает дифференциальную диагностику.

Если увеличение труб и яичников (вплоть до мешотчатых больших образований) определяется у девушки, не жившей половой жизнью, не перенесшей аппендицита или колита, то следует в первую очередь подумать о туберкулезе.

Существенное значение для диагноза туберкулеза внутренних половых органов у молодой женщины, живущей половой жизнью и страдающей бесплодием, имеет отсутствие признаков воспаления нижнего отдела мочеполового аппарата (уретры, шейки матки, бартолиновых желез) наряду со значительными анатомическими изменениями придатков матки.

При распознавании туберкулезной этиологии воспалительного процесса недостаточны данные анамнеза и клинического исследования, необходимо дополнить и критически сопоставить их с лабораторными исследованиями.

Исследование крови. Изменения со стороны крови не имеют специфического характера и зависят от общего состояния больной и формы поражения.

Пробы с туберкулином. При оценке этих проб необходимо учитывать, что они являются критерием зараженности туберкулезом, а не болезни. Положительный результат туберкулиновых проб (Пиркетта, Манту) имеет значение в сочетании с клиникой для подтверждения туберкулезной природы заболевания половых органов. Отрицательный результат туберкулиновых проб говорит против зараженности туберкулезом. Процент обнаружения туберкулезных бактерий в секрете (или пунктате) половых органов невелик. Поэтому положительные результаты исследования очень важны, но и отрицательные результаты не исключают возможности туберкулезной инфекции.

Для выявления туберкулезной инфекции применяют: а) бактериоскопическое и бактериологическое исследование секрета шейки матки, язвенных поражений, жидкости, полученной при пункции через своды;

б) исследование методом флотации (т. е. обогащения путем всплывания) секрета шейки матки, полученного из колпачка Кафка, надетого на 12 часов на шейку матки; в) исследование промывных вод желудка; г) прививку секрета пунктата (лишенного других бактерий путем предварительной обработкой серной кислотой) морским свинкам.

Рентгенологическое исследование легких и костного скелета позволяет выявить наличие старых обызвествленных или свежих очагов туберкулезной инфекции, которые являются источником метастатического заражения половых органов.

Биопсия. Биопсия при наличии язвы наружных половых органов, влагалища, шейки матки, выскабливание слизистой матки с последующим гистологическим исследованием являются методами, которые позволяют поставить окончательный диагноз у ряда больных. В отдельных случаях диагноз туберкулеза шейки матки или эндометрия может быть подтвержден цитологически (обнаружение гигантских клеток). Продукт для исследования получают методом аспирации из матки (шприцем Брауна) или мазками-отпечатками с язвы шейки матки. Наконец, диагноз туберкулеза выявляется иногда во время операции или после микроскопического исследования препарата, удаленного с предварительным диагнозом кистомы яичника.

В настоящее время благодаря более глубокому знакомству с клиникой туберкулеза половых органов и применению указанных выше дополнительных методов исследования процент правильного распознавания туберкулеза половых органов значительно увеличился.

Прогноз. Прогноз при заболевании туберкулезом половых органов представляет серьезные трудности. Современные методы терапии значительно улучшили исход заболевания. Однако всегда надо помнить о возможности повторных обострений процесса, генерализации последнего и тяжелых функциональных нарушений (бесплодие), которые обуславливаются туберкулезом.

Профилактика. В настоящее время установлено, что туберкулез половых органов возникает у женщин чаще всего гематогенным и реже лимфогенным путем. Гематогенное рассеивание инфекции с образованием метастатического очага в половых органах может произойти в раннем детстве, в период полового созревания, а также у взрослой женщины.

Таким образом, профилактика туберкулеза, широко осуществляемая в СССР, — это прежде всего комплекс мероприятий по охране здоровья детей и предупреждению заражения взрослых.

Реализация этих мероприятий в нашей стране обуславливает значительное снижение заболеваемости туберкулезом.

**Лечение.** Терапия туберкулеза складывается из комплекса следующих мероприятий: 1) гигиено-диететический режим, усиленное питание; 2) лечение антибиотиками; 3) климатотерапия; 4) оперативная терапия (редко); 5) симптоматическая терапия.

При решении вопроса о терапии больной туберкулезом половых органов необходимо прежде всего учитывать ее общее состояние и очень бережно относиться к ее психике. Кроме того, необходимо тщательно обследовать больную для установления (или исключения) внегенитального туберкулеза и воспалительных процессов другой этиологии.

Режим больной определяется общим ее состоянием и формой поражения. При субфебрилитете, лихорадочном течении, наличии некомпенсированного процесса, изменениях в придатках матки, брюшине показана госпитализация, постельный режим. Питание больной долж-

но быть индивидуальным, разнообразным (бульон, вегетарианские супы, рубленое мясо, птица, молочные каши, сливочное масло, творог, сметана, сливки, овощи и фрукты или фруктовые соки). Суточное количество калорий в пище 3000—4000. Обтирание одеколоном или уксусом (1 : 3), регулирование (без слабительных в остром периоде) стула. Помещение, где находится больная, должно хорошо и регулярно проветриваться.

Лечение антибиотиками. Открытие стрептомицина — крупное достижение не только в терапии туберкулеза легких и туберкулезного менингита, но и в терапии туберкулеза половых органов. В настоящее время накопился достаточный опыт по терапии туберкулеза половых органов стрептомицином в комбинации с ПАСК (М. С. Ермина).

Методика лечения стрептомицином варьирует в зависимости от локализации туберкулезного поражения и его глубины. Поэтому доза стрептомицина и способы его введения различны при поражении нижнего и верхнего отдела полового аппарата. Общим при различных формах туберкулеза половых органов является введение стрептомицина не только внутримышечно, но и по возможности в очаг поражения или поблизости от него.

При туберкулезной язве вульвы, влагалища, шейки матки производят обкалывание ее один раз в день по 0,5 г стрептомицина. На курс лечения больная получает 20—30 г (т. е. 20—30 млн. единиц). Длительность лечения 40—60 дней.

При туберкулезе эндометрия под слизистую цервикального канала вводят по 0,5 г стрептомицина в день. На курс лечения расходуют 30—40 г препарата. Длительность лечения 60—80 дней. Целесообразно повторное лечение через 1½—2 месяца. При туберкулезе эндометрия и туберкулезе труб под слизистую канала шейки матки вводят один раз в сутки 0,5 г препарата, а через 6—8 часов — 0,5 г внутримышечно. На курс лечения расходуют 40—60 г препарата. Целесообразно повторить лечение через 1½—2 месяца. При обширных экссудативных изменениях в придатках матки через задний свод вводят 0,5 г стрептомицина (после предварительного отсасывания содержимого трубы) и через 6—8 часов — внутримышечно 0,5 г. На курс лечения расходуют 40—60 г стрептомицина. Повторный курс лечения проводят через 1½—2 месяца.

При лечении стрептомицином необходимо учитывать возможность осложнений: боль в месте введения, дерматит, головокружение, вестибулярные расстройства, альбуминурия, гематурия. Если токсические явления незначительны, дозу уменьшают, назначают димедрол (по 0,03—0,05 г 2—3 раза в сутки), витамин В<sub>1</sub>. При резко выраженных побочных явлениях применение препарата прекращают. Целесообразно сочетать стрептомицин с аминосалицилатом натрия (ПАСК) по 12 г в день (4 приема по 3 г). Лечение ПАСК продолжается до 3 месяцев. Оно может сопровождаться тошнотой и даже рвотой. Для предотвращения этих явлений рекомендуют прием ПАСК в сочетании с жженой магнезией (0,3 г) или с молоком (¼—½ стакана).

Климатотерапия. Лечение в санатории с длительным пребыванием на свежем воздухе (не под открытым солнцем) рекомендуется в периоде выздоровления или компенсирования процесса. При этом нежелательно резкое изменение тех климатических условий, в которых постоянно живет больная. Санаторное лечение направлено на общее укрепление организма больной, создание благоприятных условий внешней среды, обеспечение рационального питания.

Применение физиотерапевтического лечения больных туберкулезом половых органов малоэффективно и даже может привести к обострению процесса. Рентгенотерапия и общее ультрафиолетовое облучение утратили свое значение в связи с успехами лечения антибиотиками. Кроме того, рентгенотерапию нельзя рекомендовать потому, что она резко угнетает функцию яичников. Грязелечение ввиду возможности обострения и генерализации процесса следует считать противопоказанным. Оперативное лечение, применявшееся ранее, технически является очень сложным (обширные сращения половых органов с кишечником, мочевым пузырем). Поэтому иногда оно бывает связано с опасностью повреждения кишечника (образование в послеоперационном периоде кишечных фистул) и необходимостью удаления матки с придатками, что весьма травматично для молодой женщины. В настоящее время к оперативному лечению прибегают лишь в редких случаях, так как общеукрепляющая терапия и применение антибиотиков дают весьма хороший эффект.

Ввиду молодого возраста больных операция должна быть по возможности консервативной (удаление труб, сохранение здоровой части яичников и матки, если они не поражены туберкулезом).

Симптоматическая терапия имеет те же показания, что и при воспалительных процессах гонорейной или септической этиологии (болеутоляющие, спазмолитические, послабляющие, противоанемические).

Трудоспособность. Больные в стадии острого или подострого туберкулеза половых органов являются нетрудоспособными. По окончании первого курса лечения возможно полное восстановление трудоспособности. Однако необходимо всегда учитывать и профессию больной (необходимость перемены ее), так как переутомление, чрезмерное охлаждение, случайная инфекция создают опасность обострения туберкулезного процесса.

## ПАЗАРИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

### ТРИХОМОНИАЗ

Среди заболеваний женских половых органов, обусловленных простейшими, наиболее часто встречается трихомониаз. Возникновение этого заболевания связывают с проникновением в половые (и мочевые пути) женщины влагалищной трихомонады. Трихомонада влагалищная (*Trichomonas vaginalis*) относится к классу жгутиковых (рис. 80). Второй вид трихомонад (*Trichomonas intestinalis*) находится в основном в толстом кишечнике, и вопрос об ее патогенности в отношении половых и мочевых органов нельзя считать разрешенным.

Вопрос о патогенности влагалищных трихомонад для человека и в настоящее время нельзя считать разрешенным. Одни авторы считают их безусловно патогенными, вторые — апатогенными, лишь сопутствующими заболеванию кольпитом; третьи, наконец, считают, что патогенность трихомонад проявляется при наличии нарушений общего состояния женщины (перенесенная общая инфекция, анемизация или сочетание инвазии трихомонад с кольпитом инфекционной этиологии). Мы разделяем взгляд авторов третьей группы. Трихомонады попадают в мочеполовые органы женщины при несоблюдении гигиенических мер предосторожности во время пользования уборной, ванной, а также в результате купания в загрязненных, стоячих водоемах. Возможно попадание трихомонад и половым путем при наличии трихомонад в уретре у мужчины. Точно указать длительность

инкубационного периода болезни трудно, так как вопрос о патогенности трихомонад является спорным. Длительность заболевания может быть очень большой (несколько месяцев и даже лет).

**Симптоматология.** У больных трихомониазом обычно наиболее ярко выражены симптомы кольпита. Однако необходимо подчеркнуть, что наблюдается также трихомонадный уретрит, цервицит и весьма редко — проктит. В острой стадии заболевания больные жалуются на обильные гнойные выделения из влагалища, зуд и

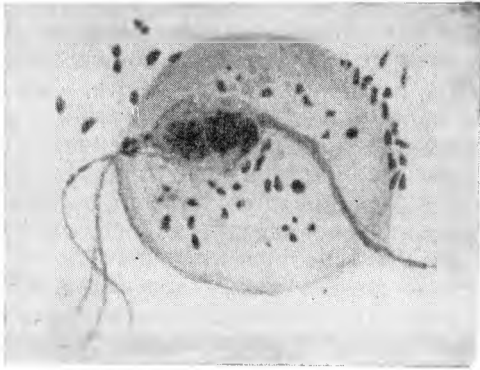


Рис. 80. Влагалищная трихомонада.

жжение, чувство тяжести внизу живота. Иногда к этому присоединяются жалобы на несколько учащенное, слегка болезненное мочеиспускание. При наличии проктита появляется зуд в области заднепроходного отверстия. При осмотре больной нередко обнаруживают отек наружных половых органов, дерматит в окрестности их. Слизистая влагалища диффузно гиперемирована; выделения обильные, слегка желтоватые, пенистые. Шейка матки может быть также инфицированной; при наличии цервицита из канала шейки стекают

весьма обильные слизисто-гнойные выделения. Если поражена и прямая кишка, то в окрестности заднепроходного отверстия может быть небольшое покраснение.

**Клиническое течение.** Периоды улучшения нередко сменяются обострением клинических симптомов и повторным обнаружением трихомонад. Заболевание нередко принимает хроническое течение. Болезненные симптомы в этой стадии значительно уменьшаются — отмечается лишь некоторое увеличение выделений из влагалища, чувство постоянной влажности в области наружных половых органов.

**Диагноз.** Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза (уретрит у мужа, длительность заболевания, рецидивы, обнаружения соответствующих симптомов) и объективного исследования. При осмотре необходимо обращать внимание не только на состояние влагалищной стенки, но и на состояние уретры, бартолиновых желез, крипт, влагалищной части шейки матки и, наконец, прямой кишки. Изменения, отмечаемые при трихомониазе, описаны выше. Однако надо всегда помнить, что причиной кольпита, уретрита, цервицита могут быть и многочисленные бактерии (в том числе гонококк). Кольпит возникает также при проникновении остриц, грибка молочницы. Поэтому у каждой больной с проявлениями кольпита необходимо помнить о полиэтиологичности этого заболевания и производить не только общее и специальное клиническое обследование, но и бактериоскопическое исследование (с окраской мазков по Граму) секрета шейки матки, содержимого влагалища и уретры. Для обнаружения трихомонад во влагалище берут платиновой петлей каплю содержимого из заднего свода, кладут ее на предметное стекло и, покрыв покровным, немедленно исследуют под микроскопом с сухой системой; применяют также исследование вагинального секрета в «висячей капле». Живые трихомонады благодаря энергичному движению обнаруживаются легко. Обнаружение трихомонад при отсутствии клинических признаков вос-

палительного процесса не дает оснований для диагноза трихомониаза; подобных женщин следует считать носителями трихомонад. Обнаружение трихомонад при наличии указанных выше болезненных симптомов является основанием для диагноза трихомониаза.

Лечение. Терапия трихомониаза складывается из мер общего воздействия (лечение анемии, гиповитаминоза, аномалий менструального цикла и т. п.) и местных процедур. Последние должны быть направлены на уничтожение трихомонад и ликвидацию воспалительных изменений во всех очагах поражения. При обнаружении трихомонад в уретре у партнера необходимо подвергнуть его лечению в урологическом кабинете. При этом важно учитывать, что трихомонадный уретрит составляет 4,5—19% негонорейных уретритов у мужчин (М. С. Ашавский и М. С. Шамина, 1955). Местное лечение трихомонадного поражения влагалища и уретры состоит в следующем: а) обмывание наружных половых органов и б) спринцевание настоем ромашки (2 раза в день). Такой настой готовят, заваривая 25—30 г ромашки двумя стаканами кипятка; после того как настоем постоит в теплом месте 2—3 часа, его процеживают через марлю. Для спринцеваний и подмываний к двум стаканам настоя ромашки добавляют теплой (37—38°) кипяченой воды (4—5 стаканов). После спринцевания во влагалище вводят (при помощи катетера с баллоном) 10 мл 5% раствора осарсола (растворим в растворе двууглекислой соды) или 5 мл 30% раствора альбумида.

При наличии уретрита производят промывание уретры (жанетизацию) раствором марганцовокислого калия (1 : 2000) или азотнокислого серебра (0,25—0,5%). После промывания в уретру инстиллируют 5% раствор осарсола или 30% раствор альбумида.

Для лечения трихомонадного кольпита применяют также смесь осарсола с борной кислотой и глюкозой (при этом необходимо помнить об индивидуальной непереносимости осарсола, систематически исследовать мочу, следить за состоянием слизистой оболочки полости рта). Пропись этой смеси.

Rp. Osarsoli  
Acidi borici  
Glucosae aa 0,25  
M. f. p. D. t. d. N. 10  
S. Присыпка

При трихомонадном кольпите у девочек применяют инстилляцию во влагалище 30% водного раствора метиленовой синьки или ежедневно вводят палочки с осарсомом.

Rp. Osarsoli  
Acidi borici  
Glucosae aa 0,2  
But. Cacao q. s. ut fiat Bacilli vaginales  
longitudine 4 см, crassitudine 0,3 см  
MDS. Вводить по 1 палочке во влагалище на ночь

На вульву и промежность накладывают кусочки ваты, так как состав палочки, растаяв, вытекает из влагалища.

Фитонцидотерапию обычно применяют в форме луковых вагинальных тампонов. Техника применения. Наружные половые органы тщательно обмывают и во влагалище вводят на 8—10 часов марлевый мешочек со свежеприготовленной луковой кашицей (луковицу натирают на овощной терке). После удаления тампона производится

спринцевание слабым раствором борной или молочной кислоты. Курс лечения 7—10 дней. А. М. Фой рекомендует при лечении особо упорных форм трихомонадного кольпита комбинировать фитонцидотерапию с инъекциями синэстрола (по 20 000—30 000 единиц в течение 2—3 дней). При правильном хранении лук сохраняет свою активность до марта-апреля. К сожалению, фитонцидотерапия не дает стойкого излечения.

**К р и т е р и й** излеченности. Контроль излеченности осуществляется в течение двух-трех менструальных циклов путем трехкратных исследований на 1—2-й или 3-й день после менструации.

Многочисленность предложенных способов лечения трихомониаза, нередкость рецидивов, длительность заболевания — все это является доказательством недостаточности наших знаний в этой области, а также незначительной эффективности ряда предложенных средств (в том числе и фитонцидов).

**П р о ф и л а к т и к а.** Предупреждение трихомониаза состоит в тщательном соблюдении гигиенических мероприятий.

## **НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ**

### **ВУЛЬВИТ (VULVITIS)**

Воспаление вульвы редко бывает первичным (изолированным); обычно оно бывает вторичным и сочетается с кольпитом (см. ниже).

Вторичный вульвит может возникнуть как осложнение диабета, при мочеполовых и кишечно-половых свищах, у тучных женщин, не соблюдающих гигиены половых органов, изредка при несоблюдении гигиены труда в отдельных отраслях промышленности (например, табачной, химической — см. раздел «Кольпит»).

Симптомы вульвита, обусловленного одной из вышеуказанных причин: покраснение кожи, отек, увеличение секреции, боли.

Септическая инфекция ран вульвы, промежности наблюдается редко; она может возникнуть как при случайной травме наружных половых органов, влагалища, промежности, так и после оперативного вмешательства (например, перинеоррафии). При инфицировании раневой поверхности возникает нарушение общего состояния больной, повышение температуры, учащение пульса, лейкоцитоз, ускорение РОЭ. Инфицированная раневая поверхность покрыта налетом серо-грязного цвета, грануляции вялые, ткани отечны, болезненны.

Диагноз основывается на приведенной выше симптоматологии, бактериоскопии и исследовании мочи и крови (диабет).

Лечение вульвита состоит в применении гигиенических подмываний, сидячих ванн с настоем ромашки, с марганцовокислым калием.

При наличии инфицированной раны назначают пенициллин; применяют тампоны с грамицидином. Влагалищное исследование и спринцевание таким больным противопоказано ввиду опасности вызвать восходящую инфекцию.

### **КОЛЬПИТ (ВАГИНИТ)**

Развитию кольпита у женщин способствуют общие заболевания, ослабляющие организм, упадок питания, резкая гипоплазия половых органов, кастрация, преждевременный климакс, старость, нарушение требований гигиены в быту или на производстве (в химической, а также табачной промышленности).



Непосредственные причины кольпита также весьма разнообразны: а) трихомонадная инвазия; б) септическая инфекция ран, пролежней от инородных тел; в) дифтерия; г) инфицирование грибом молочницы; д) гонорея (у взрослых в виде исключения).

Симптоматология. Гнойные, слизисто-гнойные бели, чувство тяжести внизу живота, при развитии вторичного вульвита — зуд наружных половых органов.

При осмотре влагалища обнаруживают диффузное покраснение слизистой и скопление гноя между ее складками. Иногда на поверхности гиперемизированной слизистой видны небольшие узелки. При микроскопическом исследовании этих участков обнаруживают, что они лишены эпителиального покрова (эрозированы) и представляют собой небольшие инфильтраты. В остальных участках влагалищной стенки находят подэпителиальные инфильтраты; лейкоциты инфильтрируют и эпителиальный слой стенки влагалища. Изредка на стенке влагалища обнаруживают одиночные или расположенные группами небольшие пузырьки, содержащие газ (*colpitis emphysematosa*). Л. И. Бубличенко считает эту форму вагинита поверхностной анаэробной инфекцией.

Нередко встречается старческий кольпит (*colpitis senilis*). Клинические симптомы его весьма характерны, они возникают на фоне изменений влагалища, свойственных этому возрасту: стенки влагалища и своды его сморщиваются и атрофируются; влагалище становится неподатливым и легко травмируется. В результате этих изменений возникают участки кровоизлияний, лишенные эпителиального покрова. При инфицировании влагалища гноеродными микробами появляются обильные гнойные бели, иногда с примесью крови (подозрение на рак!), раневая поверхность влагалища покрыта серо-грязным налетом. Серьезное осложнение старческого вагинита — заращение влагалища и шейки матки с последующим образованием пиометры (т. е. скопления гноя в матке).

Диагноз. Диагноз кольпита не представляет трудностей. Однако этиология воспаления может быть правильно распознана лишь при оценке общего состояния больной, ее профессии, бытовых условий и обязательно при бактериоскопическом исследовании выделений.

Т е р а п и я. Необходимо провести общее лечение и исключить факторы, обуславливающие развитие кольпита (устранение фистулы, лечение дифтерии, молочницы и т. п.). Местное лечение заключается в проведении гигиенических подмываний наружных половых органов и спринцеваний с марганцовокислым калием, молочной кислотой, настоем ромашки. При старческом вагините применяют смазывания стенок влагалища перекисью водорода. Кроме того, необходимо тщательно контролировать состояние влагалищных стенок и шейки матки, чтобы предотвратить стеноз и атрезию влагалища, матки и образование пиометры.

Профилактика кольпита состоит в тщательном соблюдении гигиены женщины как на производстве, так и в быту.

### ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ (CONDYLOMATA ACUMINATA)

Остроконечная кондилома является продуктом хронического раздражения сосочкового слоя вместе с покрывающим его эпителием. Кондиломы имеют вид узелков, расположенных на длинной ножке; каж-

дый узелок состоит из нескольких долек (рис. 81 и 82). Множественное образование кондилом по всей поверхности вульвы иногда напоминает по внешнему виду (при тесном соприкосновении отдельных узелков) цветную капусту. Присоединение септической инфекции обуславливает некроз отдельных узелков, появление обильного гнойного отделяемого с резким, неприятным запахом. Кондиломы бывают на наружных половых органах, промежности, в окружности заднепроходного отверстия, иногда во влагалище, на шейке матки. Развитию кондилом способствует наличие обильных выделений из половых путей, особенно при беременности.

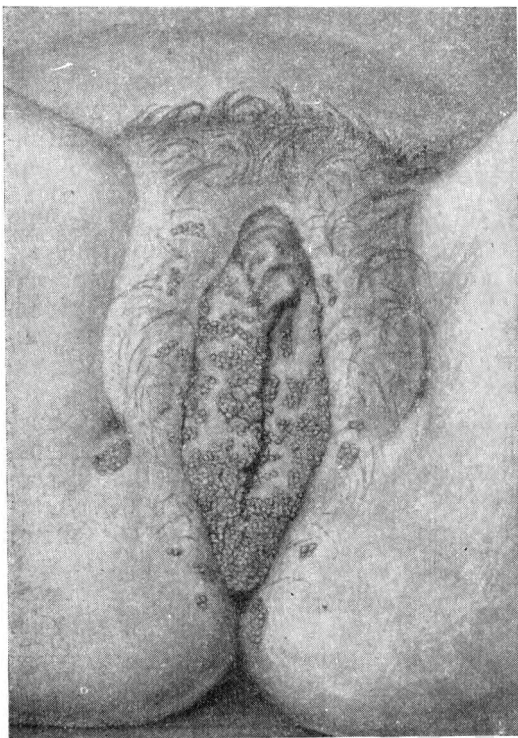


Рис. 81 Остроконечные кондиломы вульвы.

Взгляд на кондиломы как на специфическое проявление гонорейной инфекции неправилен; существует мнение, что основной причиной образования кондилом (как и бородавок) является фильтрующийся вирус. Важно уметь отличать остроконечные кондиломы от широких кондилом сифилитического происхождения (проявление вторичного сифилиса).

Терапия. Прежде всего необходимо выяснить основную причину, способствующую появлению кондилом (трихомонады, гонококки, глисты, септическая инфекция), и принять меры к ее устранению. При наличии небольших кондилом их присыпают (предварительно смазав вазелином здоровые участки кожи) резорцином с борной кислотой (поровну). При большом количестве кондилом производят электрокоагуляцию или оперативное удаление (обязательно анестезия!).

#### ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Термином «эрозия» (от латинского слова *erosio* — поверхностная ссадина) в хирургии и дерматологии определяют поверхностный дефект эпителия (на коже, слизистых оболочках), образующийся вследствие нарушения целостности эпителиального покрова под влиянием механических причин и мацерации.

Вопрос об определении понятия «эрозия» шейки матки, о причинах ее возникновения и рациональной терапии и в настоящее время еще нельзя считать разрешенным. Различают следующие понятия: истинная эрозия, первая стадия заживления эрозии, или псевдоэрозия, и вторая стадия заживления эрозии. Кроме того, выделяют еще особое состояние, так называемую врожденную эрозию (*erosio congenita*).

Термином «эрозия» (erosio), или «истинная эрозия», шейки матки определяют такой патологический процесс, при котором на влагалищной части шейки матки (обычно покрытой многослойным плоским эпителием) имеются участки, лишенные эпителиального покрова, а в подле-



Рис. 82. Остроконечные кондиломы. Гистологическая картина.

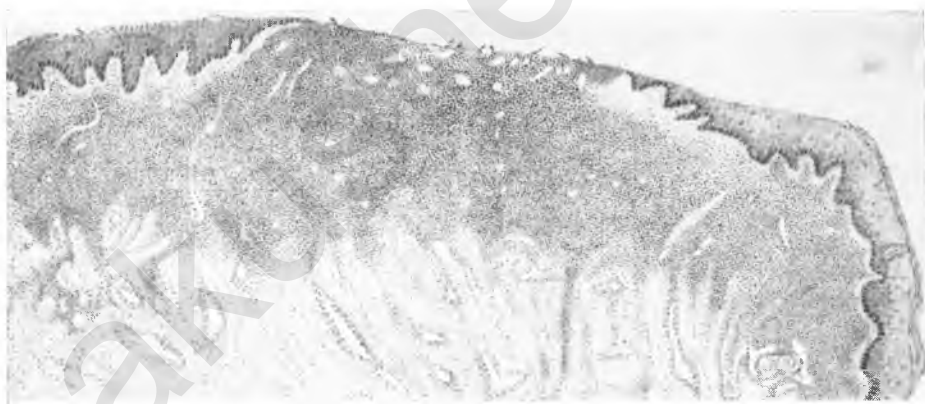


Рис. 83. Эрозия шейки матки истинная.

жащей соединительной ткани определяется воспалительный процесс (рис. 83). Строма отекает, пронизана обильным мелкоклеточным инфильтратом, из лейкоцитов и лимфоцитов, сосуды расширены и переполнены кровью.

Псевдоэрозией, или первой стадией заживления эрозии (pseudo-erosio), называют изменения шейки матки, лишь макроскопически напоминающие эрозию. При осмотре влагалищной части шейки матки с помощью зеркал определяют ярко-красные участки слизистой, посте-

пенно переходящие в нормальную шейку. Микроскопически псевдоэрозия представляет собой участки шейки матки, покрытые цилиндрическим эпителием. Различают две формы псевдоэрозии: папиллярную и фолликулярную. Термином «папиллярная эрозия» (*erosio papillaris*) определяют такую псевдоэрозию, которая характеризуется разрастанием соединительной ткани и образованием сосочковых выростов. По-



Рис. 84. Эрозия шейки матки папиллярная.

верхность этих выростов покрыта цилиндрическим эпителием (рис. 84). Макроскопически подобная эрозия красного цвета, с бархатистой поверхностью. Фолликулярная эрозия (*erosio follicularis*) характеризуется разрастанием желез в глубину ткани (рис. 85).

Второй стадией заживления эрозии называют такое изменение шейки, которое характеризуется разрастанием плоского эпителия с периферии эрозии, как бы подрывающего и оттесняющего цилиндрический эпителий (рис. 86). В процессе заживления эрозии влагалышная часть шейки матки постепенно сначала островками или языкообразными выступами, а затем и целиком покрывается многослойным плоским эпителием. Нарастая по поверхности, эпителий закупоривает выводные протоки желез, в просвете их накапливается секрет; образуются ретенционные кисты, так называемые наботовы яички — *ovula Nabothi*. Размеры этих кист колеблются от нескольких миллиметров до 1—2 см (редко). При заживлении эрозии макроскопически такая шейка приобретает нормальный бледно-розовый цвет. Форму эрозии вла-

галищной части шейки матки можно точно установить только после биопсии и гистологического исследования иссеченной ткани.

Необходимо отличать эрозию влагалищной части шейки матки от эктропиона. Последний возникает в результате глубокого нарушения шейки матки после разрыва ее при родах или операции по поводу искусственного аборта и представляет собой выпячивание слизистой шеечного канала. Для диагноза эктропиона необходимо учесть данные

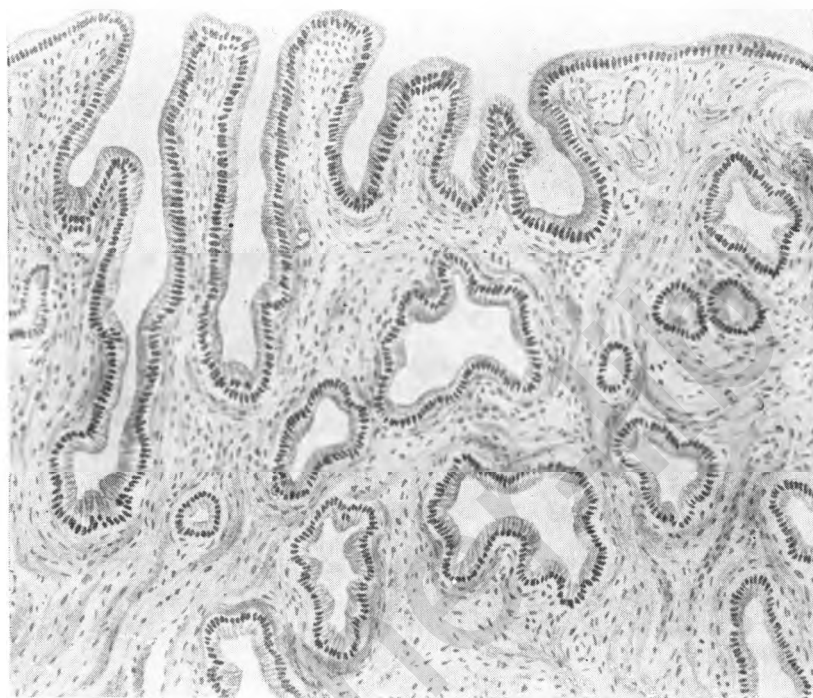


Рис. 85. Эрозия шейки матки фолликулярная.

анамнеза и объективного исследования. При осмотре шейки с эктропионом устанавливают, что слизистая шеечного канала ярко-красная, резко отделяется от слизистой влагалищной части шейки матки ровной границей, имеет характерные складки — *plicae palmatae*. При эрозии граница покрасневшего участка извилистая, складок на поверхности эрозии не видно. При эктропионе на влагалищной части шейки матки (с одной или с двух сторон) видны рубцы после бывшего разрыва; если сблизить (при помощи зеркал и подъемника) переднюю и заднюю губу шейки матки, то выпячивание слизистого канала шейки матки исчезнет.

Кроме истинной и ложной эрозии, различают еще так называемую врожденную эрозию (*erosio congenita*) новорожденных, когда на влагалищной части шейки матки определяют красный венчик вокруг наружного зева без каких-либо признаков воспаления. При микроскопическом исследовании такой шейки обнаруживают, что участок покраснения покрыт цилиндрическим эпителием (как и слизистая канала шейки). Врожденные эрозии рассматривают как проявление особенностей эмбрионального развития, выражающихся в смещении нижней границы цилиндрического эпителия слизистой канала шейки матки.

Вопрос о происхождении истинной эрозии нельзя считать решенным. У многих больных (например, при гонорее) эрозия возникает в результате значительного воспалительного процесса, сопровождающегося эксудацией и мацерацией многослойного плоского эпителия. Об этом говорит клиническая картина и данные гистологического исследования шейки (обнаружение мелкоклеточного инфильтрата в соединительной ткани). Наряду с этим у ряда женщин нет ни клинических, ни

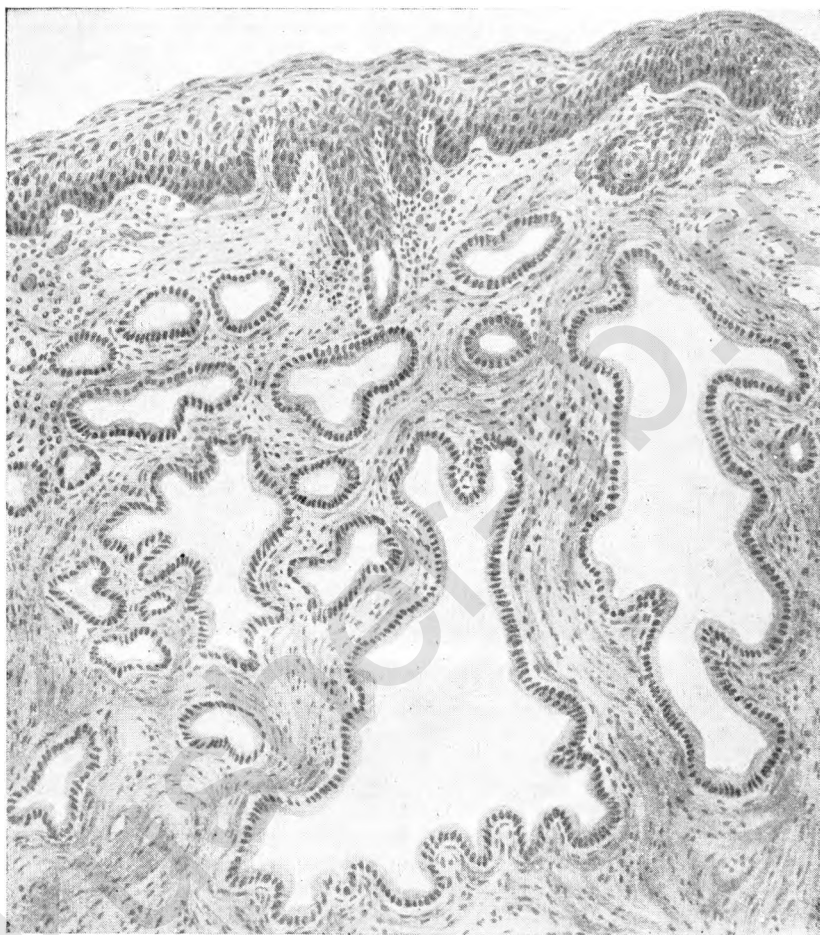


Рис. 86. Вторая стадия заживления эрозии.

гистологических данных для того, чтобы считать эрозию проявлением воспалительного процесса. Так, эрозия шейки матки бывает у больных с нарушением обмена (ожирение), при смещениях, опущениях матки. В преобладающем большинстве случаев все же можно рассматривать возникновение эрозии как результат воспалительного процесса различной этиологии. Поэтому эрозия всегда сочетается с наличием цервицита. Гонорейная инфекция является одной из частных причин, обуславливающих развитие эрозии шейки матки.

Вопрос о механизме появления цилиндрического эпителия на влажной части шейки матки также нельзя еще считать разрешенным.

Одни считают это результатом метаплазии герминативного слоя многослойного эпителия шейки, который обнажился после мацерации верхних слоев. Другие полагают, что смещение наружу границы между цилиндрическим и плоским эпителием произошло за счет зародышевых остатков, сохранившихся в нижних слоях многослойного эпителия. Следует считать более обоснованным взгляд тех авторов (Р. Мейер, Р. Шредер) которые считают, что цилиндрический эпителий на влагалищной части шейки матки появляется в результате размножения эпителия желез канала шейки матки и смещения в процессе заживления эрозии границы многослойного эпителия.

**Симптоматология.** Больные, страдающие эрозией, возникшей в результате воспалительного процесса (например, гонореи), жалуются на бели (слизисто-гнойные, гнойные). Подобная эрозия почти всегда сочетается с цервицитом. Иногда при эрозиях шейки матки наблюдаются так называемые контактные кровотечения (при влагалищном исследовании, половой жизни).

**Клиническое течение.** Длительность существования эрозии зависит от характера основного заболевания, которое является причиной образования эрозии, от общего состояния больной, рациональности лечебных мероприятий. При отсутствии или недостаточном лечении эрозия может существовать в течение ряда лет, повторно рецидивируя. Длительное существование эрозии характеризуется как предраковое состояние (см. главу VI).

**Диагноз.** Распознавание эрозии основывается на указанных выше симптомах и тщательном исследовании как влагалищном, так и главным образом с помощью зеркал. При осмотре с помощью зеркал на влагалищной части шейки матки видны участки красного цвета, располагающиеся на одной или обеих губах вокруг наружного зева. Поверхность эрозии гладкая или бархатистая, консистенция мягкая. При длительном существовании эрозии шейка матки гипертрофируется, содержит nabothovy яички (ovula Nabothi). При дифференцировании эрозии от эктропиона необходимо учесть признаки, указанные выше. Дифференциально-диагностические признаки между эрозией шейки матки, раком, сифилисом и туберкулезом описаны в главе VI<sup>1</sup>.

**Прогноз.** Предсказание зависит от правильного распознавания и рационального лечения. При соблюдении этих условий прогноз является благоприятным — наступает вторая стадия заживления.

**Лечение.** Способы лечения зависят от этиологии основного заболевания. Так, например, при гонорейной этиологии эрозии показано специфическое лечение, а также местное лечение цервицита. При частом сочетании эрозии, цервицита и воспаления верхнего отдела полового аппарата в острой стадии заболевания местное лечение противопоказано. В хронической стадии такого комбинированного заболевания целесообразно физиотерапевтическое лечение, грязелечение (в том числе и влагалищно-грязевые тампоны). Подробнее о лечении воспалительных процессов верхнего отдела полового аппарата физиотерапевтическими методами и грязями см. стр. 170.

Из многочисленных способов местного воздействия целесообразны тампоны с вазелиновым маслом, рыбьим жиром (для защиты эрозированной поверхности от выделений), синтомициновой эмульсией, введение пенициллина в шейку (при наличии цервицита гонорейной или септической этиологии). Следует категорически предостеречь от

<sup>1</sup> При легкой кровоточивости эрозии, указании на контактные кровотечения следует заподозрить рак и произвести биопсию и гистологическое исследование удаленной ткани.

употребления прижигающих средств (ляпис). Ихтиоловые тампоны нельзя рекомендовать, так как они оказывают такое же действие, как длительные дегтярные смазывания, которыми, как известно, широко пользуются для экспериментального воспроизведения злокачественных опухолей (А. И. Серебров).

Если консервативная терапия в течение 4—6 недель не дает эффекта, то показана биопсия с целью исключения рака. При рецидивирующей, длительно существующей эрозии весьма эффективна электрокоагуляция шейки. При осложнении эктропиона эрозией показана электрокоагуляция; если не наступает заживления, то производят пластическую операцию восстановления шейки матки.

## **ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Физиотерапия широко применяется в гинекологической практике. Основными показаниями для применения физиотерапевтических методов являются:

1. Воспалительные заболевания внутренних половых органов в хронической и отчасти в подострой стадии эксудативного и адгезивного (спаечного) характера.

2. Послеоперационные осложнения воспалительного характера в подострой стадии.

3. Недоразвитие половых органов (умеренно выраженное). Овариальная гипофункция (физиотерапия в сочетании с гормонотерапией).

Кроме того, ее применяют с целью провокации при хронической гонорее.

Противопоказаниями для применения физиотерапии служат:

1. Острый воспалительный процесс тазовой брюшины и внутренних половых органов.

2. Туберкулез половых органов и брюшины.

3. Гнойные воспалительные процессы.

4. Злокачественные опухоли.

5. Беременность.

Основные методы физиотерапии: электролечение, светолечение и теплотечение.

Электролечение применяют в гинекологии в форме постоянного тока — ионогальванизации и переменного тока — диатермии и индуктотерапии.

**Ионогальванизацией** называется введение в организм лекарственных ионов посредством постоянного тока.

В качестве лекарственных веществ применяют йодистый калий (1—2% раствор), кальций (2—5% раствор), новокаин (2—4% раствор), антибиотики (пенициллин, стрептомицин).

Ионогальванизация с йодистым калием показана при хронических рубцовоспаечных процессах, с кальцием — при эксудативном подостром воспалительном процессе, при кровотечениях, осложнивших воспалительный процесс, с новокаином — при болевых ощущениях. Ряд советских авторов (Г. М. Шполянский, М. А. Петров-Маслаков) выделяют особую форму заболевания — нейрогенная дистрофия половых органов; это заболевание может возникнуть после аборта и выражается в общих неврогенных явлениях, болевых ощущениях или нарушениях эндокринного характера (в частности, аномалиях менструальной функции, жирового обмена); анатомические изменения незначительны.



При лечении подобных больных весьма целесообразно (М. А. Петров-Маслаков) применение ионогальванизации с новокаином (или диатермией) области солнечного сплетения.

Ионогальванизацию проводят у гинекологических больных с помощью влагалищных электродов, чаще абдоминально-сакрально.

Для вагинальной ионогальванизации пользуются угольным электродом-тампоном или так называемым наливным электродом. Неудобство этой методики — возможность ожога слизистой оболочки влагалища и крайне ограниченное количество вводимого лекарственного вещества при угольном электроде. С. Я. Ягунов предложил следующую методику ионогальванизации. В прямую кишку вводят с помощью клистирного баллона от 100 до 200 мл лекарственного раствора. На живот и на крестец накладывают пластинчатые электроды. Размеры

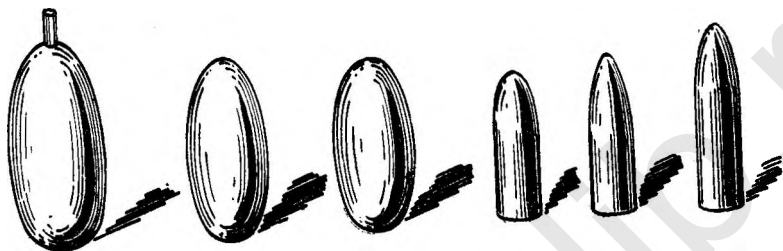


Рис. 87. Влагалищные электроды для диатермии.

электродов: на передней брюшной стенке живота — 300 см<sup>2</sup>, на пояснично-крестцовой области — 200 см<sup>2</sup> (12 × 17 см). Активную роль играет электрод, расположенный на крестце. В зависимости от характера вводимого лекарства его соединяют с положительным или отрицательным полюсом; анионы вводят в организм с отрицательного полюса, катионы — с положительного. Йод и пенициллин вводят с катода, кальций, цинк, новокаин, стрептомицин — с анода.

Чаще применяют следующую наружную методику. На нижнюю часть живота (по средней линии) и на крестцово-поясничную область накладывают по одному пластинчатому электроду площадью 200—300 см<sup>2</sup>; под активный электрод подкладывают кусок фланели, смоченной лекарственным раствором, а под индифферентный электрод — кусок фланели, смоченный раствором поваренной соли.

Силу тока увеличивают постепенно, доводя до 15—20 ма, когда появляется ощущение легкого покалывания и жжения; длительность процедуры 15—30 минут, число процедур 20—30.

**Диатермией** называют переменный ток высокой частоты (500 000—2 000 000 периодов) относительно небольшого напряжения (сотни вольт) и большей силы (до нескольких ампер). Применение высокочастотных токов большой силы обуславливает значительный тепловой эффект. Благодаря расширению сосудов глуболежащих тканей и усилению крово- и лимфообращения улучшается питание тканей, повышается обмен веществ, увеличивается проницаемость стенок сосудов, усиливается фагоцитоз.

Различают общую и местную диатермию. В гинекологической практике применяют только местную диатермию с абдоминально-сакральными или влагалищно-абдоминально-сакральными электродами.

В качестве наружных электродов применяют оловянные или свинцовые пластинки (200 см<sup>2</sup>), в качестве влагалищного электрода — цилиндрические или оливобразные наконечники (рис. 87).

Пластинчатые электроды перед употреблением тщательно разглаживают, протирают спиртом и слегка смачивают мыльным спиртом. Электроды кладут непосредственно на кожу и фиксируют с помощью бинтов или мешочка с песком; под зажимы (с целью предохранения от ожога) кладут кусочек резины или клеенки.

Влагалищные электроды следует перед употреблением прокипятить; их фиксируют, прибинтовывая рукоятку к бедрам сжатых вместе ног. Силу тока увеличивают постепенно до тех пор, пока у больной появится приятное чувство тепла; сила тока 0,8—2 а. Длительность сеанса — 20—25 минут, частота — ежедневно или через день (в амбулаторных условиях).

При диатермии с целью провокации скрытой гонореи сеанс удлиняют до 40—60 минут.

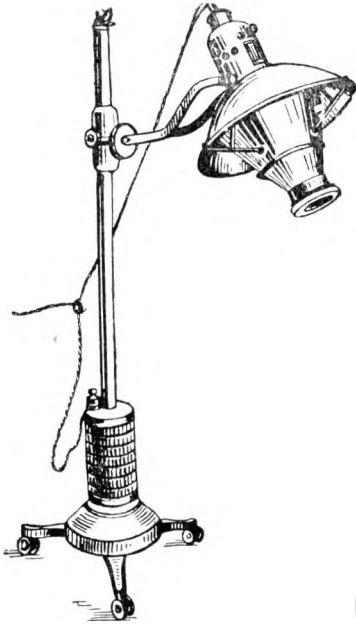


Рис. 88. Лампа соллюкс (стационарная).



Рис. 89. Лампа соллюкс (малая модель).

При пониженной чувствительности требуется особая осторожность и в этих случаях сила тока не должна превышать 0,8—1 а.

**Индуктотермия.** Под индуктотермией понимают лечение переменным электромагнитным полем высокой частоты (от 3 до 30 мгц); при этом способе больная помещается в поле, возникшее вокруг катушки лечебного контура. Положительное влияние индуктотермии при хронических воспалительных процессах объясняется расширением кровеносных сосудов, повышением их проницаемости, лейкоцитозом, усилением фагоцитоза.

Противопоказаниями для применения индуктотермии являются:

1. Острая и подострая стадия воспалительного процесса.
2. Сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.
3. Гипотония.
4. Диабет.

Индуктотермию применяют в абдоминальной или сакральной методике. При абдоминальной методике кабель, свернутый в плоскую спираль, диаметром 30 см (заклученный в пластмассовый футляр) устанавливают на расстоянии 2 см от поверхности брюшной стенки. При сакральной методике кабель в виде спирали монтируют в кушетке, соответственно крестцовой области больной. Во время лечения

больная испытывает чувство приятного тепла; оно появляется при силе тока на щитке управления 200—250 ма. Длительность воздействия 20—30 минут, частота сеансов — ежедневно или через день (в амбулаторных условиях).

Курс лечения 15—20 сеансов.

**Светолечение** применяют в гинекологической практике в форме лампы соллюкс, местной световой ванны и ртутно-кварцевой лампы.

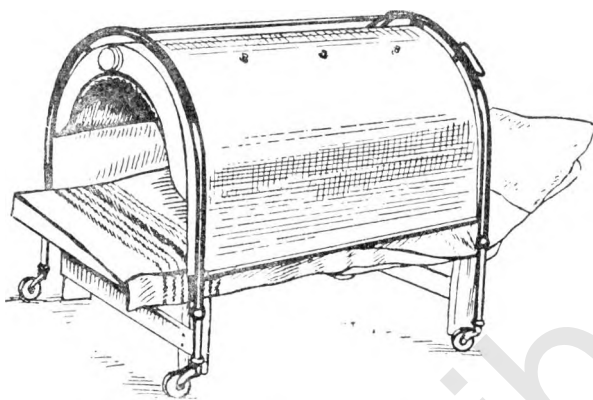


Рис. 90. Местная световая ванна.

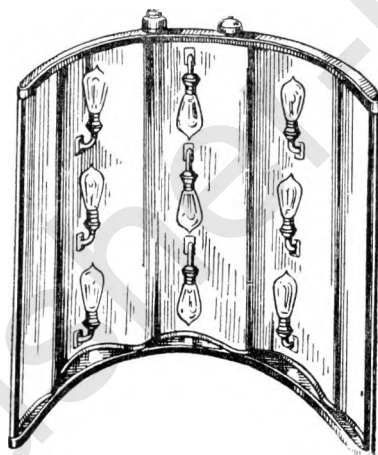


Рис. 90а. То же с внутренней поверхности.

В лампе соллюкс (рис. 88 и 89) источником излучения является лампа накаливания мощностью 500—1000 или 300 вт (малая модель), состоящая из вольфрамовой нити, помещенной в стеклянный баллон, наполненный азотом. Действие лампы соллюкс обусловлено инфракрасной и видимой частями спектра и сводится к прогреву освещаемого участка. Интенсивность освещения регулируется или изменением накала нити с помощью реостата, или изменением расстояния от тела больной до лампы (при большом соллюксе это расстояние в среднем равняется 1 м, при малом—10—15 см). Длительность сеанса 10—20 минут, частота сеансов — ежедневно или через день (в амбулаторных условиях).

Местная световая ванна («феникс») представляет собой деревянный ящик в форме полуцилиндра (рис. 90), на внутренней поверхности которого укреплены лампы накаливания (12—15) и рефлекторы

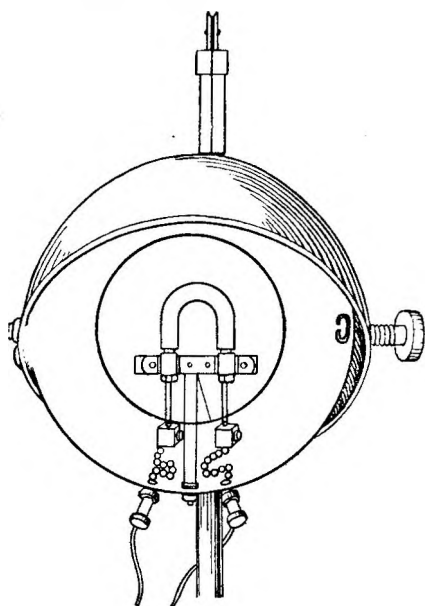


Рис. 91. Газосветная трубка АРК.

При назначении таких ванн нужно непременно учитывать состояние сердечно-сосудистой системы больной и внимательно следить за реакцией ее организма на лечение. Во время облучения ванну покрывают простыней и двумя одеялами, чтобы хорошо прикрыть обогреваемый участок тела. Температура воздуха в ванне достигает 70° (если свет включается за 10—15 минут до начала процедуры). Длительность сеанса 10—20 минут.

При освещении ртутно-кварцевыми лампами используют не тепловую, а в основном ультрафиолетовую часть спектра. Для этого применяют газосветные трубки АРК (аргоно-ртутно-кварцевая) (рис. 91) и ПРК (прямая ртутно-кварцевая) (рис. 92). Эти трубки дают спектр, богатый ультрафиолетовыми лучами; видимая часть спектра ртутно-кварцевой горелки

содержит большое количество синих лучей, очень мало желтых и почти не содержит красных (тепловых) лучей.

Показанием для применения ультрафиолетового облучения служат:

1. Подострые и хронические воспалительные процессы половых органов.
2. Вяло заживающие послеоперационные раны.

Противопоказанием к их назначению являются:

1. Острый воспалительный процесс.
2. Злокачественные опухоли.
3. Выраженная кахексия.
4. Наклонность к кровотечениям.
5. Туберкулез легких и почек.
6. Функциональная недостаточность почек.
7. Базедова болезнь.

При воздействии ультрафиолетового облучения на соединительную оболочку глаза возникает острый конъюнктивит; поэтому глаза больной и медицинского персонала надо защищать очками с дымчатыми или синими стеклами.

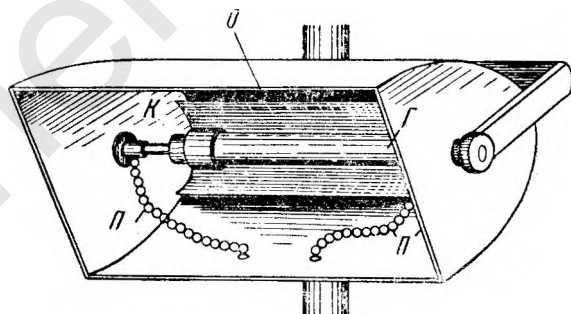


Рис. 92. Газосветная трубка ПРК.

Г — горелка; П — провод; К — кронштейн для крепления горелки; О — рефлектор.

Ультрафиолетовое облучение является мощным биологическим фактором, и неправильное применение его может повлечь за собой серьезные осложнения, обострение воспалительного процесса, ожоги. Поэтому до начала лечения необходимо учесть указанные выше противопоказания и определить индивидуальную биологическую дозу (биодозу). В процессе лечения надо тщательно следить за реакцией на него больной.

Биодоза — это доза лучистой энергии данной горелки, которая достаточна для того, чтобы вызвать у данной больной легкую ультрафиолетовую эритему (Горбачев-Данфельд). Дозиметр представляет

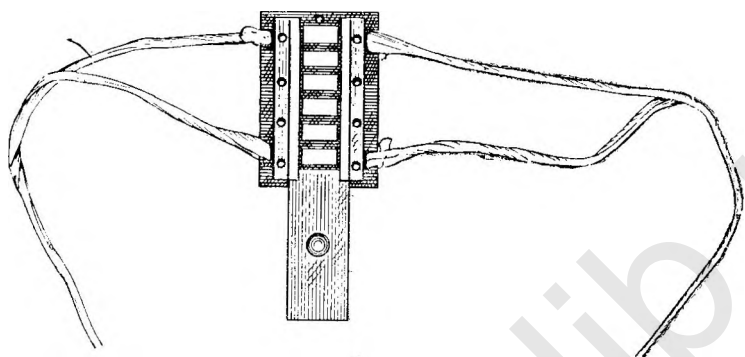


Рис. 93. Дозиметр Горбачева-Данфельда.

собой (рис. 93) металлическую пластинку, снабженную шестью отверстиями прямоугольной формы, покрытыми металлической крышкой. Для определения биодозы больной предлагают лечь на кушетку, после чего к передней брюшной стенке тесемками привязывают дозиметр; на 50 см от передней брюшной стенки устанавливают ртутно-кварцевую лампу. Открывают первое отверстие пластинки и облучают кожу живота в течение 1 минуты, затем открывают второе отверстие и снова облучают кожу 1 минуту и т. д. Так последовательно облучаются шесть прямоугольных участков кожи, каждый от одной до 6 минут. Результаты облучения определяют через 24 часа. Биодоза определяется количеством минут, необходимых для того, чтобы вызвать минимальную эритему при облучении на расстоянии 50 см от горелки до больной. Если ультрафиолетовое облучение проводят при ином расстоянии, то необходимо учитывать, что интенсивность света обратно пропорциональна квадрату расстояния. Практически биодоза определяется по формуле:

$$X = \frac{A B^2}{C},$$

где  $X$  — искомая биодоза;  $A$  — биодоза, определенная методом Горбачева-Данфельда;  $B$  — новое расстояние (в сантиметрах) для искомой биодозы;  $C$  — то расстояние (в сантиметрах), при котором была определена биодоза. Ультрафиолетовое облучение применяется в форме внеочагового (вегетативно-сегментарного) по А. Е. Щербаку, А. Р. Киринскому, Г. А. Келлат и местного («труссы») облучения. Вегетативно-сегментарную терапию ультрафиолетовыми облучениями проводят в форме облучения шейного симпатического сплетения («шейный воротник» по А. Е. Щербаку, рис. 94) и применяют при подострых воспалительных процессах половых органов, придерживаясь следую-

шей техники выполнения. Проводят 4—5 сеансов через день по две-три биодозы; поле облучения 250—300 см<sup>2</sup>. Если эта терапия не вызывает обострения воспалительного процесса, то переходят к ультрафиолетовым облучениям в форме так называемых трусоз; величина поля 500—600 см<sup>2</sup>, 6—7 биодоз (гиперэритемные дозы). При хронических воспалительных процессах можно с первых же сеансов применять ультрафиолетовые облучения в форме «трусоз». Лечение проводят через 1—2 или 3 дня по 3—4 биодозы; курс лечения 12—15 сеансов — в зависимости от реакции на него больной.

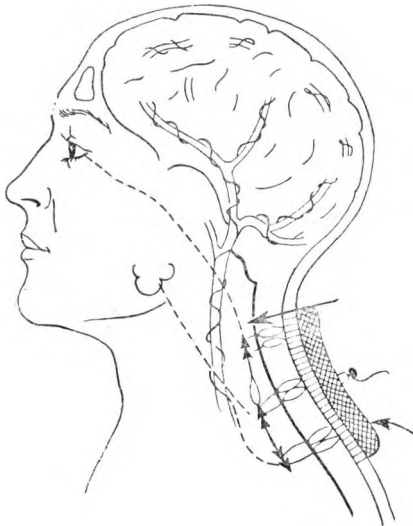


Рис. 94. «Шейный воротник» по А. Е. Щербаку.

При ультрафиолетовом облучении ран необходимо учитывать фазу раневого процесса. В первой фазе, когда преобладают процессы диссимиляции, при вялых, бледных грануляциях и задержке эпителизации целесообразны интенсивные дозы ультрафиолетового облучения (5—6 биодоз) в сочетании с инфракрасными лучами (тепловой эффект, гиперемия, анальгезия, ускорение разрешения воспалительного процесса). Во второй фазе, когда преобладают ассимиляционные процессы и надо стимулировать процесс эпителизации и рубцевания, при наличии красных, сочных грануляций облучают малыми дозами (1/2—1 биодоза) через 2—3 дня.

Теплолечение. Лечение теплом осуществляют в гинекологической клинике в форме сидячих ванн, терапии глиной, парафином, озокеритом. Сидячие ванны показаны при хронических воспалительных процессах внутренних половых органов и противопоказаны при остром воспалительном процессе, кровотечении, беременности.

При сидячих ваннах (рис. 95) в воду погружается поясница, нижняя часть живота и верхняя треть бедер больной. Температура воды 37—39°, длительность процедуры 10—12 минут, число ванн 12—15.

Лечение глиной очень доступно и просто и его можно широко применять как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Показания для глинолечения — хронические воспалительные процессы половых органов, противопоказания — острые воспалительные процессы, туберкулез легких, заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, функциональные заболевания центральной нервной системы, злокачественные опухоли. Глина, как и лечебная грязь, обладает небольшой теплоемкостью и теплопроводностью при малой конвекции тепла. Размельченную и просеянную через

При сидячих ваннах (рис. 95) в воду погружается поясница, нижняя часть живота и верхняя треть бедер больной. Температура воды 37—39°, длительность процедуры 10—12 минут, число ванн 12—15.



Рис. 95. Сидячая ванна.

сито глину разводят горячей водой, тщательно размешивают и нагревают на водяной бане до 42—45°. Глину применяют в форме аппликаций («трусов»). Техника аппликаций: на кушетку кладут одеяло, холщевую простыню, клеенку, еще одну простыню, а затем подогретую глину. Больная ложится на кушетку, ее обмазывают соответственно уровню трусов глиной и быстро укутывают в одеяло. Толщина аппликации 3—4 см; температура глины от 42 до 45°; длительность процедуры 10—12 минут; число процедур 12—15.

**Парафин** получается при возгонке нефти и представляет собой смесь высокомолекулярных углеводов. Он обладает большой теплоемкостью и малой теплопроводностью. Лечебное действие парафина обусловлено в основном температурным фактором. Белый парафин с удельным весом 0,9 и температурой плавления 52—55° плавят на водяной бане и подогревают до 60°. Расплавленный парафин быстро наносят тонким слоем на чистую, сухую кожу живота с помощью плоской малярной кисти; сверху кладут несколько слоев марли, пропитанной парафином, и клеенку. Затем больную укутывают одеялом. Длительность процедуры 30—40 минут; число процедур 20—25 (через день).

**Показания** для терапии парафином те же, что и для глинолечения.

**Озокерит**, или горный воск, добывается в месторождениях нефти; он обладает большой теплоемкостью и малой теплопроводностью. Озокерит нагревают на водяной бане до 70—80° и применяют в форме компрессов. Для этого хлопчатобумажную ткань погружают в нагретый озокерит и затем кладут на живот больной; предварительно этот компресс охлаждают до 45—50°; сверху кладут вторую прокладку, смоченную в озокерите температуры 60—70°, затем клеенку и ватник. Больную заворачивают в простыню и одеяло. Длительность процедуры 40—60 минут, лечение проводят ежедневно или через день; число процедур 15—20.

**Показания и противопоказания** те же, что и для глинолечения.

**Влагалищные спринцевания.** В прежние годы влагалищные спринцевания растворами различных лекарственных средств применяли очень часто. В настоящее время спринцевания применяют лишь по специальным показаниям, например при патологических выделениях из половых органов, а также с целью уменьшения неприятного запаха выделений (при раке шейки матки и т. п.). Спринцевания влагалища противопоказано при наличии инфицированных ран промежности, наружных половых органов или влагалища. Техника спринцевания: стерильный раствор для спринцевания (температуры 38—40°) наливают в кружку Эсмарха и на резиновую трубку длиной 1,5 м надевают стеклянный наконечник (простерилизованный; лучше пользоваться так называемым клизменным наконечником с одним отверстием, чем наконечником с шаровидным расширением на конце и несколькими мелкими отверстиями. Спринцевание производят в горизонтальном положении больной; под таз больной подставляют судно; кружка Эсмарха с раствором должна быть не выше 0,5—1 м над уровнем кровати.

## **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ**

Массаж в гинекологической клинике, к сожалению, применяют очень редко. Между тем этот метод лечения, в особенности сочетающийся с физиотерапией или курортным бальнео- и грязелечением, нередко дает очень хорошие результаты. Применение массажа улучша-

ет крово- и лимфообращение, обмен веществ в тканях, способствует растяжению и истончению спаек.

**Показания к массажу:**

1. Слипчивый хронический парапериметрит.
2. Пельвеоперитонит, обусловивший неправильное положение матки, ее неподвижность.

**Противопоказания для массажа:**

1. Беременность.
2. Острый и подострый воспалительный процесс.
3. Наличие опухолей, мешотчатых образований в трубах, яичниках (гидросальпинкс, тубоовариальная киста). Нельзя массировать придатки матки (например, при сальпинго-оофорите), как это советуют отдельные авторы.

Техника массажа состоит в следующем. Во влагалище вводят один или два пальца и осторожно оттягивают матку кпереди (при ретрофлексии) или к срединной линии тела (при латеропозиции матки), локоть руки, введенный во влагалище, должен опираться на одноименное бедро врача, нога которого стоит на подножке или табурете. Наружная рука надавливает на переднюю брюшную стенку, производя круговые движения, и постепенно продвигается навстречу пальцам внутренней руки; комбинированными движениями обеих рук производят осторожное растягивание спаек, смещение матки в направлении ее нормального положения. Врач должен производить это растяжение спаек очень осторожно, никоим образом не допуская болевых реакций ни во время массажа, ни после него. Во время лечения надо тщательно следить за общим состоянием больной и повторно производить исследование крови (РОЭ, лейкоцитоз); сеанс массажа в первый раз должен продолжаться не больше 4—5 минут, после чего делают перерыв на 3—4 дня и следят за реакцией больной на это лечение. В дальнейшем делают массаж через 1—2 дня по 5—8—10 минут, 12—15 раз. Как выше указывалось, массаж целесообразно проводить одновременно с физиотерапией или курортным лечением.

## **ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА**

Лечебная физическая культура применяется в гинекологии с целью укрепления мускулатуры брюшной стенки и тазового дна, восстановления нормального положения матки в послеоперационном периоде. Применение физической культуры показано у женщин с подвижной ретрофлексией матки, незначительным опущением стенок влагалища, функциональным недержанием мочи, после полостных гинекологических операций. Проведение комплекса физкультурных упражнений в послеоперационном периоде имеет большое значение в профилактике таких осложнений, как пневмония, нарушения кишечной перистальтики, мочеиспускания, и способствует быстрейшему выздоровлению больной.

Описание методики лечебной физкультуры в гинекологической практике приведено в специальных руководствах.

## **САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Высокая эффективность санаторно-курортного лечения зависит от сочетания ряда благоприятных факторов: 1) природных лечебных средств; 2) рационально построенного режима; 3) правильного питания; 4) перемены обстановки и исключения больной из обычных



условий труда и быта. По характеру природных лечебных средств курорты делятся на: 1) грязевые; 2) бальнеологические; 3) климатические.

Лечение гинекологических больных в основном проводится на грязевых и бальнеологических курортах. На климатические курорты направляются гинекологические больные, нуждающиеся в общеукрепляющем лечении после крупных оперативных вмешательств, длительных септических процессов, после специфического лечения по поводу туберкулеза половых органов.

СССР располагает огромными запасами лечебной грязи. В настоящее время с лечебной целью используется выше 50 грязевых озер; кроме того, в нашей стране неисчислимы залежи торфа, которые составляют  $\frac{3}{4}$  мирового запаса.

Основные грязевые курорты СССР: Саки, Майнаки, Евпатория (Крымская область), Одесса, Карачи (Новосибирская область), Славянск, Осипенко (УССР), Липецк (РСФСР), озеро Медвежье, озеро Горькое (Курганская область), Старая Русса (РСФСР), Яны-Курган (Казахская ССР).

Бальнео-грязевые курорты: Пятигорск, Ессентуки, Железноводск (РСФСР), Кемери (Латвийская ССР), Друскининкай (Литовская ССР), Миргород (УССР), Сергиевские минеральные воды (Куйбышевская область), Кашин (Калининская область), Краинка (Тульская область).

Лечебные грязи (по В. А. Александрову) делятся на следующие четыре группы: 1) неорганические иловые; 2) органические (из пресных озер) — сапропели и гиттии; 3) торфяные грязи болотного происхождения; 4) искусственные грязи, приготовленные биологическим или химическим путем. Наиболее широко в СССР применяются иловые грязи лиманов и торфяные грязи.

Показания для направления на грязевые курорты: хронические воспалительные заболевания половых органов, гипофункция половых желез в нерезко выраженной форме. При решении вопроса о направлении на курорт необходимо учитывать наличие у нас в стране широких возможностей для внекурортной физиотерапии (и грязелечения), а также климатические условия курорта. Рационально направлять на грязевой курорт лишь тех гинекологических больных, у которых предшествующее курсовое физиотерапевтическое лечение не дало положительных результатов. При направлении и выборе курорта важно также выявлять сопутствующие заболевания. Так, например, целесообразно направлять в Сочи, Сергиевские минеральные воды, Пятигорск тех гинекологических больных, у которых одновременно выявлены и заболевания сердечно-сосудистой системы, органов движения или центральной и периферической нервной системы.

Необходимо учитывать и противопоказания для грязелечения: туберкулез, нефрит, нефроз, гипертиреоз, сердечно-сосудистые заболевания с неустойчивой компенсацией, опухоли, подострые и острые воспалительные процессы, мешотчатые воспалительные образования труб.

Наиболее часто применяется иловая грязь; она представляет собой пластичную маслянистую массу черного цвета с запахом сероводорода и аммиака. Грязь обладает малой теплоемкостью, небольшой теплопроводностью и лишена способности передавать тепло конвекцией.

Торф представляет собой продукт длительно протекающего разложения растительных организмов при почти полном отсутствии доступа кислорода. Это темно-бурая бесструктурная пластичная масса.

Теплоемкость и теплопроводность торфа невелики; конвекция в торфяной массе резко понижена. Торфяные грязи применяются на следующих курортах: Друскининкай, Кашин, Кемери, Краинка, Миргород, Липецк.

Грязелечение гинекологических больных наиболее часто проводится в форме аппликаций («трусы», рис. 96) и грязевых влагалищных тампонов; лишь изредка применяют аппликации на все тело или на половину его. Техника грязевых аппликаций та же, что и при глинолечении. В настоящее время отказались от применения чрезмерно высокого нагрева грязи (до 46—50°) и применяют аппликации более низкой температуры (40—42°, редко 44°).

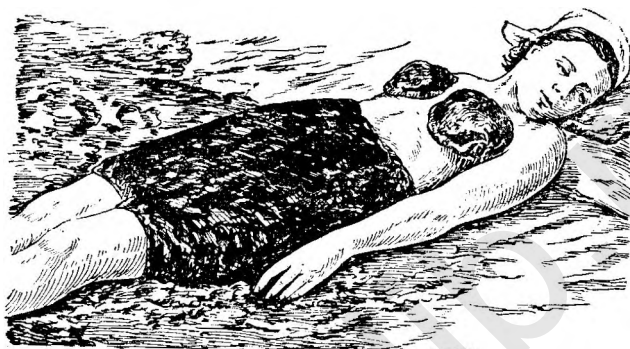


Рис. 96. Грязевая аппликация на молочные железы и в форме «трусов».

Длительность процедуры 15—20—30 минут. Число процедур (через день) 10—12. После аппликаций больная принимает душ (36—37°) и отдыхает на кушетке (в другом помещении) в течение 40—60 минут. При наличии заболеваний шейки матки (эндцервицит, эрозия), сплечивом хроническом пельвеоперитоните, ретрофлексии матки целесообразно назначение грязевых влагалищных тампонов. Грязь пропускают через сито и нагревают до 50°, а затем вводят во влагалище с помощью эбонитового зеркала; на один тампон требуется 100—150 г грязи. Длительность процедуры 30—40 минут. Для удаления тампона производят обильное спринцевание соевым раствором. Число тампонов на курс лечения 12—14 штук.

Грязелечение на курорте часто сочетается с физиотерапией (в дни, свободные от грязелечения) и гормонотерапией (например, при недоразвитии половых органов, гипофункции яичников). В процессе курортного лечения необходимо систематически наблюдать за больной с целью контроля за реакцией ее организма на грязелечение. Эта реакция может быть общей и очаговой. Общая реакция выражается в повышении температуры тела, изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы и гемограммы (сначала нейтрофилия, а затем лейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево), в ускорении РОЭ, чувстве утомления. Очаговая реакция выражается в сочности тканей, увеличении болезненности внутренних половых органов и повышении чувствительности их при пальпации. В процессе лечения надо избегать появления резких реакций, в особенности общего характера, и регулировать длительность, температуру и промежутки между лечебными процедурами.

Грязелечение применяют в гинекологической практике и во внекурортных условиях. Для этого используют привозную грязь (иловую или торфяную), которую искусственно нагревают. Методика лечения — грязевые трусы и влагалищные тампоны. Показания для внекурортного лечения те же, что и для курортного.

Из бальнеологических курортов в гинекологической практике используют курорты с сульфидными (Кемери, Пятигорск, Сочи — Мацеста, Сергиевские минеральные воды) и радиоактивными источниками (Цхалтубо, Белокуриха). Бальнеотерапия показана гинекологическим больным с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, суставов, а также с заболеваниями кожи.

Показания. Для применения сульфидных и радиоактивных источников показания в основном те же, что и для грязелечения. Однако лечение радиоактивными источниками противопоказано больным с недоразвитием половых органов, гипофункцией половых желез и беременностью всех сроков.

Лечение на бальнеологических курортах проводится в виде общих ванн и постоянного орошения влагалища. В последнем случае применяют специальные наконечники с двойным током (наконечник Морозова, окклюзий Ягунова). Температура воды 38—41°, длительность сеанса 15—20 минут, число сеансов 12—15.

## ГЛАВА V

### КИСТЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Киста — опухолевидное образование, которое возникает в результате задержки (*retentio*) и накопления жидкости (экссудата, транссудата, секрета) в преформированной полости или в полости, образовавшейся в результате расплавления тканей. Кисты растут за счет увеличения своего жидкого содержимого. Они встречаются во всех отделах полового аппарата женщины: в яичнике, широкой связке, трубах, матке, влагалище, вульве, а также в молочных железах. Наиболее часто встречаются кисты яичника и надъяичникового придатка (или так называемая паровариальная киста).

Киста яичника может возникнуть из атрезированного фолликула или из желтого тела.

#### КИСТА ИЗ АТРЕЗИРОВАННОГО Фолликула

Избыточное накопление жидкости в атрезирующемся фолликуле может обусловить значительное увеличение его с развитием кисты. Причиной образования подобных ретенционных кист является иногда



Рис. 97. Стенка фолликулярной кисты (большое увеличение).  
а — фолликулярный эпителий; б — клетки thecae internae.

предшествующий воспалительный процесс. Размеры таких кист невелики, не больше 10—12 см в диаметре. Поверхность их гладкая, консистенция эластическая. Стенка кисты, как правило, очень тонкая; внутренняя ее поверхность гладкая, содержимое прозрачное, водянистое. Рядом с кистой определяется ткань большей частью неизмененного яичника.

Микроскопическое строение стенки кисты варьирует в зависимости от того, на какой стадии развития фолликула началась атрезия и накопление жидкости. В одних случаях в фолликулярной жидкости находят яйцеклетку и остатки зернистой мембраны (*membranae granulosae*), в других ни яйцеклетка, ни *membrana granulosa* не обнаруживаются, в третьих — внутренний слой выстлан эпителием, а затем идет узкий слой соединительной ткани и рыхлый слой с клетками *thecae internaе* (рис. 97). Наконец, стенка кисты может состоять лишь из соединительной ткани, выстланной изнутри плоскими или кубическими клетками.

**Симптоматология.** Развитие кисты яичника (фолликулярной) большей частью не сопровождается никакими болезненными симптомами. Появление болевых ощущений большей частью бывает связано с предшествующими воспалительными изменениями внутренних половых органов и брюшины.

**Диагностика.** Диагноз кисты яичника может быть поставлен, если сбоку от матки (реже — спереди, кзади) обнаруживают опухолевидное образование округлой или овальной формы, по размерам в 2—3 раза превышающие нормальный яичник (размеры нормального яичника колеблются у взрослой женщины в длину от 3 до 5 см, в ширину — от 1,5 до 3 см, в толщину — от 0,7 до 1,5 см (Г. Ф. Иванов). Консистенция кисты яичника, как указывалось выше, эластическая (при неизменном яичнике — более плотная), поверхность гладкая.

Если врач твердо не уверен в диагнозе кисты яичника (не исключена возможность увеличения его вследствие воспаления или мелкокистозного превращения), консервативное лечение допустимо в течение не более 2—3 недель с последующим осмотром для окончательной диагностики.

**Лечение.** Единственный способ лечения кисты яичника — оперативное удаление. Подобная тактика объясняется затруднительностью точной дифференциации кисты яичника от кистомы небольших размеров. Если рядом с кистой сохранилась неизменная ткань яичника, то у молодой женщины целесообразно произвести вылушение кисты, сохранив здоровую ткань яичника.

### КИСТА ИЗ ЖЕЛТОГО ТЕЛА

Киста из желтого тела отличается от нормального желтого тела своими большими размерами (до 5—8 см в диаметре). Причины развития этих кист точно не известны; возможно, что в их возникновении известную роль играет предшествующий воспалительный процесс.

Симптомы такие же, как при фолликулярной кисте.

**Диагностика.** Диагноз кисты из желтого тела крайне труден и может быть поставлен лишь предположительно.

Если больную исследовать повторно в течение одного менструального цикла, то можно обнаружить увеличение яичника во второй фазе цикла. Дифференциальный диагноз между кистой желтого тела и лютеиновой кистой при пузырьном заносе может быть поставлен на основании данных анамнеза, двусторонности кист (при пузырьном заносе) и их размеров (кисты желтого тела не достигают больших размеров). Дифференциальный диагноз между кистой из желтого тела и эндометриозом яичника может быть иногда окончательно поставлен лишь при гистологическом исследовании удаленной кисты.

**Прогноз.** Предсказание вполне благоприятно.

При подозрении на кисту из желтого тела и исключении диагноза кистомы показано наблюдение, так как при небольших размерах

кисты обычно происходит обратное ее развитие. Однако если в процессе наблюдения уменьшения кисты не происходит и дифференцировать ее от начинающейся кистомы яичника невозможно, показано оперативное вмешательство (у молодой женщины резекция яичника).

## ЛЮТЕИНОВЫЕ КИСТЫ

Развивающиеся при пузырьном заносе лютеиновые кисты представляют собой особые образования, резко отличающиеся от кист из желтого тела и большей частью самостоятельно рассасывающиеся. Однако больные нуждаются в систематическом осмотре и повторной постановке реакции Ашгейма-Цондека для исключения хоррионэпителиомы.

### КИСТА НАДЪЯИЧНИКОВОГО ПРИДАТКА (EPOOPHORON PAROVARIIUM) — ПАРОВАРИАЛЬНАЯ КИСТА

Надъяичниковый придаток представляет собой эмбриональный остаток первичной почки, располагающейся в широкой маточной связке между трубой и яичником. Эпоофорон состоит из 5—16 канальцев, сливающихся в общий канал, рудиментарный вольфов ход (рис. 98).

Киста надъяичникового придатка, или паровариальная киста, представляет собой продукт задержки секрета в просвете канальцев надъяичникового придатка. Размеры подобной кисты колеблются от крайне незначительных до 15—20 см (в диаметре) (рис. 99). Поверхность кисты гладкая, форма овальная или округлая, содержимое прозрачное, водянистое. Тонкая стенка кисты состоит из соединительной ткани с примесью мышечных и эластических волокон; внутренняя поверхность кисты покрыта цилиндрическим или плоским эпителием.

**Симптоматология.** Развитие паровариальной кисты обычно не сопровождается никакими болезненными симптомами. При больших размерах кисты могут возникнуть боли, альгодисменорея, учащение мочеиспускания (вследствие смещения и сдавления соседних органов).

**Диагностика.** Диагноз паровариальной кисты до операции представляется затруднительным; он облегчается в том случае, если рядом с кистой прощупывается неизменный яичник. Часто паровариальная киста до операции

Рис. 98. Эмбриональные остатки в широкой маточной связке.

1 — fimbria ovarica; 2 — ductus Mulleri; 3 — residua parovarii; 4 — parovarium (epoopharon); 5 — paroopharon; 6 — ductus Mulleri; 7 — uterus; 8 — ductus Gartneri.

диагностируется как внутрисвязочная киста. Такой диагноз основывается на низком расположении кисты по отношению к матке и сводам

влагалища, на ограниченной подвижности кисты. В ряде случаев паровариальные кисты обладают большой подвижностью.

**Прогноз.** Предсказание вполне благоприятно.

**Лечение.** При диагнозе паровариальной кисты показано оперативное лечение в форме вылушения кисты (с сохранением яичника и трубы). Паровариальная киста в отличие от опухолей яичника обычно не имеет ножки и располагается между листками широкой маточной связки; труба обычно располагается над кистой (рис. 100)<sup>1</sup>. При больших размерах и глубоком внутрисвязочном росте кисты операция может представлять серьезные трудности. Маточная артерия и мочеточники часто располагаются атипически; иногда во время операции возникает значительное паренхиматозное кровотечение из клетчатки широкой маточной связки. Изредка при интимной связи кисты с трубой и яичником приходится удалять и эти органы.

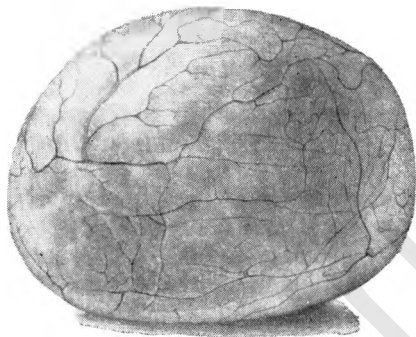


Рис. 99. Паровариальная киста (вылушенная).



Рис. 100. Паровариальная киста (топография).

### КИСТЫ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Большое практическое значение имеют мешотчатые образования труб (sactosalpinx), возникающие при воспалительных заболеваниях последних. Они описаны в главе IV.

### КИСТЫ МАТКИ

Кисты матки встречаются весьма редко и не имеют большого практического значения. В теле матки образования типа кисты могут возникнуть как результат внутреннего аденомиоза (стр. 188) или погружения серозного эпителия в миометрий. Эти кисты не достигают больших размеров и обнаруживаются лишь случайно при операции.

<sup>1</sup> Ножка (из широкой связки) образуется при росте кисты в брюшную полость.

В шейке матки бывают кисты из остатков гартнерова хода. Располагаются они на боковой стенке шейки матки и переходят часто в широкую маточную связку: кисты эти бывают или одиночны, или множественны в виде бисера. Весьма редко они достигают больших (до 10 см и больше) размеров; внутри они представляются многокамерными. Стенка кисты шейки матки состоит из плотной соединительной ткани.

**Симптоматология.** Симптоматология этих кист крайне скудна; при больших размерах они могут обусловить затруднения половой жизни.

**Диагностика.** Диагноз кисты шейки матки может быть поставлен при гинекологическом исследовании; при этом путем тщательного исследования (в том числе и прямокишечного) необходимо определить отношение кисты к стенкам матки и границы внедрения ее в широкую маточную связку.

**Лечение.** При небольших размерах кисты шейки матки показано наблюдение. При значительных размерах кисты и наличии болезненных явлений (например, затруднение при половом сношении) показана операция вылуцения опухоли. Необходимо учитывать возможность больших технических трудностей и опасности повреждения мочеоточника и маточных сосудов, так как опухоль иногда глубоко проникает в широкую связку.

Ретенционные кисты желез шейки матки, так называемые набовы яички (*ovula Nabothi*), возникают в результате длительного воспалительного процесса шейки матки и эрозий (большей частью гонорейной этиологии). Они не представляются самостоятельным заболеванием и ликвидируются путем прокалывания или электрокоагуляции шейки. В редких случаях внутри их возникает рак.

## КИСТЫ ВЛАГАЛИЩА

Кисты влагалища возникают из остатков гартнерова хода (рис. 101). Чаще всего они локализируются в верхней части боковой стенки влагалища, реже — в нижней его трети. Форма их удлинённая и часто напоминает нитку бисера. Размеры обычно невелики и редко доходят до 10—12 см в диаметре. Стенка таких кист состоит из соединительной ткани; внутренняя поверхность их покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным или кубическим эпителием, а иногда многослойным плоским эпителием. Содержимое кист — тягучее, желтоватого цвета. Весьма редко во влагалище возникают кисты в результате расширения лимфатических сосудов или бывшей гематомы.

**Симптоматология.** Кисты влагалища небольших размеров не дают никаких болезненных симптомов. При больших кистах может появиться ощущение давления на низ и произойти выпячивание кисты из влагалища, что вызывает затруднение полового акта.

**Диагностика.** Диагноз кисты влагалища устанавливается путем влагалищного исследования и осмотра с помощью зеркал. В дифференциально-диагностическом отношении важно учесть возможность цисто- и ректоцеле дивертикула уретры и мочевого пузыря. С целью уточнения диагностики необходимо применить ректальное исследование, катетеризацию; в затруднительных случаях показана уретро- и цистоскопия.

**Прогноз.** Предсказание благоприятно.

**Лечение.** Оперативное удаление показано лишь при значительных размерах кисты и возникновении болезненных симптомов.



Операция вылушения кисты влагалища может представлять большие трудности, и, кроме того, она связана с опасностью повреждения мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мочеточника, прямой кишки.

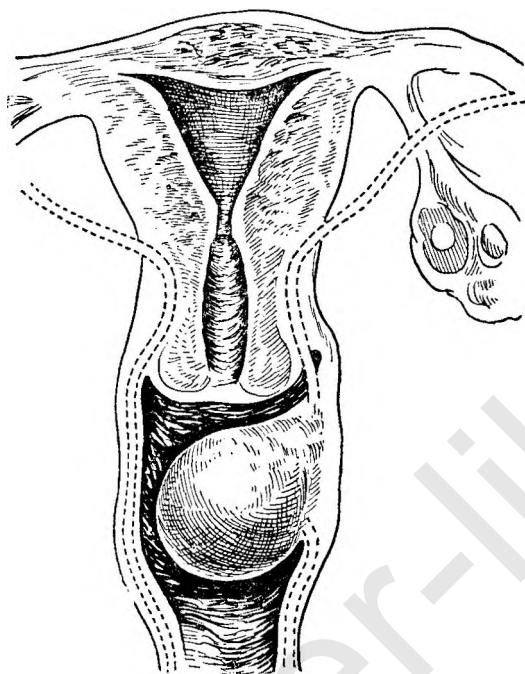


Рис 101. Гартнеров ход и киста влагалища (схема).

### КИСТЫ ВУЛЬВЫ

В области вульвы наиболее часто возникают кисты бартолиновой железы; они обычно являются результатом предшествующего каналикулита, бартолинита и закупорки выводного протока железы. При этом в толще большой половой губы, в задней ее трети, определяется безболезненное подвижное образование овоидной или округлой формы. Консистенция кисты эластическая, поверхность гладкая; пальпация ее безболезненна. Со стороны наружной поверхности больших губ никаких воспалительных изменений не отмечается; в окружности выводного протока бартолиновой железы может быть отмечено небольшое покраснение. Пальпировать выводной проток железы не удастся.

**Симптоматология.** При небольших размерах кисты какие-либо болезненные симптомы отсутствуют; при большой кисте больная может испытывать некоторую неловкость при ходьбе, затруднение при половом акте. Крайне редко наблюдается инфицирование содержимого подобной кисты; при этом возникает повышение температуры, болезненность, увеличение объема кисты. При несвоевременно поставленном диагнозе и отсутствии оперативного пособия происходит прорыв содержимого инфицированной кисты, и образуется свищ.

**Прогноз.** При неосложненной кисте бартолиновой железы предсказание благоприятно.

**Лечение.** При росте кисты и возникновении болезненных ощущений показана операция вылушения кисты.

## ГЛАВА VI

### ЭНДОМЕТРИОЗ (АДЕНОМИОЗ)<sup>1</sup>

Терминами «эндометриоз» (аденомиоз), или «эндометриоидная гетеропия», определяют патологический процесс, при котором в мышечном слое стенки матки или в других органах половой системы и вне ее (брюшина, пупок) определяют включения, по строению и функции подобные слизистой оболочке матки. В случае нахождения эндометриоидной гетеропии в стенке матки (рис. 102 и 103) говорят о внутреннем эндометриозе (*endometriosis interna*), вне матки — о внешнем эндометриозе (*endometriosis externa*).

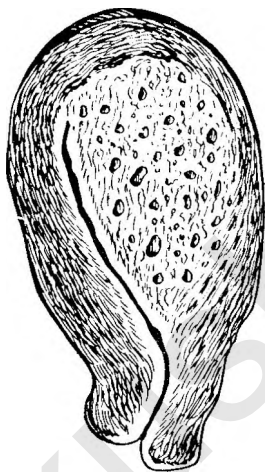


Рис. 102. Эндометриоз матки.

Макроскопически эндометриоз (аденомиоз) представляется в виде мелких изолированных или сливающихся с окружающими тканями гнезд округлой или удлинённой формы со стекловидным содержимым (или темной менструальной кровью) или в виде более крупных кистозных полостей, несколько напоминающих пчелиные соты. Микроскопически определяют то трубчатые, то ветвящиеся, а иногда кистозно расширенные железы, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием. Часть клеток имеет реснички, как у мерцательного эпителия. В отдельных клетках обнаруживают явления секреции. Важнейшей и характерной особенностью этих включений (независимо от места нахождения их — в мышечном слое матки или вне матки) является наличие изменений, синхроничных с циклическими изменениями слизистой оболочки матки половозрелой женщины, а также обнаружение децидуальной реакции при беременности. Способность к циклическим изменениям и инфильтративному росту эндометриоза проявляется только у женщин половозрелого возраста.

Вопрос о причине возникновения эндометриоза подвергается всестороннему изучению, однако и до настоящего времени нет теории, которая вполне удовлетворительно отвечает на него.

Наибольшее число сторонников имеет теория возникновения эндометриоза путем имплантации участков слизистой оболочки матки.

<sup>1</sup> Эндометриоз (аденомиоз) не опухоль, а дисгормональная гиперплазия (М. Ф. Глазунов).

Эндометриоз наблюдается в матке и в других органах полового аппарата — влагалище (рис. 104), трубах, яичниках, в прямокишечно-влагалищной и пузырно-влагалищной клетчатке, под брюшиной маточно-прямокишечного углубления, а также в мочевом пузыре, кишечнике, в пупочной и паховой областях, в послеоперационных рубцах, в толще мышц конечностей. Термины «эндометриома» и «аденомиома»

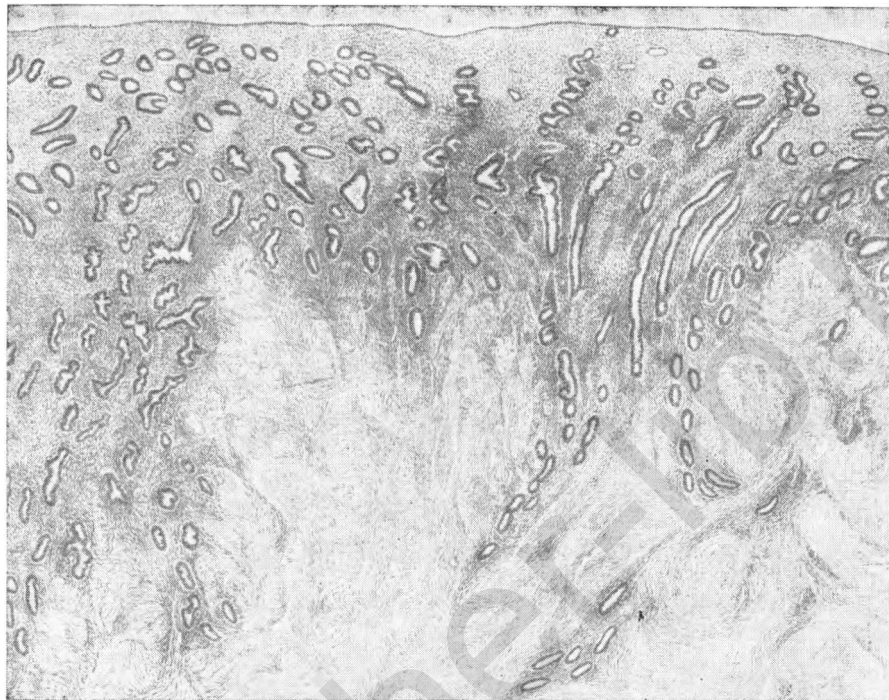


Рис. 103. Внутренний эндометриоз тела матки.

отнодь не определяют характера этой патологии, так как в данном случае мы имеем дело не с истинной опухолью, а с гетеротопическим образованием.

При развитии в стенке матки эндометриоза последняя представляется диффузно или неравномерно увеличенной и имеет форму двурогой или же в ней определяется несколько субсерозных узлов; нередко узлы аденомиоза исходят из задней стенки шейки и представляются в виде субсерозного узла миомы.

Эндометриоз трубы представляется в виде небольших (3—5 мм и меньше) узелков, заложенных в толще ее стенки; подобные изменения называют узловым сальпингитом (*salpingitis nodosa*); иногда эндометриоз трубы определяется лишь при микроскопическом исследовании. Эндометриоз яичника может представлять собой поверхностные образования в виде мелких кист или же более крупную (до 10—15 см в диаметре) кисту с шоколадным содержимым. На гладкой внутренней поверхности стенки такой кисты находят уплотнения, которые при микроскопическом исследовании оказываются участками ткани, подобной эндометрию. Однако рассматривать случаи так называемых шоколадных кист яичника как эндометриоз нельзя, если диагноз не подтвержден данными гистологического исследования.

Клиническое течение. Симптоматология. Симптоматология эндометриоза матки довольно характерна.

Важнейшие симптомы заболевания: 1) значительное увеличение кровопотери и длительности менструаций (гипер- и полименорея); 2) боли перед и во время менструации (альгодисменорея); 3) увеличение объема матки перед и во время менструаций и уменьшение ее по окончании менструации.

При эндометриозе, развивающемся во влагалище, в пузырно-влагалищной или влагалищно-прямокишечной перегородке, отмечаются

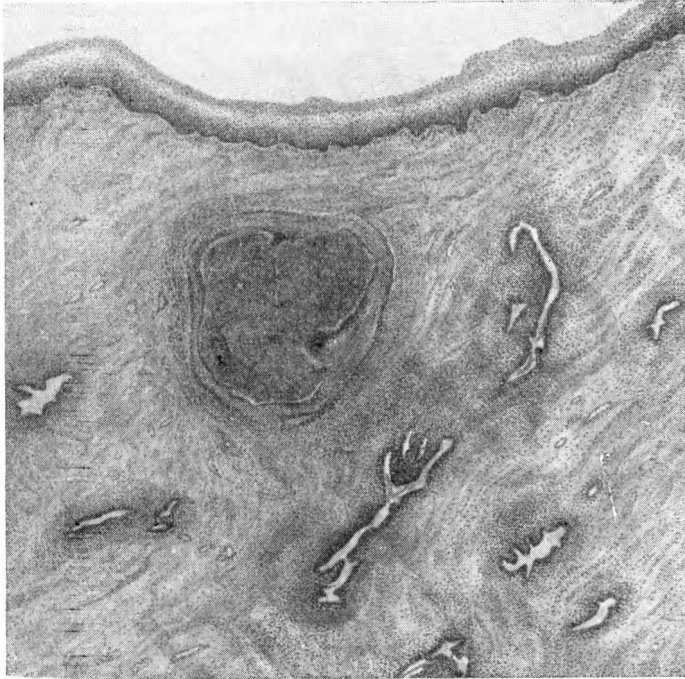


Рис. 104 Эндометриоз влагалища.

следующие симптомы: 1) тянущие боли внизу живота и в пояснице до и во время менструации; 2) затруднение дефекации; последний признак является непостоянным. При исследовании во влагалищно-прямокишечной или во влагалищно-пузырной клетчатке определяется инфильтрат с бугристой поверхностью; иногда он имеет форму отдельных четок. Слизистая влагалища приобретает в ряде участков резко выраженную синюшную окраску («синюшные глазки»).

При эндометриозе пупка в послеоперационном свище передней брюшной стенки больная отмечает инфильтрат в соответствующей области и синюшную его окраску до и во время менструаций; иногда во время менструаций появляются кровянистые выделения из пупка или из свищевого отверстия.

Диагностика. Диагноз эндометриоза матки представляет иногда большие затруднения. При этом необходимо учитывать, что симптоматология этого заболевания и данные объективного исследования (увеличение, бугристая поверхность матки) напоминают таковые миомы матки. Дифференциальная диагностика возможна при учете указаний на нарастание резкой болезненности при менструации и при

наличии изменений объема матки в различные фазы цикла. Боли при эндометриозе длительные, тянущие и не носят схваткообразного характера, как при субмукозной миоме. У ряда больных окончательный диагноз возможен только после тщательного макроскопического и микроскопического исследования удаленной матки. Необходимо также учесть, что наблюдаются случаи сочетания миом и аденомиоза матки.

При диагнозе эндометриоза влагалища, влагалищно-пузырной или влагалищно-прямокишечной перегородки необходимо учитывать наличие болей до и во время менструации, затруднений дефекации, изменений объема инфильтрата в различные фазы цикла. Затруднения дефекации возникают при обширном поражении влагалищно-прямокишечной перегородки. В сомнительных случаях показана биопсия.

Те же симптомы (циклическое изменение объема, нарастание болезненности) иногда наблюдаются и при ретроцервикальном эндометриозе подбрюшного маточно-прямокишечного пространства.

Диагноз эндометриоза труб очень затруднителен. Периодически усиливающиеся боли в животе, совпадающие с менструальным периодом, далеко не постоянны. При эндометриозе яичника часто наблюдается периодическое увеличение его объема.

Эндометриоз в послеоперационном свище передней брюшной стенки или пупка диагностируется на основании наличия кровянистых выделений из свищевого хода (или пупка) и синюшной окраски участков эндометриоза во время менструаций.

**Прогноз.** Предсказание благоприятно, злокачественное превращение происходит крайне редко. Однако возможен рецидив после операции.

**Лечение.** При обнаружении эндометриоза влагалища, влагалищно-прямокишечной, влагалищно-пузырной перегородок и подбрюшинной клетчатки маточно-прямокишечного углубления необходимо помнить, что он крайне редко превращается в рак, хотя обладает инфильтративным ростом. В связи с этим оперативное лечение может быть очень сложным и показано лишь при наличии резко выраженных болезненных симптомов. Операция состоит в вылушении узлов эндометриоза. При эндометриозе тела матки и наличии болезненных симптомов (альгодисменорея и гиперполименорея) показана ампутация матки без придатков, при эндометриозе шейки матки или перешейка — экстирпация матки. При эндометриозе маточно-кишечной клетчатки и наличии резких болезненных симптомов или эндометриозе в послеоперационном рубце показано оперативное удаление участков аденомиоза. При диагнозе эндометриоза яичника показана овариотомия. У женщин в возрасте старше 44—45 лет эффективным методом лечения эндометриоза является андрогенотерапия (дозы — см. рецептуру в конце книги) или рентгенотерапия (облучение области яичников). С наступлением менопаузы болезненные симптомы, связанные с эндометриозом, обычно исчезают. Показания к оперативному лечению возникают весьма редко — при невозможности исключить злокачественный характер опухоли или инфильтрата.

### **АДЕНОМА (ПОЛИП) МАТКИ (POLYPUS UTERI)**

Аденомы матки обычно наблюдаются в форме слизистых полипов. По вопросу о том, являются ли эти слизистые полипы истинной опухолью, результатом воспалительного процесса или проявлением нарушений гормональных функций яичников, нет единого мнения. Одна-

ко в пользу последнего взгляда говорит тот факт, что аденомы (слизистые полипы) матки чаще наблюдаются у женщин в возрасте свыше 40 лет, чем в молодом возрасте; роль воспалительного процесса в развитии аденом матки в настоящее время твердо не установлена. Злокачественное превращение аденомы (слизистого полипа) наблюдается редко. Макроскопически подобное образование представляется в виде узлов различных размеров — от нескольких миллиметров до 5—6 см, растущих в полость матки на широком основании или в виде продолговатой формы полипа на ножке (рис. 105). Микроскопически полип состоит из большего или меньшего количества желез,

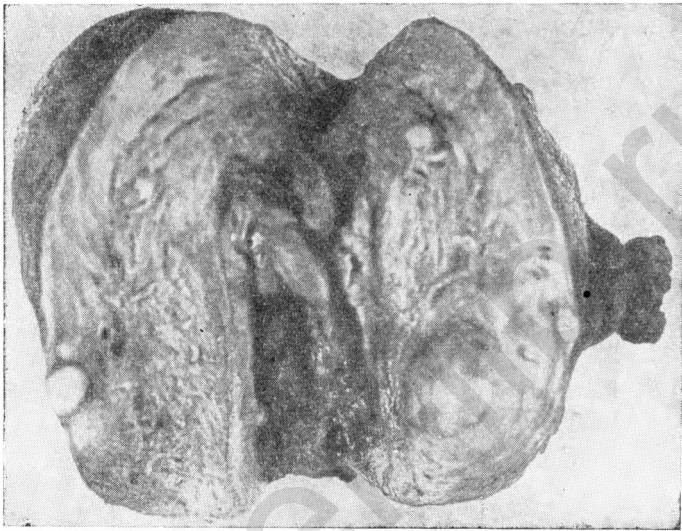


Рис. 105. Полипы слизистой матки. Интерстициальная миома.

выстланных цилиндрическим эпителием с крупным ядром, и соединительной ткани (стромы). В зависимости от большей или меньшей выраженности стромы различают простую аденому с преобладанием железистых эпителиальных разрастаний и фиброаденому со значительным развитием соединительной ткани. Вначале полип возникает в базальном слое слизистой оболочки матки и покрыт снаружи функциональным слоем ее. Соответственно локализации различают аденомы тела и шейки матки.

**Симптоматология.** Основными симптомами полипов матки являются бели (слизистые, иногда с примесью крови) и нарушения менструаций ациклического характера, а иногда — контактные кровотечения. Изредка наблюдается некроз и инфицирование полипа.

**Лечение.** При обнаружении полипа матки показано удаление его (в стационаре) с последующим гистологическим исследованием.

При тонкой ножке полип удаляется путем откручивания; при толстой ножке необходимо наложение лигатуры на ножку с последующим рассечением ее.

При наличии ациклических кровотечений показано выскабливание слизистой тела и шейки матки с целью уточнения диагностики (ги-

стологическое исследование!) и обоснования последующего лечения. Гистологическое исследование каждого удаленного полипа и соскоба слизистой имеет решающее значение и для исключения возможности рака. В отдельных, сравнительно редких случаях аденокарцинома шейки или тела матки также имеет форму полипа или же происходит малигнизация аденомы с переходом ее в злокачественную, близко примыкающую к железистому раку — аденокарциноме.

---

## ГЛАВА VII

# ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

### ОБЩИЕ ДАННЫЕ

До настоящего времени нет общепринятых представлений об этиологии и патогенезе опухолей. В связи с этим определения понятия «опухоль», которые дают различные авторы, также весьма противоречивы. Опухоль — патологический процесс, характеризующийся извращением нормального роста и размножения тканей и клеток организма. Такое извращение роста, как указывает Д. Е. Альперн, служит проявлением нарушения регуляции функций организма.

Следует считать установленным, что опухолевая клетка является измененной клеткой организма и что рост опухоли является результатом размножения этих опухолевых клеток.

По вопросу о причинах превращения клеток организма в опухолевые существует много теорий. Некоторые из них, как, например, микробная и паразитарная, являются малообоснованными, другие имеют лишь исторический интерес. Основными «конкурирующими» теориями развития опухолей в настоящее время являются вирусная, полиэтиологическая и теория об изменении обмена белка в клетке. Этиологическое значение вирусов вполне допустимо лишь в отношении тех немногих опухолей, которые можно вызвать искусственно путем применения фильтратов опухоли. Эта теория не может объяснить развитие всех опухолей.

Ряд авторов, и в том числе Н. Н. Петров, считают, что явления опухолевого и наряду с ними злокачественного роста полиэтиологичны.

Согласно третьей теории возникновения опухолевого, в том числе и злокачественного, роста, основным фактором, определяющим возможность развития опухоли, являются изменения обмена белка в клетке. Так называемые канцерогенные вещества и вирусы, вероятно, вызывают изменения состава и строения тканевых белков, что и подготавливает возникновение злокачественного роста. Подобная трактовка процесса развития опухоли сближает вирусную и биохимическую теорию возникновения опухолей. Роль центральной нервной системы в злокачественном росте изучалась М. К. Петровой, которая считает главным, ведущим звеном в происхождении рака хроническое нарушение деятельности коры головного мозга.

Существование ряда теорий по вопросу об этиологии и патогенезе опухолей свидетельствует о большой сложности этой проблемы.



## ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Общепринято делить опухоли на доброкачественные и злокачественные. Последние характеризуются способностью разрушать окружающие ткани, давать метастазы (переносы) в отдаленные органы. Однако при разделении опухолей на доброкачественные и злокачественные необходимо принять во внимание некоторую условность подобной классификации ввиду отсутствия четких разграничений между этими опухолями, с одной стороны, и существования все более широко признаваемых предраковых заболеваний — с другой. Так, например, морфологически доброкачественные цилиоэпителиальные кистомы способны (после прорастания папиллом на наружную поверхность стенки опухоли) к диссеминации своих эпителиальных элементов в брюшной полости с образованием асцита и последующим клиническим течением, характерным для злокачественной опухоли. Опухоли одинакового гистологического строения (например, гранулезоклеточные) могут протекать то доброкачественно, то злокачественно.

Вместе с тем злокачественная опухоль, по современным представлениям, не возникает внезапно — она проходит более или менее длительный период так называемого предракового состояния. Известно, что возникновению злокачественной опухоли нередко предшествуют местные патологические процессы. Так, раку молочной железы может предшествовать фиброаденоматоз, раку шейки матки — длительно существующая эрозия, раку тела матки — гиперплазия ее слизистой, раку желудка — язва желудка, полипоз, гастрит и т. п.

### ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Понятие «предрак», или «предопухолевые процессы», включает комплекс клинических и морфологических признаков. К клиническим признакам относятся: длительный (хронический) воспалительный и дистрофический процесс; морфологические признаки предрака: атипическое разрастание эпителия, пролиферация в подлежащие ткани (но без инвазии), клеточный атипизм. Вопрос о биохимических особенностях тканей и клеток при предраке нельзя считать достаточно изученным.

Весьма важно подчеркнуть, что не всякий «предрак» переходит в рак, т. е., другими словами, переход из стадии предрака (в клиническом смысле) в рак не является неотвратимым и совершается не всегда. Это положение имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение для разработки мероприятий по лечению и профилактике злокачественных опухолей и прежде всего рака.

Современная медицина располагает двумя путями эффективной профилактики злокачественных опухолей (в том числе и рака): 1) предупреждение развития предракового процесса, 2) лечение предракового процесса. По отношению к ряду злокачественных опухолей полового аппарата женщины (и прежде всего раку шейки матки) своевременное применение профилактических мероприятий является вполне доступным и высокоэффективным. Подробнее эти вопросы освещены в соответствующих разделах.

### КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Опухоли женских половых органов могут быть разделены, согласно их гистологическому строению, а отчасти и гистогенезу, на отдельные виды в зависимости от той ткани, из которой они произошли:

1. Эпителиальные опухоли.
2. Опухоли из мышечной ткани.
3. Опухоли из соединительной ткани.
4. Смешанные опухоли.
5. Тератоидные, или герминогенные, опухоли.

Каждый из этих видов опухолей делится, в зависимости от степени зрелости их элементов, на две группы: зрелые доброкачественные и незрелые злокачественные. Кроме того, можно выделить особую группу опухолей, объединенных следующими сходными чертами: 1) продуцируют гормоны (гормонопродуцирующие или гормонально-активные опухоли), 2) являются в одних случаях доброкачественными, в других — злокачественными.

Примечание. Вопрос о классификации и номенклатуре опухолей нельзя считать разрешенным. Приведенная выше гистологическая, а отчасти и гистогенетическая классификация не лишена ряда недостатков в особенности с гистогенетической точки зрения.

Однако другие классификации [Фишер-Вазельс (Fischer-Wasels), 1927, М. Ф. Глазунов, 1947] не получили еще общего признания. Особенно трудна классификация и номенклатура опухолей яичника, органа, очень сложного по своему гистогенезу. Согласно наиболее распространенной классификации Пфанненштиля (Pfanzenstiel), опухоли яичника делятся на три группы: 1) эпителиальные, 2) соединительнотканнные и 3) тератоидные. Каждая из этих групп опухолей в свою очередь делится на доброкачественные и злокачественные. Однако и эта классификация не лишена серьезных недостатков. Так, лишь небольшая часть (13,9% по В. Михайлову) эпителиальных опухолей яичников происходит из нормальных составных частей его, т. е. из фолликулярных клеток; остальные эпителиальные опухоли образуются из гетеротопических образований (малодифференцированный мюллеровский эпителий, островки фимбрий, ткань коркового вещества надпочечника).

Основываясь на этом, М. Ф. Глазунов предлагает делить опухоли яичников, в зависимости от источника их происхождения, на три группы: 1) опухоли из нормальных компонентов яичника; 2) опухоли из эмбриональных остатков; 3) опухоли из постнатальных разрастаний и гетеротопического характера. Что касается номенклатуры опухолей яичников, то широко употребляемый термин «кистома яичника» также нельзя признать удачным, так как он не определяет ни гистологического строения опухоли, ни ее гистогенеза.

Однако мы вынуждены пользоваться классификацией и номенклатурой опухолей яичников, предложенной Пфанненштилем, так как в настоящее время другой более широко признанной классификации пока не существует. Вместе с тем мы считаем обоснованным замену термина «тератоидные» опухоли яичника термином «герминогенные опухоли» (М. Ф. Глазунов), а также выделение особой группы гормонопродуцирующих опухолей яичников.

## ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

### ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

#### Кистома яичника

Среди эпителиальных доброкачественных опухолей женских половых органов часто встречаются кистомы яичников.

Термином «кистома» определяют истинную опухоль, термином «киста» — ретенционное образование, возникшее вследствие задержки или избыточной секреции в преформированной полости, а также расплавления ткани.

Различают две формы кистом: псевдомуцинозные и серозные (с мерцательным эпителием). Первую форму кистом называют также железистой — *cystadenoma proliferum glandulare* (Пфанненштил), *blastoma epitheliale pseudomucinosum* [Р. Мейер (R. Meyer)]. Вторую форму кистом (серозных) называют также сосочковой — *cystadenoma proliferum papillare* (Пфанненштил), *blastoma cilio epitheliale*

(Р. Мейер), *cystadenoma ciliaepitheliale serosum* [Р. Шредер (R. Schröder)]. По данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, псевдомуцинозные кистомы составляют 25,4% и серозные кистомы 36,6% всех опухолей яичников (512 случаев). По отношению к доброкачественным опухолям яичников псевдомуцинозные кистомы составляют 36%, серозные — 47%. По данным Института онкологии АМН СССР (М. Ф. Глазунов), процент псевдомуцинозных кистом (среди всех опухолей яичников — 518 случаев) равен 8,8, а серозных — 31,8. Среди доброкачественных опухолей яичника псевдомуцинозные составляют 14,6%, а серозные — 52,3%.

Расхождение в статистике отдельных учреждений объясняется наличием в ряде случаев кистом смешанного (псевдомуцинозного и серозного) характера, а также различной интерпретацией данных гистологического исследования указанных опухолей.

Вопрос о гистогенезе кистом яичника еще не получил окончательного разрешения.

### Псевдомуцинозная (железистая) кистома

Псевдомуцинозная железистая кистома представляет собой доброкачественную эпителиальную опухоль яичника, которая может достигать гигантских размеров. Так, ранее были описаны кистомы весом до

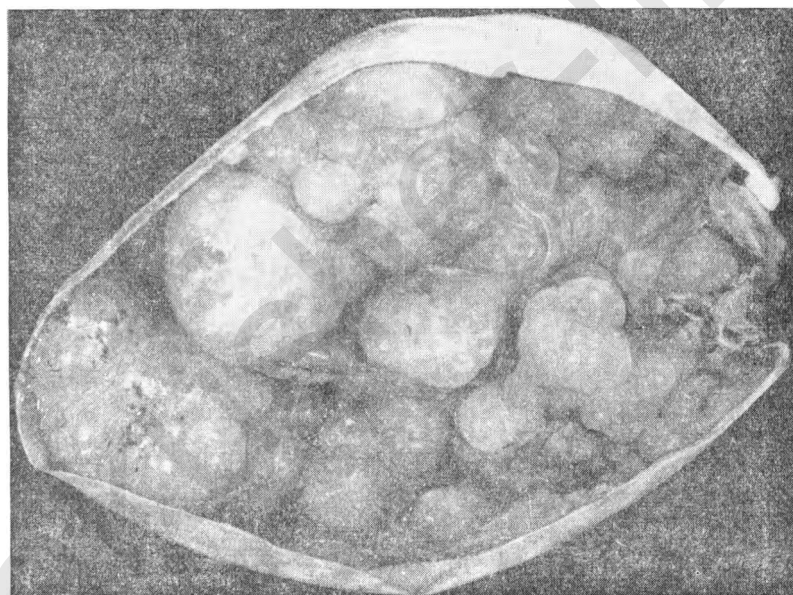


Рис. 106. Многокамерная псевдомуцинозная кистома яичника.

132 кг; в одном случае больная до операции имела вес 117 кг, а вес удаленной кистомы достигал 80 кг. В настоящее время при широкой доступности в СССР квалифицированной медицинской помощи такие гигантские опухоли уже не встречаются.

Поверхность опухоли большей частью неровная, с многочисленными выпячиваниями вследствие наличия ряда камер. Консистенция опухоли туго-эластическая. Стенка опухоли имеет блестящий светло-

серый цвет, иногда с синюшным оттенком. На разрезе опухоль редко бывает однокамерной, большей частью она многокамерная с образованием дочерних и внучатых полостей (рис. 106 и 107). Между отдельными полостями заметны остатки перегородок, разрушенных вследствие значительного давления содержимого опухоли. Стенка кисты снаружи покрыта так называемым зародышевым (зачатковым)

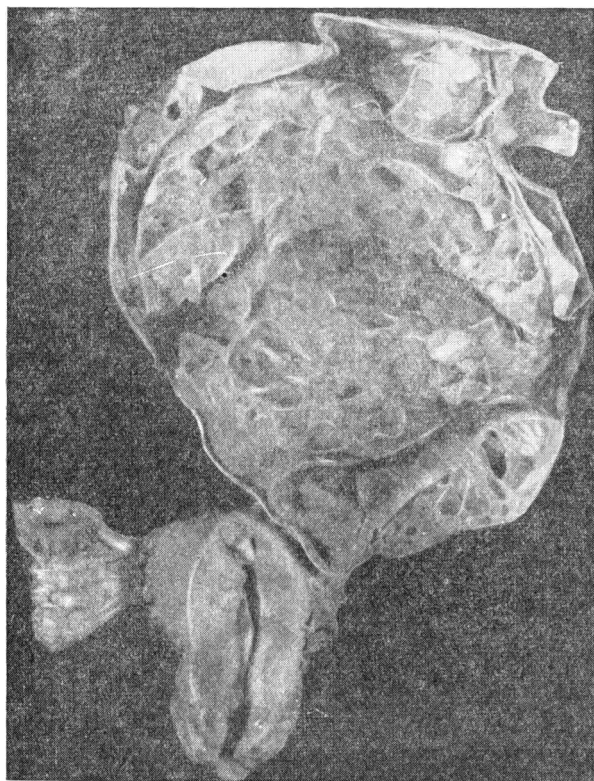


Рис. 107 Многокамерная псевдомуцинозная киста яичника (разрез).

эпителием яичника; затем следует слой (2—3 мм) волокнистой соединительной ткани, то более плотной, то разрыхленной; в этой ткани проходят мелкие кровеносные сосуды и лимфатические пути. Внутренняя поверхность стенки псевдомуцинозной кисты покрыта особым однослойным эпителием, который очень напоминает эпителий шейки матки (рис. 108). Клетки этого эпителия имеют чаще всего высокую призматическую форму; небольшое ядро клетки находится у ее основания. Слизь вначале образуется в верхушечной части клетки, затем она заполняет всю надъядерную часть цитоплазмы; при этом ядро клетки оттесняется к ее основанию, окрашивается темнее и имеет утолщенную форму.

В зависимости от стадии слизеобразования эпителиальные клетки изменяют свою форму, которая из правильной высокопризматической (если слизеобразование происходит в группе соседних клеток) переходит в бокаловидную или шаровидную. После выделения слизи клетки суживаются, приобретая вид темных столбиков (при окраске

гематоксилином). Отдельные эпителиальные клетки отторгаются и дегенерируют. Секрет, выделяемый клетками, представляет собой не белковое, а слизеподобное вещество — псевдомуцин (гликопротеид),

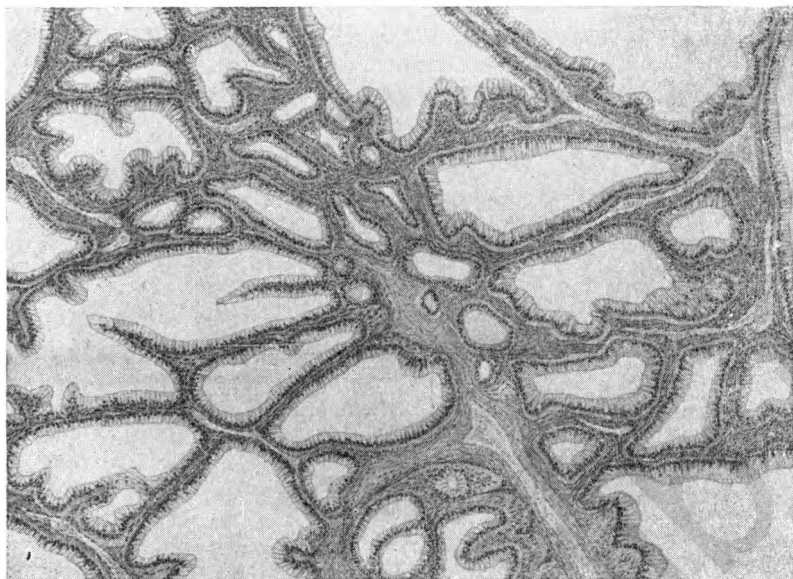


Рис. 108. Псевдомуцинозная киста яичника.



Рис. 109. Псевдомуцинозная киста яичника;  
начальная стадия образования дочерней кисты —  
врастание эпителия.

окрашивающийся муцикармином, но в отличие от муцина не осаждающийся при действии уксусной кислоты. Содержимое псевдомуцинозной кисты имеет вид густой, тягучей, студенистой, коллоидной или

жидкой, слизеподобной массы. Эпителиальные клетки обладают особым характером роста — по направлению кнаружи (центрифугально). Это так называемый эвертирующий рост. В результате эвертирующего роста образуются выступы, в которых в дальнейшем возникают подосты (рис. 109). В псевдомуцинозных кистах, однако, можно найти

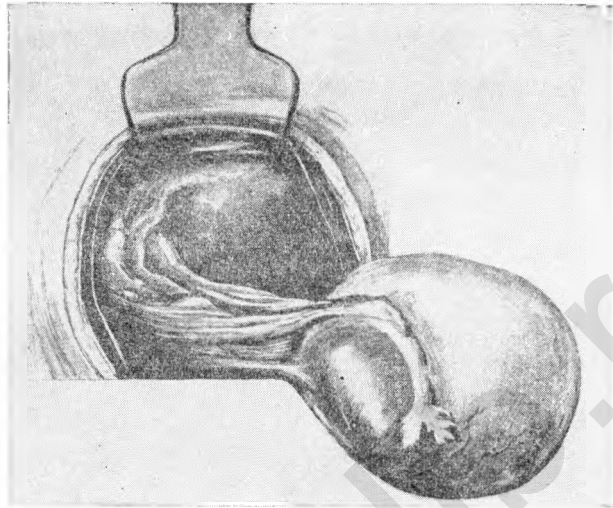


Рис. 110. Ножка кисты яичника.

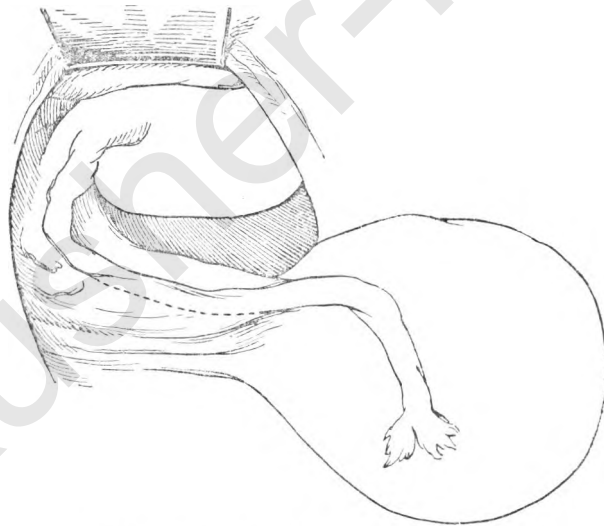


Рис. 111. Ножка кисты яичника (схема).

участки стенки с инвертирующим (внутри — центрипетальным) ростом, характерным для серозных кистом. Иногда наряду с опухолевыми элементами удастся обнаружить небольшие участки нормальной яичниковой ткани с фолликулами в различной стадии развития.

Киста обычно имеет ножку (рис. 110 и 111). Анатомическая ножка состоит из трех образований: воронкообразной, или подвешивающей, связки яичника (*lig. infundibulo-pelvicum seu lig. suspensorium ova-*

gii), собственной связки яичника (lig. ovarii propria) и части широкой связки (mesovarium).

Термином «хирургическая ножка» обозначают те анатомические образования, которые приходится пересекать и перевязывать во время операции. В состав хирургической ножки кистомы, кроме указанных выше образований, входит фаллопиева труба. Ширина анатомической ножки колеблется от 1—2 до 15—20 см. В ней проходят кровеносные сосуды (a. ovarica), анастомоз яичниковой артерии с маточной, лимфатические сосуды, ведущие к поясничным лимфатическим узлам, и нервы (n. ovaricus).

### Серозная (сосочковая) кистама (с мерцательным эпителием)

Серозная (сосочковая) кистама представляет собой опухоль яичника, макроскопически и микроскопически отличную от псевдому-

цинозной кистомы. Она часто (свыше 50% случаев) бывает двусторонней, причем редко достигает величины головы взрослого человека. Стенка опухоли тонкая, покрыта снаружи зародышевым эпителием яичника. Затем следует соединительнотканый и внутренний эпителиальный слой. Соединительнотканый слой стенки опухоли снаружи более плотный, внутри — рыхлый с довольно значительным количеством сосудов. Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность серозных кистом, призматический, более низкий, чем в псевдому-



Рис. 112. Серозная кистама яичника.

цинозных кистомах. Ядра эпителиальных клеток крупные, расположены в центральной части клетки; определяются также (на свежих препаратах) группы мерцательных клеток (рис. 112). При разрезе опухоли на внутренней ее поверхности часто выступают множественные сосочковые разрастания (рис. 113). Иногда эти разрастания расположены очень густо и напоминают цветную капусту. Нередко папиллярные сосочки прорастают стенку опухоли, выходя на ее наружную поверхность (рис. 114), что создает угрозу диссеминации опухоли (см. ниже). Каждый сосочек имеет рыхлую, богато снабженную сосудами соединительнотканную основу. При микроскопическом исследовании во многих сосочках можно обнаружить явления отека, а иногда и отложение извести.

Содержимое серозных кистом представляется жидким, прозрачным и имеет коричневый, красноватый или грязно-желтый цвет. В отличие от псевдомуцинозных кистом псевдомуцин отсутствует; определяется белок.

Изредка наблюдаются так называемые простые серозные кистомы [cystoma serosum simplex — Кермаунер (Kermauner)]. Это однокамерные кисты, покрытые низким цилиндрическим или кубическим

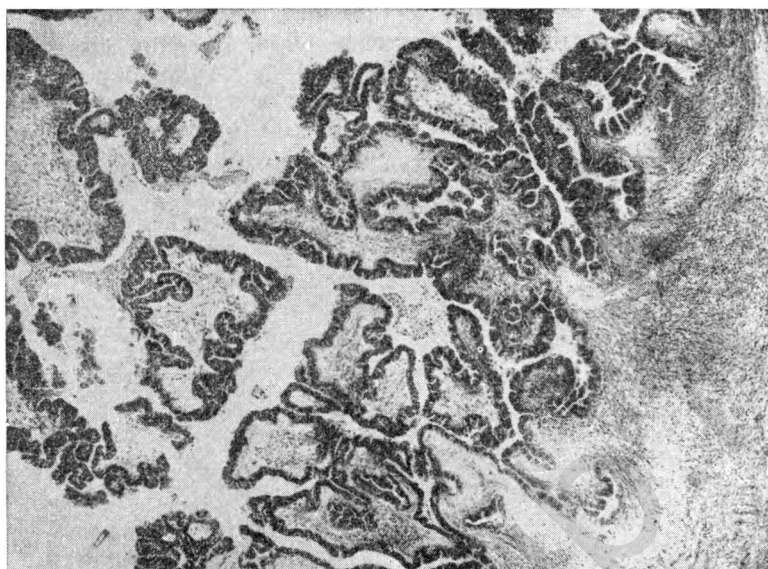


Рис. 113. Папиллярная киста яичника (сосочковые разрастания).

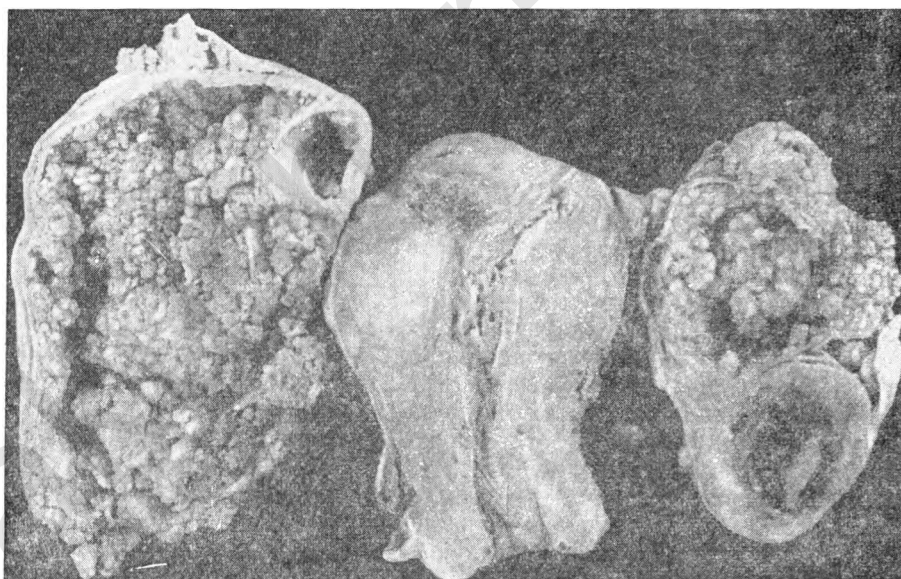


Рис. 114. Двусторонняя папиллярная киста яичника.

эпителием; содержимое их серозное, стенка — толстая. В большинстве случаев на внутренней поверхности подобных кист нет папиллярных разрастаний.



Клиническое течение и симптоматология неосложненных кистом яичника. Развитие кистом яичника у ряда больных не отражается на их общем состоянии, не давая вначале никаких болезненных симптомов (ни общих, ни местных). При небольших подвижных опухолях яичников не нарушается ни аппетит, ни функция желудочно-кишечного тракта и мочевых путей, ни менструальный цикл. Менструальная функция изменяется редко — при нарушении общего состояния (развитие кахексии) и злокачественном (раковом) характере опухоли.

Детородная функция, как правило, также не нарушается. Даже у больных, страдающих двусторонним раком яичников, возможно наступление и прогрессирование беременности. Однако при развитии беременности чаще возникает ряд осложнений: перекручивание ножки опухоли, боли, связанные с ущемлением ее, нарушение мочеиспускания. Иногда возникает самопроизвольный аборт (редко). Подвижная киста на ножке обычно не представляет затруднений при родах (опухоль поднимается высоко над входом в таз). Однако в послеродовом периоде нередко происходит перекручивание ножки опухоли (см. ниже).

При развитии кистом, как правило, не наблюдается болей.

Прогрессирующее увеличение объема опухоли обуславливает, наконец, рост окружности живота, что заставляет больную обратиться к врачу. Если опухоль ограниченно подвижна, имеет короткую ножку или растет внутрисвязочно, то и при небольших размерах ее возникает ряд болезненных симптомов: боли в животе и пояснице, чувство тяжести, иногда частые позывы на дефекацию, затруднение дефекации и расстройство мочеиспускания. Эти симптомы обуславливаются ущемлением опухоли в малом тазу, смещением и нарушением функции соседних органов (мочевых путей и кишечника), прижатием нервных стволов. При чрезмерно больших размерах кистомы больные жалуются на одышку, сердцебиение, появляются отеки нижних конечностей, действие кишечника нарушается. Развитие гигантской опухоли яичника (что в настоящее время почти не приходится наблюдать) обуславливает резкое исхудание больной, потерю трудоспособности и картину прогрессирующей кахексии. В доантисептическое время такие больные погибали от кахексии или от вторичной септической инфекции, чаще всего в связи с повторной пункцией кистомы через переднюю брюшную стенку.

### **Осложнения, встречающиеся при кистомах яичников**

Наиболее часто наблюдаются следующие осложнения:

1. Перекручивание ножки опухоли.
2. Сращения опухоли с соседними органами и инфицирование опухоли.

3. Прорыв опухоли в соседние органы, разрыв стенки опухоли.

4. Злокачественное превращение (малигнизация) опухоли.

1. Перекручивание ножки кистомы. Перекручивание ножки кистомы (рис. 115) возникает довольно часто, особенно при наличии благоприятствующих условий: большая подвижность опухоли, небольшие размеры ее, значительное растяжение передней брюшной стенки (отвислый живот), беременность, послеродовой период [по Ф. Кермаунеру, перекручивание ножки опухоли наблюдалось в 11,53%, по А. Майеру (A. Mayer) — в 14,5—29%].

Моменты, непосредственно обуславливающие перекручивание ножки кистомы, точно не известны. Возможно, что перекручивание возникает при внезапном выскальзывании опухоли из малого таза в большой, при поднятии большой тяжести, при резком повороте туловища больной (прыжок, физкультурное упражнение, окончание родового акта). Если перекручивание ножки опухоли происходит постепенно и кровоснабжение ее не нарушается, не возникает никаких болезненных симптомов, перекручивание ножки опухоли диагностируется только во время операции.

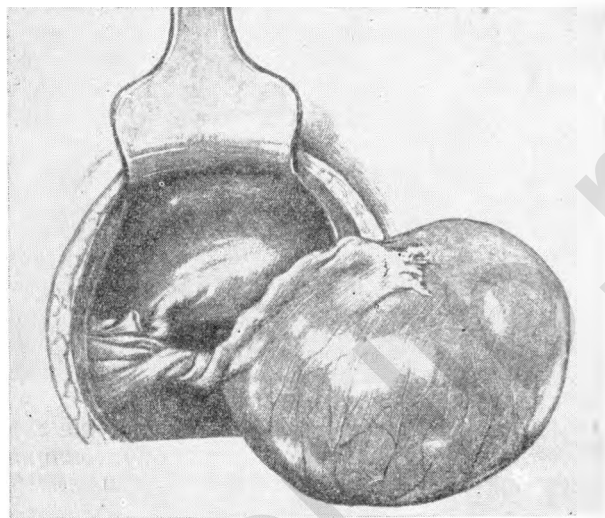


Рис. 115. Перекручивание ножки кистомы яичника.

При внезапном перекручивании ножки опухоли на  $180^\circ$  и больше прежде всего нарушается проходимость вен; просвет артерий сохраняется; ток крови в тонкостенных венах резко нарушается или совсем прекращается; возникает венозная гиперемия. При дальнейшем перекручивании ножки резко нарушается кровоснабжение и питание опухоли. Такое перекручивание ножки опухоли сопровождается болями в животе, тошнотой, рвотой, вздутием кишечника, учащением пульса. При резких болевых ощущениях и значительном кровоизлиянии в полость опухоли отмечается картина шока с падением артериального давления и явлениями обескровливания. Температура у больной вначале не изменяется; в последующие дни она становится субфебрильной (всасывание крови, некротических масс), иногда же повышается до  $38-39^\circ$ . Через несколько часов (реже через сутки) после начала приступа острые болевые ощущения ослабевают, но не исчезают. При исследовании определяется напряжение брюшных стенок над опухолью, ограничение ее подвижности, увеличение размеров опухоли, болезненность при попытке сместить опухоль. Повышение температуры и в особенности наличие гектической температуры, резкое учащение пульса, изменения со стороны крови (лейкоцитоз, ускоренная РОЭ, сдвиг формулы белой крови влево) указывают на инфицирование опухоли (см. ниже).

Перекручивание ножки опухоли может обусловить нарушение целостности сосудов, питающих стенку опухоли, и кровоизлияние в нее. Изредка кровоизлияние в опухоль возникает после травмы. Однако в таких случаях оно редко бывает столь значительным, что вызывает нарушение общего состояния женщины, анемизацию и состояние шока (бледность кожи и слизистых оболочек, субнормальная температура, резкое учащение пульса, падение артериального давления). Опасное для жизни внутреннее кровотечение может возникнуть вследствие отрыва тонкой перекрученной ножки опухоли. Однако сосуды перекрученной ножки обычно затромбированы и разрыв ее не ведет к кровотечению. Опухоль, лишенная ножки, утрачивает связь с половыми органами и превращается в свободное тело, лежащее в брюшной полости.

2. Сращения с соседними органами и инфицирование опухоли. Возникновению сращений благоприятствует перекручивание ножки опухоли и связанные с этим нарушение питания, кровоизлияние в стенку опухоли, слущивание эпителия. Наличие сращений опухоли с соседними органами представляет серьезное осложнение: возникают болевые ощущения, смещение соседних органов (мочевого пузыря, матки, кишечника) с нарушением их функции. Оперативное удаление подобной опухоли может представлять большие трудности и создает опасность травмирования соседних органов (кишечника, мочевых путей).

Перекручивание ножки опухоли и образование сращений способствуют развитию редкого в настоящее время осложнения — инфицирование опухоли. Возникновение подобного осложнения следует объяснить распространением инфекции лимфогенным путем или *per continuitatem* из кишечника. Описаны случаи инфицирования и нагноения опухолей яичников без перекручивания ножки и сращений с соседними органами. В подобных случаях инфицирование опухоли происходит, очевидно, метастатическим путем (например, при брюшном тифе). Симптомами подобного осложнения являются нарушение общего состояния больной, лихорадочное состояние (гектическая температура), учащение пульса, ускорение РОЭ, лейкоцитоз; сдвиг формулы белой крови влево, нередко болезненность и малая подвижность опухоли.

3. Прорыв содержимого опухоли в свободную брюшную полость (перитонит) или (чаще) вскрытие опухоли в соседние органы (мочевой пузырь, кишечник, влагалище). Опасность этого осложнения возникает при отсутствии своевременной диагностики и лечения нагноившейся кисты яичника. При прорыве содержимого инфицированной опухоли в свободную брюшную полость наблюдаются острые боли в животе, резкое ухудшение общего состояния больной (учащение пульса, сухость языка, икота, рвота) и симптомы разлитого гнойного перитонита; размеры опухоли иногда заметно уменьшаются. К счастью, инфицированная опухоль часто бывает окружена сращениями. В этих случаях прорыв ее сопровождается развитием лишь ограниченного перитонита и осумкованного гнояника. При угрозе прорыва инфицированной кисты в мочевой пузырь могут наблюдаться дизурические явления, учащенное мочеиспускание; если прорыв опухоли произошел, то возникают явления острого цистита (дизурия, пиурия); в дальнейшем иногда наблюдается развитие восходящей инфекции мочевых путей. При прорыве содержимого инфицированной кисты в толстый кишечник возникают явления колита (спазматические боли, примесь гноя к калу).

При длительном нагноении опухоли и прорыве ее в соседние полые органы развиваются клинические явления септического процесса, иногда с метастазами в отдаленные органы. Прогноз заболевания у больных такого рода становится крайне серьезным.

Разрыв опухоли — очень редкое осложнение. Причины его различны: чаще всего травма, падение, реже неосторожное исследование врача. Самопроизвольный разрыв кистомы может возникнуть при нагноении опухоли, наличии тонкостенной опухоли и очень быстром росте ее, чрезмерном накоплении жидкого содержимого опухоли.

При разрыве стенки опухоли обычно возникают острые боли в животе и клинические симптомы шока: реже наблюдаются симптомы острого внутреннего кровотечения вследствие разрыва сосудов, питающих опухоль; размеры опухоли внезапно уменьшаются или же она совсем не определяется. Гораздо реже разрыв неинфицированной кистомы не сопровождается столь яркими симптомами и обнаруживается только при операции.

Разрыв стенки кистомы создает опасность дальнейших осложнений, а именно: а) имплантации элементов опухоли (при серозной кистоме); б) метастазирования (при злокачественной опухоли); в) образования (развития) псевдомиксомы брюшины.

Псевдомиксома брюшины чаще всего возникает в результате имплантации частиц стенки псевдомуцинозной кистомы со слизеобразующим эпителием. Реже псевдомиксома брюшины возникает в результате перфорации червеобразного отростка, превращенного в псевдомиксоматозную опухоль, из кишечного дивертикула и из остатков ductus omphalo-enterici, так называемой энтерокистомы. Слизь, попавшая в брюшную полость, вызывает реактивные изменения со стороны брюшины: образование спаек, прорастание сосудов, образование на поверхности брюшины многочисленных отложений, напоминающих студень (отложения не удается отделить от окружающей ткани). После оперативного удаления этих масс возникает рецидив; появляются запоры, метеоризм, наступает потеря аппетита, развивается кахексия. При множественной имплантации элементов, продуцирующих слизь, определяется увеличение живота, резкое напряжение передней брюшной стенки; ни перкуторно, ни пальпаторно определить четкие границы опухоли не удается.

4. Злокачественное превращение (малигнизация) опухоли (стр. 234) — это очень опасное осложнение кистом. Наиболее часто малигнизируются серозные (цилоэпителиальные) кистомы, реже — псевдомуцинозные.

Течение так называемых простых серозных кистом (Кермаунер) более благоприятно, чем серозных кистом с папиллярными разрастаниями.

Диагностика кистом яичника. Своевременная диагностика опухоли яичника является чрезвычайно важной, так как от правильно и своевременно поставленного диагноза зависит решение вопроса о необходимости оперативного удаления опухоли.

Остановимся на диагностике небольших кистом яичника, не выходящих за пределы малого таза. Небольшая кистома яичника представляет собой опухоль, обычно расположенную в крестцовой впадине кзади и сбоку от матки. Форма опухоли овоидная или округлая, консистенция — эластическая (в отличие от дермоида, который имеет плотную консистенцию), поверхность гладкая, иногда бугристая (многокамерная кистома). При смещении опухоли нередко удается определить ножку ее и отделить опухоль от матки. Для прощупывания

ножки кистомы пользуются следующим приемом. Раскрыв зеркалами влагалище и обнажив шейку матки, последнюю захватывают пулевыми щипцами. Удалив зеркало, ассистент низводит шейку матки ко входу во влагалище, а врач, исследуя больную через прямую кишку и переднюю брюшную стенку, определяет ножку опухоли и ее отношение к матке. Если опухоль имеет длинную ножку, то при значительном смещении ее матка (и пулевые щипцы) смещается очень незначительно.

При диагнозе опухоли (в частности, кистомы) яичника необходимо прежде всего установить следующее: 1) является ли опухоль истинной или ложной; 2) исходит ли она из половых органов (матки, труб или яичника); 3) характер опухоли и наличие осложнений; 4) топографию опухоли.

При решении указанных выше вопросов необходимо учитывать данные анамнеза, а также помнить, что небольшие кистомы на длинной ножке могут смещаться кверху (до подреберья), а дистопированные органы (например, почка) — располагаться в малом тазу. Поэтому в ряде случаев нельзя ограничиться лишь методами влагалищного и прямокишечного исследования, но надо использовать и общепринятые методы диагностики опухолей органов брюшной полости (осмотр, пальпация, перкуссия), а в ряде случаев и методы рентгенологического и урологического исследования (цистоскопия, катетеризация мочеочников, пиелография).

При дифференциальном диагнозе между кистой яичника и псевдоопухолью необходимо помнить о возможности ошибочного распознавания опухоли при наличии переполненного мочевого пузыря, растянутой газами петли кишечника, эхинококка или туберкулеза половых органов. Предварительное опорожнение мочевого пузыря и кишечника является обязательным условием для предотвращения диагностической ошибки. При перкуссии передней брюшной стенки над кистой яичника определяют притупление, над кишечником — тимпанит.

Диагноз эхинококка яичника может быть установлен на основании данных анамнеза (указание на предшествующие оперативные вмешательства по поводу эхинококка), объективного исследования (обнаружение нескольких кистозных опухолей брюшной полости — печени, кишечника), анализа крови (повышенное до 5—7% количество эозинофилов), положительной реакции Кацони.

Дифференциальный диагноз между кистой яичника и туберкулезом придатков матки основывается на учете данных анамнеза (заболевание туберкулезом в семье, наличие у больной туберкулеза легких, брюшины), обнаружении двустороннего поражения придатков матки.

Если опухоль определяется в малом тазу, то при недостаточно четком отграничении ее от матки необходимо исключить возможность маточной беременности или миомы матки. Кроме того, нужно дифференцировать кистому яичника от воспалительных процессов (туб, яичников, брюшины, клетчатки) и дистопии органов (почки, селезенка).

Для исключения диагноза беременности (нормальной и патологической — в ретрофлексированной матке, внематочной) надо прежде всего учесть данные анамнеза, отсутствие менструаций, наличие ощущений, свойственных беременности, болей, кровянистых выделений из матки (при патологической беременности) и проверить наличие (resp. отсутствие) изменений, свойственных беременности (секреция молочных желез, пигментация околососковых кружков, лица, срединной

линии тела, цианоз слизистой влагалища шейки и матки, увеличение и изменение консистенции матки). В сомнительных случаях целесообразно повторно осмотреть больную через 10—12 дней. Для распознавания крайне редко встречающегося в настоящее время ущемления беременной ретрофлексированной матки необходимо исследовать больную через влагалище и через прямую кишку. Оценка данных анамнеза (аменорея, другие признаки беременности), указание на затруднение мочеиспускания, пальпация довольно плотной, увеличенной, ретрофлексированной матки позволяют без особого труда провести дифференциальный диагноз между кистой яичника и ущемлением ретрофлексированной матки.

После исключения диагноза маточной беременности необходимо принять во внимание возможность внематочной (чаще всего трубной) беременности, прогрессирующей или прервавшейся. При дифференциальном диагнозе нужно учесть данные анамнеза (нарушение менструаций, болевые ощущения, явления анемизации) и объективного исследования (неправильная форма и нечеткие границы увеличенной трубы, тестоватая консистенция и малая ее подвижность).

Необходимо далее провести дифференциальное распознавание между кистой яичника и миомой матки. Миомы матки часто множественны, плотной консистенции, хорошо определяется переход шейки матки в тело, узлы различной величины и формы. Некоторое значение имеет также применение пробы с пулевыми шипцами, наложенными на влагалищную часть шейки матки (см. главу II), и зондирование матки. При наличии изолированного субсерозного узла на ножке дифференциальная диагностика может представлять известные трудности. Правильный диагноз облегчается, если у больной отмечается гиперполименорея, опухоль плотной консистенции, с бугристой поверхностью. Киста яичника обычно имеет туго-эластическую (реже плотную — дермоидная киста) консистенцию. Поверхность опухоли гладкая, иногда слегка неровная (многокамерная киста); нарушений менструального цикла, как правило, не наблюдается.

После исключения беременности или миомы матки следует дифференцировать между кистой яичника и воспалительным процессом в трубах. Из данных анамнеза важны при воспалительных процессах указания на связь заболевания с началом половой жизни, абортom, родами. Нередко больные указывают на повторные обострения, бесплодие (вторичное или первичное). В острой стадии воспалительного процесса с образованием экссудата в клетчатке малого таза или в маточно-прямокишечном углублении брюшины общее состояние нарушено, температура повышена, пульс учащен, определяется лейкоцитоз, РОЭ ускорена. При наличии экссудата в маточно-прямокишечном углублении определяется выпячивание заднего свода влагалища. При боковом или заднем параметрите (исследование через прямую кишку) инфильтрат сливается со стенками таза, языкообразной формы (подробнее см. в главе IV). В хронической стадии воспалительного процесса при организации экссудата консистенция его плотная, поверхность часто неровная, подвижность отсутствует или резко ограничена. Яичник при воспалительном процессе лишь незначительно увеличен, болезнен, обычно окружен сращениями. Воспаление яичников большей частью является двусторонним.

При диагнозе кисты яичника важно также определить, является ли она псевдомуцинозой или серозной. Дифференциальная диагностика этих опухолей нередко бывает затруднительной. Известное зна-

чение имеют следующие признаки: серозные кистомы не достигают больших размеров — диаметр их редко превышает 15—20 см. Псевдомуцинозные кистомы достигают иногда огромных размеров. Серозные кистомы чаще, чем псевдомуцинозные, двусторонни (по М. С. Малиновскому, в 60—80%). Поверхность серозных кистом обычно гладкая, псевдомуцинозных — нередко неровная (многокамерная кистома). При серозной кистоме часто возникает асцит. Подобные осложнения редко наблюдаются при псевдомуцинозных кистомах. Однако при наличии двусторонних бугристых опухолей яичников и асцита всегда следует подумать о диагнозе рака яичников (стр. 234). Серозные кистомы часто (по М. С. Малиновскому, в 50%) бывают межсвязочными, псевдомуцинозные — редко. По Ф. Кермаунеру (F. Kermauner), серозные кистомы растут межсвязочно в 12%, псевдомуцинозные — в 6%.

Клиническая симптоматология различных осложнений кистом (перекручивание ножки, инфицирование, прорыв стенки) описана выше. Наличие соответствующих симптомов позволяет распознавать эти осложнения.

При диагнозе кистомы яичника необходимо также распознавать отношение ее к широкой связке, а также исключить паровариальную кисту. Уточнение этих вопросов имеет существенное значение для терапии, так как оперативное удаление внутрисвязочных опухолей представляет ряд особенностей. Кистома, развивающаяся между листками широкой связки, мало подвижна или неподвижна и смещает матку в сторону от средней линии. Нижний полюс межсвязочной кистомы нередко выпячивает боковой или задний свод влагалища.

Дифференциация внутрисвязочно расположенной кистомы яичника от паровариальной кисты нередко бывает затруднительной. Правильная диагностика облегчается, если удается определить неизменный яичник отдельно от кисты.

Диагностика больших кистом яичника. При распознавании больших кистом яичника, верхняя граница которых находится выше плоскости входа в малый таз, необходимо прежде всего исключить: 1) беременность; 2) асцит; 3) значительное ожирение передней брюшной стенки, а также опухоли других органов брюшной полости (кишечника, сальника) и забрюшинных органов.

Для исключения диагноза беременности требуется: тщательно собранный анамнез, осмотр (пигментация лица, сосков и срединной линии живота), пальпация (прощупывание головки, мелких частей плода) и аускультация (сердцебиение, движение плода). В затруднительных случаях производят реакцию Ашгейма-Цондека и рентгенографию (контуры скелета плода).

Асцит часто возникает вследствие декомпенсации сердечно-сосудистой системы, цирроза печени, болезни почек. Эти заболевания должны быть исключены путем тщательного опроса и исследования.

Живот при асците имеет (при положении больной на спине) лягушачью форму (растянут в стороны) (рис. 116), тогда как при

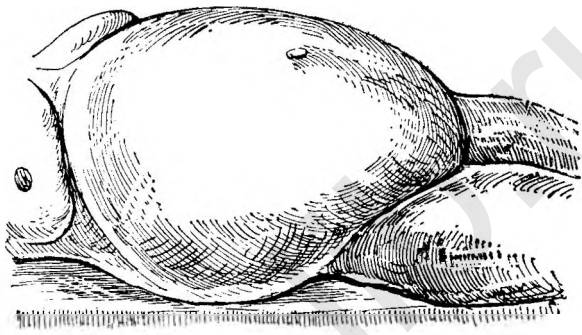


Рис. 116. Форма живота при асците.

кистоме форма живота куполообразная (рис. 117). При перкуссии у больных с асцитом определяется притупление перкуторного звука в боковых отделах живота; если на поверхность жидкости всплывает (при длинной брыжейке) кишечник, то мы определяем тимпанический звук в эпи-, а иногда в мезогастральной области; граница этого звука имеет книзу выпуклые очертания и переходит в область притупления (над жидкостью). При перкуссии над опухолью яичника определяется только тупой звук, без зоны прояснения, а в окружности опухоли — тимпанит. При асците отчетливо определяется флюктуация и смещение зоны тупого тона в зависимости от перемены положения тела больной. При кистоме флюктуация жидкости выражена неясно; смещения границ тупого звука при перемене положения больной (если опухоль неподвижна) не наблюдается.

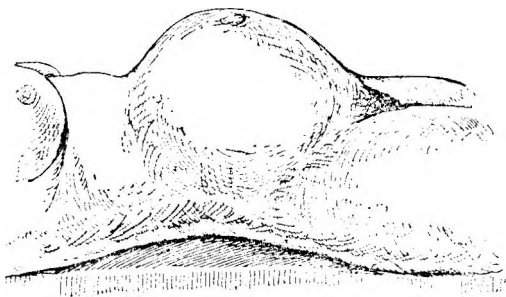


Рис. 117. Форма живота при кистоме яичника.

Опухоли брюшной стенки (например, десмоиды, фибромы, саркомы) встречаются весьма редко. Они лежат более поверхностно, легко обнаруживаются при осмотре, довольно отчетливо пальпируются. При горизонтальном положении больной опухоль во время вдоха и выдоха движется вперед и назад вместе с передней брюшной стенкой, тогда как внутрибрюшинная опухоль, расположенная в эпи- или мезогастральной области, перемещается вверх и книзу. При сокращении мышц живота (когда больная приподнимается, принимая вместо горизонтального положения полусидячее), опухоль, расположенная в брюшной стенке, фиксируется [признак Бушакура (Bouchacourt)] и не исчезает в глубине, а, наоборот, еще больше выпячивает переднюю брюшную стенку.

Опухоли органов брюшной полости, обладающие подвижностью, могут исходить из матки, яичника, сальника, брыжейки кишечника. При постановке диагноза нужно учитывать указание больной на место (эпигастральная, мезогастральная, или гипогастральная область), где впервые была обнаружена опухоль, и направление ее дальнейшего роста.

Важно обращать внимание на то, в каком направлении легче (или труднее) сместить опухоль. Так, опухоль яичника с недлинной ножкой лишь ограниченно смещается вверх и затем возвращается в исходное положение; опухоль почки, наоборот, трудно смещается книзу и легко перемещается в подреберную область.

Опухоли кишечника при наличии длинной брыжейки сохраняют до известной степени цилиндрическую форму и могут самостоятельно изменять свое положение в брюшной полости, что связано с изменением внутрибрюшного давления и перистальтики кишок. Подобное перемещение опухоли наблюдается при наличии опухоли тонкого кишечника и поперечноободочной кишки. Опухоли кишечника часто злокачественны и характеризуются нарастанием явления стеноза кишечника и появлением крови в кале.



Опухоль сальника (редко первичная, доброкачественная) располагается поверхностно, обладает большой подвижностью, не сопровождается функциональными нарушениями со стороны органов брюшной полости. В сальнике часто наблюдаются изменения воспалительного характера (туберкулез или неспецифическая инфекция), реже опухоли. Туберкулезное поражение сальника обычно сочетается с туберкулезом брюшины. При этом нередко определяют асцит и уплотнение сальника в форме жгута. При наличии изменений сальника воспалительного характера его подвижность ограничена.

Кисты брыжейки тонкой кишки могут имитировать кистому яичника. Обычно кисты брыжейки располагаются в мезогастральной области и легко смещаются как по горизонтали, так и по кругу. При перкуссии передней брюшной стенки не только над областью расположения кисты брыжейки, но и в окружности ее определяется тимпанический звук, тогда как над кистой яичника — тупой. Подробнее об опухолях органов брюшной полости см. в руководствах хирургии и терапии.

Опухоли, расположенные забрюшинно, имеют в большинстве случаев следующие характерные черты: а) они глубоко расположены в полости живота; б) мало или совсем не смещаются при дыхании; в) прикрыты спереди желудком и петлями кишечника.

При опухолях почки нередко наблюдаются гематурия и боли: наличие гематурии влечет за собой необходимость дополнительных исследований, в частности, рентгенографии с применением контрастных веществ.

При дифференциальном диагнозе между ретенционной кистой поджелудочной железы и кистой яичника необходимо учесть: а) данные анамнеза о перенесенных инфекционных заболеваниях, воспалительных процессах, травме; б) расположение опухоли в эпигастральной области слева от средней линии тела. Из субъективных симптомов имеют значение чувство тяжести и полноты в желудке, иногда боли в области солнечного сплетения, иррадиирующие в левое плечо, левое подреберье, подвздошную ямку, вздутие, затруднение проходимости кишечника, поносы, из объективных данных — появление желтухи, асцита, отека ног и поясницы. В дуоденальном содержимом находят уменьшение концентрации панкреатических ферментов.

При очень больших опухолях, выполняющих всю брюшную полость, точное распознавание, откуда исходит опухоль, нередко представляет большие трудности. Пункция опухоли с целью уточнения диагноза не рекомендуется ввиду опасности диссеминирования элементов опухоли, ранения кишечника, угрозы инфекции. Как крайняя мера при невозможности точного определения характера опухоли показано диагностическое чревосечение.

**Профилактика.** Рациональная профилактика доброкачественных опухолей яичников в настоящее время невозможна ввиду того, что этиология этих опухолей еще не известна, и ранние симптомы часто отсутствуют. Существенным мероприятием в целях раннего выявления таких опухолей является санитарно-просветительная работа среди женщин и гинекологические осмотры всех женщин (не реже 2 раз в год).

**Прогноз.** При неосложненных кистомах яичника прогноз вполне благоприятен при условии немедленного оперативного лечения и гистологического подтверждения доброкачественного характера удаленной опухоли. При осложненных кистомах, в особенности при нагноении или малигнизации опухоли, прогноз весьма серьезен.

Больная, подвергшаяся операции по поводу кистомы яичника, подлежит дальнейшему наблюдению в течение не менее 5 лет (возможно развитие опухоли во втором яичнике).

**Лечение.** В настоящее время нет разногласий по вопросу о лечении больных с опухолью яичника. Терапия должна быть только оперативной. Операцию необходимо произвести немедленно после установления диагноза независимо от размеров опухоли (больших или малых) и наличия или отсутствия болезненных симптомов. Такая установка связана с большим процентом (10—15) разнообразных осложнений (перекручивание ножки, сращения, инфицирование опухоли,

прорыв ее содержимого в соседние органы), а также склонностью этих опухолей (в особенности серозных кистом) к малигнизации.

История оперативного лечения кистом яичника весьма поучительна. В течение длительного времени (в период антисептики) хирурги вследствие опасности перитонита не решались удалять кистому яичника, ограничиваясь производством пункции через брюшную стенку. Результаты такой консервативной терапии были плачевными: опухоль прогрессировала (увеличивалась), и содержимое ее нередко инфицировалось, создавая при последующей пункции условия для развития гнойного перитонита. При злокачественном характере опухоли пунк-

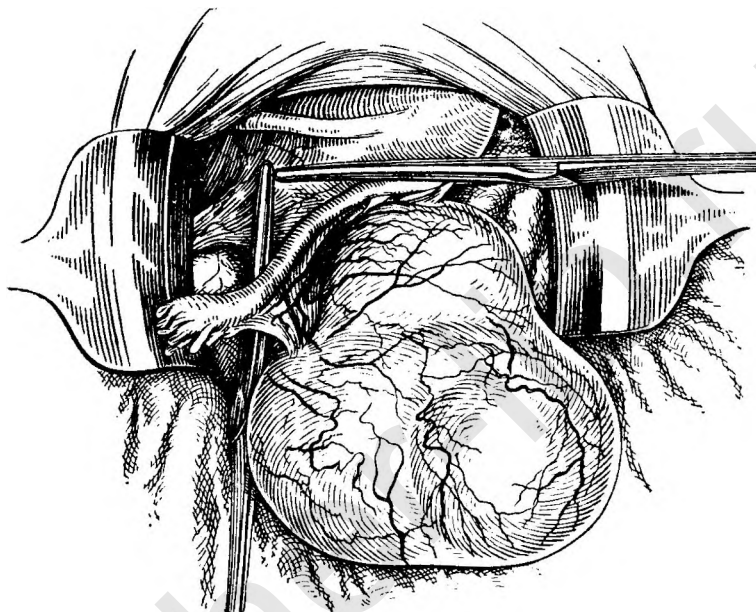


Рис. 118. На хирургическую ножку кистомы (lig. suspensorium ovarii, lig. ovarii proprium, mesovarium tuba Fallopii) наложены 2 зажима.

ция ее, понятно, сопровождалась диссеминацией опухоли. В связи со столь печальными результатами пункций уже в конце XVIII и в начале XIX века отдельные авторы решались производить радикальное удаление кистом яичника. Заслуга разработки этой операции в нашей стране принадлежит А. Я. Крассовскому (1821—1898) и Н. В. Склифосовскому (1836—1904). А. Я. Крассовский произвел первую успешную овариотомию в 1862 г.

В настоящее время овариотомия является обычной типической операцией и производится во всех лечебных учреждениях, начиная с районной больницы.

Операция овариотомии (как и все чревосечения в гинекологии) производится под ингаляционным (эфирно-кислородным) наркозом, новокаиновой анестезией по способу А. В. Вишневого или при других способах обезболивания. После вскрытия брюшной полости кистому выводят в операционную рану и на ее ножку накладывают зажимы (рис. 118). Ножку опухоли рассекают и лигируют (рис. 119). Культю опухоли перитонизируют с помощью кистетного или узловатых швов.

Ввиду невозможности определить характер новообразования до операции, а также угрозы диссеминации его элементов рекомендуется удалять опухоль, не нарушая целости ее путем предварительного опо-

рождения. До окончания операции нужно рассечь удаленную опухоль, чтобы исключить злокачественный ее характер. Там, где возможно произвести срочное гистологическое исследование опухоли, следует это сделать. Необходимо также осмотреть второй яичник. При доброкачественном характере удаляемой кистомы последний, конечно, сохраняется. При операции по поводу серозной кистомы у пожилой женщины целесообразно (с целью профилактики рака во втором яичнике) удалить и второй яичник. При распознавании ракового превращения опухоли (тщательный осмотр удаленной опухоли, срочная гистологическая диагностика!) показана ампутация матки с придатками.

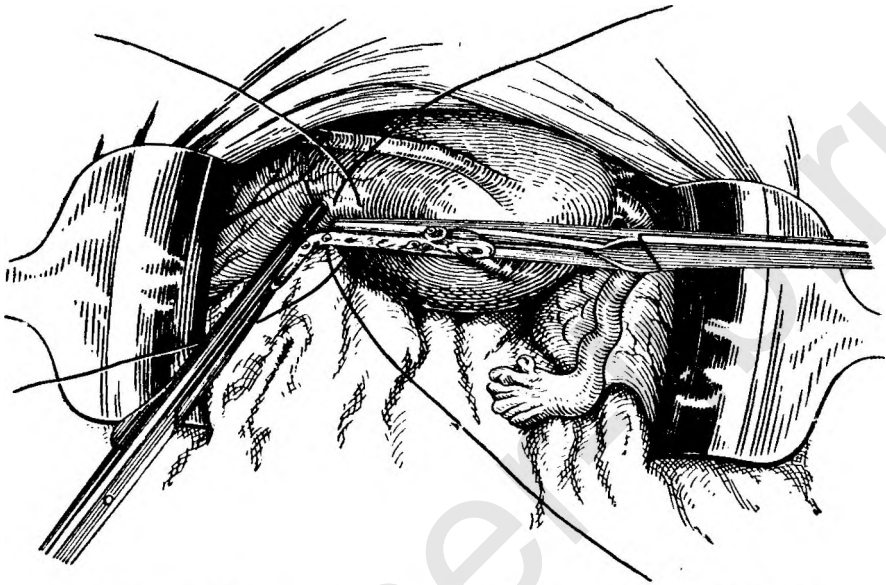


Рис. 119. Ножка кистомы рассечена, накладываются лигатуры.

При сочетании нормальной беременности и кистомы яичника показана овариотомия; беременность, как правило, не нарушается.

При сращении опухоли с соседними органами или внутрисвязочном расположении ее операция овариотомии может оказаться весьма сложной.

Трудоспособность. Трудоспособность женщины после операции овариотомии, как правило, полностью восстанавливается. Длительность временной нетрудоспособности непосредственно после операции зависит от состояния здоровья женщины до операции, особенностей оперативного лечения и течения послеоперационного периода.

## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

### **Рак женских половых органов**

Рак половых органов у женщин встречается значительно чаще, чем у мужчин. В табл. 1 представлены сравнительные данные о частоте (в процентах) отдельных форм рака у женщин и мужчин.

У женщин наиболее часто раком поражается матка (от 84,8 до 92,25% всех злокачественных опухолей половых органов), молочные железы, яичники и весьма редко — вульва, влагалище, трубы.

Таблица 1

Частота (в процентах) отдельных форм рака у женщин и мужчин

Локализация рака	Женщины	Мужчины
Рак половых органов	27	1,6
» молочных желез	10	0,3
» пищеварительного тракта и печени	46,5	79
» других органов	16,5	19,1

### Рак матки

Рак матки чаще всего (около 90%) поражает ее шейку и лишь в 10—12% — ее тело.

### Рак шейки матки

Рак шейки матки встречается по преимуществу у женщин в возрасте 40 лет и старше, рак тела матки — в основном в старческом возрасте, у женщин 50 лет и старше. Значительно реже рак матки

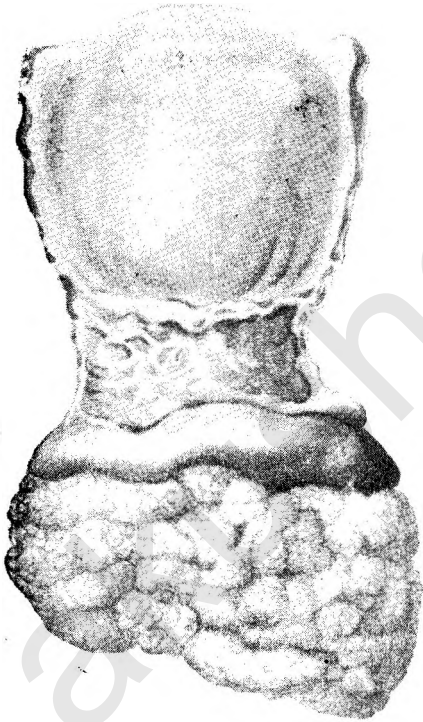


Рис. 120 Рак шейки матки (экзофитная форма).

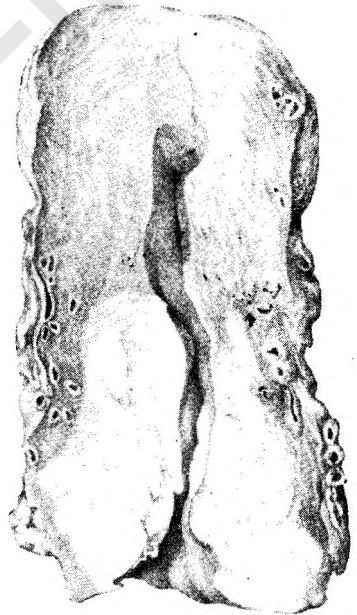


Рис. 121 Рак шейки матки (эндофитная форма).

наблюдается у более молодых женщин и у детей. Описаны единичные случаи рака матки у детей в возрасте 7 лет и даже 8 месяцев. Среди больных раком шейки матки преобладают повторнородившие и

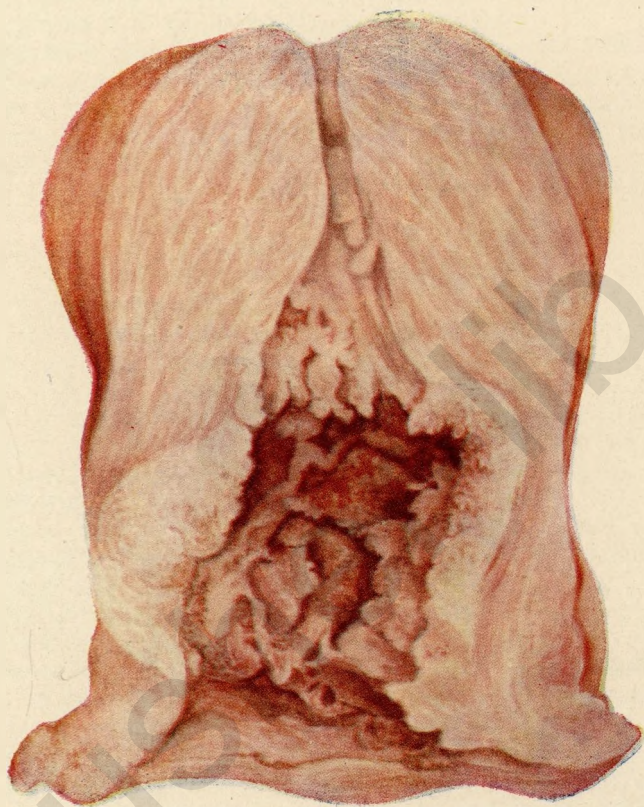


Рис. 122. Рак шейки матки с распадом (цирвикальная форма).

повторнородившие, у которых при аборте или родах произошли глубокие повреждения шейки матки с деформацией ее; у большинства из них был длительный воспалительный процесс. По данным В. В. Дьяконова, изучившего материал Казанской акушерско-гинекологической клиники (В. С. Груздев), 53,5% больных раком матки страдали до того воспалительными процессами половых органов. Значительно реже рак шейки матки развивается у женщин, не страдавших гинекологическими воспалительными заболеваниями, не подвергавшихся травме половых путей, не живших половой жизнью и небеременевших.

Различают так называемую экзофитную (рис. 120), эндофитную (рис. 121) и смешанную формы рака шейки матки.

При экзофитной форме рака шейки матки опухоль макроскопически представляется в виде цветной капусты, иногда больших размеров, и выполняет всю полость влагалища. Такая опухоль, сидящая на широком основании, исходит из гипертрофированной (вследствие разрастания соединительной основы) шейки матки. В таких случаях в основном над процессами распада преобладают процессы пролиферации.

При эндофитной форме раковая опухоль прорастает в толщу шейки матки; при ней преобладают процессы распада (рис. 122). В начальной фазе развития эндофитной формы рака влагалищная часть шейки матки не изменяется; в дальнейшем отмечается увеличение шейки матки; при эндоцервикальном росте рака шейка матки приобретает форму бочки. При распаде узла, близко расположенного к влагалищной части шейки матки, возникает обширная кратерообразная язва. Если узел опухоли распадается по направлению к каналу шейки матки, то язвы на влагалищной части шейки не образуется, появляются ациклические кровотечения из канала шейки.

Рак шейки матки в виде полипа на ножке представляет собой легко кровоточащую, часто покрытую серым налетом хрящевой или мягкой (при некрозе) консистенции.

По гистологическому строению различают плоскоклеточный (рис. 123) и цилиндроклеточный рак типа аденокарциномы шейки матки. Плоскоклеточный рак чаще исходит из влагалищной части шейки матки, цилиндроклеточный — из слизистой ее канала. Однако это не является правилом.

Распространение рака происходит в основном по лимфатическим путям и по клетчатке малого таза, значительно реже — гематогенно и периневрально. Индивидуальные особенности роста и распространения опухоли зависят от общего состояния больной, гистологических особенностей и топографии опухоли. Влияние нервной системы на развитие и метастазирование опухолей установлено исследованиями А. Д. Сперанского и его учеников, согласно которым при том или ином воздействии на нервную систему меняется характер метастазирования опухолей. Рак шейки матки распространяется в одних случаях медленнее, в других — быстрее, в зависимости от его локализации. Так, более злокачественное клиническое течение эндофитного рака шейки, при котором весьма рано, часто до появления первых клинических симптомов, происходит инфильтрация паравагинальной, параректальной клетчатки и поражение регионарных (lymphonodi hypogastricae, iliacae) лимфатических узлов.

Распространение рака по лимфатическим путям чаще всего проявляется в виде поражения ближайших регионарных лимфатических узлов, а затем и отдаленных: верхних поясничных и околопортальных (см. главу I «Анатомия и физиология женских половых органов»).

В отдельных случаях наблюдается изолированное поражение регионарных лимфатических узлов, в то время как участки лимфатических путей между первичной опухолью и метастазом, а также клетчатка свободны от элементов опухоли. При дальнейшем лимфогенном распространении опухоли возникают метастазы в легких, печени, реже — в надпочечнике, поджелудочной и щитовидных железах, в мозгу, костях, почках. Метастазы в яичник наблюдаются весьма редко, по отдельным авторам, частота их колеблется от 0 до 1,39%.

Переход рака шейки матки на тело матки можно рассматривать как распространение его по протяжению. Вполне допустимо, однако, что

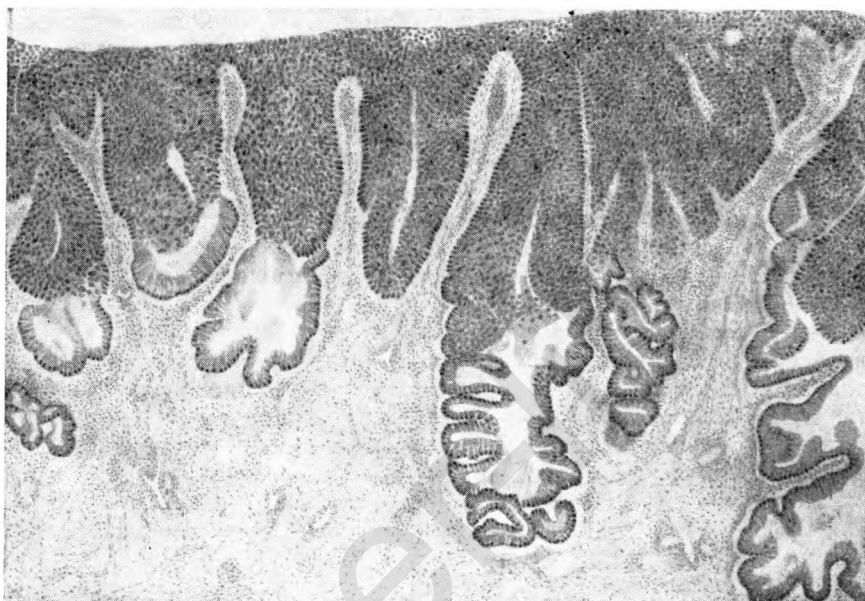


Рис. 123. Плоскоклеточный рак шейки матки.

рак шейки распространяется на влагалище и ретроградным лимфатическим путем. Распространение рака шейки матки по клетчатке происходит в различных направлениях: вправо и влево — в параметрии, кзади — в параректальную клетчатку, кпереди — в паравезикальную, книзу — в паравагинальную клетчатку. При распространении ракового инфильтрата на параметральную клетчатку возникает сдавление нервных сплетений (боли), нарушение функции мочеточников, их расширение, нарушение функции почек (гидронефроз) с последующим исходом в анурию и уремию. Прорастание раком стенки мочеточника происходит весьма редко. При распространении ракового поражения на паравезикальную клетчатку возникает буллезный отек слизистой мочевого пузыря с последующим прорастанием рака в стенку пузыря, некрозом раковых масс и образованием влагалищно-пузырного свища.

При раковой инфильтрации параректальной клетчатки в дальнейшем поражается прямая кишка, причем при распаде инфильтрата образуется влагалищно-прямокишечная фистула. В запущенных случаях при далеко зашедшем раке шейки матки влагалище превращается в клоаку, в которую истекает моча и выделяется кал.

Клиническое течение. Как указано выше, рак шейки матки развивается у одних больных медленнее, у других — быстрее.

Очень важно подчеркнуть, что у большинства больных рак шейки (и тела) матки не отражается вначале на общем состоянии (как это часто бывает при раке желудочно-кишечного тракта). Больные не отмечают ни нарушения питания, ни потери веса, ни нарушения трудоспособности. Наряду с этим не всегда выявляются ранние признаки со стороны половых органов; так, при развитии эндофитной формы рака шейки матки у ряда больных наблюдается длительное «немое» развитие болезни. Подобное течение болезни в ранних ее стадиях не должно, конечно, останавливать врача в его борьбе за предупреждение и раннюю диагностику рака шейки матки.

**Симптоматология.** Первоначальные признаки рака шейки матки имеют важнейшее значение для диагностики, но не являются, как указано выше, ни ранними в смысле времени их появления в процессе развития рака, ни патогномичными для рака. К таким признакам относятся бели и контактные кровотечения. Первым (но, к сожалению, не ранним!) симптомом, который должен привлечь внимание больной и врача, следует считать появление водянистых белей (сигнальный симптом). Появление белей у ребенка, девушки и женщины любого возраста, особенно в климактерическом и старческом возрасте, всегда требует со стороны врача пристального внимания и тщательного обследования такой больной. Появление белей с примесью крови (сукровичные бели), цвета мясных помоев, с ихорозным запахом свидетельствует о распаде и инфицировании опухоли и резко усиливает подозрение на рак. Контактные кровотечения появляются в виде небольших кровянистых пятен на белье, реже — в виде настоящего кровотечения. Они возникают при половом сношении, спринцевании, влагалищном исследовании, введении зеркал, иногда при дефекации. Наблюдаются также кровотечения в межменструальном периоде.

Все последующие симптомы (боли, симптомы со стороны соседних органов, изменение общего состояния больной) указывают на запущенность рака. Боли грызущего, вначале непостоянного характера, нередко отмечаются по ночам; в дальнейшем они прогрессируют и не прекращаются уже ни днем, ни ночью, лишая больную сна и отдыха, что тяжело, конечно, сказывается на общем ее состоянии.

При переходе рака на мочевой пузырь возникают дизурические явления (учащение и болезненность мочеиспускания, чувство давления на мочевой пузырь). При сдавлении мочеточников раковым инфильтратом возникают гидроуретер, гидронефроз, уремия. При распаде ракового инфильтрата в стенке мочевого пузыря возникает пузырно-влагалищная фистула. При распространении опухоли в параректальную клетчатку появляются затруднения со стороны дефекации (тенезмы). Прорастание и распад опухоли вместе со стенкой кишки влекут за собой образование прямокишечно-влагалищной фистулы. При распространении рака на влагалище и окружающую клетчатку больные отмечают, помимо ихорозных белей, чувство давления на низ, боли.

Общие симптомы при раке шейки матки наблюдаются при далеко зашедшей форме ракового процесса. К ним относятся чувство слабости, боли, анемизация, потеря аппетита, нарушение сна, кахексия, лихорадочное состояние, связанное с распадом и инфицированием опухоли. У отдельных больных развивается генерализованный септический процесс, восходящий перитонит, пиелонефроз. Длительность заболевания различна. При отсутствии распознавания и соответствующего



лечения больные раком шейки матки умирают в среднем через 3 года от начала заболевания. Причинами смертельного исхода обычно бывает уремия, перитонит, кахексия, метастазы в жизненно важные органы, сепсис, кровотечение из крупных сосудов.

**Диагностика.** Твердо установлено, что прогноз при лечении рака находится в прямой зависимости от степени распространенности ракового процесса, его стадии. Поэтому необходимо стремиться к раннему его распознаванию. Для успешного решения этой задачи требуется: 1) систематическая санитарно-просветительная работа среди широких слоев населения с целью ознакомления всех женщин с первоначальными признаками рака матки; 2) проведение регулярных (не реже 2 раз в год) профилактических гинекологических осмотров всех женщин в возрасте от 30 лет и старше; 3) тщательное исследование подозрительных на раковое образование больных. Последнее положение особенно важно, так как немало печальных случаев поздней диагностики рака подтверждает его. Глубоко прав К. К. Скробанский, говоря, что за немногими исключениями диагностика рака шейки матки нетрудна, и ошибки обуславливаются не объективной трудностью диагноза, а тем, что врач мало думает о возможности рака. При исследовании необходимо учитывать данные анамнеза, пользуясь комплексом объективных и лабораторных методов исследования.

В табл. 2 наглядно показано значение комплексного обследования больных (цит. по А. И. Сереброву) для правильной диагностики рака.

Таблица 2  
Зависимость диагностических ошибок от методов обследования больных

Метод обследования	% ошибок
Двуручное исследование	58,3
Двуручное исследование и осмотр с помощью зеркал	12,1
То же и биопсия	Единичные случаи

В анамнезе следует учитывать: 1) наличие длительного воспалительного процесса половых органов; 2) наличие эрозии шейки матки, длительно не заживающей или рецидивирующей в течение нескольких месяцев, а иногда и лет, несмотря на лечение; 3) указание на бывшую травму шейки матки; 4) бели; 5) контактные и ациклические кровотечения.

При объективном исследовании необходимо применять следующие специальные методы: 1) исследование с помощью влагалищных зеркал; 2) влагалищное и прямокишечное исследование в сочетании их; 3) биопсия и гистологическое исследование удаленной ткани; 4) урологическое обследование; 5) проба с зондом; 6) проба со сдавленным шейкой матки по Сиредю (Siredey); 7) проба со смазыванием влагалищной части шейки матки люголевским раствором по Шиллеру; 8) кольпоскопия. Из всех указанных способов исследования обязательными являются (кроме анамнеза) влагалищное, прямокишечное исследование, исследование с помощью зеркал, биопсия и урологическое обследование. Остальные методы исследования применяются в зависимости от особенностей каждой больной.

В результате применения указанных способов необходимо провести дифференциальную диагностику между раком и другими заболе-

ваниями, а также установить степень распространения (стадию) ракового процесса; последнее имеет огромное значение для выбора метода лечения, прогноза и оценки трудоспособности больной.

1. Специальное гинекологическое исследование начинают с осмотра с помощью влагалищных зеркал. При исследовании с помощью влагалищных зеркал могут быть обнаружены изменения формы, цвета и размеров шейки, патологические выделения. Эндофитная форма рака шейки матки представляется в виде разрастаний, напоминающих цветную капусту, грязно-серого цвета, с неприятным запахом или же в виде опухоли с бугристой поверхностью, расположенной в виде гриба на шейке матки. При эндофитной форме рака шейка матки вначале представляется лишь гипертрофированной, иногда асимметричной формы за счет увеличения одной губы. При более глубоком распространении рака и его распаде обнаруживают язвы шейки матки с утолщенными, бугристыми краями, покрытую серым налетом, кровоточащую при дотрагивании.

При эндофитной форме рака шейки матки (в форме узла в толще шейки) можно обнаружить неравномерное утолщение влагалищной части шейки матки, имеющей бочкообразную форму; иногда из канала шейки матки выделяются кровянистые выделения. Весьма редко рак шейки матки представляет собой полип на ножке или широком основании ярко-красного или серо-грязного цвета.

2. Влагалищное или прямокишечное исследование позволяет установить весьма важные дополнительные симптомы, особенно для определения степени распространения рака. Раковая язва шейки матки (при эндофитной форме) или эрозия, перешедшая в рак, характеризуется: а) легкой кровоточивостью; б) неровными краями; в) плотной, большей частью хрящевой консистенцией. По форме шейка иногда напоминает бочку. Экзофитная форма выступает при исследовании в виде хрящевых, легко распадающихся масс, иногда имеющих злобонный запах; опухоль, сидящая на широком основании, исходит из влагалищной части шейки матки, причем не всегда имеется возможность определить переход неизменной шейки в опухоль, а также найти наружный маточный зев.

При влагалищном исследовании определяют размеры и положение матки, ее подвижность, изменения в придатках и клетчатке (раковый инфильтрат). Прямокишечное исследование (после предварительной клизмы) позволяет определить подвижность матки, наличие лимфатических узлов, изменения прямой кишки, наличие или отсутствие инфильтрата в клетчатке и установить стадию ракового поражения. Ценные данные дает комбинированное влагалищно-прямокишечное исследование.

3. Биопсия (из влагалищной части шейки матки) с последующим гистологическим исследованием является важнейшим методом диагностики рака матки. Цитологическое исследование мазков-отпечатков менее достоверно и не может конкурировать с гистологическим. Биопсия должна производиться в обязательном порядке при наличии данных анамнеза и объективного исследования подозрительных на рак шейки матки (см. пункты 1 и 2). При подозрении на эндофитный рак шейки и узловую форму рака шейки матки надо сделать также выскабливание слизистой канала шейки матки. Биопсия может быть произведена и в небольшом стационаре, начиная с участковой больницы. Техника биопсии матки описана в главе II.

Иссеченный кусочек шейки матки (или слизистой матки) погружают в 10% раствор формалина (1 часть продажного формалина,

растворенная в 9 частях воды); для фиксации кусочка надо взять 30—40 мл 10% раствора формалина. Кусочек с фиксирующей жидкостью погружают в банку с широким горлом и притертой пробкой; сначала надо влить в банку жидкость, после чего опустить в нее кусочек ткани. Пробку завязывают вошанкой и клеенкой и заливают парафином. В направлении (за подписью врача) в патогистологическую лабораторию следует указать: а) название и адрес лечебного учреждения (откуда направляется материал); б) фамилию, имя и отчество больной, возраст больной; г) откуда взят кусочек; д) клинический диагноз; е) краткие данные о заболевании; ж) дату взятия материала.

4. Урологическое обследование также важно при диагностике рака, так как оно позволяет уточнить вопрос о наличии или отсутствии поражения раком мочевого пузыря, установить состояние мочеточников и почек. Из урологических методов исследования применяют цистоскопию, катетеризацию мочеточников, хромоцистоскопию и контрастную рентгенографию.

При обнаружении на шейке матки эрозии или язвы, подозрительной на рак по данным анамнеза, осмотра и пальпации, можно применить (до биопсии) выскабливание с гистологическим исследованием, которое является наиболее достоверным методом диагностики, и дополнительные методы исследования, способствующие уточнению диагноза. К таким методам относятся: 1) проба на хрупкость ткани (с зондом и путем сдавливания шейки); 2) смазывание шейки матки раствором Люголя; 3) кольпоскопия.

5. Проба с зондом [Хробак (Chrobak)]. Надавливая головку пуповчатого маточного зонда на подозрительное место шейки, обнаруживают (при раке), что она очень легко внедряется в опухоль, «как в песок». При наличии эрозии или трофической язвы шейки матки погружения зонда в ткань не происходит.

6. Другая проба на хрупкость раковой ткани предложена Сиреевым. Она производится следующим образом: шейку матки сдавливают между пальцем, введенным во влагалище, и наружной рукой, лежащей над лбом. При наличии эндофитного рака шейки матки, близко расположенного к каналу шейки матки, появляются кровянистые выделения из шейки матки. При наличии этого симптома необходимо для уточнения диагностики произвести выскабливание и гистологическое исследование соскоба слизистой как тела, так и канала шейки матки.

7. Смазывание подозрительной на рак эрозии или язвы шейки матки раствором Люголя<sup>1</sup>. По данным Шиллера, место ракового поражения остается светлым (в раковых клетках отсутствует гликоген), тогда как остальные участки влагалищной части шейки матки окрашиваются в бурый цвет.

8. Кольпоскопия (т. е. осмотр шейки матки с помощью кольпоскопа позволяет выявить ряд патологических изменений шейки матки, незаметных при обычном осмотре. Этот метод является ценным для диагностики патологических изменений шейки, определяемых как предрак, и рака шейки матки. Однако кольпоскопия не заменяет биопсии с последующим гистологическим исследованием иссеченной ткани.

При обследовании больной, подозрительной на рак, необходимо произвести и общее обследование (легких, сердечно-сосудистой си-

<sup>1</sup> Йодистого калия 2 г, дистиллированной воды 17 мл, йода кристаллического 1 г.

стемы, почек, желудочно-кишечного тракта). Это имеет большое значение при выборе метода лечения (оперативного или лучевого) для выявления противопоказаний. Нарушение общего состояния, обусловленного раковым поражением, возникает только в запущенных случаях.

Рентгеноскопию и рентгенографию легких, костей, мочевых путей применяют с целью обнаружения метастазов рака в этих органах и диагностики сопутствующих заболеваний.

**Дифференциальная диагностика.** При обнаружении на шейке матки эрозии или язвы, подозрительной на рак, необходимо помнить, что ряд заболеваний сопровождается симптомами и изменениями шейки матки, сходным с раком. В связи с этим необходимо проводить дифференциальную диагностику между раком шейки матки и следующими заболеваниями: 1) эрозией шейки матки; 2) изъязвившимся эктропионом; 3) туберкулезом; 4) сифилисом; 5) мягким шанкром; 6) язвой (пролежнем) при выпадении матки.

1. Длительно не заживающая, рецидивирующая, эрозия шейки матки. Характерные признаки для эрозии: а) эрозия очень часто сочетается с эндоцервицитом; б) имеет бархатистую поверхность; в) постепенно переходит в здоровые ткани; г) равномерно возвышается над неизменной слизистой; д) при хорошем освещении шейки матки поверхность эрозии представляется блестящей; е) проба зондом обнаруживает отсутствие ломкости тканей; ж) при смазывании люголевским раствором эрозированные участки окрашиваются в бурый цвет. В затруднительных для диагностики случаях обязательно показана биопсия.

2. Изъязвившийся эктропион. Для изъязвленного эктропиона характерны: а) наличие разрыва шейки и ее деформация; б) резкое покраснение слизистой канала шейки матки; в) отсутствие признаков хрупкости ткани (при пробе с зондом и при сдавливании шейки матки).

3. Туберкулез. Для исключения туберкулеза шейки матки необходимо учитывать данные анамнеза (указание на заболевание туберкулезом легких или других органов), состояние легких в настоящее время, наличие изменений брюшины и придатков матки, подозрительных на туберкулез. Туберкулезная язва шейки матки в отличие от раковой характеризуется: а) наличием на дне язвы и по краям ее просовидных бугорков; б) более мягкой консистенцией, чем рак; в) отсутствием хрупкости тканей (отрицательная проба с зондом). Однако эти признаки не являются патогномичными для туберкулеза; в связи с этим, как правило, показана биопсия и гистологическое исследование удаленной ткани; при туберкулезе шейки под микроскопом обнаруживают специфические бугорки. Существование туберкулеза и рака шейки матки наблюдается крайне редко.

4. Сифилис. Первичное сифилитическое поражение шейки матки встречается редко, и в этом случае возникают большие дифференциально-диагностические трудности. Правильное распознавание возможно при учете данных анамнеза, осмотра и пальпации: а) сифилитическое поражение шейки матки при антефлексии ее локализуется преимущественно на передней губе шейки; б) язва имеет округлую форму; в) цвет ее коричнево-красный, дно гладкое глянцевитое; г) на периферии язва отделена от окружающих тканей тонкой красной демаркационной линией. К сожалению, ни один из этих признаков не является патогномичным для сифилитического поражения. Важное диагностическое значение имеет положительная реакция Вассермана. В затруднительных случаях показана биопсия и гистологиче-

ское исследование удаленной ткани. При сифилитическом поражении специфическое лечение обуславливает возвращение шейки в нормальное состояние.

5. Мягкий шанкр. Мягкий шанкр шейки матки встречается редко. При дифференциальной диагностике между раком и мягким шанкром необходимо принять во внимание следующее: а) при мягком шанкре язвы часто бывают множественными, чего нет при раке шейки матки; б) при мягком шанкре язвы не имеют подрытых краев, окружены ярко-красным воспалительным венчиком, при бактериологическом исследовании в их отделяемом обнаруживают палочку Дюкрея.

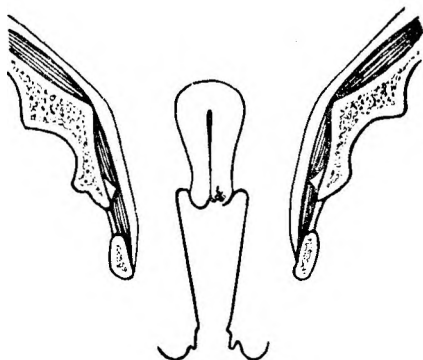


Рис. 124. I стадия рака шейки матки; ограниченное поражение шейки матки (схема).

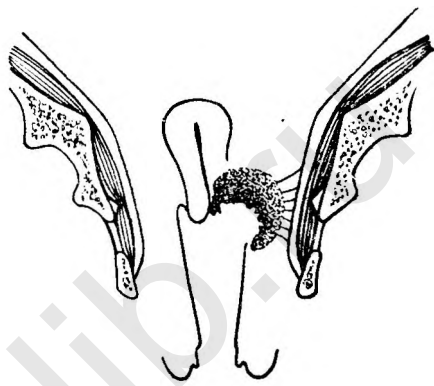


Рис. 125. II стадия рака шейки матки. Опухоль инфильтрирует параметрий, не переходя на стенку таза (параметральный вариант) (схема).

6. Декубитальная, или трофическая, язва шейки матки при длительном существовании выпадения матки. Шейка матки резко гиперемирована, отечна; консистенция язвы мягкая, а не хрящевая, как при раке, хрупкости ткани (проба с зондом) не отмечается. В сомнительных случаях требуется биопсия.

Необходимо помнить, что рак и саркома шейки матки могут быть не только в виде язвы или грибовидных разрастаний на шейке матки, но и в форме полипа. При этом ткань полипа часто мягкой, а не характерной для рака хрящевой консистенции. Чтобы предотвратить ошибку и своевременно уточнить диагноз, необходимо, удаляя, подвергать гистологическому исследованию каждый полип шейки или тела матки.

Среди симптомов рака шейки матки большое диагностическое значение имеет указание на контактные и ациклические кровотечения. Однако необходимо помнить, что кровотечение, которое больная считает маточным, может быть обусловлено заболеванием соседних органов — уретры, мочевого пузыря, прямой кишки. Для предотвращения ошибочной диагностики необходимо учитывать данные анамнеза, исследования мочи, полученной катетером, тщательно обследовать не только область наружных половых органов, но и уретру (полип, выпадение и уплотнение стенки), и прямую кишку (геморроидальные шишки, трещины в области заднепроходного отверстия). Для исключения заболеваний прямой кишки, в том числе и рака ее, крайне важно произвести прямокишечное исследование, а в сомнительных случаях прибегнуть к ректо- и романоскопии. Целесообразно производить

прямокишечные исследования не только в горизонтальном положении больной, но и при положении ее на корточках с одновременным натуживанием. Последний способ позволяет высоко проникнуть в полость прямой кишки.

Стадии распространения рака шейки матки. Кроме установления диагноза рака, в каждом случае весьма важно определить и стадию его распространения.

Соответственно распространению поражения различают четыре стадии рака шейки матки.

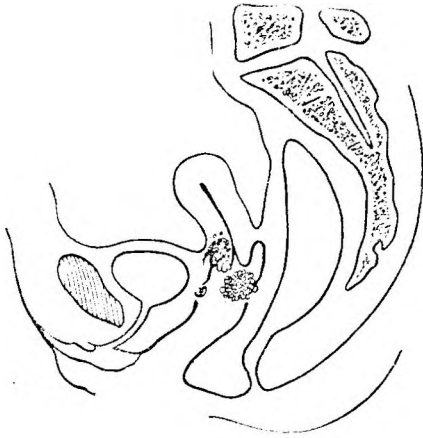


Рис. 126. II стадия рака шейки матки. Экзофитный рак передней губы шейки матки и задней стенки влагалища (в верхней трети) (схема).



Рис. 127. II стадия рака шейки матки. Опухоль с шейки матки распространилась и на тело ее (маточный вариант) (схема).

Стадия I — опухоль захватывает только влагалищную часть шейки матки (рис. 124), не распространяясь за ее пределы. Матка вполне подвижна, своды влагалища не инфильтрированы.

Стадия II имеет три варианта: а) опухоль инфильтрирует параметрий с одной или с двух сторон, но не переходит на стенки таза (рис. 125); матка ограниченно подвижна; б) опухоль инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю его треть (рис. 126); в) опухоль переходит с шейки на тело матки (рис. 127).

Стадия III также имеет три варианта: а) опухоль инфильтрирует клетчатку таза с переходом на стенки таза, матка неподвижна (рис. 128); б) опухоль инфильтрирует влагалище с переходом на нижнюю его треть; в) имеются изолированные метастазы в лимфатических узлах (гипогастральные, илиакальные) (рис. 129).

Стадия IV также встречается в трех вариантах (или в их сочетании): а) опухоль переходит на стенку мочевого пузыря, инфильтрируя передний свод влагалища; слизистая влагалища неподвижна (рис. 130). При цистоскопии находят прорастание раком стенки мочевого пузыря; в дальнейшем при распаде опухоли возникает пузырно-влагалищный свищ; б) опухоль переходит на прямую кишку; в) опухоль метастазирует в отдаленные органы<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> На IV Американском конгрессе акушеров-гинекологов (1950) предложено видоизменить эту классификацию рака шейки матки по стадиям, выделив, кроме общепринятых четырех стадий, еще стадию 0 — рак *in situ*, пренинвазивный, «интраэпителиальный рак».

Определение стадии рака шейки матки требует применения не только влагалищного метода исследования и исследования с помощью зеркал, но и ректального исследования. Кроме того, при подозрении на переход рака на мочевой пузырь или прямую кишку необходимо произвести цистоскопию и ректороманоскопию. Комбинированное при-

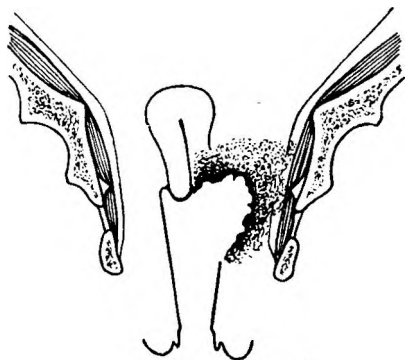


Рис. 128. III стадия рака шейки матки. Раковая инфильтрация переходит на стенку ваги (схема).

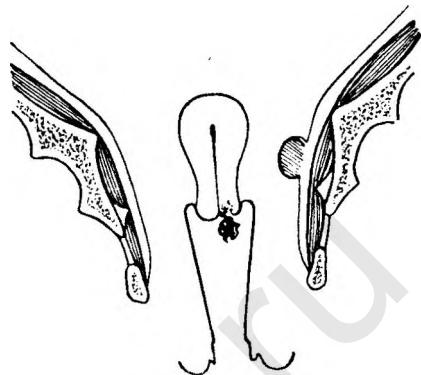


Рис. 129. III стадия рака шейки матки. Ограниченное поражение шейки (экзофитная форма). Изолированный метастаз в лимфатический узел (схема).

менение этих способов позволяет уточнить у большинства больных стадию ракового поражения. Это имеет существенное значение для правильного выбора метода лечения и прогноза заболевания. Своевременная диагностика рака обеспечивает возможность стойкого излечения (при наблюдении в течение 5 лет).



Рис. 130. IV стадия рака шейки матки. Обширное поражение всей стенки влагалища с переходом опухоли на мочевой пузырь (схема).

К сожалению, у значительного числа больных рак диагностируется не в I стадии, а значительно позже. Причинами такой поздней диагностики являются: 1) незначительность женщины с симптоматологией рака, иногда «немое» его развитие; 2) недостаточное обследование больных (без применения влагалищных зеркал, прямокишечного исследования, особенно без применения биопсии и гистологического исследования); 3) недостаточная иногда квалификация врачей и среднего медицинского персонала, работающего на самостоятельных фельдшерско-акушерских пунктах.

Для снижения числа случаев поздней диагностики рака необходимы: а) систематическая санитарно-просветительная работа среди широких слоев населения; б) повышение квалификации врачей, ознакомление их с первоначальными симптомами рака; в) проведение систематических (не менее 2 раз в год) гинекологических осмотров всех женщин в возрасте 30 лет и старше; г) ознакомление фельдшерии-

акушеров с симптомами рака и разъяснение необходимости немедленного направления таких больных к участковому врачу или в районную больницу; д) широкое применение в подозрительных случаях биопсии и гистологического исследования.

Следующие данные (А. В. Чаклин) являются подтверждением эффективности профилактических осмотров женщин в борьбе против рака. Так, в Ленинграде удельный вес больных раком матки, выявляемых на профилактических осмотрах, по отношению к общему числу больных раком с впервые установленным диагнозом снизился в 1951 г. до 5,8%, тогда как в 1949 г. он составлял 43%. Это свидетельствует о важности своевременного выявления и лечения предраковых процессов. Кроме того, за эти же годы значительно снизился (по 14 союзным республикам) процент запущенных форм рака матки. В 1949 г. запущенные формы были выявлены в 28%, в 1952 г. — в 14,3%.

### **Рак шейки матки и беременность**

Сочетание рака шейки матки с беременностью встречается редко. По данным крупных статистик, процент рака шейки при беременности колеблется от 0,02 до 0,05. По отношению к числу больных раком матки это сочетание встречается значительно чаще. Так, по данным А. Н. Лебедевой, среди 3155 больных раком шейки матки было 132 беременных (4,1%).

О времени развития рака у подобных больных высказаться весьма трудно. Большинство авторов (В. Ф. Снегирев, Н. И. Горизонтов) считают, что беременность возникает при наличии рака шейки матки.

Симптомы рака (сигнальный и первоначальный симптом) шейки матки при беременности те же, что и вне беременности: бели, кровянистые выделения. По В. В. Дьяконову, кровянистые выделения были отмечены в 88,5%. Однако часто диагноз рака шейки при беременности ставится позже, чем вне беременности. Причины этого: 1) неправильная оценка кровотечения как признака аборта, предлежания плаценты; 2) недостаточное обследование (без применения зеркал). Для предотвращения опасной ошибки следует строго придерживаться правила: каждая беременная, обратившаяся к врачу по поводу белей или кровянистых (хотя бы и очень незначительных) выделений из влагалища, должна быть исследована не только бимануально, но и осмотрена с помощью зеркал. Опоздание диагноза рака шейки матки при беременности может быть обусловлено и тем, что пораженная раком шейка матки не имеет при беременности хрящевой консистенции; зато эрозия шейки матки при беременности часто пышно разрастается и кровоточит. Для окончательного диагноза необходимо немедленно сделать биопсию. Беременность способствует быстрому развитию рака, в связи с чем и прогноз в этих случаях часто представляется неблагоприятным.

**Лечение.** При сочетании беременности и рака шейки матки показано оперативное лечение (при I, редко II стадии болезни) и последующая лучевая терапия. При II и III стадии рака показано прерывание беременности (до 12 недель — выскабливание, которое нужно производить очень осторожно), после 12 недель — абдоминальное кесарево сечение с последующей радио-рентгенотерапией. При IV стадии болезни показано прерывание беременности и симптоматическая терапия.

**Профилактика рака шейки матки.** В настоящее время установлено, что некоторые длительно протекающие заболевания шейки матки явля-



ются предраковыми. Своевременное предупреждение, выявление и лечение этих заболеваний являются действенной профилактикой рака шейки матки.

К предраковым процессам шейки матки относятся: лейкоплакия, длительно существующая эрозия и изъязвившийся эктропион (выворот) шейки матки на почве предшествующего (во время родов) ее разрыва. Так, например, известно, что рак шейки матки в 12<sup>0</sup>/<sub>0</sub> развивается на почве длительно существующих заболеваний (эрозий) шейки матки (А. И. Серебров). Лейкоплакия микроскопически представляет собой гипертрофию, гиперплазию и кератинизацию (ороговение) эпителия влагалитической части шейки матки; при этом на поверхности утолщенной слизистой оболочки шейки обнаруживают участки белого цвета; границы этих участков и нормальной слизистой оболочки не всегда четки. Иногда лейкоплакия определяется в виде выступающих белых бляшек с резкими границами. Попытка стереть эти бляшки с помощью марлевого шарика или ваты не удается. При повторных осмотрах иногда определяют слияние отдельных бляшек, увеличение их диаметра, т. е. прогрессирование болезненного процесса. При подобных клинических данных показана биопсия, при исключении рака — электрокоагуляция. При длительно (свыше 4—6 недель) не заживающей эрозии шейки матки, при уплотнении ее показана биопсия, при исключении рака — электрокоагуляция.

При разрыве шейки матки и зиянии цервикального канала обычно наблюдается гипертрофия шейки, плотность ткани; слизистая оболочка канала шейки также утолщена, складчата, нередко с неровной поверхностью, легко кровоточащей при дотрагивании. При отсутствии указаний на рак (после биопсии) показана пластическая операция с целью восстановления формы шейки матки. Для предупреждения подобных деформаций шейки следует производить осмотр ее с помощью зеркал после каждых родов и наложение швов в случае обнаружения разрыва шейки.

**Прогноз.** Предсказание при раке шейки матки весьма серьезно. Результаты лечения наиболее благоприятны при I стадии рака. Поэтому для улучшения прогноза необходимо стремиться к своевременному лечению так называемых предраковых заболеваний и к распознаванию рака в его ранней (I) стадии.

**Лечение.** Лечение больной раком шейки матки должно быть основано на учете ее общего состояния и стадии ракового поражения. При общем обследовании больной необходимо учитывать состояние сердечно-сосудистой системы, легких, обмена веществ (исхудание, ожирение), производить клиническое исследование крови и мочи; однако длительность общего и специального обследования не должна превышать 10 дней. Больные, страдающие декомпенсацией сердечно-сосудистой системы, анемией, истощенные нуждаются прежде всего в соответствующем лечении (режим, диета, кардиотонические средства, переливание крови, препараты железа).

Установление стадий рака также имеет чрезвычайно важное значение при выборе методов лечения.

Вопрос о лечении больных с 0 стадией рака шейки матки нельзя считать разрешенным. Многие авторы рекомендуют лишь тщательное динамическое наблюдение и повторную биопсию.

При I стадии рака шейки матки показано комбинированное применение оперативного лечения с последующей лучевой терапией. Последующая рентгенотерапия должна начинаться как можно раньше, как только позволит общее состояние больной. В отдельных случаях

при невозможности применить терапию радием хирургическое лечение допустимо и при II стадии рака шейки матки. Однако необходима последующая рентгенотерапия. Операция противопоказана, если у

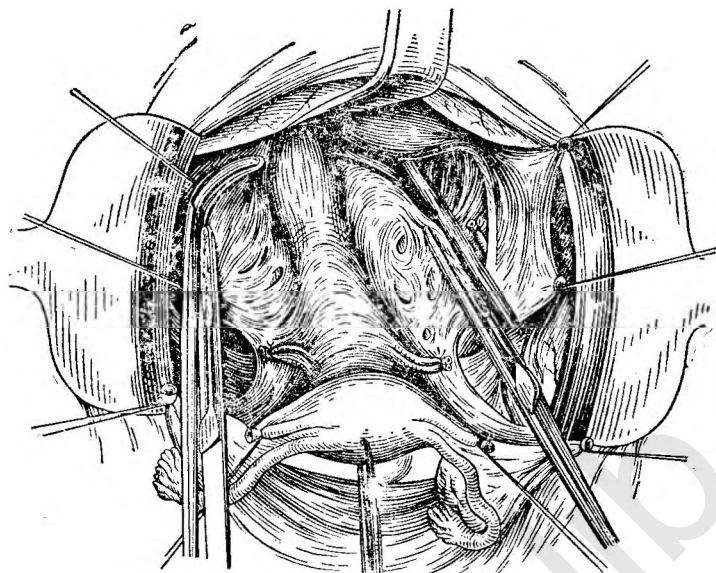


Рис. 131. Расширенная экстирпация матки с придатками. Рас-  
сечены *lig. suspensorium ovarii*, *lig. teres uteri*, выделены  
а. *uterina* и мочеточник, отодвинут книзу мочевого пузыря.

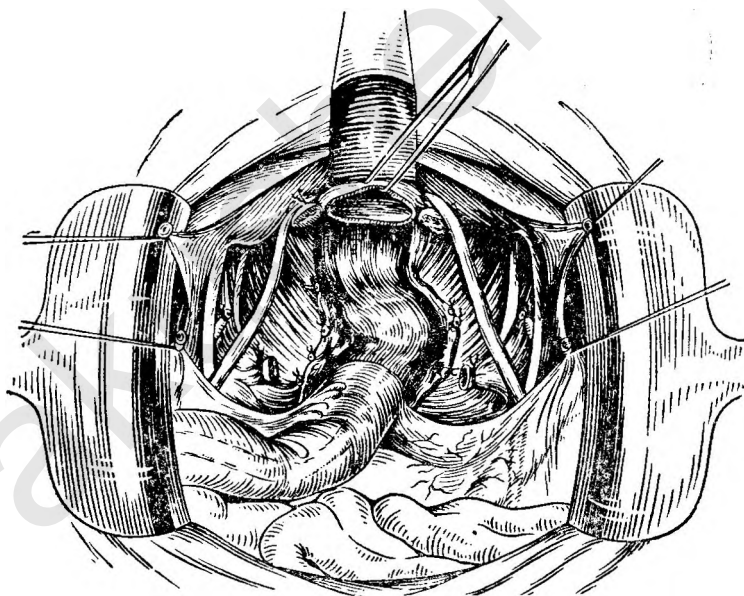


Рис. 132. Удалена матка с придатками и клетчаткой малого таза.

больной имеется органическое заболевание сердца и сосудов с явлениями стойкой декомпенсации, при общем ожирении, а также, конечно, при отказе больной от операции. Таким больным проводится лучевая терапия.

При II и III стадии рака шейки матки, как правило, применяют сочетанную (рентген-радий) лучевую терапию. При IV стадии рака в основном проводят симптоматическое лечение (рентгенотерапия имеет паллиативный характер).

Радикальную хирургическую операцию применяют в виде расширенной абдоминальной экстирпации матки с придатками, при которой удаляют также регионарные лимфатические узлы (илиакальные, гипогастральные и obturatorные), клетчатку малого таза и верхнюю треть влагалища (рис. 131 и 132). Подобная операция называется «расширенной» экстирпацией матки с придатками, так как она удовлетворяет принципу: «малые раки требуют больших, а большие — чаще всего никаких или лишь паллиативных операций» (Н. Н. Петров). Методика этой операции разработана Э. Вертгеймом (E. Wertheim), а также рядом отечественных гинекологов. Методика расширенного влагалищного удаления раковоперерожденной матки с придатками разработана Шаута (рис. 133 и 134). К этой операции прибегают значительно реже, так как она не позволяет столь широко удалить клетчатку и регионарные лимфатические узлы.

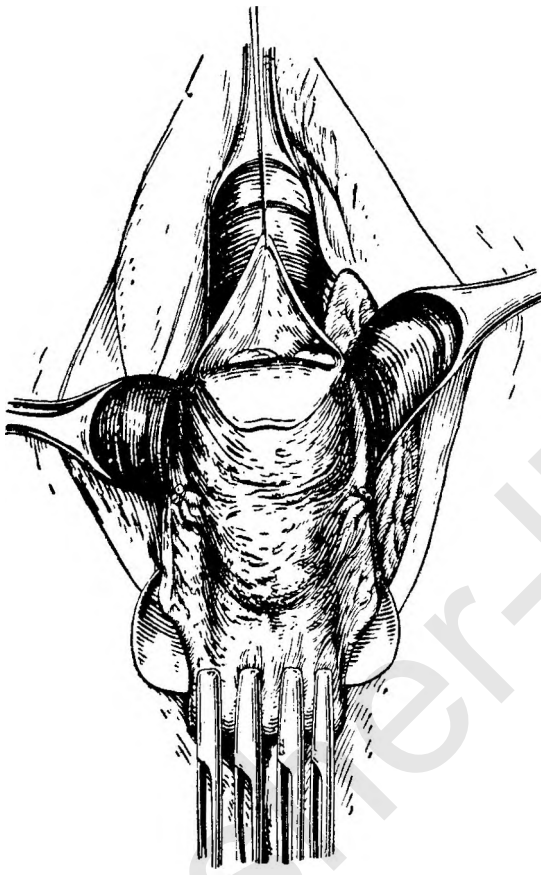


Рис. 133. Влагалищная экстирпация матки с придатками; вскрыта пузырно-маточная складка брюшины; пересечены маточная артерия и околоматочная клетчатка.

Впервые влагалищную экстирпацию раковоперожденной матки произвели в России проф. А. А. Китер и Ф. Елачич (Казань, 1846).

Лучевая терапия (рентген и радий, а в последние годы — кобальт), так же как и хирургический метод терапии, является фактором, оказывающим мощное воздействие на весь организм больной. При проведении лучевой терапии необходимо учитывать наличие показаний и противопоказаний. О показаниях к лучевой терапии сказано выше. Противопоказания к лучевой терапии: 1) диссеминация ракового процесса; 2) наличие генерализованной инфекции; 3) наличие гнойных осумкованных процессов в полости малого таза; 4) наличие стеноза влагалища, исключающее возможность радиотерапии; 5) резкие изменения со стороны крови (лейкопения ниже 3000, лимфопения, эозинофилия), не исчезающие, несмотря на переливание крови; 6) тяжелые заболевания печени, диабет в тяжелой форме, декомпенсиро-

ваннные заболевания<sup>1</sup> сердца. Должна учитываться также в связи с лучевой терапией возможность ряда непосредственных (ожог, заболевания крови) и отдаленных осложнений (фистулы мочеполовые и кишечно-половые). Таким образом, при назначении и проведении лучевой терапии требуется тщательное общее обследование больной, повторные исследования крови, внимательный контроль за проявлениями «лучевой болезни», состоянием кожи, слизистых, функций мочевого пузыря, прямой кишки (дизурия, тенезмы!). Облучение проводят с шести полей; каждое поле  $10 \times 15$  см; на каждое поле дается 1600—2000 г. Общая доза 10 000—12 000 г на кожу.

Больная считается излеченной, если в течение 5 лет после первого курса лечения не обнаруживаются рецидива опухоли или метастазов ее.

Больные с IV стадией рака шейки матки подлежат, как правило, симптоматической терапии. При болях назначают болеутоляющие, наркотические, снотворные; в редких случаях при нетерпимых болях применяют введение спирта ( $95^\circ$  — 0,2—0,8 мл) в спинномозговой канал [Доглиотти (Dogliotti)], операцию резекции пресакрального нерва (Котт, Л. Окинчиц) или поясничных симпатических узлов, хордотомию (А. Л. Поляков, А. Ю. Лурье). В качестве прижигающих средств применяют тампоны (на 24 часа) из 20% раствора хлористого цинка, мелко истолченный порошок марганцовокислого калия или формалина. Потребность в срочных терапевтических мероприятиях (тампонация, электрокоагуляция) возникает в случае профузного кровотечения из сосудов распадающейся опухоли. При непроходимости кишечника, обусловленной раковым инфильтратом, производят паллиативную операцию создания противоестественного заднего прохода, при механической анурии — пиелостомию. Для уменьшения ихорозного запаха выделений из влагалища применяют дезодорирующие спринцевания (например, раствором марганцовокислого калия)<sup>2</sup>. Силы больной с диссеминированным раком поддерживают, назначая повтор-

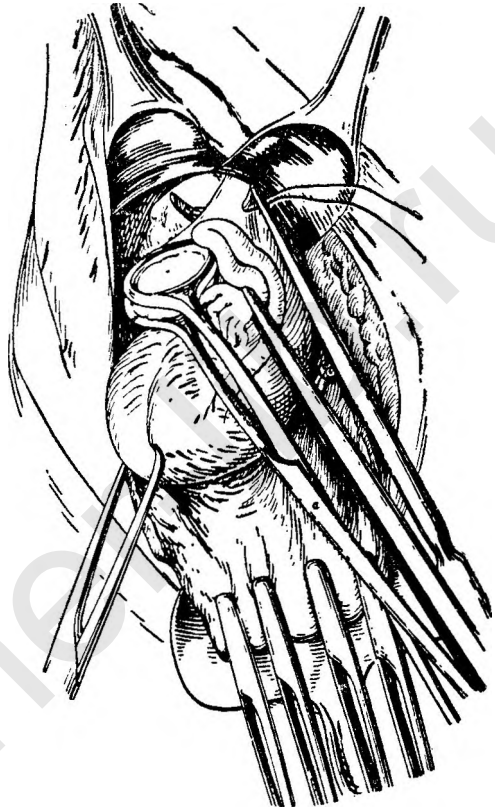


Рис. 134 То же; накладывается лигатура на *lig. suspensorium ovarii*.

стого цинка, мелко истолченный порошок марганцовокислого калия или формалина. Потребность в срочных терапевтических мероприятиях (тампонация, электрокоагуляция) возникает в случае профузного кровотечения из сосудов распадающейся опухоли. При непроходимости кишечника, обусловленной раковым инфильтратом, производят паллиативную операцию создания противоестественного заднего прохода, при механической анурии — пиелостомию. Для уменьшения ихорозного запаха выделений из влагалища применяют дезодорирующие спринцевания (например, раствором марганцовокислого калия)<sup>2</sup>. Силы больной с диссеминированным раком поддерживают, назначая повтор-

<sup>1</sup> Необходимо учитывать, что при лучевой терапии часто наблюдаются явления общей разбитости, головная боль, тошнота, рвота, изредка сопровождающиеся незначительным повышением температуры.

<sup>2</sup> В. С. Груздев рекомендовал применять кальций-карбид (маленькие кусочки кладут на обнаженную зеркалами шейку).

ные дробные переливания крови, железо, камполон, витамины, регулируя деятельность кишечника. Вопросы диетотерапии (ограничение углеводов, пищевых веществ с высоким содержанием холестерина) и химиотерапии рака нуждаются в дальнейшей разработке.

### Результаты лечения больных раком шейки матки

Как указывалось выше, в настоящее время применяется комбинированное лечение рака шейки матки; при I стадии — оперативное и лучевое (радио- и рентгенотерапия), при II—III стадии — сочетанное лучевое (рентген и радий). У ряда больных с I стадией заболевания (при наличии противопоказаний к операции) также применяют только сочетанную лучевую терапию. Выздоровление считается стойким, если в течение 5 лет после начала лечения не установлено ни рецидива, ни метастазов рака. Результаты лечения находятся в строгой зависимости от стадии рака. Так, по сводной статистике А. И. Сереброва, стойкое излечение достигнуто при I стадии в 60,4%, при II стадии — в 34,2%, при III стадии — в 16,7%<sup>1</sup>. Сводные данные, относящиеся к 1949 г., иностранных авторов (на 13 728 больных в восьми странах) об отдаленных результатах лучевой терапии [Дональдсон (M. Donaldson)] таковы: при I стадии рака шейки матки — 60,9% стойкого (5 лет и больше) излечения, при II стадии — 42,9%, при III стадии — 23%, при IV стадии — 8%. По данным отдельных учреждений [Шмитц (Schmitz), США], отдаленные результаты лучевой терапии (рентген и радий) рака шейки матки еще лучше. Так, при I стадии стойкое излечение было достигнуто у 87,8% больных, при II стадии — у 47,1%, при III стадии — у 17,7% и при IV стадии — у 0,79%.

С вопросом о результатах лечения рака шейки матки тесно связан вопрос о рецидивах и метастазах рака. Рецидив (или возврат) опухоли обычно возникает на прежнем месте (например, в рубце влагалища). Он возникает вследствие недостаточно радикального удаления опухоли хирургическим путем или в результате неполной гибели клеток опухоли при лучевой терапии. Метастаз — это рост опухоли вне ее первичного очага (например, в отдаленных лимфатических узлах, печени, кости) вследствие размножения перенесенных (по лимфатической и кровеносной системе, по серозным полостям) раковых элементов. Как рецидивы, так и метастазы чаще всего возникают в течение первых 2 лет (особенно часто в течение первого года) после «излечения» опухоли; после 3 лет они встречаются лишь в виде исключения. Рецидивы или метастазы более злокачественны, чем первичная опухоль, и менее чувствительны к повторной лучевой терапии.

### Рак тела матки

Рак тела матки встречается у женщин в возрасте свыше 50 лет. Описаны единичные случаи рака тела матки у лиц в возрасте от 7 до 18 лет и даже у детей 8 месяцев. В отличие от рака шейки матки при раке тела матки не отмечается преобладания многорожавших и перенесших гинекологические заболевания. Как указывалось, рак тела мат-

<sup>1</sup> По данным Института онкологии АМН СССР (А. И. Серебров, 1957), стойкое излечение достигнуто (при комбинированном и сочетанном лечении): при I стадии (113 больных) — в 71,7%, при II стадии (201 больная) — в 44,3%, при III стадии (189 больных) — в 30,2%, при IV стадии (18 больных) — у одной больной. Аналогичные данные при I стадии получены Е. И. Беляевым (Иркутск, 1957). По данным Харьковского института медицинской радиологии (С. И. Павленко, 1956), стойкое излечение при сочетанной терапии достигнуто (на 1537 больных) при I стадии — в 75,5%, при II стадии — в 51,3%, при III стадии — в 12,5%.

ки встречается в 10 раз реже, чем рак шейки матки: на каждые 100 случаев рака матки насчитывается около 90 случаев рака шейки матки и только 10 случаев рака тела матки.

Патологоанатомически различают две основные формы рака тела матки: ограниченную и диффузную. При первой форме (рис. 135) рак представляется в виде очагов разрастаний, более или менее отграниченных от окружающей здоровой слизистой, или в форме полипа на ножке. Цвет этих разрастаний беловатый или серовато-красный

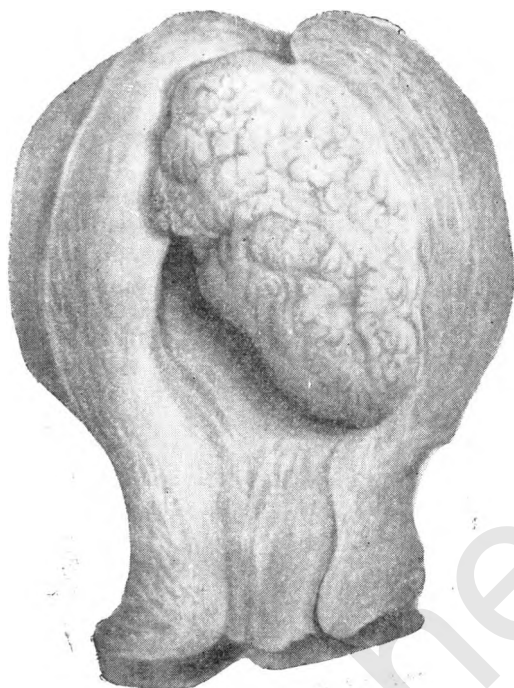


Рис. 135. Рак тела матки в форме узла.



Рис. 136. Диффузная форма рака тела матки.

При прогрессировании ракового процесса и распада опухоли возникают полости и язвы, проникающие более или менее глубоко в толщу мышечного слоя матки. Прободение подобных раковых язв в свободную брюшную полость наблюдается весьма редко, так как до этого возникают сращения матки с мочевым пузырем, кишечником, сальником.

При диффузной форме (рис. 136) рака тела матки имеют место обширные мозговидные разрастания, покрывающие внутреннюю поверхность матки на всем ее протяжении. При этой форме также могут быть отдельные узлы, полипы или, наоборот, изъязвления на почве распада опухоли. Прогрессирующее течение ракового процесса сопровождается распадом опухоли с образованием некротических крошащихся масс с гнилостным запахом. При затрудненном оттоке секрета из матки возникает скопление гнойного содержимого в ней — пиометра (pyometra).

Гистологически рак тела матки представляет собой аденокарциному, железистый цилиндроклеточный рак. Значительно реже наблюдается плоскоклеточный рак тела матки. Гистогенез данной формы

рака тела матки недостаточно выяснен. Надо думать, что он возникает на почве метаплазии цилиндрического эпителия в плоский многослойный.

**Симптоматология.** Важнейшим, почти патогномичным для рака тела матки симптомом являются незначительные кровянистые выделения из матки в старческом возрасте, реже — кровотечение. Этот симптом наблюдается у 83—88% больных. Появление ациклических кровотечений у женщины в возрасте свыше 40 лет требует тщательного обследования больной (диагностическое выскабливание, гистологическое исследование соскоба).

Второй симптом, который должен привлечь внимание больной и врача, — бели молочного, гнойного, реже сукровичного характера. Появление этого симптома в любом возрасте, особенно в старческом или климактерическом периоде, требует обследования больной с целью выявления причины белей.

Третий симптом — боли — является, как правило, крайне неблагоприятным признаком, указывающим на распространение ракового процесса за пределы матки. Изредка (при полипозной форме) боли возникают и в начальной стадии рака тела матки.

**Клиническое течение.** Общее состояние больной в начальных стадиях развития болезни не нарушено. Болезнь развивается медленнее, чем рак шейки матки. У некоторых больных не исключена возможность радикального лечения даже в тех случаях, когда от первых проявлений болезни до обращения к врачу прошло более 2 лет. Только при распространении опухоли и распаде ее или при возникновении септического процесса появляются исхудание, повышение температуры тела. Причины смерти: кахексия, метастазы, сепсис, перитонит.

**Пути распространения рака тела матки.** Рак слизистой оболочки тела матки распространяется по протяжению и по лимфатическим путям. Прежде всего рак с эндометрия переходит на миометрий, слизистую шейки матки, затем на трубы и реже на яичники. Согласно данным ряда авторов, частота этих метастазов колеблется от 4,5 до 10%. Распространение рака слизистой тела матки на параметральную клетчатку и регионарные лимфатические узлы (нижние поясничные, верхняя группа узлов, расположенных в треугольнике между а. iliacae ext., а. hypogastrica), паховые лимфатические узлы (по ходу круглой маточной связки) происходит значительно позже, чем при раке шейки матки. Изредка при наличии первичного поражения молочных желез, желудочно-кишечного тракта, яичника рак тела матки является метастатическим.

**Стадии рака тела матки.** При двуручном влагалищном и прямокишечном исследовании необходимо стремиться определить стадию ракового поражения. Различают четыре стадии рака тела матки:

Стадия I — рак ограничен пределами слизистой оболочки тела матки.

Стадия II имеет три варианта: а) рак с инфильтрацией миометрия; б) с инфильтрацией параметральной клетчатки (с одной или с двух сторон) без перехода на стенки малого таза; в) рак тела матки с переходом на шейку матки.

Стадия III имеет два варианта: а) рак тела матки с инфильтрацией параметральной клетчатки (с одной или с двух сторон), перешедшей на стенку таза; б) рак тела матки с поражением регионарных лимфатических узлов, придатков матки, влагалища.

Стадия IV также имеет два варианта: а) рак тела матки с распространением мочевого пузыря и прямой кишки; б) рак тела матки с отдаленными метастазами.

**Диагностика.** Распознавание рака тела матки (и его стадий) основывается на сочетании данных анамнеза (появление ациклических кровянистых выделений из матки) с тщательным объективным исследованием (диагностическое выскабливание и гистологический анализ). При объективном исследовании надо помнить, что нарушение общего состояния больной (исхудание, повышение температуры) отмечается лишь при далеко зашедшем раковом поражении. При комбинированном гинекологическом исследовании (влагалищном, с помощью зеркал и прямокишечном) необходимо тщательно выяснить источник кровотечения. Оно может происходить не только из матки, но наблюдается и при заболеваниях других органов: уретры (полип), мочевого пузыря (цистит, опухоль, туберкулез, камень), влагалища (старческий кольпит), прямой и сигмовидной кишки (геморроидальные шишки, трещины, рак прямой, сигмовидной кишки). В затруднительных случаях следует произвести ректороманоскопию. При двуручном влагалищном исследовании определяют величину, форму, подвижность матки, придатков, наличие или отсутствие инфильтрата клетчатки малого таза (стадию поражения). Очень важно помнить, что в начальных стадиях рака матка не только не увеличена, но даже, наоборот, может быть уменьшенной, атрофичной, соответственно старческому возрасту больной; никаких подозрительных на рак изменений со стороны шейки матки также не отмечается. В отдельных случаях при пальпации тела матки появляется кровь из канала шейки матки (Б. А. Архангельский), что еще больше усиливает подозрение на рак слизистой тела матки. Таким образом, данные осмотра, гинекологического и прямокишечного исследования позволяют уточнить источник патологических выделений (белей, кровотечения). Однако эти методы недостаточны для окончательной постановки диагноза рака тела матки. Основным способом, который позволяет уточнить диагноз в подозрительных на рак тела матки случаях, является диагностическое выскабливание слизистой тела и шейки матки (отдельно) с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.

Соскабливание всей слизистой оболочки матки при диагностическом выскабливании необходимо потому, что в начальных стадиях развития раковое поражение слизистой может быть ограниченным, а не диффузным. Наряду с этим может быть применена и цитологическая диагностика путем аспирации клеточных элементов из полости матки.

**Профилактика.** Действенная профилактика рака тела матки не всегда возможна. Известны, однако, некоторые патологические состояния, которые можно отнести к предраковым. Своевременное выявление их и служит профилактикой рака тела матки. К предраковым заболеваниям тела матки относят железистые гиперплазии, аденоматозные полипы, особенно в старческом возрасте. Симптомы этих заболеваний трудно отличить от симптомов злокачественных опухолей: бели, слизистые, слизисто-кровянистые, ациклические кровотечения. При наличии подобных симптомов, особенно у женщин, находящихся в климактерическом и старческом возрасте, необходимо произвести выскабливание слизистой (всей!) матки и гистологическое исследование соскоба.

При наличии гиперплазии слизистой, полипов (в половозрелом возрасте) показаны тщательное общее и гинекологическое обследова-



ние для исключения гормональноактивной опухоли яичников, определение цитологической картины влагалищного мазка (с целью выявления функции яичников), а при наличии воспалительного процесса — соответствующее противовоспалительное лечение. При обнаружении гиперплазии слизистой, полипов в старческом периоде показаны радиотерапия и последующее наблюдение (рак тела матки, яичников).

**Прогноз.** Прогноз заболевания благоприятнее, чем при раке шейки матки, так как распространение ракового поражения за пределы матки (на клетчатку, лимфатические узлы) наблюдается значительно позднее (по истечении 1½—2 лет) после появления первых симптомов заболевания.

**Лечение.** Терапия больных раком тела матки (при I и II стадии), как правило, оперативная. Лучевая терапия в этих случаях менее эффективна, чем операция. Операция состоит в брюшно-стеночном (или влагалищном) удалении матки с придатками. В дальнейшем, как можно скорее, как только позволит общее состояние больной, назначают профилактическое рентгенологическое облучение в тех же дозах, что и при раке шейки матки. При наличии противопоказаний к операции (тяжелые органические заболевания сердца и сосудов, нефрит и нефроз, тяжелые заболевания печени, тяжелый диабет), стойких изменений со стороны крови, отказе больной от операции показана сочетанная рентгено-радиевая терапия.

При III стадии рака тела матки назначают глубокую рентгенотерапию (в сочетании с внутриматочной и внутривлагалищной радиотерапией и общеукрепляющим лечением). Повторное лучевое лечение применяют через 2—3 месяца.

При наличии септической инфекции показано лечение антибиотиками (пенициллин, стрептомицин, биомидин) и симптоматическое лечение.

При IV стадии рака тела матки применяют симптоматическое лечение (наркотические, болеутоляющие), повторные переливания крови.

### **Рак яичников**

По частоте после рака шейки матки второе место занимает рак яичников (если не считать рака молочной железы). Рак яичников составляет до 25% всех случаев опухолей яичников. Наиболее часто рак яичников встречается в возрасте от 41 года до 60 лет. Метастатический рак яичника наблюдается у женщин до 40 лет (в 50% этих форм).

Различают три формы рака яичников: 1) первичный рак; 2) вторичный рак, возникший в результате злокачественного превращения серозной (наиболее часто) или псевдомуцинозной (редко) кистомы яичника [в 4,5%, по Штюблеру (Stübler), в 7,8%, по В. С. Груздеву]; 3) метастатический рак.

**Первичный рак яичников.** Первичный рак характеризуется тем, что вся опухоль носит характер злокачественной, в ней нет смешения доброкачественных и злокачественных частей. Первичный рак яичника представляется (большой частью) в виде плотной, с бугристой поверхностью опухоли, на разрезе наполненной мозговидными массами.

**Рак яичника вторичный** развивается из серозных или псевдомуцинозных кистом. Так, каждая пятая (по некоторым авторам — каждая вторая) серозная киста превращается в рак. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается лишь в 4,5—7,8%.

Вторичный рак из серозной кистомы, так же как и первичный, представляется в виде плотной, местами с кистозными полостями, опухоли (рис. 137), на стенках которой наряду с папилломатозными

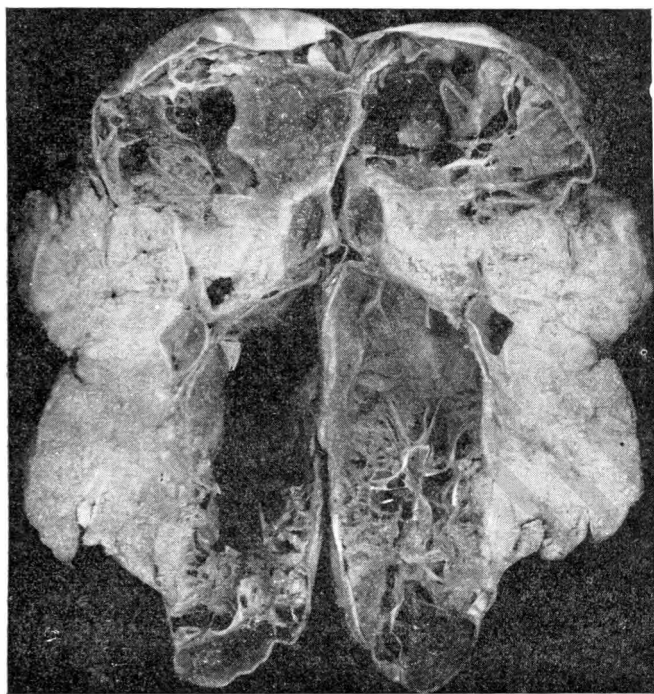


Рис. 137. Рак яичников вторичный.

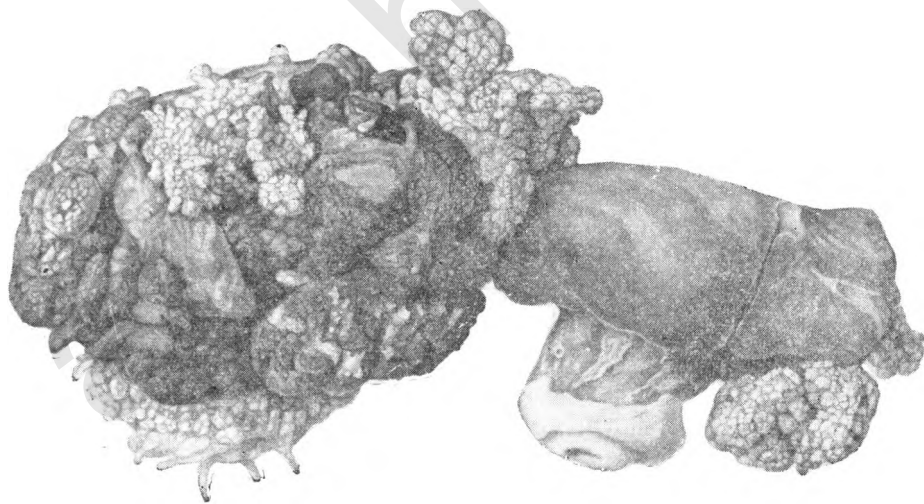


Рис 138. Папиллярный рак яичников.

разрастаниями обнаруживают один (или несколько) более плотных и ломких бородавчатых выростов. При развитии этих выступов образуются массивные узлы, прорастающие стенку кистомы (рис. 138).

В дальнейшем опухоль распространяется на соседние органы и прорастает в них. Иногда опухолевые массы образуют сплошной конгломерат, в котором трудно распознать, из какого органа первоначально исходит опухоль. Раковая опухоль имеет серый или серо-желтый цвет; в отдельных участках ее нередко видны кровоизлияния и некроз ткани. Гистологическая картина папиллярного рака яичников представлена на рис. 139, 140.

Метастатические опухоли яичников являются клинически и патологоанатомически своеобразной формой, далеко не всегда своевременно и правильно распознаваемой. Данные о частоте этих

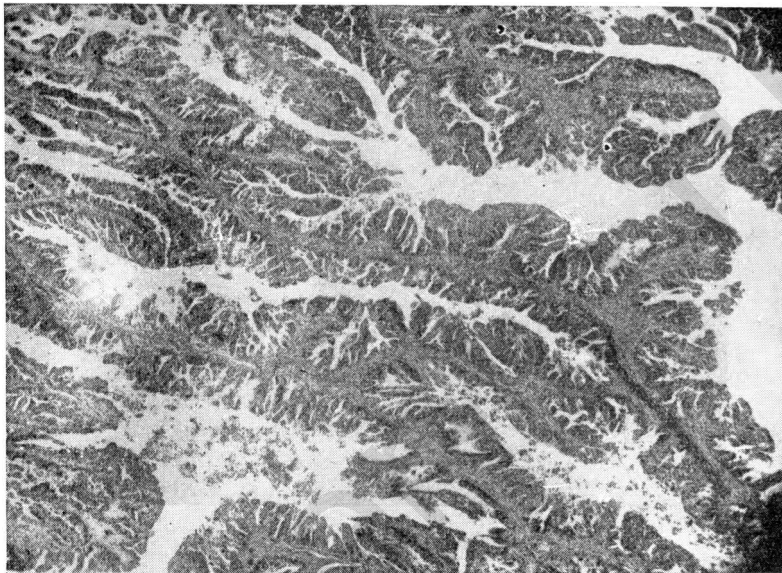


Рис. 139. Рак яичников папиллярный (малое увеличение).

опухолей крайне противоречивы: по Н. Н. Соколову, они составляют 10% опухолей яичников, по П. А. Кучеренко и Т. С. Шведковой — 44%.

Метастатические опухоли яичников бывают большей частью двусторонними. Величина достигает размеров головы взрослого человека и может даже превышать их; форма может быть самая разнообразная; поверхность в огромном большинстве случаев бугристая; консистенция, как правило, плотная, иногда хрящевая. Чаще всего в яичник метастазирует рак желудочно-кишечного тракта, молочной железы, легкого, однако не исключена возможность метастаза в яичник и опухолей других органов. Пути метастазирования рака в яичник — гематогенный, ретроградно-лимфогенный и значительно реже имплантационный (например, при прорастании раком стенки желудка и диссеминации по брюшине). Микроскопическое строение метастатического рака яичников соответствует структуре первичной опухоли, из которой он произошел.

По гистологическому строению рак яичников как вторичный, так и метастатический крайне разнообразен, что связано с его гистогенезом из различных кистом (рис. 141) и характером первичной опухоли, послужившей источником метастаза в яичник. Строма опухоли в одних случаях представлена лишь одними капиллярными сосудами,

в других же она пролиферирует так сильно, что приобретает опухолевый характер; это дает основание для диагноза веретенноклеточной или полиморфно-гигантоклеточной саркомы.

Метастаз рака желудочно-кишечного тракта в яичники обычно называют опухолью Ф. Крукенберга, хотя Высотский уже в 1893 г. описал гистологическое строение этих опухолей, а К. П. Улезко-Строганова (1910) показала, что они имеют эпителиальную структуру и являются метастатическими.

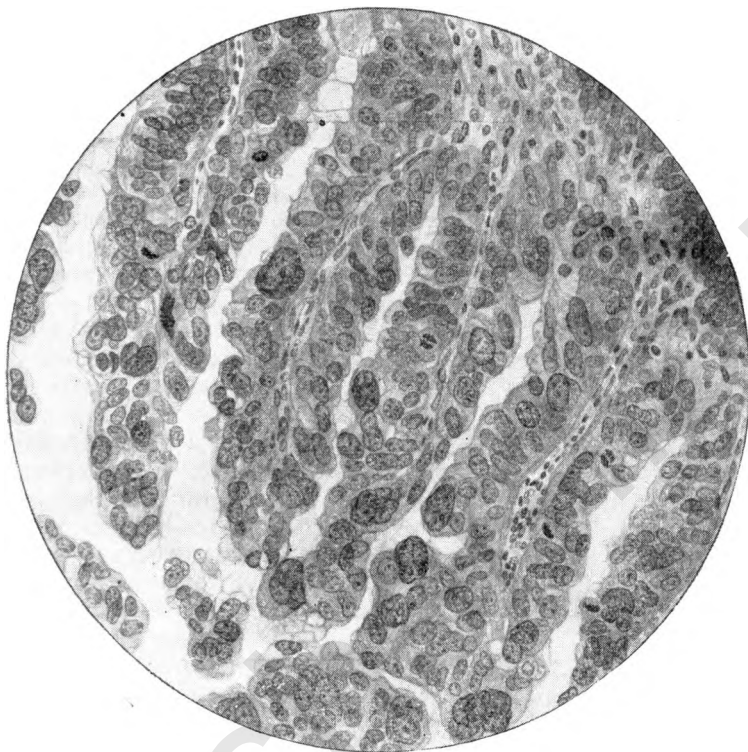


Рис. 140. Рак яичников папиллярный (большое увеличение).

Симптоматология рака яичников. В ранней стадии развития рака яичников патогномичные симптомы отсутствуют, нет ни нарушений менструаций и детородной функции, ни изменений секреции, ни болевых ощущений. При прогрессировании рака яичников возникают нарушения общего состояния, свидетельствующие о тяжести заболевания: ухудшение питания, кахексии, быстрое увеличение окружности живота из-за асцита, расширение вен в окружности пупка (*caput medusae*), одышка, резкое нарушение или потеря трудоспособности.

При общем обследовании больной в ранней стадии заболевания можно обнаружить ускорение РОЭ до 30—40 мм в час, сдвиг формулы белой крови влево при нормальном числе лейкоцитов, лимфопению; у отдельных больных отмечается субфебрилитет.

Диагностика. Диагноз рака яичника основывается на следующих данных гинекологического исследования: 1) наличии опухоли яичника (яичников) с бугристой поверхностью; 2) плотной консистенции ее; 3) болезненности при пальпации нижнего сегмента; 4) ограниченной подвижности опухоли; 5) обнаружении асцита, даже при не-

большом размере опухоли. Кроме того, метастатический рак яичника обычно бывает двусторонним. Каждый из указанных выше признаков не является, однако, патогномоничным для диагностики рака яичника, но наличие некоторых из них, например бугристой двусторонней опухоли и асцита, безусловно должно навести на мысль о раке яичника. Подозрение на рак яичника усиливается, если опухоль возникает в старческом возрасте. Необходимо также учитывать возможность метастатического рака и в связи с этим тщательно обследовать молочные железы, легкие (рентгенография) и желудочно-кишечный

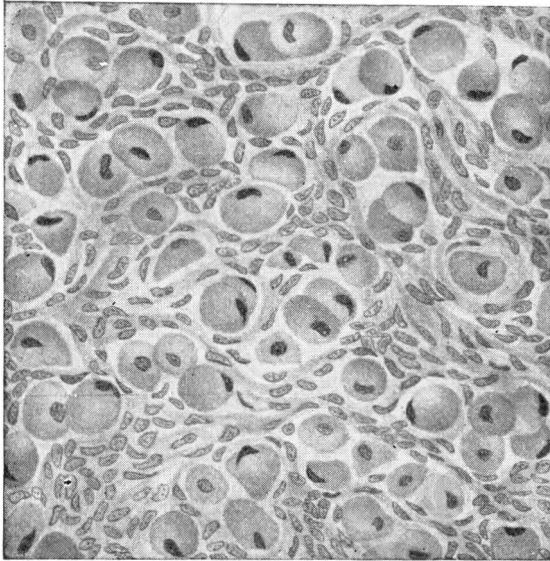


Рис. 141. Рак яичников метастатический (Крукенберга).

тракт. Уточнение диагноза путем пункции опухоли должно быть отвергнуто ввиду опасности диссеминации. Окончательный диагноз устанавливается путем чревосечения, биопсии и микроскопического исследования.

При III—IV стадиях рака яичников (см. ниже) общее состояние больной резко нарушается и при пальпации живота определяют плотные, бугристые, ограниченно подвижные двусторонние опухоли, выполняющие всю брюшную полость; верхний полюс опухоли доходит иногда до подреберья.

Стадии рака яичников. Различают четыре стадии рака яичников:

Стадия I: опухоль в пределах одного яичника.

Стадия II: опухоль поражает второй яичник, матку или обе трубы.

Стадия III: опухоль распространяется на париетальную брюшину. Асцит. Метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник.

Стадия IV: опухоль прорастает мочевой пузырь, петли кишок с диссеминацией по брюшине или с метастазами в отдаленные лимфатические узлы, внутренние органы. Асцит. Кахексия.

Как указывалось выше, в начальных стадиях развития рака яичников не возникает каких-либо специфических болезненных симптомов. В связи с этим нередко рак яичников диагностируется лишь при значительном его распространении. Так, по данным Государственного онкологического института имени П. А. Герцена (1944—1952), из 140 больных со злокачественными опухолями яичников I стадия заболевания была у 15 человек (10,7%), II стадия — у 10 (7,2%) и III—IV стадия — у 109 (82,8%). По данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР (1940—1950), 127 больных раком яичников распределялись по стадиям заболевания следующим образом: I стадия — 21%, II стадия — 34%, III стадия — 26%, IV стадия — 19%. Разницу в статистике этих учреждений можно

объяснить тем, что обычно в онкологических институтах концентрируются наиболее тяжелобольные.

**Профилактика.** Профилактика рака яичников заключается в немедленном оперативном лечении при обнаружении опухоли яичников и гистологическом ее исследовании. Профилактика метастатических опухолей яичников состоит в обязательном гинекологическом исследовании каждой женщины, у которой обнаружен рак желудочно-кишечного аппарата, молочных желез или других органов.

**Прогноз.** Прогноз при раке яичников, особенно метастатическом, малоблагоприятен. Процент стойкого излечения (5 лет и больше) весьма незначителен<sup>1</sup>.

**Лечение.** Основной метод лечения рака яичников — оперативный (ампутация матки с придатками). Эту операцию надо делать и у молодых женщин, если установлено раковое поражение не только двух, но и одного яичника. Ряд авторов рекомендует более радикальное вмешательство — не ампутацию, а экстирпацию матки с придатками. В отличие от рака матки при раке яичников чревосечение делается и при III стадии и иногда даже при IV (пробное чревосечение). Подобная тактика имеет следующие обоснования: а) стадию рака яичников не всегда удается определить до операции; б) если радикальная операция невозможна (например, при III—IV стадии рака), то производят частичное удаление опухоли, так как рентгенотерапия недостаточно эффективна.

Для предотвращения опасной ошибки и выбора правильной операции необходимо каждую удаленную опухоль яичника исследовать макро- и микроскопически. При возможности надо производить срочное (во время операции) гистологическое исследование удаленной опухоли яичников. Препараты готовят за 1—5 минут по методу поверхностной окраски толстых срезов или по методу Р. Д. Синельникова.

После оперативного удаления опухоли или пробного чревосечения показана последующая глубокая рентгенотерапия и повторные дробные переливания крови.

У женщин половозрелого возраста целесообразно комбинировать рентгенотерапию с назначением андрогенов — метилтестостерона, тестостеронпропионата (см. рецептуру в конце книги).

### **Рак маточных труб**

Рак труб может быть первичным и вторичным. Первичный рак труб наблюдается редко, вторичный является обычно результатом распространения рака яичников или, что бывает реже, рака матки. Распознавание рака труб крайне затруднительно.

**Лечение.** Оперативное удаление матки с придатками и подвздошными лимфатическими узлами. В послеоперационном периоде рекомендуется глубокая рентгенотерапия.

### **Рак влагалища**

Рак влагалища может быть первичным и метастатическим. Первичный рак влагалища встречается редко (0,4—2% всех злокачественных опухолей половых органов). Метастатический рак влагалища наблюдается при раке шейки и тела матки и крайне редко — при раке яичников. Макроскопически рак влагалища наблюдается в виде: 1) язвы с приподнятыми краями и плотным дном грязно-серого цвета;

<sup>1</sup> По данным Института онкологии АМН СССР (И. Д. Нечаева), 3 года и больше прожило только 12 больных из 135 с малигнизированными формами опухолей яичников; в течение первого года после операции умерло 53% больных.

2) опухоли папиллярного строения; 3) инфильтративного уплотнения стенки влагалища.

**Лечение.** Лечение должно быть сочетанным и состоит оно в применении радио-рентгенотерапии.

### Рак вульвы

Рак вульвы, как и рак влагалища, встречается редко. Он возникает обычно у лиц пожилого возраста. Чаще наблюдается рак клитора и больших половых губ, реже — малых половых губ, уретры и весьма редко — бартолиновой железы. Макроскопически наблюдают те же три формы рака, что при раке влагалища: опухолевый узел, язва (рис. 142), диффузное уплотнение. Микроскопически рак вульвы является плоскоклеточным новообразованием с склонностью к ороговению.

**Симптоматология.** Зуд (ранний, сигнальный симптом) и боли, в дальнейшем — гнойные выделения, кровотечения.

**Диагностика.** При диагностике рака вульвы необходимо учитывать, что нередко ему предшествует крауроз или он развивается на фоне последнего. Надо исключить туберкулез, сифилис, мягкий шанкр (бактериоскопическое, серологическое исследование, биопсия).

**Лечение.** В начальной стадии поражения показано расширенное удаление вульвы и паховых лимфатических узлов с последующей рентгенотерапией. При обширном поражении применяют комбинированную рентгено-радиотерапию. При наличии метастазов в отдаленные органы показано симптоматическое лечение.

**Предраковые заболевания вульвы.** Заболеваниями, нередко предшествующими раку вульвы, являются лейкоплакия и крауроз, которые можно обоснованно рассматривать как предраковые.



Рис. 143. Крауроз вульвы.

Лейкоплакия наблюдается в области клитора, малых губ, иногда в области промежности, в окружности заднепроходного отверстия. Макроскопически она выражается в появлении белых пятен различного диаметра; по окраске они похожи на асбест. Микроскопически лейкоплакия представляет акантоз, паракератоз и особенно гиперкератоз кожного эпителия. Нередко лейкоплакия переходит в крауроз или сочетается с ним и тогда сопровождается ощущением зуда в области наружных половых органов.

Крауроз возникает по преимуществу в старческом возрасте. Макроскопически (рис. 143) наружные половые органы напоминают смятый пергаментный лист. Introitus vaginae резко сужен вследствие сморщивания, склероза и атрофии. Волосы на больших половых губах отсутствуют, цвет кожи половых губ перламутровый или

молочно-белый, ткани хрупки, легко кровоточат. Coitus крайне затруднен или даже невозможен. Гистологически отмечается почти полное исчезновение сосочков кожи; эластические волокна, сальные и потовые железы атрофируются.

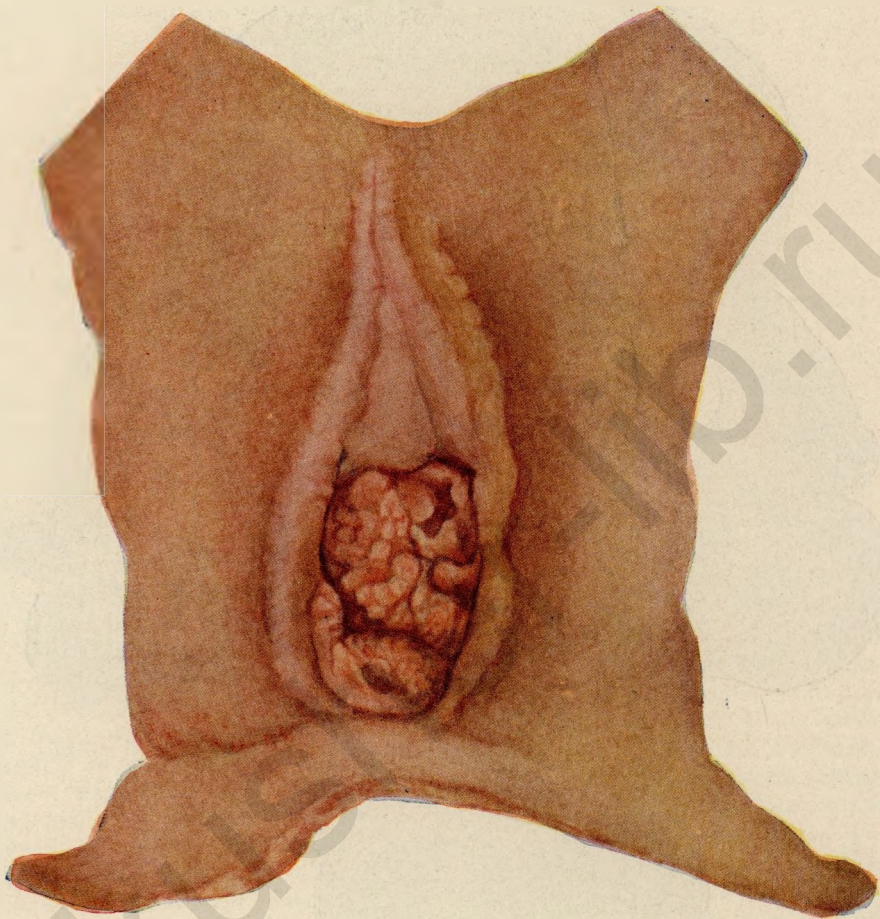


Рис. 142. Рак вульвы.



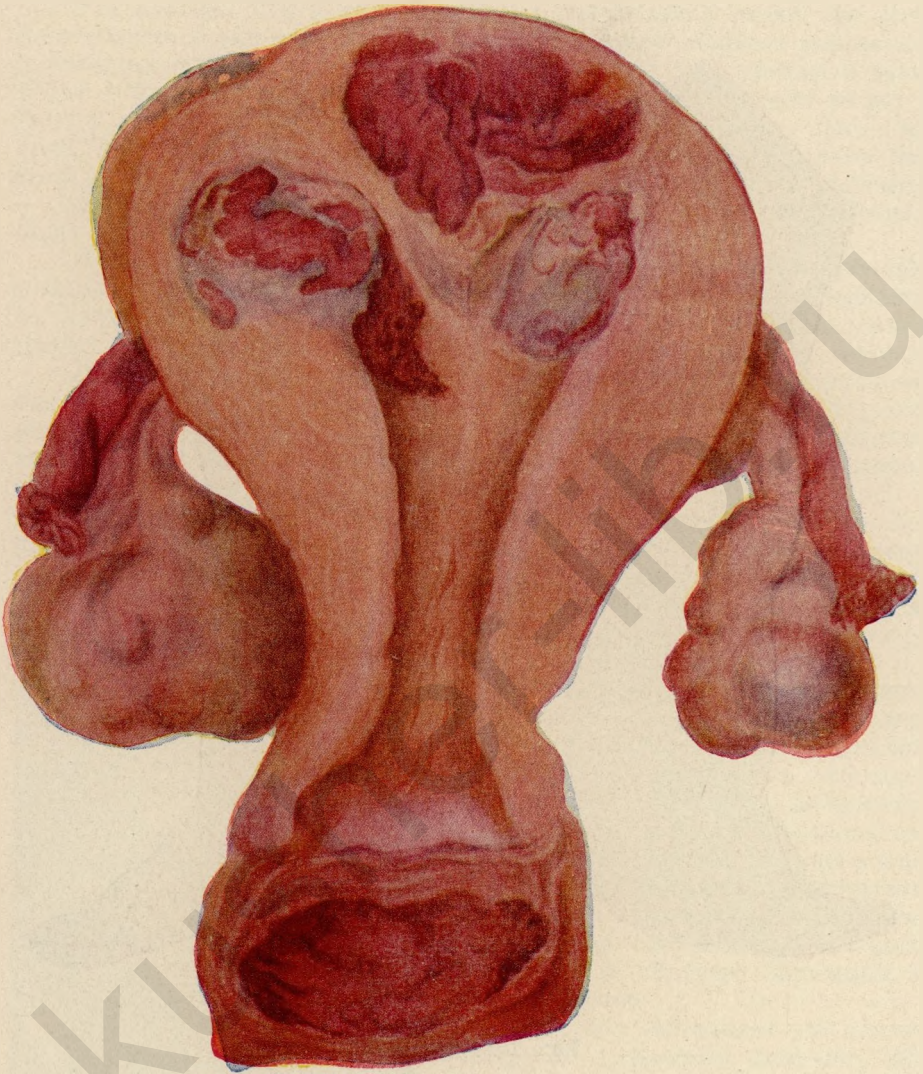


Рис. 144. Хорионэпителиома матки и стенки влагалища, лютеиновые кисты яичников.

**Прогноз.** При лейкоплакии ввиду редкого превращения ее в рак прогноз благоприятный, при краурозе мало благоприятен, так как часто наблюдается переход в рак, а разнообразные методы лечения не дают стойкого улучшения.

**Лечение.** Лечение крауроза ввиду неизвестности этиологии заболевания представляется крайне затруднительным. При лейкоплакии вульвы требуется лишь систематическое наблюдение. При краурозе рекомендуют поверхностную рентгенотерапию; оперативное лечение не оправдало себя. В качестве симптоматического средства можно рекомендовать инъекции алоэ в течение месяца.

Rp. Ext. Aloe 1,0  
D. t. d. N. 15 in amp.  
S. По 1 мл под кожу

### Хорионэпителиома

Хорионэпителиома — злокачественная опухоль, которая развивается из элементов трофобласта, лангансова слоя и синтиция ворсинок хориона. Изредка хорионэпителиома, точнее хориальные структуры, возникает и при отсутствии элементов трофобласта — в недозрелой тератоме или тератобластоме у детей, девочек и у мужчин (в яичках).

Хорионэпителиома была довольно подробно описана Н. М. Никифоровым (1887) и Маршаном (Marchand) (1895—1898). Последний автор детально изучил гистогенез этой опухоли и назвал ее злокачественной хорионэпителиомой (*chorionepithelioma malignum*). К. П. Улезко-Строганова высказалась за эпителиальный генез этой опухоли (1897). Частота развития хорионэпителиомы точно не установлена. Как правило, она возникает после патологической и значительно реже — после нормальной беременности. Так, по данным Т. Бурдзинского, в 42% хорионэпителиома возникла после пузырного заноса, в 33% — после аборта и в 25% — после срочных и преждевременных родов. Статистические данные о частоте развития хорионэпителиомы после пузырного заноса противоречивы и колеблются от 1 до 10%, в среднем от 5,5 до 6,5%. Интервал между предшествующей беременностью и развитием хорионэпителиомы колеблется от нескольких недель до многих лет (свыше 20). Наиболее часто хорионэпителиома локализуется в матке, реже — во влагалище, в трубе и яичниках.

Макроскопически опухоль матки представляется в двух формах: или в виде узловатой опухоли, располагающейся на внутренней поверхности полости матки, или в толще ее мускулатуры, или в виде диффузных разрастаний, проникающих в стенку матки вплоть до брюшинного покрова. Подобные разрастания изредка обуславливают самопроизвольное прободение стенок матки. Цвет опухоли темно-красный, багровый или сине-красный (рис. 144). Обычно она пронизана кровоизлияниями, хрупка и весьма легко распадается, что приводит к появлению профузных рецидивирующих кровотечений из матки (влагалища, трубы).

Хорионэпителиома влагалища лишь крайне редко бывает первичной; чаще она возникает вследствие ретроградного метастаза опухоли из матки. Она имеет вид узла (или узлов) темно-синего или багрового цвета, слегка выступающего над поверхностью слизистой оболочки влагалища. Узлы опухоли вскоре после их образования некротизируются, и вместо них возникают язвы с рыхлой тканью, иногда серо-грязного цвета; появляются профузные кровотечения.

При хорионэпителиоме труб последние представляются колбасовидно или ретортообразно увеличенными; при разрезе видна опухоль темно-багрового цвета, слоистого строения, состоящая из ломких, пронизанных кровоизлияниями масс. Хорионэпителиома яичника при разрезе имеет такой же вид.

Микроскопически хорионэпителиома (рис. 145) состоит из синтиция и ланггансовых клеток при полном отсутствии стромы (в отличие

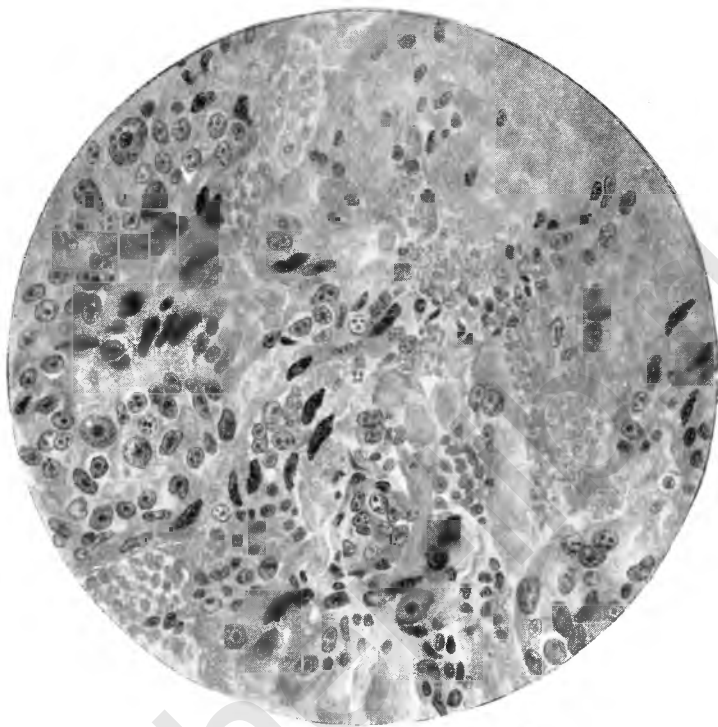


Рис 145. Хорионэпителиома тела матки.

от пузырьного заноса). В одних случаях границы между ланггансовыми клетками и синтицием выражены четко, в других — эти элементы беспорядочно перемешаны.

**Симптоматология.** Первыми симптомами, характерными для хорионэпителиомы матки, являются длительные маточные кровотечения. Кровотечение то усиливается (иногда принимая характер опасного для жизни профузного), то уменьшается. Оно упорно возобновляется, несмотря на повторное (иногда многократное) выскабливание матки и удаление ткани, которую ошибочно считают остатками плаценты. Маточные кровотечения отсутствуют лишь в редких случаях — при внутривенном расположении опухоли.

Длительное кровотечение и интоксикация организма обуславливают появление второго важного симптома хорионэпителиомы — постгеморрагической анемии. Третий, часто наблюдающийся симптом хорионэпителиомы матки — бели, серозно-кровянистые, кровянистые, часто с гнилостным запахом.

В случаях инфицирования опухоли температура повышается и трудоспособность нарушается. При исследовании крови отмечается

ускорение РОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, падение процента гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов.

**Хорионэпителиома фаллопиевой трубы.** Изредка хорионэпителиома первично развивается в трубе. Обычно такая локализация является результатом метастаза опухоли из матки. При развитии хорионэпителиомы трубы возникают схваткообразные боли внизу живота. Распад опухоли и нарушение целостности стенки сосудов трубы обуславливают обильное внутрибрюшное кровотечение.

**Хорионэпителиома яичника.** Первичная хорионэпителиома яичника встречается очень редко. Развитие вторичной (метастатической) хорионэпителиомы яичника не сопровождается никакими характерными симптомами.

**Клиническое течение хорионэпителиомы матки.** Распространение опухоли. Характерным для хорионэпителиомы является раннее появление метастазов (во влагалище, в легких, печени, головном мозгу, почках). Метастазирование происходит в основном гематогенным путем. Соответственно локализации метастазов возникают и болезненные симптомы: при метастазе в легких появляется кашель, мокрота с кровью, при метастазе в мозг — головные боли, рвота, иногда гемипарез или парез конечностей.

Болезнь обычно быстро прогрессирует и приводит к смерти. Смерть наступает от кахексии, кровотечения, септического процесса или нарушения функции жизненно важных органов (метастазов в головной мозг, сердце).

**Диагностика.** Распознавание хорионэпителиомы основывается на тщательной оценке данных анамнеза и объективных методов исследования. Большое значение имеет гистологическое исследование удаленной ткани (биопсия, выскабливание слизистой матки) и биологическая реакция Ашгейма-Цондека. Из данных анамнеза важнейшее значение имеют указания на перенесенный пузырный занос, ациклические рецидивирующие кровотечения, симптомы со стороны легких, центральной нервной системы.

При гинекологическом исследовании необходим тщательный осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки (с помощью зеркала) с целью обнаружения метастазов, выяснения вопроса об источнике кровотечения, выделений. При хорионэпителиоме матки обнаруживают некоторое увеличение (редко отдельные узлы) и размягчение матки.

Важный диагностический прием — выскабливание слизистой матки и гистологическое исследование соскоба. Гистологическая диагностика хорионэпителиомы в ряде случаев, однако, представляет большие затруднения, так как характерной чертой опухоли является ранний распад ее. Поэтому при диагностике хорионэпителиомы большое значение имеют биологические реакции (Ашгейма-Цондека) на белых мышах, Фридмана на кроликах, сперматозоидная реакция на самцах лягушках. Характерным для хорионэпителиомы является резкое возрастание титра гонадотропинов в моче больной. Реакция Ашгейма-Цондека оказывается положительной не только с цельной мочой, но и при разведении мочи 1:50 и 1:100; эта реакция имеет особое значение для распознавания вне генитальной локализации хорионэпителиомы. В единичных случаях титр гонадотропина невысокий (1:5, 1:10). Резко положительная реакция Ашгейма-Цондека (при сочетании с другими подозрительными на хорионэпителиому симптомами) говорит в пользу диагноза хорионэпителиомы, если даже данные гистологического исследования сомнительны. Если при гистологическом

исследовании соскоба слизистой матки имеется подозрение на хорионэпителиому, а реакция Ашгейма-Цондека отрицательна или сомнительна, то при наличии других подозрительных клинических симптомов нельзя окончательно исключить хорионэпителиому. Такую больную надо взять под наблюдение и повторно обследовать через 1—2 недели (повторная реакция Ашгейма-Цондека).

Диагноз метастаза хорионэпителиомы в легкие и мозг может быть правильно поставлен при учете данных анамнеза (пузырный занос, беспорядочные кровотечения из влагалища) и тщательном гинекологическом (в том числе и с помощью зеркала) и рентгенологическом обследовании; важна также постановка реакции Ашгейма-Цондека.

Прогноз. Предсказание зависит от срока диагностики. При своевременно поставленном диагнозе, оперативном лечении и последующей лучевой терапии прогноз у значительного большинства больных благоприятный. При наличии метастазов в отдаленные органы выздоровление наступает крайне редко.

Профилактика. Профилактика хорионэпителиомы (вернее ранняя диагностика ее) основывается на учете частого развития этой опухоли после пузырного заноса. Каждая больная, у которой был пузырный занос, требует последующего систематического (в первые полгода — один раз в месяц, а в дальнейшем через 2—3 месяца) врачебного наблюдения по крайней мере в течение 1½—2 лет. Так как хорионэпителиома в 40—45% развивается после предшествующего пузырного заноса, необходимо каждой женщине, перенесшей пузырный занос, производить систематически (ежеквартально) реакцию Ашгейма-Цондека и тщательно исследовать ее как бимануально, так и с помощью зеркала; при появлении беспорядочного кровотечения или положительной реакции Ашгейма-Цондека немедленно производят диагностическое выскабливание слизистой матки и рентгенографию легких (с целью своевременной диагностики метастаза хорионэпителиомы).

Важное значение имеет состояние яичников, развитие в них лютеиновых кист и правильная их оценка. Известно, что лютеиновые кисты часто возникают при пузырном заносе (в 40—50%) и реже — при хорионэпителиоме. При пузырном заносе они возникают иногда через несколько недель и даже через 1—2 месяца после удаления заноса. Кисты эти достигают больших размеров (15—20 см в диаметре). Отличительной их особенностью является способность к обратному развитию. При обнаружении подобных кист яичников важно повторно производить реакцию Ашгейма-Цондека. Если количество гонадотропинов убывает и других симптомов, характерных для хорионэпителиомы, нет, то можно продолжить наблюдение, так как эти кисты подвергаются обратному развитию. Подобное систематическое наблюдение и тщательное обследование позволяют своевременно выявить хорионэпителиому и провести радикальное лечение.

Лечение. При хорионэпителиоме матки показано срочное оперативное лечение — экстирпация матки с придатками и последующая глубокая рентгенотерапия. После окончания лечения больная должна оставаться под наблюдением врача (осмотр через 1—2—3 месяца). При отсутствии подозрительных симптомов необходимо производить реакцию Ашгейма-Цондека (в течение 2 лет) один раз в квартал. При появлении положительной реакции Ашгейма-Цондека необходимо тщательно обследовать больную с целью обнаружения рецидива или метастаза опухоли. Если у больной появились бели, ациклические кровотечения (метастаз во влагалище), то ее также необходимо срочно



Рис. 146. Субмукозная миома тела матки с рас-  
падом.

обследовать. При выявлении метастаза во влагалище показана радиотерапия, при метастазах в легких — рентгенотерапия. Целесообразна также терапия андрогенами (см. рецептуру в конце книги).

## ОПУХОЛИ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

### ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ МИОМА МАТКИ

Опухоли из мышечной ткани называют миомами; различают миомы из гладких мышечных волокон — лейомиомы и из поперечнополосатых мышечных волокон — рабдомиомы. В ряде учебников эти опухоли называют не миомами, а фибромиомами, так как строма их состоит из большего или меньшего количества соединительной ткани. В половых органах женщин миомы (лейомиомы) развиваются весьма часто (у 10—12% всех женщин). Наиболее часто встречаются миомы матки и крайне редко — миомы маточных связок (круглой, широкой), труб, влагалища. Миомы наблюдаются по преимуществу у женщин в возрасте старше 30 лет, обычно после 40 лет, реже они встречаются в более молодом возрасте. После прекращения менструаций миомы, как правило, не развиваются, а, наоборот, нередко уменьшаются или совсем исчезают.

Вопрос о причинах развития миом нельзя считать окончательно разрешенным. Несомненно, большое значение имеет повышенное и длительное выделение эстрогенов, что установлено рядом авторов. Так, в экспериментах на морских свинках с несомненностью установлено, что при введении больших доз эстрогенов возникают опухоли, по своему гистологическому строению аналогичные миомам. Косвенным подтверждением роли эстрогенов в развитии миом является: а) преимущественное (свыше 50%) обнаружение их у женщин в возрасте свыше 40 лет (когда нередки нарушения овариальной функции с повышенным выделением эстрогенов); б) резкое уменьшение и исчезновение их в старческом возрасте (когда продукция эстрогенов значительно сокращается)<sup>1</sup>. Отдельные авторы считают, что миома возникает по преимуществу у женщин, страдающих бесплодием. В начальной стадии развития миома матки располагается интерстициально, представляя собой комплекс мышечных волокон, сгущенных в виде клубочка незначительной величины — от сотых до деся-

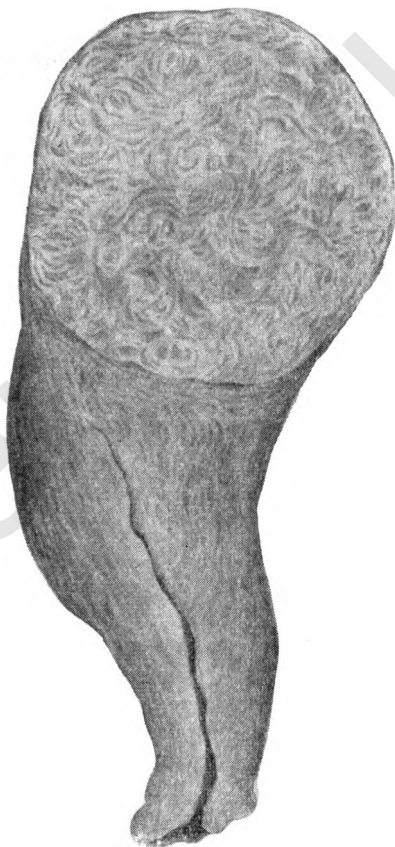


Рис. 147. Миома тела матки субсерозная.

<sup>1</sup> Приведенные данные позволяют считать, что миома (как и эндометриоз, и фибroadенома молочной железы) не является истинной опухолью; она относится к так называемым дисгормональным гиперплазиям (М. Ф. Глазунов).

тых долей миллиметра. В дальнейшем такие узелки, разрастаясь, могут достигать огромных размеров (30—40 см в диаметре, весом до 70 кг). Узел миомы не имеет четко выраженной капсулы. Однако мышцы матки и соединительнотканые волокна располагаются вокруг опухоли концентрически (реакция мускулатуры на давление). Такое расположение мышечных элементов матки способствует легкому вылучению узлов миомы. В зависимости от направления роста узлов различают три вида миом: интерстициальную миому, когда опухоль расположена в толще стенки матки, субмукозную (рис. 146), когда значительная часть опухоли выпячивается в полость матки, и субсерозную, когда опухоль развивается подбрюшинно (рис. 147).

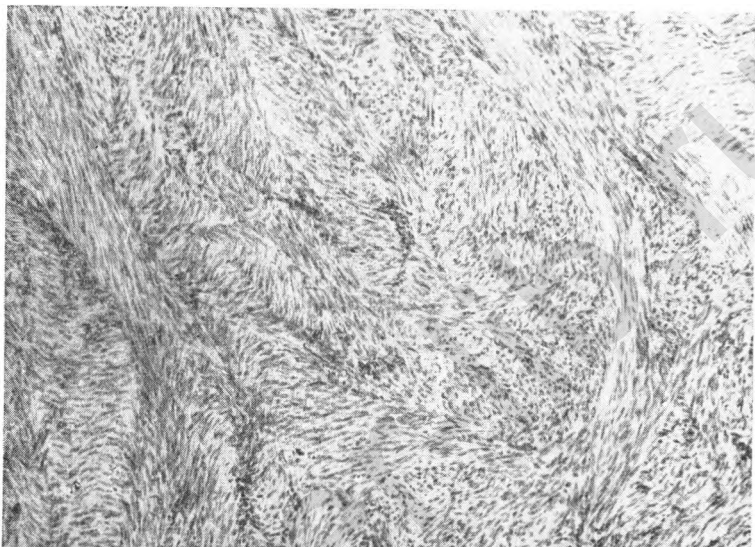


Рис. 148. Миома тела матки.

Миома состоит в основном из мышечной ткани (рис. 148); соединительная ткань составляет строму опухоли и как бы вторично вовлекается в нее. Поэтому правильнее называть эти опухоли миомами, а не фибромиомами. Кровеносные и лимфатические сосуды и нервы миом подходят к опухоли в виде отдельного компактного пучка или в виде многочисленных тонких разветвлений. Рост интерстициальной миомы обуславливает диффузное или асимметричное увеличение матки, величина которой в некоторых случаях может соответствовать размерам матки при доношенной беременности.

Развитие субсерозных узлов приводит к деформации матки. Узлы опухоли, выпячиваясь в сторону брюшины, располагаются на широком основании или же связаны со стенкой матки истонченной ножкой, то более, то менее длинной. При развитии множественных субсерозных узлов матка приобретает форму картофельного клубня (рис. 149). При этом резко изменяется топография круглых связок и маточных труб, а матка может повернуться вокруг своей продольной оси (*rotatio uteri*) или же происходит перекрут тела матки вокруг шейки (*torsio uteri*).

Такие особенности топографии матки и ее сосудов необходимо учитывать при операции экстирпации или ампутации матки. Субсерозная миома может расти внутрисвязочно, расслаивая листки широких связок. При значительных размерах такой опухоли резко наруша-



ется подвижность матки, положение артерий и вен матки, функция и топография мочеточников. При субмукозном росте миома, выпячивая вперед себя слизистую оболочку матки, обуславливает деформацию полости матки. В дальнейшем такая опухоль часто является причиной возникновения сокращений матки и «рождения» опухоли через раскрытый канал шейки матки во влагалище в виде полипа на ножке.

Миома развивается в шейке матки (рис. 150) или во влагалищной части шейки значительно реже (4—5% всех миом). Миома шейки, как

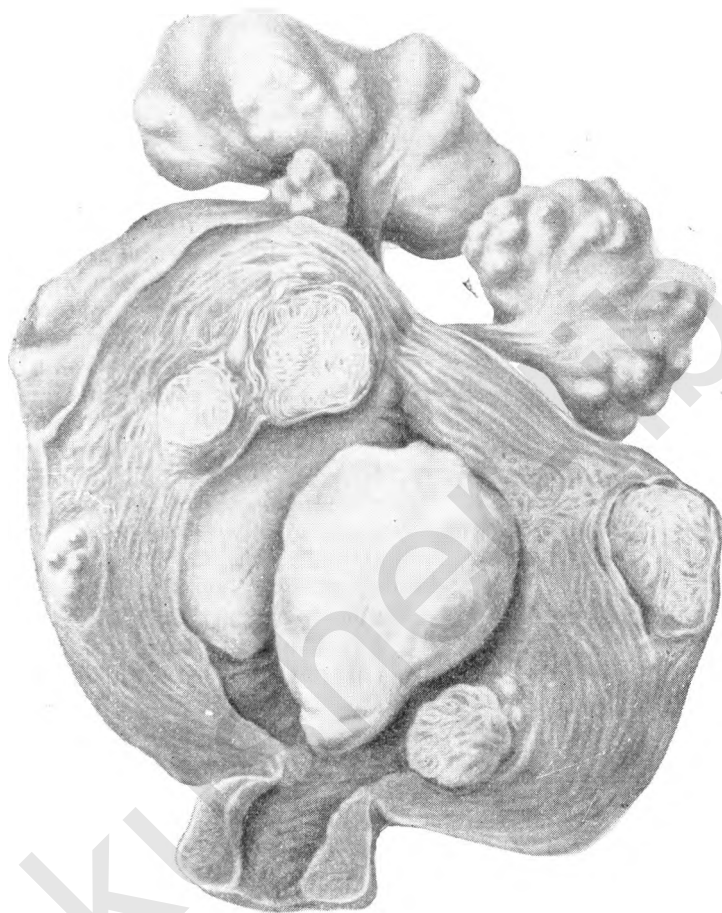


Рис 149 Множественная миома матки.

и тела, матки развивается вначале интерстициально в одной из стенок шейки. При дальнейшем росте миома резко выступает по направлению к мочевому пузырю или прямой кишке, смещая иногда мочеточники. В связи с этим могут возникать нарушения функции этих органов — ощущение давления, боли, затруднения мочеиспускания или учащенные позывы на мочеиспускание. Миома влагалищной части шейки матки при своем росте выпячивается во влагалище, деформируя шейку и обуславливая смещение (кпереди или кзади) наружного маточного зева, который в таких случаях приобретает полулунную форму.

Слизистая оболочка матки при миомах имеет различное строение в зависимости от возраста больной, предшествующих заболеваний и

формы опухоли (субсерозная, интерстициальная или субмукозная). В одних случаях имеется нормальное строение слизистой с обычными циклическими изменениями, в других — гиперплазия, и наконец (чаще при субмукозных миомах), — атрофия слизистой оболочки. Гиперплазия слизистой оболочки, возможно, связана с повышенным выделением активных фракций эстрогенов при миомах. Что касается атрофии слизистой, то последняя обуславливается механическими факторами или возрастом больной.

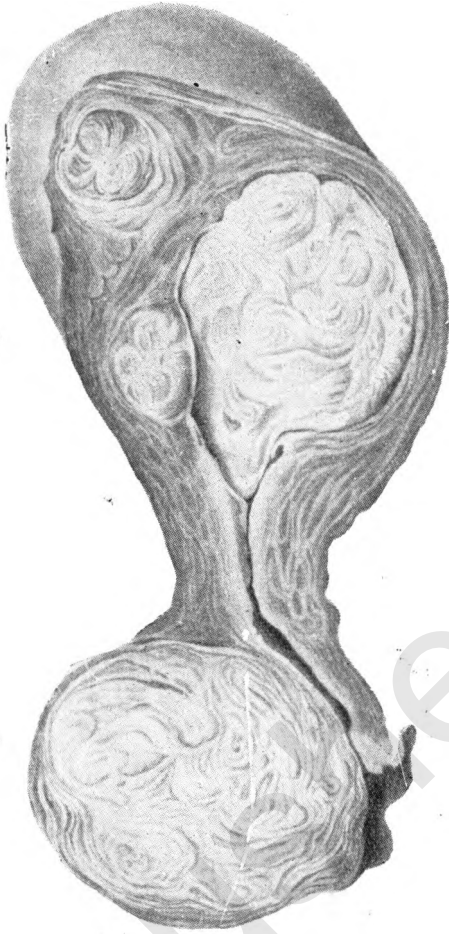


Рис. 150. Миома шейки и тела матки.

Симптоматология. Установлено, что развитие миомы иногда не сопровождается никакими клиническими симптомами, опухоль обнаруживается при профилактическом медицинском осмотре, при посещении больной женской консультации по поводу каких-либо других болезненных симптомов или, наконец, на секционном столе.

Наряду с этим у ряда больных наблюдаются болезненные симптомы, значительно нарушающие их общее состояние и трудоспособность.

Важнейшие симптомы миом матки: 1) меноррагии типа гипер- и полименореи (обильные и длительные менструации); реже метроррагия; 2) постгеморрагическая анемия; 3) боли; 4) нарушение функции соседних с маткой внутренних органов (мочевой системы, желудочно-кишечного тракта).

1. Гипер- и полименорея наблюдаются у значительного большинства (свыше 50%) больных миомой. Менструации, до заболевания проходившие нормально, затягиваются до 10 и даже 12 дней и становятся очень обильными. Причины подобного изменения менструаций весьма сложны: нарушение сократительной способности мышц матки, увеличение поверхности слизистой оболочки матки, повышенная продукция эстрогенов.

Значительно реже у больных миомой возникают ациклические кровотечения. Метроррагия наблюдается при субмукозной миоме, когда в процессе «рождения» опухоли происходит нарушение целостности слизистой оболочки. Весьма важно помнить, что у женщины в возрасте свыше 40 лет возможно одновременное сосуществование миомы и рака матки. Поэтому у каждой больной с миомой матки, страдающей ациклическими кровотечениями, необходимо производить не только зондирование матки (деформация полости при субмукозной миоме), но и выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. Выскабливание слизистой

оболочки матки при субмукозной миоме надо производить крайне осторожно во избежание травмы опухоли с последующим некрозом и возможным инфицированием ее.

2. Ежемесячные обильные кровопотери во время менструаций создают условия для развития вторичной (постгеморрагической) анемии. Кожные покровы больной приобретают бледно-желтый цвет; слизистые крайне бледны; лицо одутловато, на ногах пастозность или отеки. При исследовании крови имеется нарастающее уменьшение числа эритроцитов (до 1 мл и меньше), понижение процента гемоглобина (до 30—20), появляются молодые формы эритроцитов. Больные жалуются на слабость, одышку, головокружение, нарушение работоспособности во время менструаций и в промежутке между ними. Пульс лабилен, легко учащается до 80—100 ударов в минуту: часто наблюдаются сердцебиения. При аускультации сердца выслушивают дующий систолический шум у верхушки.

3. Боли при субмукозной миоме обуславливаются сокращениями матки и рождением опухоли. Вначале они возникают лишь до и во время менструаций, а затем не прекращаются и в межменструальном периоде. Боли при субсерозной миоме могут зависеть от быстрого роста опухоли (например, при беременности), а также от перекручивания ножки субсерозного узла. При внутрисвязочном росте миомы и шейечной миоме боли возникают от сдавления опухолью соседних органов (мочевых путей, кишечника), нервных сплетений, а также при некротизации опухоли.

4. Нарушения функции соседних органов возникают главным образом при внутрисвязочной, шейечной или субсерозной миоме, близко расположенной к шейке. Рост опухоли впереди от матки сопровождается учащенным мочеиспусканием, затруднением его, иногда с последующим развитием парадоксальной ишурии. Задержка мочеиспускания может быть обусловлена также рождением во влагалище крупного субмукозного узла миомы. Рост опухоли между листками широкой связки, вплоть до стенок таза, может сопровождаться нарушением топографии мочеточников, их сдавлением, образованием гидроуретера и гидронефроза. Позадишейечная опухоль может обусловить затруднение опорожнения прямой кишки.

Ущемление опухоли в малом тазу может повести за собой некроз узла и непроходимость кишечника (задержка газов, рвота, в дальнейшем перитонит).

Осложнение миом. В процессе развития миом возникает ряд осложнений, знание которых необходимо для понимания симптоматики, диагностики и терапии больных с миомой матки.

Среди таких осложнений наиболее важное значение имеют следующие: 1) перекручивание ножки опухоли, нарушение питания опухоли, некроз и инфицирование опухоли; 2) выворот матки; 3) злокачественное превращение; 4) острое кровотечение.

1. Перекручивание ножки субсерозной миомы может происходить постепенно или внезапно в результате резкого физического напряжения больной, при быстром выходе опухоли из малого таза в большой (во время родов, в послеродовом периоде). Оно сопровождается такими же симптомами, как и перекручивание ножки опухоли яичника.

При перекручивании ножки субсерозной миомы возникают явления застоя и кровоизлияния в опухоль, нарушение ее питания с последующим некрозом. Вторая причина некроза миомы — рождение субмукозного узла; при этом резко нарушается его питание. Третья

причина некротизации — резкое нарушение кровоснабжения опухоли во время родов (при ущемлении опухоли).

Инфицирование миомы происходит обычно в результате предшествующего ее некроза и грозит при отсутствии своевременного распознавания и соответствующего оперативного лечения развитием параметрита, ограниченного или разлитого перитонита и, наконец, генерализацией септического процесса. Наблюдаются отдельные случаи инфицирования миомы метастатическим путем при наличии септического очага в отдаленных органах (миндалины, среднее ухо и т. п.) или вследствие диагностических и терапевтических вмешательств (зондирование, выскабливание слизистой оболочки матки при субмукозной миоме).

Септическое заболевание наиболее часто возникает при субмукозных миомах в процессе их рождения. Повышается температура, появляются ознобы, общее состояние больной нарушается, РОЭ ускорена; имеется лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево. При гинекологическом исследовании определяют родившийся некротизированный узел с серо-грязным налетом, гнойные кровянистые или ихорозные выделения. При некрозе и инфицировании интерстициальной или субсерозной миомы также нарушается общее состояние, повышается температура, появляются ознобы и соответствующие изменения со стороны крови (ускорение РОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево). Пальпация матки в области узлов миомы болезненна.

2. Рождение субмукозного узла изредка сопровождается выворотом (онкогенетическим) матки. При этом возникают острые боли и развивается состояние шока. При осмотре больной обнаруживают, что на поверхности вывернутой матки находится (на ножке, реже на широком основании) узел опухоли. Подробнее о вывороте матки см. главу IX.

3. По данным Института акушерства и гинекологии (Москва) за 1948—1954 гг., злокачественные миомы составляли 0,5% всех миом. Подозрение на малигнизацию опухоли возникает при обнаружении быстрого роста ее особенно у больной в старческом возрасте.

4. Очень редко при миомах возникает обильное кровоизлияние в брюшную полость вследствие распада некротизирующегося узла и кровотечения из нарушенных сильно развитых сосудов. Клинические признаки подобного осложнения: острое малокровие, падение пульса.

К изменениям в миомах, клиническое значение которых весьма невелико, относятся следующие: гиалиновая дистрофия, кистозное размягчение, обызвествление, атрофия миомы. При гиалиновой дистрофии опухоль очень плотной консистенции, со стекловидной поверхностью. В ряде случаев гиалиновая масса разжижается и образуется желеобразная вязкая жидкость. Студенистая масса выполняет полости большей или меньшей величины, образующиеся в отдельных участках миомы. Иногда подобной жидкости накапливается очень много (до 30—40 л), в связи с чем кистозные миомы достигают огромных размеров.

При расширении кровеносных и лимфатических сосудов, телеангиэктазии и лимфоангиэктазии миомы также образуются полости.

Обызвествление миом обычно является результатом дистрофических процессов в опухоли. Подобные опухоли описывают иногда под названием «маточных камней». Подозрение на обызвествление миомы возникает при наличии каменной консистенции опухоли. Диагноз может быть подтвержден рентгенографией опухоли.

Атрофия миомы возникает в старческом возрасте, а также при искусственной кастрации оперативной или лучевой.

**Миома и беременность.** При сочетании миомы и беременности обычно особых осложнений не возникает. Это наблюдается главным образом при небольших интерстициальных субсерозных миомах. Однако в отдельных случаях могут развиваться осложнения, которые можно разделить на две группы: а) осложнения со стороны миомы и б) осложнения зачатия, беременности, родов, послеродового периода.

а) При возникновении беременности отмечается рост опухоли (гиперплазия мышечных элементов и отек опухоли). Частота осложнений со стороны опухоли обусловлена в известной мере локализацией и размерами последней. При небольших интерстициальных или субсерозных миомах (на широком основании), располагающихся в дне матки, обычно никаких осложнений со стороны опухоли не наблюдается. При шейчной или межсвязочной миоме в связи с увеличением объема опухоли при беременности возможны ущемление, некроз и инфицирование опухоли. Как показывают клинические наблюдения, наибольшая опасность некроза и инфицирования опухоли возникает в послеродовом периоде. Кроме того, в этом же периоде у подавляющего большинства рожениц наблюдается (параллельно с обратной инволюцией матки) уменьшение размеров опухоли. Такое осложнение, как перекручивание ножки миомы, возникает главным образом во время родов и в послеродовом периоде. Симптоматология всех этих осложнений указана выше.

б) Осложнения зачатия, беременности, родов, послеродового периода освещаются более подробно в учебниках акушерства; здесь мы лишь кратко рассмотрим их.

Существует взгляд, что миома является одной из причин бесплодия женщин. Однако лишь в редких случаях, например при рождающейся и инфицированной субмукозной миоме, создаются неблагоприятные условия для возникновения беременности. При чаще встречающихся интерстициальных и субсерозных миомах наступление беременности и родов у женщин при небольшой интерстициальной или субсерозной миоме, расположенной в дне матки, может не создавать каких-либо особенностей. При субмукозной миоме беременность или совсем не наступает, или же самопроизвольно прерывается, так как наличие миомы может вызывать появление сокращения матки, отслойку и изгнание плодного яйца. При низком расположении субсерозных узлов миомы в теле матки и при шейчной миоме возможно ущемление опухоли в малом тазу (в связи с ростом матки и одновременным увеличением узлов опухоли) с развитием схваток, приводящих к самопроизвольному аборту. Роды при сочетании миомы и беременности могут быть патологическими. Так, при шейчной или низко расположенной миоме естественное родоразрешение иногда невозможно, если опухоль ущемляется в малом тазу (рис. 151). У подобных рожениц возникают абсолютные показания для абдоминального кесарева сечения с последующим удалением опухоли (или матки вместе с опухолью).

При отсутствии механических препятствий для естественного родоразрешения роды у женщин с миомой матки могут сопровождаться следующими осложнениями: первичной слабостью родовой деятельности, патологией послеродового периода родов (нарушение процесса отслоения и выделения последа, атоническое кровотечение) и в послеродовом периоде (кровотечение, субинволюция матки, некроз опухоли).

В редких случаях беременность развивается и заканчивается срочными родами, несмотря на наличие субмукозной миомы. Однако возможны следующие осложнения в последовом и послеродовом периодах: атоническое кровотечение, послеродовой метроэндометрит вследствие некроза и инфицирования субмукозной миомы. Узел некротизированной миомы иногда самопроизвольно отшнуровывается (рождается) в послеродовом периоде.

**Диагностика.** Вопросы диагностики при миомах представляют ряд особенностей в зависимости от клинической симптоматики, локализации и размеров опухоли.

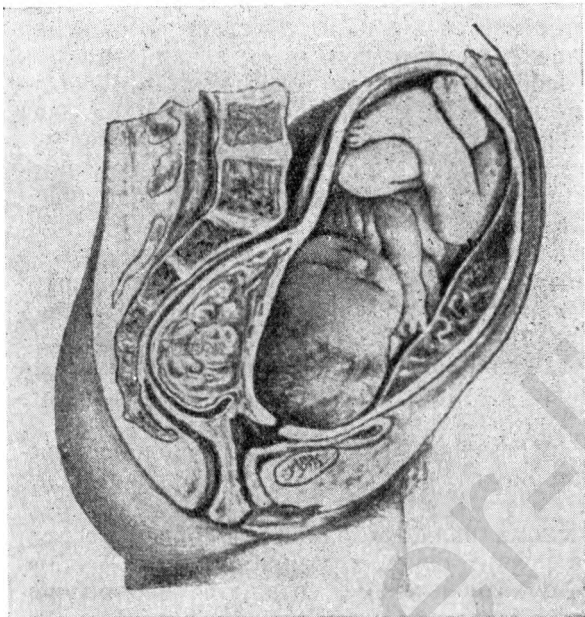


Рис. 151. Миома и беременность.

1. Наиболее просто решается вопрос диагноза рождающейся субмукозной миомы: больная жалуется на схваткообразные боли, чувство напирания на низ. В раскрытой шейке матки или в полости влагалища определяется плотная опухоль округлой или овальной формы, с ровной поверхностью; у верхнего полюса опухоли определяется ее ножка. Однако необходимо помнить о возможности ошибочного диагностирования миомы вместо аборта (в ходу), рака и саркомы матки (в форме полипа), а также выворота матки. При

распознавании надо учитывать возраст больной (более старей при раке), время последних менструаций (амеорея при беременности), консистенцию опухоли (плотную при миоме, саркоме и раке и более мягкую при рождающемся плодном яйце). Во избежание опасной ошибки (нераспознавание рака, саркомы) необходимо подвергать гистологическому исследованию каждую удаленную рождающуюся опухоль. Диагностика субмукозной миомы, находящейся в полости матки, представляется более сложной. Здесь необходимо учитывать данные анамнеза (периодические схваткообразные боли внизу живота, иногда меноррагия, метроррагия) и данные объективного исследования — наличие слизистых, слизисто-гнойных выделений из матки, диффузного увеличения матки, иногда наличие субсерозных узлов миомы. В качестве вспомогательного диагностического приема можно использовать зондирование матки (деформация ее полости) и метрографию с помощью контрастного вещества (обнаружение дефекта наполнения полости матки).

2. При интерстициальной миоме размеры матки могут варьировать от небольших (соответственно ранним срокам беременности) до гигантских, когда опухоль выполняет значительную часть брюшной полости.

При решении вопроса, откуда исходит опухоль, следует руководствоваться данными гинекологического исследования: при миоме шейки матки непосредственно переходит в опухоль, тело матки отдельно не контурируется; перемещение опухоли передается на шейку; при зондировании обнаруживают удлинение полости матки.

При дифференциальном диагнозе между беременностью и миомой матки необходимо учесть данные анамнеза, а также консистенцию и форму матки (шейки и тела). При миоме матка плотная, с бугристой (субсерозные узлы), реже ровной поверхностью. При беременности матка эластической или мягкой консистенции, шаровидной или овоидной формы. Цианоз влагалища и влагалищной части шейки матки при миоме может отсутствовать или нерезко выражен; изменения молочных желез, характерные для беременности (нагрубание желез, выделение молозива, пигментация околососковых кружков и пр.), при миоме отсутствуют.

В затруднительных в дифференциально-диагностическом отношении случаях показано применение реакции Ашгейма-Цондека. Зондирование матки, понятно, противопоказано ввиду опасности нарушения беременности. При увеличении матки соответственно второй половине беременности необходимо произвести пальпацию опухоли и аускультацию живота с целью исключения достоверных признаков беременности (сердцебиение, движение плода). В очень трудных для диагностики случаях производят и рентгенографию (скелет плода).

Распознавание беременности при миоматозной матке представляет иногда большие трудности. При этом важно учесть данные анамнеза (аменорея и другие признаки беременности) и объективного исследования (несоответствие между сроком предполагаемой беременности и размерами матки, плотность матки, наличие иногда субсерозных узлов, изменения молочных желез). В трудных случаях показано применение реакции Ашгейма-Цондека.

3. При шеечной миоме определяют резко увеличенную шейку матки плотной консистенции, иногда выполняющую значительную часть малого таза; над опухолью прощупывается неувеличенное тело матки; смещение тела матки может передаваться на опухоль шейки. При миоме влагалищной части шейки матки шейка резко увеличена и деформирована; наружный зев расположен эксцентрично, нередко полукруглой формы; опухоль выполняет иногда значительную часть полости влагалища.

4. Большие дифференциально-диагностические трудности могут возникнуть при наличии субсерозной (одиночной) миомы на ножке. В этих случаях надо дифференцировать миому от кистомы, сактосальпинкса, параметрита. При дифференциальной диагностике между субсерозной миомой на ножке и кистой яичника необходимо помнить, что консистенция миомы, как правило, плотная, поверхность неровная; киста яичника обычно эластической консистенции, поверхность ее гладкая.

При дифференциальной диагностике между миомой матки и сактосальпинксом необходимо учитывать данные анамнеза (указание на заболевание после аборта, родов) и объективного исследования: сактосальпинкс большей частью бывает двусторонним, форма его неправильноовоидная или ретортообразная; он мало подвижен. Узел миомы округлой формы, плотной консистенции, подвижен; нередко узлы множественны. Распознавание множественных субсерозных узлов миомы матки обычно не представляет затруднений. При объективном исследовании матка отдельно не контурируется и представляется в ви-

де картофельного клубня со многими плотными узлами. В сомнительных случаях показано зондирование матки.

5. Интралигаментарная, неподвижная миома может быть ошибочно распознана как хронический параметрит. Правильной диагностике способствует учет данных анамнеза (отсутствие указаний на повышение температуры, предшествующие гинекологические заболевания), и возможность отделить опухоль от стенок малого таза. Параметральный инфильтрат, распространяясь до стенок малого таза, сливается с ним. Распознавание различных осложнений, которые могут возникнуть в процессе развития миом, основывается на знакомстве с их клинической симптоматологией. Наиболее опасным осложнением является злокачественное превращение миомы. К счастью, это происходит редко (0,5%). Подозрение на малигнизацию миомы возникает при быстром ее росте, особенно в старческом возрасте. В ряде случаев характер опухоли (миома, злокачественная миома, саркома) окончательно устанавливается лишь после гистологического исследования препарата.

Распознавание миомы связок (круглой, широкой) в значительном большинстве случаев крайне затруднительно; наиболее часто до операции диагностируется интралигаментарная субсерозная миома или фиброма яичника.

**Прогноз.** Прогноз при миоме матки ставится на основании оценки ряда положений: доброкачественного характера опухоли, наличия или отсутствия болезненных симптомов, характера роста и локализации опухоли. При отсутствии симптомов и медленном росте миомы, особенно у женщины в возрасте свыше 40 лет, прогноз обычно благоприятен. При наличии болезненных симптомов, связанных с ростом миомы, у женщины половозрелого возраста в большинстве случаев требуется оперативное вмешательство. Прогноз операции также в настоящее время вполне благоприятен. Наиболее трудно определить прогноз при субмукозной миоме, в процессе развития которой возможны такие осложнения, как некроз и инфицирование опухоли. В таких случаях прогноз определяется своевременной диагностикой и своевременным лечением подобных больных (удаление опухоли) до возникновения некроза и инфицирования опухоли. Прогноз при сочетании миомы и беременности определяется формой, локализацией и размерами опухоли. Тщательная и своевременная оценка опасности, связанной с возможными осложнениями во время родов и в послеродовом периоде, позволяет предупредить их путем своевременного оперативного удаления опухоли.

**Профилактика.** В настоящее время еще нет достаточно научных данных для предложения эффективных мер профилактики миом матки.

**Лечение.** Вопросы терапии зависят от общей характеристики миом как доброкачественных опухолей, наличия или отсутствия болезненных симптомов, возраста больной, размеров и локализации опухоли. Целесообразно различать прежде всего две группы миом: а) бессимптомные (небольшие интерстициальные и субсерозные) миомы и б) субмукозные миомы матки.

При наличии небольшой интерстициальной или субсерозной миомы (размеры матки не превышают трех-четырёхмесячной беременности) и при отсутствии болезненных симптомов у больной любого возраста показано дальнейшее наблюдение (один раз в квартал), чтобы контролировать рост опухоли и своевременно оценить болезненные симптомы, если они возникнут. Совершенно другой тактики следует



придерживаться при субмукозной миоме. Больная с субмукозной миомой подлежит срочному оперативному лечению, так как при этой форме имеется опасность быстрого развития серьезных осложнений (значительная анемизация, некроз узлов, инфицирование опухоли, изредка септическое заболевание). Выбор метода операции зависит от ряда условий: возраст больной, расположение субмукозного узла, наличие или отсутствие ножки и др.

При субмукозной миоме (на ножке), родившейся во влагалище, удаляют опухоль (через влагалище) путем рассечения ее капсулы и откручивания. Для этого (после дезинфекции влагалища и опухоли) захватывают опухоль двузубцами и осторожно подтягивают ко входу во влагалище, затем концом изогнутых ножниц надсекают со всех сторон капсулу опухоли по ее периферии, ближе к ножке (рис. 152). После этого осторожно вращают двузубцы в одном направлении и таким образом откручивают опухоль. Ложе опухоли смазывают йодом. При субмукозной миоме, расположенной в полости матки, производят в одних случаях (у молодых женщин) вла-



Рис. 152. Удаление субмукозной родившейся миомы

галишную гистеротомию с целью удаления узла, а в других (в возрасте свыше 40 лет) ампутацию или экстирпацию (при некрозе узла) матки.

В ряде случаев выбор метода лечения миомы представляет известные трудности и зависит от возраста больной, состояния ее здоровья, симптоматики, размеров и локализации опухоли.

Разберем часто встречающиеся четыре варианта.

1. Интерстициальная миома матки у женщины в возрасте до 40 лет, по величине соответствующая 14—15-недельной беременности и сопровождающаяся незначительными болезненными симптомами при наличии гиперполименореи, не приводящей к постгеморрагической анемии. Трудоспособность во время менструации не нарушена. В этом случае можно применить симптоматическое лечение (маммофизин, маточные рожки во время менструаций) и рекомендовать постоянное наблюдение. При обнаружении дальнейшего роста опухоли, увеличении кровопотери, развитии постгеморрагической анемии необходимо отказаться от консервативного лечения и рекомендовать операцию.

2. Интерстициальная миома, размеры которой превышают матку при четырехмесячной беременности. В этом случае показано (в любом возрасте) оперативное лечение — надвлагалищная ампутация матки без придатков или экстирпация матки. Операции ампутации и экстирпации матки (так же как и энуклеация субсерозных узлов миомы) производятся под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом или

местной анестезией по способу А. В. Вишневого. Техника операции ампутации матки состоит в следующем. После вскрытия брюшной полости накладывают зажимы на круглые связки, трубы, собственные

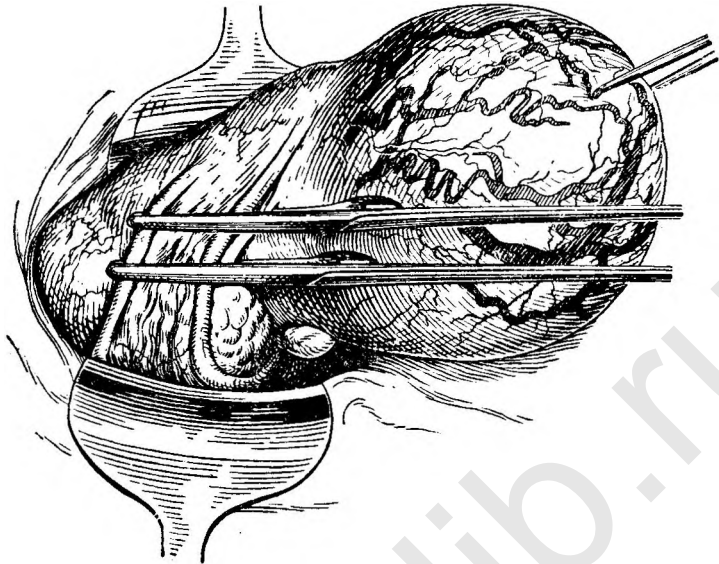


Рис. 153. Надвлагалищная ампутация матки. Наложены (слева) зажимы на круглую маточную связку, трубку, собственную связку яичника.

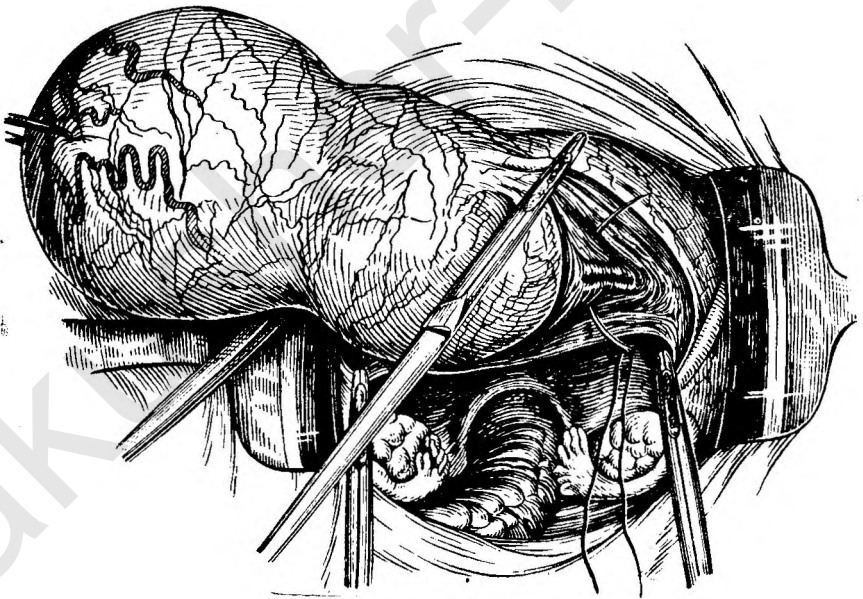


Рис. 154. Накладываются лигатуры на а. и в. uterina (справа).

связки яичников (рис. 153); придатки отсекают. Затем рассекают листки широкой связки матки и пузырно-маточную складку брюшины; мочевой пузырь отделяют книзу; разрез заднего листка широкой связки продолжают на заднюю поверхность матки. На боковой по-

верхности матки выделяют восходящую ветвь маточной артерии и маточные вены и накладывают на них зажимы, пересекают и лигируют сосуды (рис. 154); матку ампутируют на уровне внутреннего ее зева (рис. 155), на культю шейки матки накладывают узловатые кетгутовые швы; операционную рану перитонизируют путем соединения

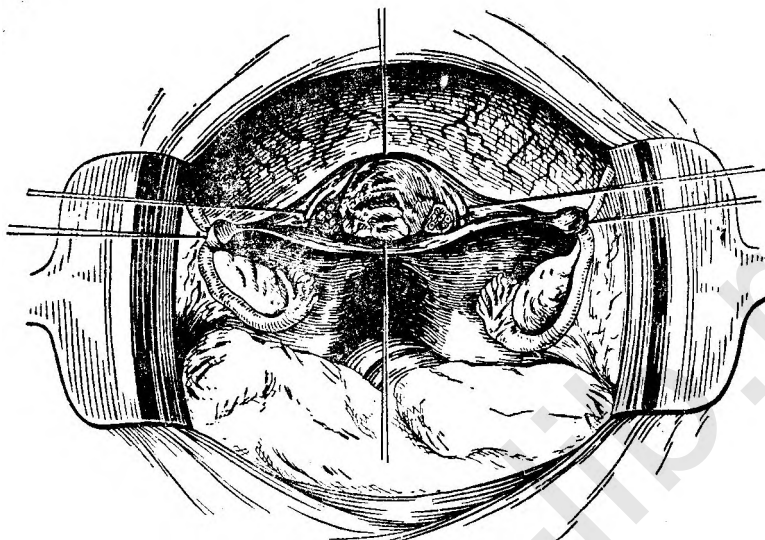


Рис. 155. Произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков.

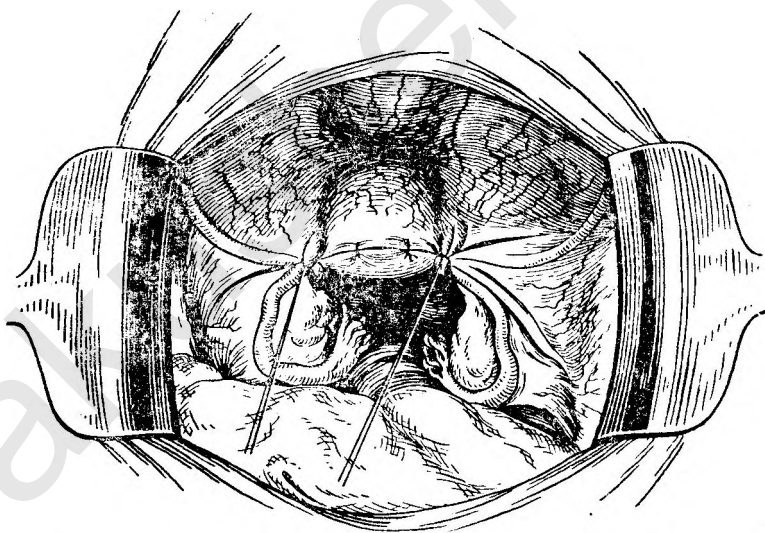


Рис. 156. Перитонизация раны после надвлагалищной ампутации матки без придатков.

листочков широких связок (рис. 156). При экстирпации матки перевязывают не восходящую ветвь маточной артерии, а ее общий ствол до разделения на восходящую и шеечно-влагалищную ветви (рис. 157); мочевой пузырь отделяют книзу до уровня переднего свода влагалища; перед вскрытием влагалища и отсечением матки рассекают и не-

ревязывают крестцово-маточные связки. Операционную рану перитонизируют, соединяя листки широких связок (рис. 158). Чаще производится операция ампутации матки, так как она проще экстирпации и не нарушает закрепляющего аппарата матки. Экстирпация матки показана при подозрении на злокачественное превращение миомы матки (экстирпация матки с придатками), при шейчной миоме, при некрозе и инфицировании субмукозной миомы в полости матки, а также

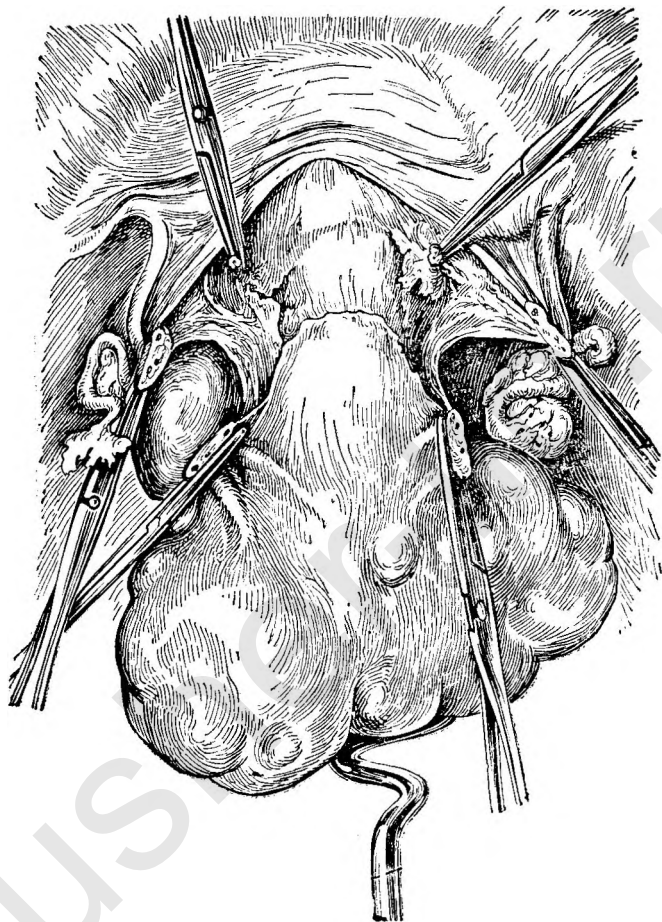


Рис. 157. Экстирпация матки без придатков. Пересечены круглые связки, трубы, собственные связки яичников и маточная артерия.

при сочетании миомы тела с деформацией шейки или хроническим воспалительным процессом ее (гипертрофия, эрозия).

3. Миома с субсерозными узлами. Выбор лечения определяется возрастом больной, болезненными симптомами, количеством и топографией субсерозных узлов. При обнаружении одного-трех субсерозных небольшой величины узлов у молодой женщины при отсутствии болезненных симптомов можно ограничиться наблюдением, так как оперативное лечение (удаление матки) связано с потерей менструаций и способности к зачатию. При наличии болей при повышенной крово-

потере (во время менструации) у молодой женщины показана консервативная операция: вылушивание узлов миомы из матки (рис. 159 и 160). Положительная сторона такой операции — сохранение матки, но при этом возможен рецидив опухоли, о чем необходимо предупредить больную до операции. При тех же данных у женщин в возрасте свыше 35 лет показана надвлагалищная ампутация матки. Консервативная операция может быть произведена у такой больной лишь при настойчивом ее желании сохранить менструальную и детородную функции.

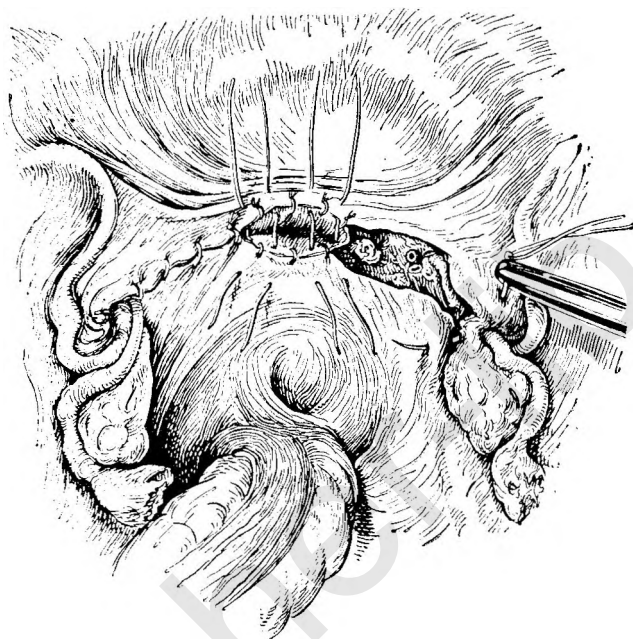


Рис. 158. Перитонизация раны после экстирпации матки без придатков.

При множественных субсерозных узлах миомы наряду, конечно, с интестициальными показана операция надвлагалищной ампутации матки без придатков. Показания для экстирпации матки даны выше.

4. Миома матки и беременность. Вопрос о лечении миом при сочетании миомы и беременности весьма сложен. При небольших узлах опухоли, расположенных субсерозно в дне матки или в верхнем отделе ее тела, показано лишь наблюдение. Показания к энуклеации субсерозных узлов миомы во время беременности (не раньше 4—6 месяцев) возникают при локализации узла миомы в нижнем сегменте матки и при угрозе механических препятствий для рождения плода. Если препятствие обнаруживается во время родов, то показано кесарево сечение и надвлагалищная ампутация матки; в молодом возрасте можно произвести вылушивание одиночного субсерозного узла.

Срочными показаниями к оперативному лечению по поводу миомы матки являются: 1) рождение субмукозной миомы, некротизация, инфицирование ее; 2) ущемление узлов; 3) резкое нарушение функции мочеиспускания, дефекации; 4) подозрение на злокачественное превращение; 5) некроз опухоли, инфицирование миомы, обильные кровотечения, обуславливающие постгеморрагическую анемию.

При операции у анемизированной больной показано предварительное и во время операции переливание крови.

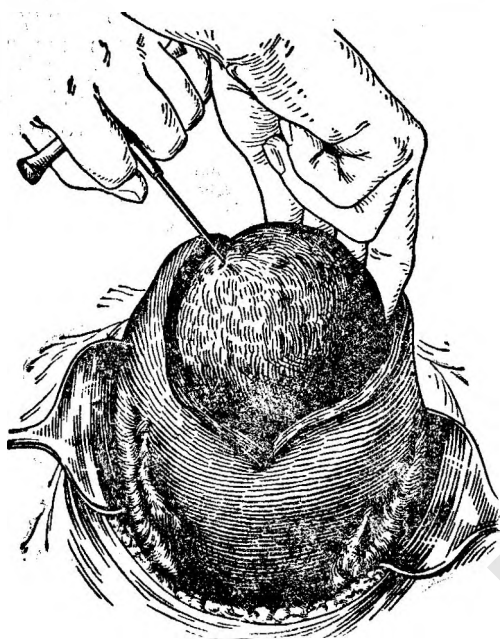


Рис. 159. Вылушение субсерозного узла миомы.

Показания к рентгенотерапии миом в настоящее время ставятся не так часто, при наличии небольшой миомы (размером не больше 16-недельной беременной матки) у женщины в возрасте 45 лет и выше, а также при наличии серьезных противопоказаний к операции (декомпенсация сердечной деятельности). Применение рентгенотерапии основывается на воздействии рентгеновых лучей на яичники (прекращение созревания фолликулов), что ведет в последующем к прекращению роста миомы и уменьшению или даже исчезновению ее. Рентгенотерапия проводится с четырех кожных полей (два поля на низ живота и два поля на область крестца); лечение продолжается 4—8 дней; ежедневно облучают одно-два поля; общая доза на курс лечения 2000—2400 г (М. Н. Побединский).

При небольших размерах миомы применяют и меньшие дозы. Рентгенотерапия противопоказана у женщин моложе 45 лет, при субмукозной миоме и при подворении на злокачественное превращение опухоли.

Трудоспособность женщины с миомой матки может сохраняться полностью, если опухоль не дает никаких симптомов и по размерам невелика. В случае длительных кровотечений и постгеморрагической анемии трудоспособность резко нарушается. В таких случаях больная может быть временно нетрудоспособной (III группа). Восстановление трудоспособности осуществляется путем оперативного лечения или рентгенотерапии. После оперативного (или лучевого) лечения трудоспособность женщины ограничена в течение 3—4 недель в зависимости от общего состояния и характера операции.

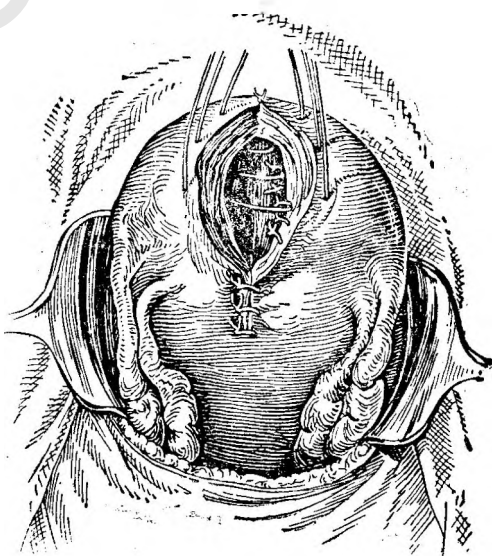


Рис. 160. Наложение швов на стенку матки после вылушения субсерозного узла миомы.

## **МИОМА СВЯЗОК МАТКИ, ТРУБ, ЯИЧНИКОВ, ВЛАГАЛИЩА**

Миомы этих органов встречаются весьма редко и не имеют большого клинического значения.

Миома влагалища представляется в виде плотного узла, выпячивающегося на широком основании в полость влагалища. Болезненные симптомы обычно отсутствуют; при значительных размерах опухоли возникают препятствия для половой жизни.

**Прогноз.** Предсказание благоприятно.

**Лечение.** Лечение состоит в вылушении узла.

## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ**

### **Злокачественная миома**

Злокачественная миома встречается весьма редко (в 0,5% всех миом). Она характеризуется не только склонностью к быстрому росту, но и возникновением метастазов. Гистологически отличается от обычных лейомиом лишь большей сочностью клеток и значительным количеством митозов (А. И. Абрикосов и А. И. Струков).

**Диагностика.** Клиническая диагностика крайне затруднительна; подозрительным является быстрый рост опухоли, особенно в климактерическом и старческом возрасте.

**Лечение.** Экстирпация матки с придатками и последующая рентгенотерапия. При подозрении на злокачественную миому показано срочное гистологическое исследование (у операционного стола) удаленной опухоли с целью определения характера опухоли и правильного выбора метода операции (ампутация или экстирпация матки с придатками).

## **ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

### **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (ФИБРОМЫ)**

Фибромы — опухоли из соединительной ткани — встречаются в яичнике, реже в трубах, влагалище, вульве.

#### **Фиброма яичника**

Фиброма яичника составляет около 3% опухолей яичников. Эта опухоль большей частью односторонняя. Величина ее варьирует от микроскопической до крупной (20—25 см в диаметре). Форма опухоли большей частью овоидная или круглая, поверхность гладкая или бугристая. Консистенция обычно плотная. При очаговом обызвествлении и окостенении опухоль каменисто-плотная, при разрезе — серо-белого или белого цвета.

**Диагностика.** Диагностика фибром яичника основывается на данных гинекологического исследования, при котором обнаруживают плотную опухоль яичника и нередко асцит. Из симптомов фибром яичников заслуживает внимания частое возникновение асцита; нарушения менструаций (аменорея, меноррагия) встречаются редко. Однако окончательный диагноз может быть установлен лишь при микроскопическом исследовании удаленной опухоли.

**Прогноз.** Ввиду доброкачественного характера опухоли прогноз благоприятен. После удаления опухоли указанные выше симптомы исчезают.

**Лечение.** При диагнозе фибромы яичника показано оперативное удаление ее.

## Фиброма влагалища и вульвы

Фиброма этой локализации встречается редко. Фиброма вульвы представляет собой плотный подвижный узел или же опухоль на ножке (*fibroma pendulum*). Вес ее может достигать нескольких килограммов.

Прогноз. При фиброме влагалища и вульвы прогноз благоприятный.

Лечение. Оперативное удаление опухоли.

## ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

### Саркома

Саркомы наблюдаются в матке, яичниках, трубах, влагалище, вульве.

### Саркома матки

Различают саркому тела и шейки матки. В отличие от рака, который обычно поражает шейку, саркома чаще возникает в теле матки. Саркома тела матки встречается в 85—90%, а саркома шейки — лишь в 10—15% всех сарком матки. Саркома тела матки нередко возникает внутри миомы; однако предположение о злокачественном превращении зрелых мышечных элементов в саркому не соответствует современным представлениям об опухолевом росте. Правильнее считать, что возникновение саркомы в миоме происходит путем развития новой, самостоятельной опухоли из незрелых участков тканей, способных к деструктурирующему росту.

Частота развития сарком матки точно не известна. Обычно больные саркомой матки находятся в возрасте 45—55 лет (В. Ф. Вамберский, К. Ф. Славянский, Р. Эш (R. Esch)).

Саркома тела матки может развиваться интерстициально, захватывая в дальнейшем всю стенку матки и обнаруживая инфильтрирующий рост по направлению к серозному покрову матки. Саркома возникает также и в слизистой оболочке матки. Размеры матки при саркоме могут быть очень большими; вес опухоли иногда достигает 20 кг.

Саркомы стенки матки являются круглоклеточными или смешанными, кругло- и веретенообразноклеточными. Саркома слизистой оболочки матки может быть диффузной или поражать отдельные участки в виде полипов, узлов или гроздей; состоит она из круглых и полиморфных, а в редких случаях из веретенообразных клеток. Опухоль обильно снабжена кровеносными капиллярами и лимфатическими сосудами.

Саркомы шейки матки первоначально развиваются в стенке ее (диффузная и узловая форма) или поражают слизистую оболочку (гроздевидная форма).

Саркомы влагалищной части шейки матки наблюдаются весьма редко (М. С. Малиновский). При развитии опухоли шейка матки увеличивается; эпителиальный покров влагалищной части шейки матки сохраняется или же возникает изъязвление.

Саркомы отличаются резко выраженной склонностью к распространению на соседние органы и метастазированию. Метастазирование происходит как по лимфатическим, так и по кровеносным путям; наиболее часто метастазы возникают в легких и печени. Длительность заболевания невелика — около 2 лет. Смерть наступает от некроза опухоли, вторичной инфекции и кахексии.



**Симптоматология.** При саркоме тела матки (интерстициальной) наблюдаются, как и при миомах, длительные и обильные менструации. При саркоме слизистой матки больные отмечают сукровичные и кровянистые выделения. Распад и инфицирование опухоли проявляются гнойно-кровянистыми с ихорозным запахом выделениями, учащением пульса, нарушением общего состояния, ознобом.

При гроздьевидной форме саркомы тела и шейки матки может быть обнаружен рождающийся полип, иногда распадающийся. В связи с обильными кровотечениями и быстрым распространением опухоли у больной развивается постгеморрагическая анемия, отмечается упадок питания, кахексия.

**Диагностика.** Диагностика саркомы матки может быть поставлена при сочетании данных анамнеза (см. раздел «Симптоматология») и гистологического исследования полипа, соскоба слизистой матки или биопсии шейки матки. При интерстициальной саркоме тела матки диагностика может быть лишь предположительной. Важное значение имеет указание на быстрый рост матки в климактерическом и старческом возрасте.

**Прогноз.** Прогноз весьма серьезен ввиду быстрого прогрессирования опухоли.

**Лечение.** При диагнозе саркомы показана экстирпация матки с придатками и последующая глубокая рентгенотерапия. Если опухоль вышла за пределы матки, но без метастазов в отдаленные органы, то применяют глубокую рентгенотерапию. При наличии метастазов в отдаленных органах показана симптоматическая терапия.

Саркомы труб, яичников, влагалища, вульвы встречаются очень редко.

## **ТЕРАТОИДНЫЕ (ГЕРМИНОГЕННЫЕ) ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ**

### **Общие данные**

К тератоидным (герминогенным) опухолям яичника (и яичка) относят зрелые и дозревающие тератомы, рак и саркому из тератомы, тератобластому, хориепителиому (первичную) и дисгерминому.

### **ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГЕРМИНОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ**

#### **Дермоидная киста (*cystis dermoides*), или зрелая тератома (*teratoma adultum*)**

Наиболее принято название зрелой тератомы — дермоидная киста (дермоид).

Дермоидная киста встречается чаще всего в возрасте от 20 до 40 лет. Обычно она бывает одиночной; лишь в 15% дермоид возникает в обоих яичниках. Как казуистическое наблюдение в одном яичнике описано 10, а во втором — 11 дермоидных кист. Рост этих кист весьма медленный и происходит в основном за счет отделяемого секрета. Размеры их колеблются от булавочной головки до 10—15 см в диаметре. Форма округлая или овальная; поверхность гладкая или бугристая; цвет белый или слегка желтоватый; консистенция часто неравномерная; в одних местах эластическая, в других плотная, до каменности. При разрезе кисты изливается ее густое, похожее на сало содержимое; изредка это содержимое представляется в виде шариков (дермоид с шариками). Вместе с салом в кисте обнаруживают пучки волос. Внутренняя поверхность стенки кисты на значительном протяжении глад-

кая; в одном участке ее обычно определяется выступ, так называемый головной, или паренхиматозный, бугорок. В бугорке часто находят зубы (изредка до 300), кости, например верхнюю челюсть, части органов (кишечной трубки), зачатки глаз, ушей, щитовидной железы.

Микроскопически (рис. 161) стенка дермоидной кисты состоит из плотной, местами гиализированной соединительной ткани. Внутренняя поверхность кисты лишена эпителиального покрова или выстлана многослойным плоским эпителием; в отдельных участках она выстлана цилиндрическим однослойным мерцательным или секреторным эпителием. Головной бугорок кисты покрыт кожей с волосами и сальными

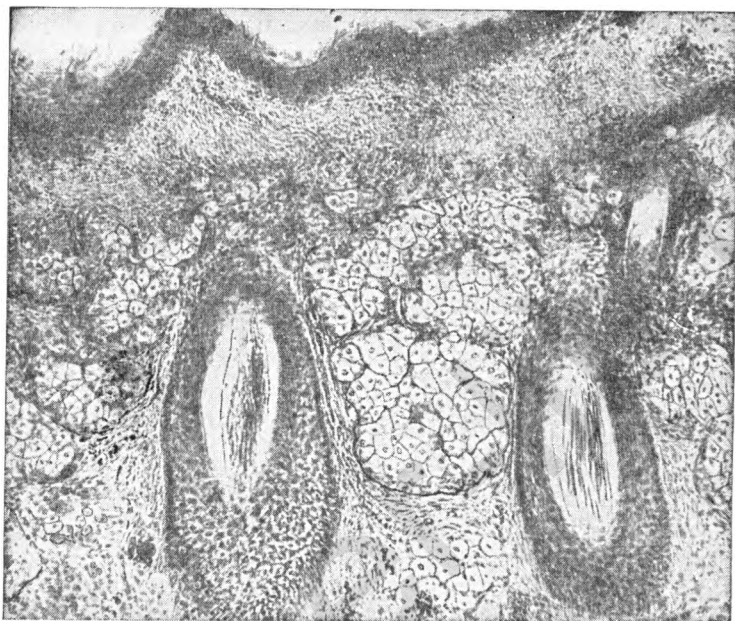


Рис. 161. Стенка дермоидной кисты (волосные луковицы, сальные железы).

железами; под кожей находится слой жировой ткани и плотная соединительная ткань с разнообразными включениями. Чаше всего это ткани и органы головного конца зародыша: элементы центральной нервной системы, узлы типа межпозвоночных и периферических вегетативных, мякотные и безмякотные нервы, зачатки глаз, органов дыхания, пищеварения, мочеотделения, щитовидной железы, соединительная ткань, хрящ, кость. Описан (Репин, 1894) случай, когда головной бугорок имел признаки уродливого гомункулуса. Ни разу в бугорке не были обнаружены зачатки половых желез и половые клетки.

#### Дозревающие и незрелые тератомы

Такие тератомы характеризуются наличием элементов с более низкой степенью дифференциации, чем у зрелых. Они представляют переходную степень к тератобластам (незрелым, эмбриональным тератомам). Клинически характеризуются большей (чем зрелые) частотой малигнизации.

Симптоматология и диагностика. Дермоидные кисты яичника в отношении симптоматиологии и диагностики мало отличаются

от кистом яичника. Предварительная диагностика облегчается при определении неравномерной консистенции опухоли (от эластической до костной) и путем рентгенографии (кости).

В процессе развития дермоидных кист наблюдаются те же осложнения (перекручивание ножки, инфицирование, нагноение), что и при кистомах; злокачественное превращение происходит в 1—2% этих опухолей.

**Прогноз.** Как правило, прогноз благоприятный.

**Лечение.** Оперативное удаление кисты яичника.

## **ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГЕРМИНОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ**

### **Тератобластома (teratoblastoma) яичников**

Тератобластома яичников, или, как ее иначе называют, эмбриональная тератома (teratoma embryonale), отличается от зрелой тератомы наличием незрелых производных всех трех зародышевых листков: вещества мозга, зачатков глаз, хряща, кости, зачатков зубов, волос.

Обычно размеры подобных опухолей невелики. Течение весьма неблагоприятное, так как опухоль прорастает капсулу и имплантируется в брюшину, давая метастазы в поясничные и забрюшинные лимфатические узлы, а гематогенным путем — в легкие, печень, мозг.

**Диагностика.** Диагноз представляется весьма затруднительным. При быстром росте опухоли чаще всего диагностируют рак или саркому яичника.

**Прогноз.** При тератобластоме предсказание неблагоприятное.

**Лечение.** При своевременном установлении злокачественного характера опухоли показано расширенное удаление матки с придатками; в последующем применяют глубокую рентгенотерапию.

## **ГОРМОНОПРОДУЦИРУЮЩИЕ (ГОРМОНАЛЬНО-АКТИВНЫЕ) ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ**

К таким опухолям относят: а) гранулезоклеточные опухоли; б) арренобластомы; в) текабластомы; г) дисгерминомы.

Отличительной особенностью этих опухолей является выраженная гормональная деятельность; это позволяет объединять их с функциональной точки зрения под названием гормонопродуцирующих опухолей.

### **Гранулезоклеточная опухоль (фолликулома)**

Относительно происхождения этих опухолей существует несколько теорий. Наиболее обоснованной (М. Ф. Глазунов) является теория о возникновении гранулезоклеточной опухоли из гранулезных клеток фолликула.

Название фолликулома основано на том, что среди массы опухолевых клеток находят образования, сходные с фолликулами различной зрелости. Подобные опухоли составляют от 1 до 4% всех первичных опухолей яичника; большей частью они бывают односторонними.

Опухоль покрыта снаружи капсулой неравномерной консистенции — то мягкой, то более плотной. На разрезе ткань опухоли имеет солидное или ячеистое строение (рис. 162); ячейки разной величины выполнены грязно-бурой жидкостью. Таким образом, макроскопически можно различать три основные формы: солидную, мелкокистозную и крупнокистозную. При микроскопическом исследовании опухоли (рис. 163) определяют скопление гранулезных клеток разнообразной

величины и формы, круглых или овальных с хорошо выраженным ядром и протоплазмой; в толще стромы опухоли также встречаются эпителиальные образования в виде круглых или овальных гнезд, напоминающие фолликулы. Группы гранулезных клеток четко отделены от стромы, которая имеет то волокнистый, то гиалинизированный характер. Опухоль обильно снабжена кровеносными сосудами; стенки сосудов состоят из одного ряда эндотелиальных клеток; клетки опухоли располагаются периваскулярно. При окраске суданом III в клетках опухоли обнаруживается большое количество жира.

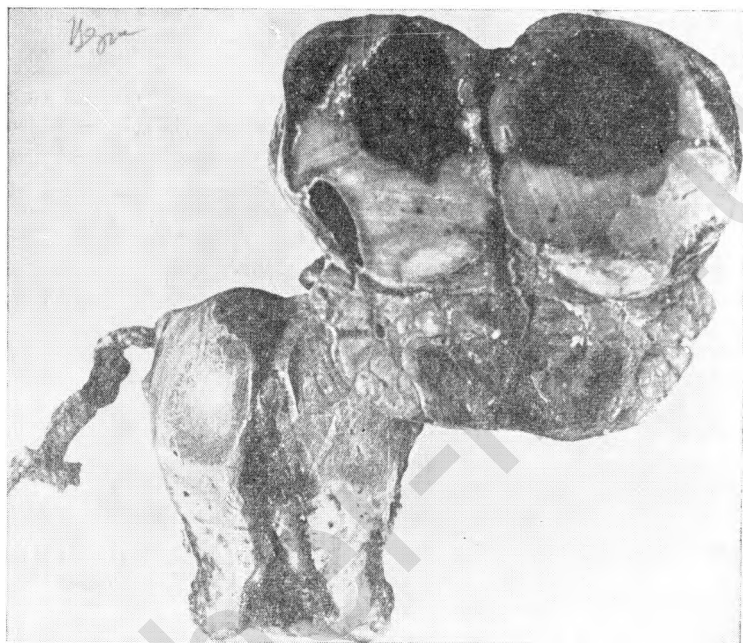


Рис. 162. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

**Симптоматология.** Гранулезоклеточные опухоли возникают чаще всего (свыше 50%) в климактерическом и старческом возрасте, хотя наблюдаются изредка и у девушек, не достигших половой зрелости. Основные клинические симптомы: длительные, обильные, беспорядочные кровотечения и увеличение молочных желез. Реже (у молодых женщин) наблюдается аменорея, а у девочек 10 лет и моложе — преждевременное половое созревание (развитие молочных желез, рост волос на лобке, увеличение клитора и половых губ, иногда кровотечения из матки). Вышеперечисленные симптомы обусловлены резко повышенным выделением эстрогенных гормонов, которые обнаруживаются не только в моче, крови, но и в экстрактах из самой опухоли.

**Диагностика.** При гинекологическом исследовании определяют увеличение матки (по сравнению с нормальной). Сбоку от матки (чаще с одной стороны) определяют опухоль плотной консистенции, по форме напоминающую яичник. Величина опухоли варьирует от небольших (с горошину) включений в яичник до размеров матки при семи-восьмимесячной беременности. При гистологическом исследовании слизистой оболочки матки обнаруживают железистую гиперплазию с кистовидным расширением желез и расширенными кровеносны-

ми сосудами в слизистой матки. В мышечном слое матки обнаруживают гипертрофию мышечных элементов.

Гранулезоклеточные опухоли могут быть доброкачественными и злокачественными. Данные гистологического исследования не всегда дают достаточные основания для прогноза.

Таким образом, клинический диагноз основывается на сочетании указанных выше характерных анамнестических и объективных данных: кровотечения в климактерическом и старческом возрасте, преждевременное половое созревание, определение опухоли яичника и увеличения матки, гиперплазия эндометрия.

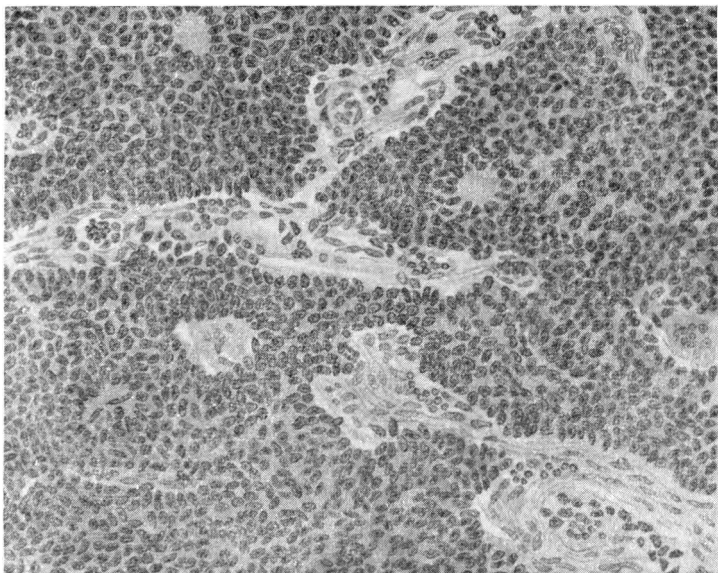


Рис. 163. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

**Прогноз.** Ввиду возможности злокачественного характера опухоли прогноз следует ставить осторожно.

Другие формы гормонпродуцирующих опухолей встречаются редко и не имеют большого практического значения.

**Лечение.** Ампутиация матки с придатками<sup>1</sup>. После удаления опухоли болезненные симптомы исчезают, если возникает рецидив, то возобновляются и клинические симптомы опухоли.

### **ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Больные, подвергшиеся лечению по поводу злокачественной опухоли, в течение года после операции относятся обычно к инвалидам II группы. В дальнейшем степень их трудоспособности определяется ВТЭК на основе учета общего состояния и наличия или отсутствия рецидива или метастазов опухоли. По истечении пятилетнего срока

<sup>1</sup> У молодых женщин можно ограничиться удалением опухоли с последующим систематическим наблюдением.

наблюдения при отсутствии рецидива опухоли или метастазов больные считаются клинически излеченными, снимаются с учета онкологического диспансера и не пользуются льготами как ограниченно трудоспособные.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

В Советском Союзе создана стройная система противораковой борьбы. Сеть онкологических учреждений страны состоит из следующих звеньев: 1) онкологический кабинет поликлиники; 2) онкологическое диспансерное отделение больницы; 3) онкологический диспансер; 4) онкологический институт. Руководство этими учреждениями осуществляется отделом специализированной помощи Главной инспекции лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР. Научным центром, объединяющим и координирующим научно-исследовательскую работу по онкологии в СССР, является Научный совет по проблеме рака при АМН СССР.

Первичное звено в системе онкологических учреждений — онкологический кабинет поликлиники. Он организуется в крупных городских и сельских поликлиниках.

Следующее онкологическое учреждение — онкологическое диспансерное отделение больницы, в состав которого входят: а) хирургический и гинекологический кабинет, операционная для производства мелких амбулаторных операций и биопсий, эндоскопический кабинет, перевязочная и кабинет учета и статистики; б) стационарное отделение для хирургических, гинекологических и оториноларингологических больных, койки для рентгено-радиологического лечения и для консервативной терапии хроников; в) кабинет рентгенодиагностический, рентгено- и радиотерапевтический, диагностическая лаборатория.

Пользуясь методическим руководством соответствующего онкологического диспансера, онкологическое диспансерное отделение больницы выполняет следующие задачи:

- 1) выявляет раковых и предраковых больных;
- 2) организует систематические профилактические осмотры населения;
- 3) осуществляет систематическое диспансерное обслуживание раковых и предраковых больных, а также больных, подвергшихся лечению по поводу рака (оперативному, лучевому), изучает эффективность лечения;
- 4) проводит лечение больных со злокачественными опухолями;
- 5) осуществляет консультативный прием больных;
- 6) изучает причины запущенности рака, заболеваемость и смертность населения от рака (в районе своей деятельности);
- 7) организует санитарно-просветительную работу;
- 8) проводит мероприятия по повышению квалификации врачей.

Центральное звено среди онкологических учреждений — онкологический диспансер. Он является центром организационно-методической, лечебной и профилактической работы в области онкологии и организуется в каждом краевом, областном, республиканском (АССР) центре и городах республиканского подчинения. В городах областного и краевого подчинения и крупных районных центрах организуются районные онкологические диспансеры.

Онкологический диспансер состоит из:

- 1) поликлиники с хирургическим, гинекологическим, терапевтическим и оториноларингологическим кабинетами, эндоскопической, перевязочной, операционной для производства биопсий;

2) стационара с лечебно-диагностическим отделением, обеспечивающим все виды современного радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного), отделения для хроников, нуждающихся в симптоматическом лечении со специальным уходом;

3) кабинетов рентгенодиагностического, рентгено- и радиотерапевтического, клинико-диагностической и патогистологической лабораторий, прозекутуры;

4) пансионата (общежития) для больных;

5) организационно-методического кабинета с кабинетом медицинской статистики и регистратурой с медицинским архивом.

Онкологический диспансер, кроме задач, стоящих перед онкологическим диспансерным отделением больницы, осуществляет и другие, более широкие задачи:

1) осуществляет организационно-методическое руководство, инструктаж и контроль за деятельностью учреждений, проводящих работу по онкологии;

2) изучает материалы о деятельности онкологических и других учреждений по обслуживанию онкологических больных;

3) проводит конкретные мероприятия по улучшению на местах качества онкологической помощи;

4) проводит научно-исследовательскую работу по онкологии под руководством соответствующего онкологического института.

Онкологические (рентгено-онкологические) институты являются научно-методическими центрами, которые проводят: а) научную разработку вопросов онкологии; б) методически руководят онкологическими учреждениями; в) разрабатывают материалы по онкологической заболеваемости населения СССР; г) предлагают и внедряют в практику новые формы профилактики и терапии опухолей.

Важное значение в системе борьбы против рака в СССР имеют систематические (не менее 2 раз в год) медицинские осмотры населения в возрасте старше 30 лет и строго разработанная система учета и диспансеризации раковых больных. Все больные, у которых выявлены предраковые заболевания, подлежат тщательному обследованию (в том числе и биопсии) и лечению (амбулаторному или стационарному). Больные раком направляются на специальное лучевое или комбинированное (оперативное и лучевое) лечение. В борьбе против рака большое значение имеет также систематическая санитарно-просветительная работа среди населения.

---

## ГЛАВА VIII

### ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Повреждения женских половых органов могут быть разделены на несколько групп:

1. Повреждения наружных половых органов, промежности и влагалища.

2. Повреждения матки (шейки и тела ее).

3. Мочеполовые и кишечно-половые свищи.

Подобная классификация является весьма условной; так размеры повреждений могут варьировать от поверхности до глубоких, проникающих в брюшную полость и захватывающих несколько органов.

#### ПОВРЕЖДЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ПРОМЕЖНОСТИ И ВЛАГАЛИЩА

Повреждения такого рода могут возникнуть от ряда причин: родового акта, ушиба, удара, падения на острый или тупой предмет, ранения, грубого полового сношения. При ушибе или ударе тупым предметом образуется гематома наружных половых органов, промежности, влагалища, а при прижатии тканей к острому краю лонной кости — открытая рана.

Наибольшую опасность представляет ранение клитора и *bulbus vestibuli*, так как оно сопровождается массивным, иногда даже смертельным кровотечением.

Перелом костей таза часто осложняется повреждением (отрывом) влагалища, уретры, мочевого пузыря. При падении на острый предмет или ударе рогами животного может возникнуть повреждение не только промежности и влагалища (с перфорацией свода влагалища), но прямой кишки и мочевого пузыря. При этом часто возникают явления травматического шока (резкая бледность, частый малый пульс, холодный пот, угнетение сознания, реже возбуждение), кровотечение, непроизвольное выделение мочи, газов и кала. Наряду с этим описаны случаи крайне тяжелых повреждений половых и соседних органов (кишечника, мочевого пузыря), сопровождавшиеся нерезкими болезненными симптомами.

Колотые, резаные и огнестрельные повреждения половых органов женщины встречаются нечасто. Они могут быть поверхностными и глубокими, проникающими в брюшную полость и забрюшинное пространство.



Повреждения при первом половом сношении возникают редко. Они могут быть крайне разнообразными: в одних случаях повреждаются лишь девственная плева и малые половые губы, в других — промежность, влагалище, уретра, мочевого пузыря, прямая кишка и даже задний влагалищный свод (включая брюшину). При изнасиловании, в особенности малолетних, повреждения могут быть крайне тяжелыми, захватывая не только влагалище, но и уретру, прямую кишку и проникая в брюшную полость.

Симптоматология. При перечисленных выше повреждениях отмечаются следующие симптомы: боль, кровотечение, в редких случаях (разрыв мочевого пузыря, промежности III степени) недержание мочи, газов, кала, выпадение кишечника. При отсутствии своевременного распознавания возможно инфицирование раны и развитие сепсиса, перитонита.

Гематома наружных половых органов и влагалища представляется в виде быстро растущего синевато-красного цвета опухолевидного образования. Такая гематома может распространяться вверх — до лона, кзади — до области промежности и заднего прохода, в глубину — на околосвагиальную клетчатку. Гематома влагалища чаще располагается в верхней или средней его трети, а затем распространяется на наружные половые органы и реже супрафасциально — в клетчатку широкой маточной связки. Развитие подобной гематомы вызывает у больной чувство напряжения, тенезмы, схваткообразные боли, иногда явления анемизации. Гематомы широкой связки могут распространяться забрюшинно, вплоть до области почек, редко — ниже тазовой фасции, в околосвагиальную клетчатку (см. ниже).

Диагностика. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, влагалищного и прямокишечного исследования, осмотра с помощью зеркал; при подозрении на повреждение мочевого пузыря показана катетеризация и цистоскопия.

Прогноз. Предсказание зависит от характера повреждения и наличия или отсутствия повреждения соседних органов и инфекции.

Лечение. При лечении такой больной прежде всего необходима борьба с травматическим шоком; при наличии открытых, свежих повреждений показана инъекция противостолбнячной сыворотки и наложение швов.

Как правило, гематомы лечат консервативно. Если возникает быстро прогрессирующая или инфицированная гематома, необходимо вскрыть ее с целью перевязки кровоточащего сосуда, гемостаза и дренирования.

При кровотечении из области клитора и *bulbus vestibuli* обкалывают кровоточащее место, а при неуспехе этого мероприятия делают тугую тампонацию и накладывают на 12—24 часа кровоостанавливающие зажимы и Т-образную давящую повязку.

Если возникает подозрение на повреждение органов брюшной полости, то необходимо срочно произвести чревосечение. При повреждении кишечника накладывают швы на рану или делают резекцию кишечника, при повреждении мочевого пузыря послойно накладывают швы на его стенку.

## ПОВРЕЖДЕНИЯ МАТКИ (ШЕЙКИ И ТЕЛА)

Повреждения матки могут быть разделены на две группы: а) повреждения шейки (разрывы шейки) и б) повреждения тела (прободение).

Разрыв шейки матки в нижнем отрезке ее или выше, в области внутреннего маточного зева, с образованием хода в широкую связку чаще всего возникает при форсированном применении расширителей, реже при наложении щипцов (в акушерской практике), при извлечении плода за тазовый конец (если нет полного раскрытия зева).

Прободение тела матки может быть произведено зондом, расширителем, кюреткой, абортцангом, щипцами типа геморроидальных. Если операция выскабливания слизистой матки производится во время беременности, то прободение матки может быть произведено расширителем, кюреткой, корнцангом при попытке удалить части плодного яйца, еще не отделенные кюреткой от стенки матки.

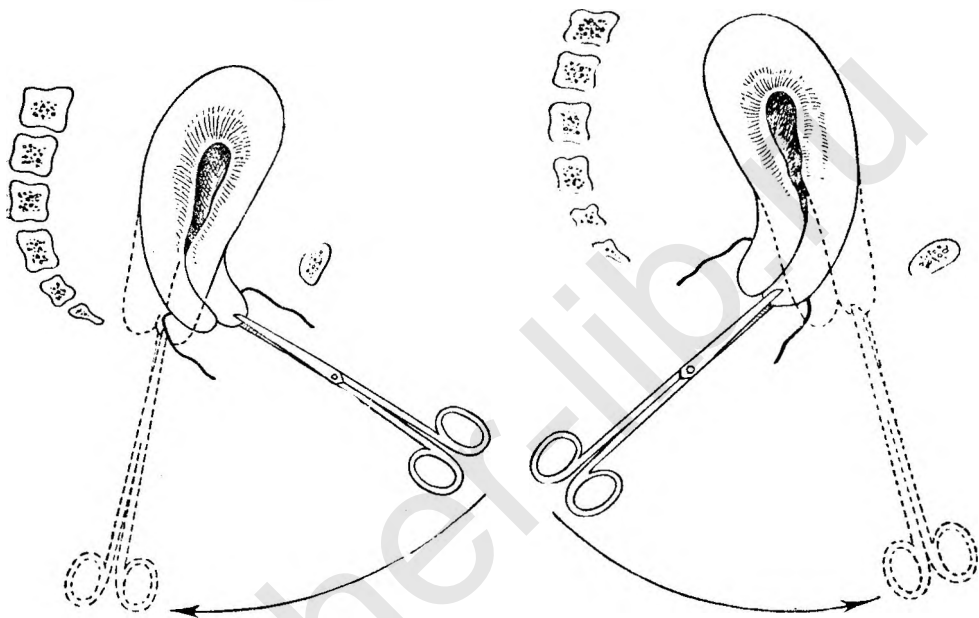


Рис. 164. Выпрямление матки при ее антефлексии (схема).

Рис. 165. Выпрямление матки при ее ретрофлексии (схема).

Прободение матки происходит вследствие нарушения основных правил производства операции выскабливания ее слизистой: а) незнания положения матки до начала операции; б) несоблюдения правила о необходимости выпрямления канала матки путем подтягивания влагалищной части шейки матки кзади (рис. 164) при антефлексии матки или кпереди (рис. 165) при ретрофлексии ее; в) форсированного введения инструментов в матку. Крайне редко прободение матки возникает при выскабливании вследствие значительных изменений ее стенки (например, при раке, хорионэпителиоме). Наиболее опасны прободения матки при криминальном аборте (инфекция, повреждение соседних органов), который производится невежественным лицом, нередко в антисанитарной обстановке.

**Симптоматология и диагностика.** а) При разрыве шейки матки часто возникает кровотечение.

При повреждении шейки, проникающем в широкую связку матки, у больной появляются боли внизу живота (на соответствующей стороне), отмечаются явления малокровия. При двуручном исследовании (влагалищном и прямокишечном) иногда обнаруживают «опухолевид-

ное» скопление эластической консистенции с расплывчатыми контурами, сливающееся с маткой; это гематома широкой связки матки. При зондировании инструмент уходит в сторону от матки и проникает глубже, чем в начале операции.

Диагноз устанавливается путем осмотра шейки с помощью зеркал и двуручного исследования.

б) При прободении матки (зондом, кюреткой) глубина, на которую проникает инструмент, значительно превосходит длину полости матки. Если этот важный симптом не учитывают и продолжают операцию выскабливания, то не исключена возможность захватывания стенки кишечника и мочевого пузыря, в результате чего произойдет проникающее повреждение этих органов; захваченные органы могут быть извлечены через канал шейки матки во влагалище. При этом у больных возникнут резкие боли и шок.

Прогноз. Предсказание зависит от размеров повреждения матки и соседних органов и наличия или отсутствия инфекции, своевременности диагностики и оперативного вмешательства.

Профилактика. Предупреждение повреждений состоит в тщательном обследовании больной до операции, строгом выполнении правил техники операции (расширение шейки, выскабливание), осуществлении анестезии в момент операции.

Лечение. При обнаружении разрыва влагалищной части шейки матки показано наложение швов. При разрыве шейки, проникающем в широкую связку, лечение зависит от данных анамнеза и дальнейшего наблюдения за больной. Если больная не была инфицирована до выскабливания, то возможно консервативное лечение — строгий постельный режим, применение антибиотиков. Если больная была инфицирована, что бывает, например, при раке тела матки, пиометре, при вмешательстве, произведенном вне лечебного учреждения, то показано немедленное чревосечение. Также показано чревосечение при прогрессирующем увеличении гематомы широкой маточной связки.

При прободении матки зондом или расширителем необходимо немедленно прекратить операцию, перенести больную в постель, назначить лед на живот и тщательно наблюдать за нею (если больная не инфицирована до операции!). Применение морфина противопоказано, так как он маскирует картину начинающегося перитонита. Если при дальнейшем наблюдении не обнаруживаются никакие тревожные симптомы (учащение пульса, появление симптома Щеткина-Блюмберга, повышение температуры), консервативное лечение продолжают. Больная может быть выписана не раньше 10-го дня после прободения матки; при наличии остатков плодного яйца в матке предварительно производят выскабливание ее. Немедленное чревосечение при прободении матки показано в следующих случаях: а) в случае прободения матки зондом или расширителем при неполном аборте, начавшемся вне лечебного учреждения; б) при выскабливании инфицированной матки (подозрение на рак, хорионэпителиому); в) в случае прободения матки кюреткой, корнцангом или абортцангом; г) при извлечении через шейку матки петли кишечника или сальника.

### ДЕФОРМАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ РАЗРЫВА ЕЕ

Деформация шейки матки возникает в результате предшествующего разрыва ее при родах, реже — при операции.

Симптоматология. Больные жалуются на бели, боли (если возникает восходящая инфекция брюшины), иногда кровянистые вы-

деления после полового сношения (при наличии эрозии), самопроизвольные аборты или бесплодие.

Диагностика. Диагноз деформации шейки матки основывается на тщательном исследовании женщины с обязательным применением влагалищных зеркал.

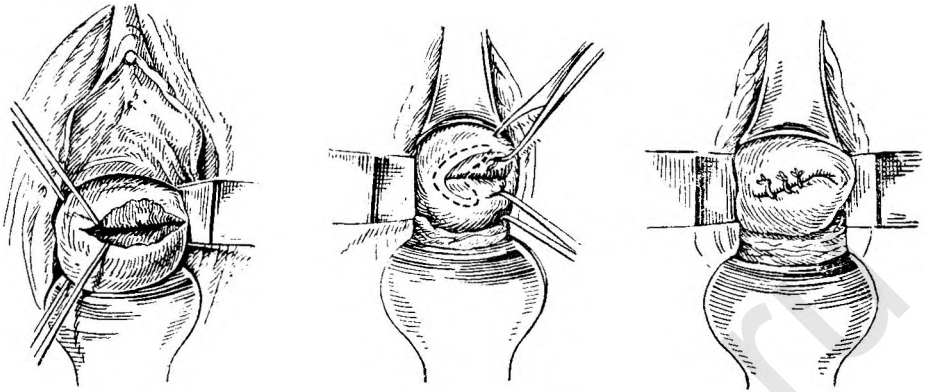


Рис. 166. Операция Эммета — восстановление деформированной (после разрыва) шейки матки.

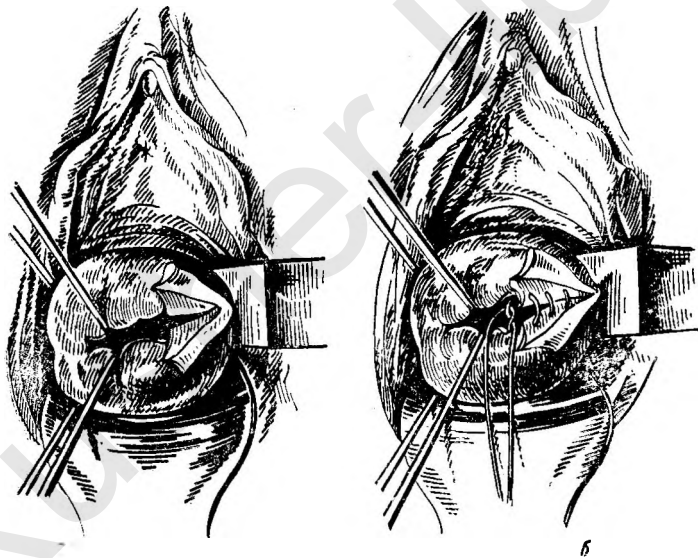


Рис. 167. Лоскутный метод восстановления шейки матки.  
а — расщепление лоскута; б — наложение швов.

Лечение. При диагнозе деформации шейки матки и вывороте слизистой канала вследствие бывшего разрыва показана пластическая операция с целью восстановления естественной формы влагалищной части шейки матки (так называемая операция Эммета с освежением краев разрыва (рис. 166) или по так называемому лоскутному методу (рис. 167). В редких случаях при значительной деформации шейки матки производят ампутацию шейки. При обнаружении стойкой эрозии показана предварительная биопсия для исключения рака.

## МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫЕ СВИЩИ

Свищи могут возникать в результате следующих причин: 1) патологические роды; 2) оперативные вмешательства; 3) злокачественные опухоли мочеполовых органов; 4) как осложнение лучевой (радиевой) терапии; 5) при инфекционных заболеваниях (например, при туберкулезе).

В условиях крайне недостаточной акушерской помощи в царской России процент мочеполовых фистул и в первую очередь акушерских был крайне высок. Так, по данным казанской акушерско-гинекологической клиники (1900—1915), процент больных со свищами достигал 6,8 (М. С. Малиновский). В настоящее время в связи с огромным ростом акушерско-гинекологической помощи в СССР процент мочеполовых и кишечно-половых фистул уменьшился в несколько сот раз. Однако необходимо более подробно рассмотреть эти повреждения, так как они лишают женщину трудоспособности, очень неблагоприятно отражаются на ее психике и часто делают пребывание ее в обществе тягостным.

Акушерские фистулы, как правило, возникают вследствие длительных, неправильно проведенных родов. Оперативные вмешательства (акушерские щипцы, эмбриотомия) обычно не являются непосредственной причиной возникновения свища; он образуется вследствие чрезмерной длительности родов и некроза мягких тканей, подвергавшихся ишемии в течение многих часов. Акушерские оперативные вмешательства у таких больных были произведены, как правило, с большим запозданием. Лишь редко свищ возникает вследствие неправильного определения показаний к операции (например, наложение щипцов при несоответствии размеров таза и головки) или нарушений техники операции (краниотомия без проведения контроля за продвижением перфоратора).

Сложные гинекологические операции (при раке, интралигаментарной миоме, кистоме, пиосальпинксе) могут сопровождаться ранением мочевых путей (мочевого пузыря, мочеточника и кишечника). Если это осложнение не диагностируется во время операции, то в послеоперационном периоде возникает свищ. Изредка подобные свищи возникают вследствие некроза мочевых путей, обусловленного травмированием органа во время операции или резкого нарушения кровоснабжения (после перевязки подвздошной артерии, после изолирования мочеточника на значительном протяжении). При злокачественных опухолях (чаще всего рак) свищи возникают вследствие распространения опухоли на влагалище, мочевой пузырь, прямую кишку и распада опухоли.

При значительном распространении процесса возникает не только мочеполовая, но и кишечно-половая фистула, и влагалищная трубка превращается в клоаку, в которую выделяется моча и каловые массы.

Лучевая терапия (радий) рака матки, влагалища изредка сопровождается таким тяжелым поздним (через несколько месяцев) осложнением, как мочеполовой и кишечно-половой свищ; подобное осложнение может быть обусловлено передозировкой или неправильной укладкой препарата.

Инфекционные заболевания (туберкулез, острая язва влагалища и *ulcus vulvae acutum*) крайне редко являются причиной возникновения мочеполовых и кишечно-половых свищей.

## КЛАССИФИКАЦИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ

Существует несколько классификаций мочеполовых свищей, основанных на топографо-анатомическом принципе. Наиболее обоснована и проста классификация Д. Н. Атабекова, построенная на анатомо-физиологическом принципе. Согласно этой классификации, повреждение тазового отдела мочевых путей делятся на три группы.

1. Повреждения нижних отделов (мочеиспускательный канал, сфинктер мочевого пузыря).

2. Повреждения средних отделов (дно мочевого пузыря — треугольник Лъетода).

3. Повреждения верхних отделов (место впадения мочеточника в пузырь и интрамуральная часть мочеточника).

В гинекологической практике чаще встречаются свищи между прямой и сигмовидной кишкой и влагалищем, реже — между тонким кишечником и влагалищем.

**Симптоматология.** Наиболее характерный симптом мочеполовых свищей — непроизвольное истечение мочи, появившееся после родов, оперативного пособия или в процессе развития рака. При этом наблюдаются различные формы непроизвольного мочеиспускания: то в виде полной утраты самопроизвольного мочеиспускания, то в виде сочетания самопроизвольного мочеиспускания с непроизвольным истечением мочи (небольшой влагалищно-пузырный свищ, мочеточниково-влагалищный свищ). Кроме того, у одних больных моча выделяется непроизвольно только в вертикальном положении тела, у других — в горизонтальном (А. М. Мажниц). Это зависит от локализации свища — в области дна мочевого пузыря и треугольника Лъетода в первом случае или на задней стенке, ближе к верхушке, — во втором. Длительное существование свища влечет за собой ряд осложнений: появление цистита (реже пиелонефрита), кольпита и дерматита на передней и внутренней поверхности бедер. Воспалительные явления прогрессируют вследствие постоянного истечения мочи и отложения солей. Менструальная функция нередко нарушается — появляется аменорея.

Психическое состояние больных резко нарушается: они угнетены вследствие нарушения функции мочеиспускания, воспалительных осложнений и исходящего от них резкого запаха разложившейся мочи. Все это затрудняет пребывание больных на работе и дома и большей частью лишает их трудоспособности.

**Диагностика.** Диагноз мочеполового свища устанавливается путем оценки данных анамнеза, наружного осмотра и влагалищного исследования (при больших размерах свища), а также осмотра с помощью влагалищных зеркал. Однако в ряде случаев (при наличии рубцов влагалища, небольших размеров свища, а также при пузырьно-шеечном свище) необходимо ввести в уретру и мочевой пузырь катетер с последующим введением окрашенной (метиленовой синькой) жидкости.

Специальное урологическое обследование (цистоскопия, пиелография, катетеризация мочеточника) имеет очень важное значение в дифференциальной диагностике между пузырьно-влагалищным и мочеточниково-влагалищным свищом. Так, при пузырьно-влагалищном свище моча поступает из обоих мочеточников (если нет сдавления мочеточников, заболевания почек), а при одностороннем мочеточниково-влагалищном свище моча регулярно вытекает лишь из одного отверстия мочеточника. Хромоцистоскопия позволяет установить точную

локализацию свища, отношение его к мочеточникам, изменения слизистой пузыря, наличие камней, а также дифференцировать мочеполювой свищ от свища пиосальпинкса, пиовариума (открывающегося в мочевой пузырь). Катетеризация мочеточников и пиелография позволяют не только распознать проходимость (или сужение) мочеточников, но и установить место сужения или непроходимости их.

**Прогноз.** Прогноз при мочеполювых свищах представляется крайне серьезным: оперативное лечение не всегда бывает успешно, подчас производится повторно, сопряжено с опасностями (повреждение, перевязка мочеточника).

**Профилактика.** Профилактика наиболее частой формы мочеполювых свищей — акушерских — состоит в 100% проведении родов в условиях родильного дома, своевременном распознавании и госпитализации беременных с узким тазом, повышении квалификации медицинских кадров. Профилактика осложнений при гинекологических операциях заключается в тщательном обследовании больной до операции (в том числе и урологическом) и строгом учете топографо-анатомических отношений.

При операции по поводу рака половых органов такое обследование является обязательным. Профилактика фистул при раке матки состоит в ранней диагностике и тщательном сочетании (оперативное и лучевое) лечения, а также в выборе соответствующей дозировки и методики лучевой (в первую очередь радиум) терапии и своевременной оценке угрожающих симптомов передозировки (дерматит, колит, дизурические явления, изменения крови).

**Лечение.** Терапия больных с мочеполювыми свищами является делом весьма сложным и требующим врачебного опыта и тщательного обоснованного индивидуального подхода. Важнейшее значение имеет правильное решение следующих вопросов:

- 1) этиология фистулы;
- 2) топография фистулы, состояние окружающих тканей (рубцы, стенозы);
- 3) методика предоперационной подготовки и выбор времени операции;
- 4) правильный выбор и техника операции;
- 5) ведение послеоперационного периода.

Если мочеполювой свищ возник в результате туберкулезного поражения мочевого пузыря, то прежде всего показано специфическое противотуберкулезное лечение (стрептомицин, ПАСК, фтивазид). После окончания этого лечения возникает вопрос о целесообразности и форме оперативного вмешательства (если не наступило заживление свища).

При свище на почве некроза раковых масс показано, конечно, только симптоматическое лечение. Такое же лечение показано у больных с мочеполювым свищом, возникшим как осложнение лучевой (радиевой) терапии.

При острой травме мочевых путей или кишечника во время акушерской и гинекологической операции показано немедленное восстановление повреждения. Если же повреждение мочеполювых путей обнаружено не во время операции, а в послеоперационном или послеродовом периоде, то восстановление свища целесообразно произвести спустя 5—6 недель после гинекологической операции и не раньше 3—4 месяцев (обычно 5—6) после родов. Это обуславливается прежде всего тем, что небольшие мочеполювые и кишечно-половые свищи могут заживать самопроизвольно.

Выше указывалось, что требуется тщательное общее и специальное урологическое и гинекологическое обследование больной, чтобы правильно распознать характер свища и отношение его к соседним органам (рубцы, стенозы) и, следовательно, правильно выбрать методы лечения.

Предоперационная подготовка состоит в тщательном уходе за больными (сидячие ванны, смазывание кожи цинковой пастой, спринцевания раствором марганцовокислого калия). При наличии цистита мочевого пузыря систематически промывают раствором азотнокислого серебра (1 : 2000, 1 : 3000). При щелочной реакции мочи назначают соляную кислоту (1,5% раствор соляной кислоты по одной чайной ложке 4—5 раз в день).

### ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

При оперативных вмешательствах с целью зашивания пузырно-влагалищных свищей необходимо соблюдать следующие принципы:

1) расщепление краев свища с целью разделения стенок мочевого пузыря и влагалища; создание возможности изолированного наложения швов (без натяжений) на края фистулы мочевого пузыря и стенки влагалища;

2) бережное отношение к тканям, отказ от иссечения краев свища

В соответствии с приведенной выше классификацией различают три основные формы оперативных вмешательств для устранения моче-половых свищей.

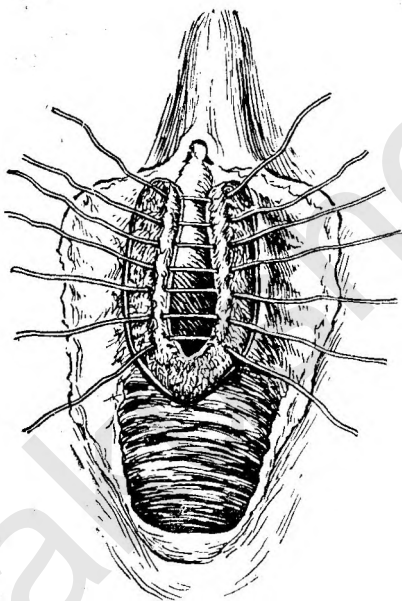


Рис. 168. Уретропластика по Д. О. Отту. Освежение и наложение первого яруса швов.

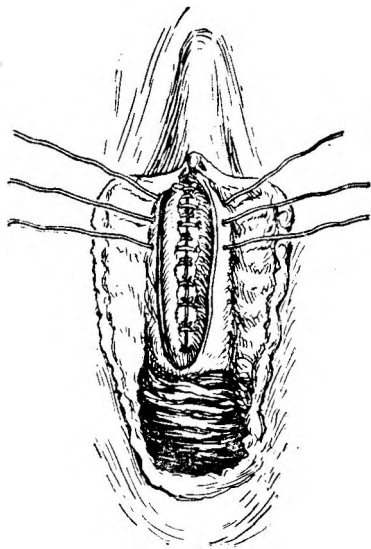


Рис. 169. Уретропластика по Д. О. Отту. Ярус погружных швов завязан.

1. При разрушении уретры применяют модифицированную Д. Н. Атабековым операцию Д. О. Отта. Техника ее состоит в следующем: справа и слева от бывшего канала уретры делают продольные



разрезы и соединяют их (вверху) дугообразным разрезом; края разреза отсепааровывают в сторону и сшивают в два этажа (рис. 168 и 169); при этом важно восстановить уретротригональный сфинктер. Зашивание производят на тонком эластическом катетере, введенном в мочевой пузырь. В качестве лигатурного материала употребляют тонкий шелк (или бумажные нитки).

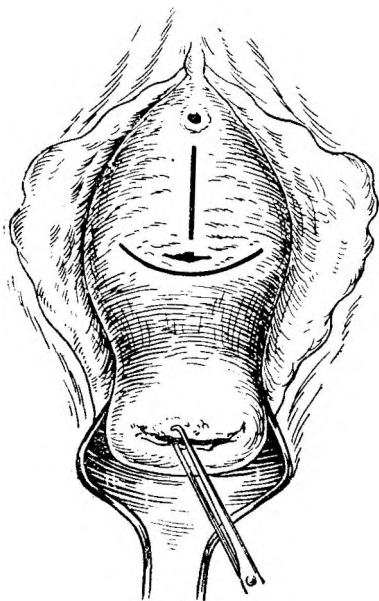


Рис. 170. Якорный разрез.

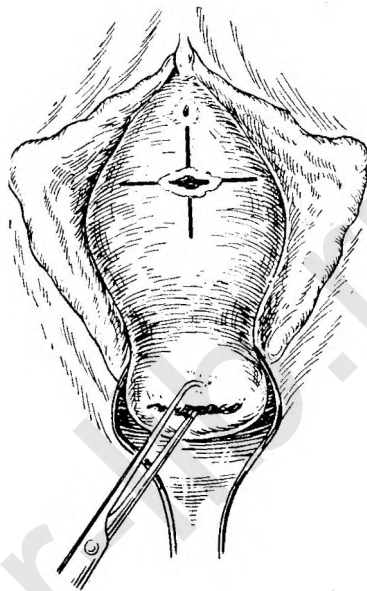


Рис. 171. Крестообразный разрез при восстановлении фистулы.

2. При повреждении средних отделов мочевых путей (дно мочевого пузыря, треугольник Льютода) производят рассечение и разделение тканей путем так называемого якорного (рис. 170) или крестообразного (рис. 171) разреза по Д. Н. Атабекову; последний разрез производят при повреждении сфинктера мочевого пузыря (рис. 172). После расщепления тканей накладывают узловатые шелковые швы на стенку мочевого пузыря (рис. 173), а затем на стенку влагалища.

3. При повреждении мочевого пузыря в месте впадения мочеточника в пузырь или повреждении мочеточника вблизи мочевого пузыря может быть произведено вшивание мочеточника в пузырь (влагалищным или абдоминальным путем). Техника подобных операций описана в специальных руководствах и монографиях (Д. Н. Атабеков, А. М. Мажбиц). Крайне редко при большом разрушении уретры и мочевого пузыря возникают показания к операции пересадки мочеточников в прямую кишку.

Послеоперационный период. После создания искусственной уретры оставляют в ней (на 4—5 суток) постоянный эластический катетер. В дальнейшем большая мочится самопроизвольно.

При других видах операций с целью ликвидации мочеполовых свищей постоянный катетер не применяют, так как он травмирует ткани и создает угрозу инфицирования. Мочевой пузырь опорожняют (если не было самопроизвольного мочеиспускания) путем катетеризации эластическим катетером 3 раза в сутки.

Кишечно-половые свищи могут возникнуть вследствие разрыва промежности III степени и редко — как осложнение акушерских операций (краниотомия, извлечение последующей головки), гинекологических операций или при распаде злокачественной опухоли матки, влагалища.

**Симптоматология.** Симптом подобных свищей: выделение через влагалище газов и кала; иногда каловые массы выходят частично естественным путем, частично поступают во влагалище.

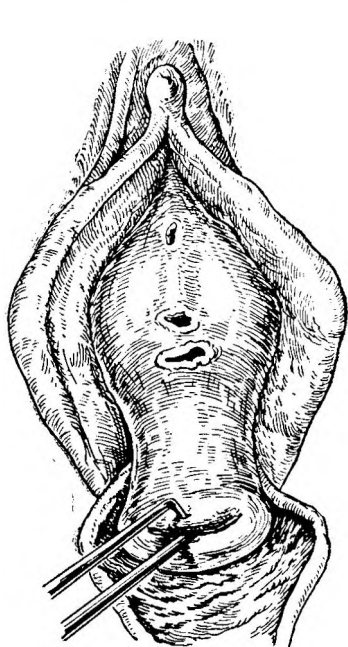


Рис. 172. Разрушение уретры на уровне сфинктера мочевого пузыря.

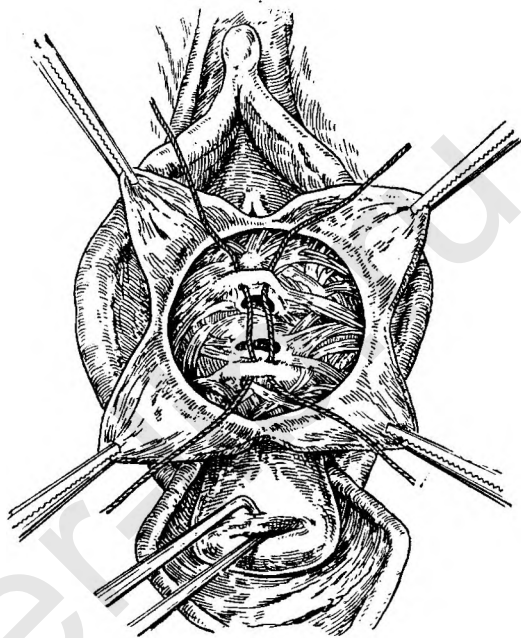


Рис. 173. Крестообразный разрез. Лоскуты расщеплены. Наложение швов.

**Диагностика.** Диагноз устанавливается на основании анамнестических данных, тщательного влагалищного и прямокишечного исследования и осмотра с помощью зеркал. В затруднительных случаях вводят в прямую кишку окрашенный раствор (например, молоко, разбавленное водой), производят рентгенологическое обследование кишечника после введения бария и проверяют выделение жидкости через влагалище.

**Прогноз.** Прогноз весьма серьезен, так как нередко операция не сразу бывает вполне эффективной (удержание кала и газов).

**Лечение.** Методы операции аналогичные, как и при пузырно-влагалищных фистулах: по возможности широкое расщепление краев свища и послойное зашивание стенок прямой кишки и влагалища. При наличии влагалищно-кишечного свища из лежащих выше отделов кишечника показано производить для зашивания их чревосечение. При образовании свища вследствие распада злокачественной опухоли показано лишь симптоматическое лечение (гигиенические мероприятия, при болях — наркотические).

## ГЛАВА IX

# АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Патологические процессы в организме женщины, особенно заболевания половых органов (воспалительные, новообразования, травмы и др.), нередко нарушают нормальное положение внутренних половых органов.

По частоте и клиническому значению первое место в данном разделе патологии женских половых органов занимают смещения матки и влагалища. Неправильные положения придатков матки обычно возникают вторично, в связи с изменением положения матки или в результате других заболеваний (воспаление, новообразования и пр.).

### **НОРМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

Матка, а вместе с ней и ее придатки обладают физиологической подвижностью, но экскурсии матки ограничены определенными пределами. Физиологическая подвижность матки способствует нормальному течению беременности и родов, а также создает условия для правильной функции мочевого пузыря и кишечника. Ограничение подвижности матки или полная неподвижность ее есть патологическое явление, возникающее в результате тяжелых заболеваний (запущенный рак, воспалительные процессы, атипичная миома и др.).

Чрезмерная подвижность матки, зависящая от понижения тонуса последней и ее связочного аппарата, относится также к патологическим явлениям.

Физиологические смещения матки в связи с беременностью и наполнением соседних органов (рис. 174) не являются постоянными. После опорожнения мочевого пузыря и кишечника, а также после нормальных родов матка вновь принимает типичное для нее положение.

При двуручном исследовании матку можно сместить в известных пределах вверх, вниз, впереди, кзади, вправо и влево, но она вновь возвращается в исходное положение. Следовательно, физиологический характер подвижности матки определяется тем, что после смещения она неизменно возвращается в исходное, типичное положение.

Положение половых органов меняется с возрастом. В детстве матка располагается выше, чем в периоде половой зрелости, и тело

матки находится за пределами малого таза. В старческом возрасте в связи с процессами атрофии половых органов матка располагается глубже в тазу и нередко отклоняется кзади. Указанные варианты положения половых органов являются нормальными только для детского и старческого возраста.

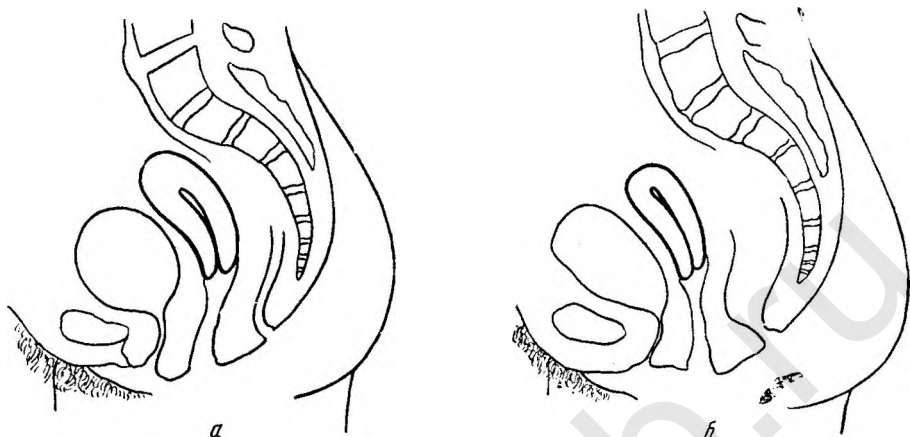


Рис. 174. Смещение матки при наполнении соседних органов.  
*a* — при наполнении мочевого пузыря; *б* — при наполнении мочевого пузыря и прямой кишки.

Типическим (нормальным) условно принято считать положение половых органов у здоровой половозрелой небеременной и не кормящей женщины, находящейся в вертикальном положении, при отсутствии наполнения мочевого пузыря и прямой кишки.

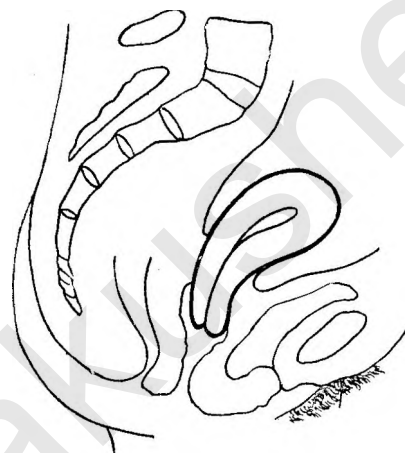


Рис. 175. Нормальное, типическое положение матки.

Матка при этих условиях располагается в центре малого таза на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца, от правой и левой стенок таза. Дно матки не выступает выше плоскости входа в малый таз; влагалищная часть шейки и наружный зев шейечного канала находятся приблизительно в одной плоскости, проходящей через *spinae ischii*.

Дно матки обращено кверху и кпереди, влагалищная часть шейки — книзу и кзади, наружное отверстие цервикального канала примыкает к стенке влагалища в области заднего свода. При указанном положении матки тело и шейка находятся в одной плоскости (*anteversio*) или, чаще, между указанными отделами матки существует тупой угол, открытый кпереди (*anteflexio*) (рис. 175).

Таким образом, типическим положением матки будет *anteflexio* (тупой угол), реже — *anteversio*; матка находится в центре малого

таза, между терминальной (плоскость входа) и интерспинальной плоскостью.

Влагалище находится в полости малого таза и располагается косо, направляясь снизу и спереди, вверх и кзади. Передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются, задний свод примыкает к матке на более высоком уровне, чем передний.

Трубы отходят от верхнебоковых отделов матки. Располагаясь в верхних отделах широких связок, они идут почти горизонтально в направлении боковых стенок таза; на уровне яичников они изгибаются книзу и кзади, вследствие чего их ампулярные концы приближаются к яичникам.

Яичники располагаются на задних листках широких связок и прилегают к брюшинному покрову задней стенки малого таза.

Мочевой пузырь своим основанием (*trigonum Lietodii*) прилегает к передней стенке верхнего отдела влагалища, уретра соприкасается с передней стенкой влагалища в пределах его средней и нижней третей. При нормальном положении матки передняя поверхность ее вплотную соприкасается с мочевым пузырем.

Прямая кишка располагается сзади влагалища. Внизу между прямой кишкой и влагалищем находятся мышцы и фасции промежности, в средней части — рыхлая клетчатка (*septum recto-vaginale*). Верхняя часть задней поверхности влагалища покрыта брюшиной выстилающей дугласово углубление (*excavatio recto-uterina*).

## **ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОХРАНЕНИЮ НОРМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1. Собственный тонус половых органов, зависящий от правильного функционирования всех систем организма. В частности, тонус половых органов определяется функциональным состоянием нервной системы, условиями кровообращения и уровнем половых гормонов в циркулирующей крови. Понижение тонуса в связи с заболеваниями, старческой атрофией или аномалиями развития нередко ведет к изменению положения половых органов.

2. Взаимоотношения между внутренними органами, согласованная деятельность диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна. Содержимое полости живота (кишечник, сальник, паренхиматозные органы, половые органы) образует единый комплекс вследствие непосредственного прилегания поверхностей органов друг к другу. Образующееся при этом капиллярное сцепление способствует созданию условий для взаимной поддержки и уравновешивания органов полости живота. Сила капиллярного сцепления а также газообразное содержимое кишечника способствуют уравновешиванию тяжести паренхиматозных внутренних органов и ограничивают давление их на половые органы.

Внутрибрюшное давление регулируется, кроме того, содружественной функцией диафрагмы, передней брюшной стенки и тазового дна. Например, при вдохе содержимое брюшной полости вследствие опускания диафрагмы оттесняется вниз, но равновесие при этом сохраняется благодаря тому, что брюшная стенка отходит кнаружи. При выдохе блок внутренностей поднимается и поддерживается в этом положении до выдоха сокращением брюшной стенки. При подъеме тяжестей, при кашле и т. д. в регуляции внутрибрюшного давления участвуют мышцы тазового дна; они сокращаются, края леваторов сближаются, происходит замыкание половой щели.

3. Подвешивающий, закрепляющий и поддерживающий аппарат матки.

а) Подвешивающий аппарат. К подвешивающему аппарату относятся круглые, широкие и отчасти собственные связки яичников.

б) Закрепляющий аппарат. В рыхлой клетчатке таза существуют участки (зоны) уплотнения, образующие основу закрепляющего связочного аппарата матки. Указанные связки содержат более или менее значительное количество гладких мышц, непосредственно связанных с мускулатурой нижнего отдела матки. Связки идут от нижнего отдела матки к задней, боковым и передней стенкам таза. В состав закрепляющего аппарата матки входят крестцово-маточные, основные, маточно-пузырные и пузырно-лобковые связки.

в) Поддерживающий аппарат. Влагалищная часть шейки прилегает к тазовому дну, отдаляясь от последнего только при переполнении прямой кишки. Поэтому мышцы тазового дна являются поддерживающим или опорным аппаратом половых органов. В состав поддерживающего аппарата входит три слоя мышц и фасций тазового дна.

В состав поддерживающего аппарата матки также входят влагалище и фиброзные элементы, окружающие влагалищную трубку: пузырно-влагалищная перегородка (фасция влагалища), прямокишечно-влагалищная перегородка и плотная соединительная ткань, располагающаяся у боковых стенок влагалища.

Таким образом, нормальное положение половых органов обеспечивается совокупностью целого ряда факторов. Сюда относятся: собственный тонус половых органов, взаимная поддержка внутренних органов и регулирование их давления содружественной деятельностью диафрагмы, брюшного пресса и тазового дна, подвешивающий, закрепляющий и поддерживающий аппараты половых органов.

При нарушении этих условий на почве заболеваний, повреждений, атрофических процессов и т. д. возникают аномалии положения половых органов.

### КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Приводимая ниже классификация аномалий положения половых органов основана на учете клинических форм смещения матки и не включает данных, относящихся к этиологии и патогенезу. Эта классификация, несмотря на ее существенные недостатки, удобна в практическом отношении.

Аномалиями положения матки считаются отклонения ее, выходящие за пределы физиологических и имеющие стационарный характер, а также нарушения нормальных соотношений между отдельными ее частями (между шейкой и телом матки или между слоями матки).

Смещения матки по вертикальной плоскости (вверх и вниз).

Приподнятие матки (*elevatio uteri*). Матка смещена вверх, дно ее располагается выше плоскости входа в малый таз; влагалищная часть шейки матки выше спинальной плоскости, при влагалищном исследовании достигается с трудом или недостижима (рис. 176).

Опущение матки (*descensus uteri*). Матка располагается ниже нормального уровня, влагалищная часть шейки (наружный зев) располагается ниже спинальной плоскости, однако из половой щели не показывается даже при натуживании (рис. 177).

Выпадение матки (*prolapsus uteri*). Матка смещена вниз, частично или полностью выходя за пределы половой щели. Различают неполное и полное выпадение матки.

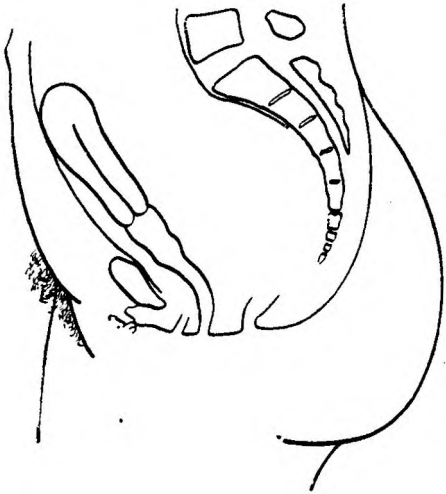


Рис. 176. Приподнятие матки; фиксация матки к брюшной стенке после кесарева сечения.

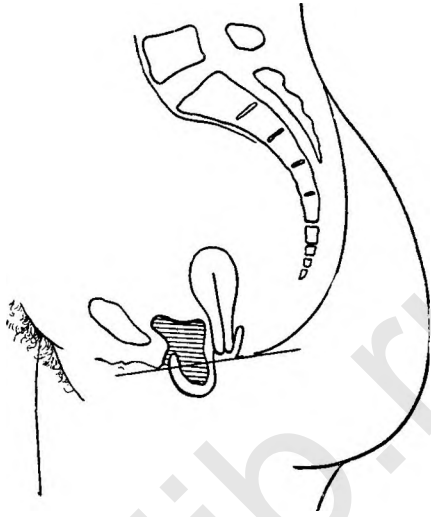


Рис. 177. Опушение матки и выпадение передней стенки влагалища (*cystocele*).

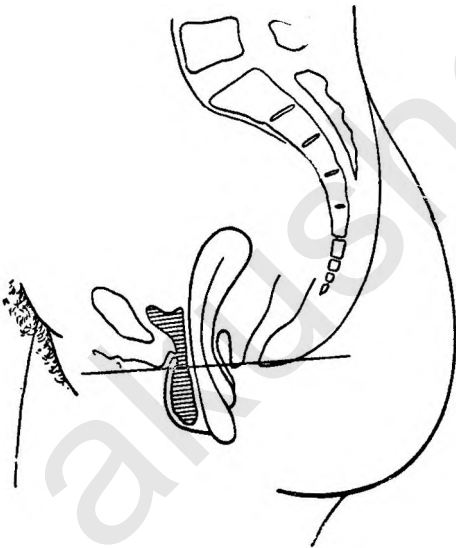


Рис. 178. Неполное выпадение матки и передней стенки влагалища; удлинение шейки.

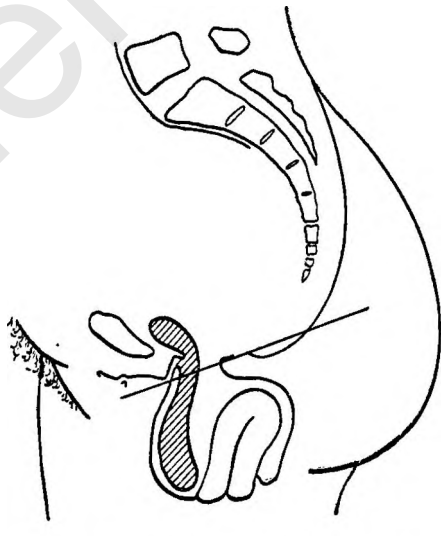


Рис. 179. Полное выпадение матки.

Неполное выпадение матки (*prolapsus uteri partialis seu incompletus*). Из половой щели выходит только влагалищная часть шейки матки, тело матки располагается за пределами половой щели. При неполном выпадении отношения между размерами тела и шейки матки

могут быть сохранены, но могут быть и нарушены вследствие удлинения шейки (*elongatio colli uteri*) (рис. 178).

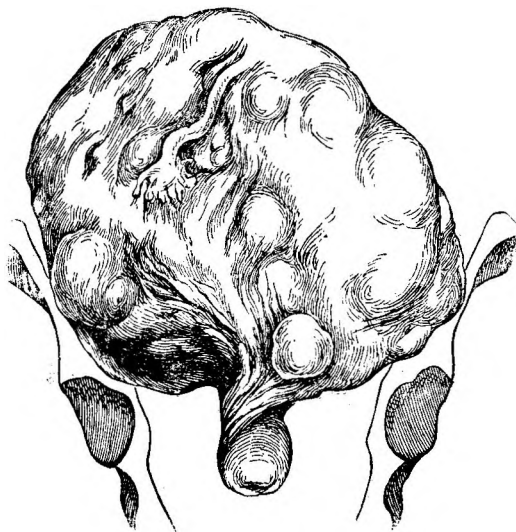


Рис. 180. Перекручивание матки.

Полное выпадение матки (*prolapsus uteri totalis seu completus*). Выпадение матки считается полным в том случае, если шейка и тело располагаются ниже половой щели, что обычно сопровождается выворотом стенок влагалища. При полном выпадении матки удлинения шейки обычно не бывает, отношения между размером тела и шейки сохранены (рис. 179).

Выворот матки (*inversio uteri*). При вывороте матки серозная оболочка располагается внутри, слизистая — снаружи, тело матки располагается ниже шейки (матка вывернулась, как палец перчатки), во влагалище.

Смещение матки вокруг продольной ее оси может быть в двух формах.

1. Поворот матки (*rotatio uteri*). Вращение матки тела и шейки) влоборота вокруг вертикальной оси, справа налево или наоборот.

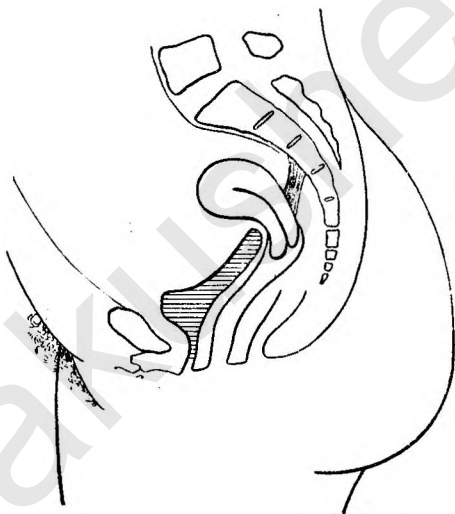


Рис. 181. Смещение матки кзади.

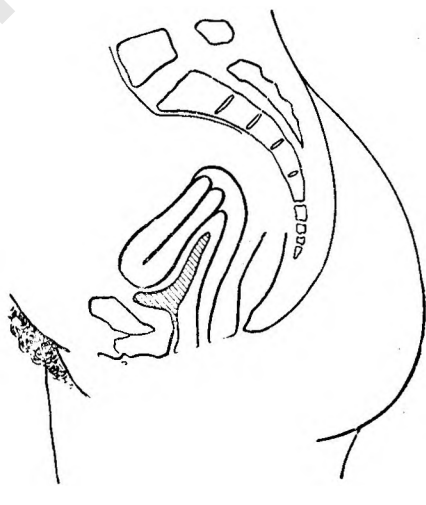


Рис. 182. Наклонение матки кпереди (патологическое)

2. Перекручивание матки (*torsio uteri*). Поворот тела матки по вертикальной оси в области нижнего сегмента при неподвижной шейке (рис. 180).



## Смещения матки по горизонтальной плоскости

Смещение всей матки (тела и шейки) по отношению к проводной оси таза (*positio uteri*) может быть в четырех формах: 1) *antepositio* — вся матка смещена кпереди; 2) *retropositio* — матка смещена кзади (рис. 181); 3) *dextropositio* — матка смещена вправо; 4) *sinistropositio* — матка смещена влево.

Наклонение матки (*versio uteri*). При этом положении тело матки смещается в одну сторону, а шейка — в противоположную, причем тело и шейка лежат в одной плоскости. Матка уподобляется двуплечему рычагу: одно плечо — тело и надвлагалищная часть шейки, другое — влагалищная часть шейки; точкой опоры являются своды влагалища и фиксирующий аппарат матки (основные, крестцово-маточные, маточно-пузырные, пузырно-лобковые связки). При физиологической антеверсии тело матки отклонено кпереди и кверху, шейка — кзади и книзу и при вертикальном положении женщины тело матки располагается выше шейки.

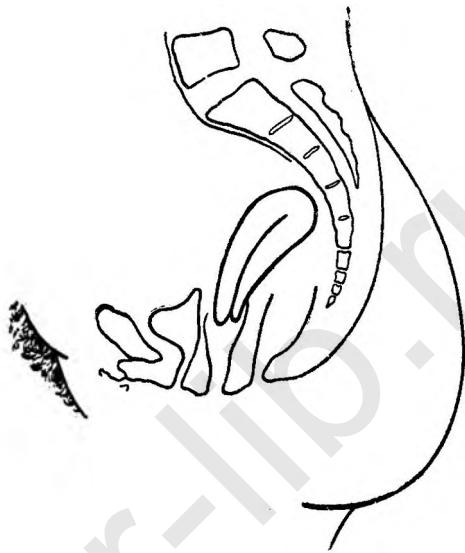


Рис. 183. Наклонение матки кзади.

Неправильные наклонения матки:

а) *Anteversio* будет патологическим, если оно остается постоянно (стационарно), причем выражено настолько сильно, что тело матки направлено кпереди и книзу, а шейка — кзади и кверху (рис. 182).

б) *Retroversio* — тело матки наклонено кзади, влагалищная часть — кпереди (рис. 183).

в) *Dextroversio* (*lateroversio dextra*) — тело матки направлено вправо и вверх, шейка — влево и вниз.

г) *Sinistroversio* (*lateroversio sinistra*) — тело матки направлено влево и вверх, шейка — вправо и вниз (рис. 184).

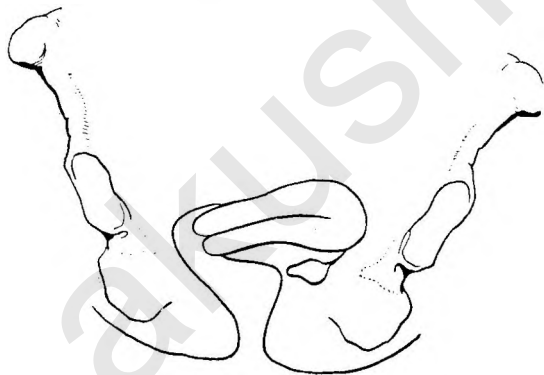


Рис. 184. Наклонение матки влево.

Перегиб матки (*flexio uteri*). Наличие угла в области перехода тела матки в шейку. В норме обычно между телом и шейкой матки имеется тупой угол ( $70-90^\circ$ ), открытый кпереди (физиологическая антефлексия). При физиологической антефлексии тело матки обращено кпереди, шейка — кзади и книзу. Перегиб может быть патологическим:

а) *anteflexio pathologica*, *hyperanteflexio*. — перегиб кпереди будет чрезмерно выражен, угол между телом и шейкой не тупой, а острый

(остроугольная антефлексия), причем угол этот не выпрямляется, не выравнивается (рис. 185);

б) *retroflexio* — угол между телом и шейкой открыт кзади, влагалищная часть шейки обращена кпереди и книзу, тело матки — кзади (рис. 186), при резкой степени ретрофлексии — кзади и книзу;

в) *lateroflexio dextra* — угол между телом и шейкой матки открыт вправо;

г) *lateroflexio sinistra* — угол между телом и шейкой матки открыт влево.

Представленная классификация является схематическим обозначением существующих аномалий положения матки. Клинические наблюдения показывают, что различные смещения матки нередко взаимно

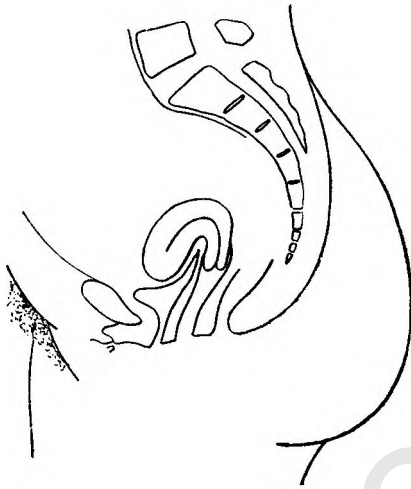


Рис. 185. Патологический перегиб матки кпереди (остроугольная антефлексия).

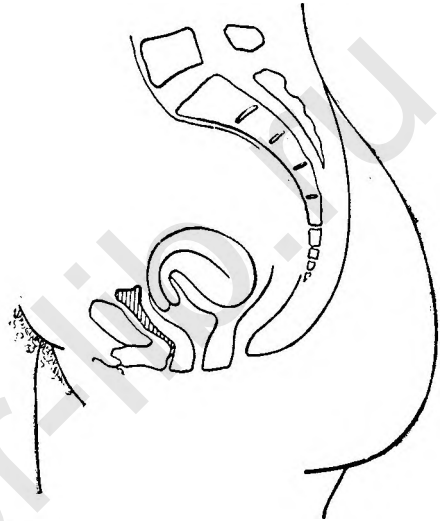


Рис. 186. Перегиб матки кзади.

сочетаются. Например, опущение часто сочетается с ретроверзией; матка в состоянии ретрофлексии может быть одновременно смещена к лону, крестцу, вправо и влево и т. д.

Не все аномалии положения встречаются одинаково часто. Смещения матки книзу, ретрофлексия, патологическая антефлексия и позиции встречаются чаще, чем элевация, латерофлексия, ретроверзия и патологическая антеверзия. Поворот, перекручивание и выворот матки относятся к редким формам аномалий положения.

Смещения матки зависят от патологических процессов, совершающихся за ее пределами. Аномалии положения нередко возникают в связи с воспалительными процессами и новообразованиями, локализующимися в разных отделах половых органов, а также на почве общих нарушений и внегенитальных заболеваний.

Так, воспалительный выпот, скопление крови и опухоли, располагающиеся сзади матки, способствуют смещению всей матки кпереди (*antepositio*) (рис. 187). При локализации патологических процессов спереди от матки возникает смещение матки кзади (*retropositio*) (рис. 188). При воспалительных выпотах в параметральной клетчатке, опухолях придатков и других односторонних патологических

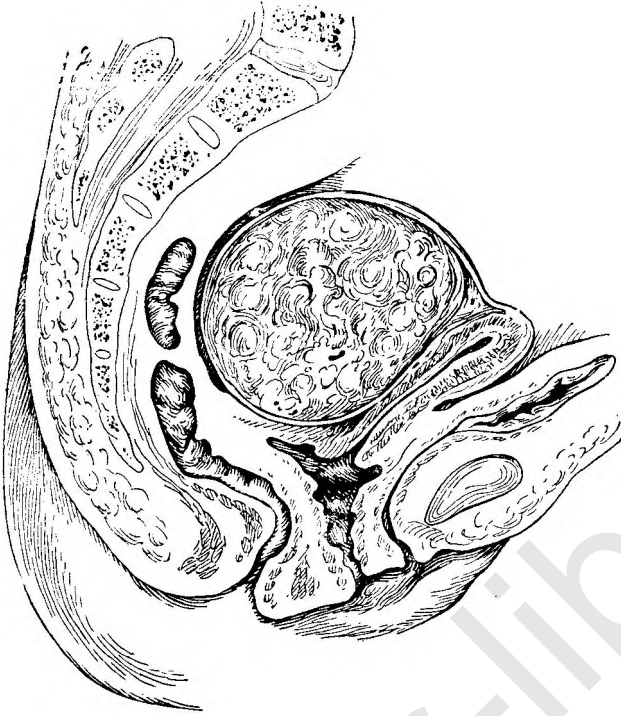


Рис 187. Смещение матки кпереди миоматозным узлом.

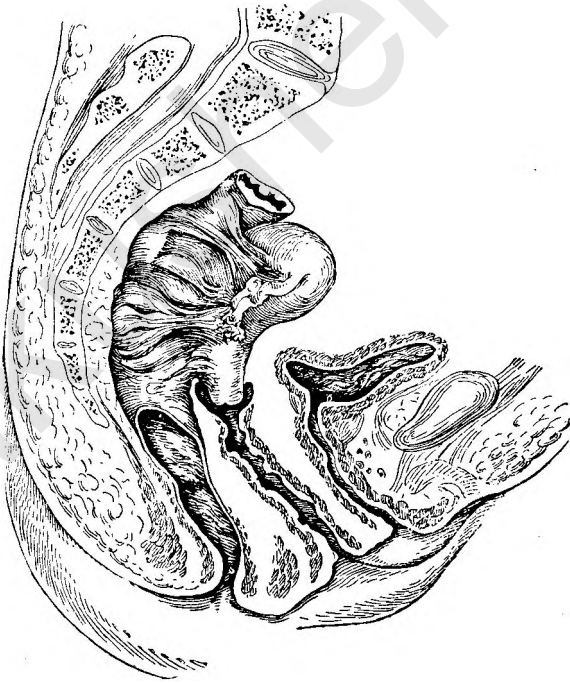


Рис. 188 Смещение матки кзади вследствие образования спаек после пельвеоперитонита.

процессах матка смещается в противоположную сторону (вправо или влево) от патологического процесса (рис. 189). При конечных стадиях воспалительных заболеваний матка в целом может сместиться в ту сторону, где наиболее выражен рубцово-спаечный процесс.

Воспалительные процессы и опухоли, действующие на одно плечо рычага, обычно на тело матки, способствуют возникновению патологического наклона матки. Например, *lateroversio uteri* может возникнуть при односторонней опухоли яичника или сальпинго-оофорите, потому что при этом верхний отдел тела матки смещается к боковой стенке таза, а шейка отклоняется в противоположную сторону. При

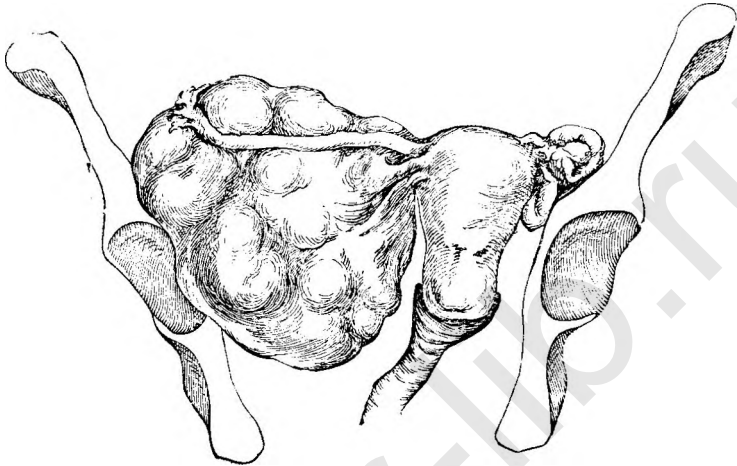


Рис. 189. Смещение матки влево в связи с развитием опухоли яичника.

конечных стадиях воспаления придатков и брюшинного покрова труб в результате рубцевания и сморщивания тело матки наклоняется в сторону патологического процесса, а влагалищная часть шейки — в противоположную сторону (тело вправо, шейка влево и наоборот). Аналогичный эффект получается при образовании рубцов после операций на придатках матки.

Опухоли яичника и матки могут вызвать поворот матки (*rotatio*) и даже перекручивание ее (*torsio*). Происхождение этих редких аномалий обычно бывает связано с односторонним ростом субсерозной миомы или с интралигаментарным расположением опухоли яичника.

Вышеуказанные заболевания половых органов (воспалительные процессы, опухоли и др.) при соответствующем их расположении могут вызвать патологические перегибы матки. Однако в возникновении этих аномалий положения большую роль играют общие нарушения, происшедшие в организме.

Таким образом, неправильные положения матки (позиции, наклоны, перегибы, повороты и др.) обычно являются следствием патологических процессов, локализующихся за ее пределами. Наблюдающиеся при них расстройства зависят обычно не от смещения матки, а от основного заболевания, вызвавшего данную аномалию положения. Поэтому многие смещения матки самостоятельного клинического значения не имеют.

Наиболее важное клиническое значение имеют смещения матки вниз (опущение и выпадение), ретродевиации (смещения кзади, главным образом ретрофлексия) и патологическая антефлексия.

Из аномалий положения половых органов наиболее важное значение в смысле частоты и клинической значимости имеют опущения и выпадения стенок влагалища. Опущение и выпадение стенок влагалища нередко сопровождаются смещением матки вниз; в происхождении этих аномалий много общего.

### **РЕТРОФЛЕКСИЯ И РЕТРОВЕРЗИЯ МАТКИ (RETROFLEXIO ET RETROVERSI O UTERI)**

Ретроверзия наблюдается при яичниковых опухолях, надавливающих на переднюю поверхность матки (верхнее плечо рычага); при этом тело матки наклоняется кзади, а влагалищная часть шейки — кпереди. Ретроверзия может возникнуть в том случае, если верхний отдел тела матки соединен периметрическими спайками с серозной оболочкой прямой кишки. При инфантилизме или гипоплазии половых органов иногда наблюдается подвижная ретроверзия матки, связанная со слабостью крестцово-маточных связок и короткостью переднего свода влагалища; при коротком переднем своде шейка оттягивается кпереди, а тело матки наклоняется кзади. Как самостоятельная аномалия положения матки ретроверзия наблюдается редко. Обычно эта аномалия генетически связана с ретрофлексией. Ретроверзия обычно предшествует ретрофлексии, переход матки из нормального положения в ретрофлексию происходит через стадию ретроверзии.

Ретрофлексия характеризуется тем, что угол между телом и шейкой открыт кзади, тело матки отклонено кзади, шейка направлена кпереди. В противоположность нормальному положению тело матки находится в задней половине таза, шейка — в передней. Мочевой пузырь не прикрыт маткой, кишечные петли располагаются в excavatio vesico-uterina и надавливают на переднюю поверхность матки и заднюю стенку мочевого пузыря. Пузырь слегка оттесняется книзу вместе с опущенной стенкой влагалища. Последнее обстоятельство способствует опущению половых органов, особенно при расслаблении связочного аппарата матки, тазового дна и передней брюшной стенки.

При ретрофлексии придатки матки нередко опускаются вниз, располагаясь около матки или позади нее. При резкой степени перегиба матки может возникнуть венозный застой вследствие одновременного перегиба сосудов, особенно тонкостенных вен матки. Однако венозного застоя может и не быть.

Степень перегиба матки кзади бывает различной. При резко выраженной ретрофлексии угол между телом и шейкой будет не тупым, а острым, тело матки располагается в дугласовом пространстве, дно матки может лежать ниже уровня влагалищной части шейки.

Ретрофлексированная матка может быть подвижной (*retroflexio uteri mobilis*) или неподвижно прикрепленной спайками к соседним органам, обычно к брюшине прямой кишки (*retroflexio uteri fixata*).

**Этиология.** К перегибу и наклонению матки кзади ведут разнообразные причины, нарушающие тонус матки, вызывающие расслабление ее подвешивающего, закрепляющего и поддерживающего аппарата, а также воспалительные заболевания, сопровождающиеся образованием спаек и рубцов.

1. Понижение тонуса матки и ее связок при инфантилизме и гипоплазии половых органов способствует возникновению ретрофлексии. При расслаблении крестцово-маточных и круглых связок шейка матки отходит кпереди, а тело — кзади. Понижению тонуса матки и связочного аппарата содействует недостаточность функции яичников и другие общие нарушения, наблюдающиеся при задержке развития организма.

2. Ослабление тонуса и устойчивости тканей в связи с конституциональными особенностями (астеническая конституция), родовой травмой и неправильной инволюцией половых органов, ослаблением организма (заболевания, старение).

Ретрофлексии матки способствует астения, характеризующаяся недостаточным тонусом мускулатуры и соединительной ткани. У астеничных субъектов наблюдается пониженный тонус матки, ее связочного аппарата и тазового дна. При этих условиях возникает чрезмерная подвижность матки; матка, выпрямленная и смещенная кзади при переполненном мочевом пузыре, медленно возвращается в исходное положение, кишечник проникает между пузырем и маткой и начинает надавливать на переднюю поверхность матки. Вначале образуется наклонение, а потом перегиб матки кзади, которому способствует также слабость брюшной стенки, характерная для астении. При расслаблении тонуса мышц живота изменяются условия, уравнивающие тяжесть внутренних органов (согласованная функция брюшной стенки, тазового дна и диафрагмы), и возрастает влияние на половые органы внутрибрюшного давления. Сила тяжести внутренних органов передается на переднюю поверхность матки, что способствует образованию ретрофлексии.

Многочисленные, часто следующие друг за другом роды, особенно осложненные оперативными вмешательствами и инфекцией, могут вызвать расслабление тонуса матки, ее связочного аппарата, тазового дна и брюшной стенки. При этих условиях может возникнуть ретроверзия и ретрофлексия матки. Замедленная инволюция матки и других отделов полового аппарата после родов может быть причиной отклонения матки кзади вследствие одновременно существующего понижения тонуса. Возникновению ретрофлексии способствует продолжительное содержание родильницы в постели. Нарушение мышц и фасций тазового дна при родах является одной из важных причин происхождения ретродевиаций матки. Тазовое дно выключается из комплекса факторов, обеспечивающих сохранение нормального положения матки. Тяжесть внутренних органов некоторое время уравнивается компенсаторной функцией брюшной стенки, но эта функция может оказаться недостаточной. Сила тяжести внутренних органов направляется на область малого таза; при длительном существовании этих условий связочный аппарат матки расслабляется, и возникают предпосылки для ретроверзии и ретрофлексии.

Продолжительные истощающие заболевания могут вызвать понижение тонуса тканей и способствовать ретродевиациям матки при наличии дополнительных неблагоприятных условий.

Ретроверзия и ретрофлексия нередко наблюдаются в старческом возрасте в связи с атрофией матки и понижением ее тонуса.

3. Воспалительные процессы, сопровождающиеся образованием спаек между телом матки и брюшиной задней стенки малого таза (брюшина, покрывающая rectum и выстилающая дугласов карман), обуславливают возникновение ретрофлексии матки.

4. Ретрофлексию могут вызвать опухоли яичника, располагающиеся в excavatio vesico-uterina, а также миоматозные узлы, растущие на передней стенке матки.

### **Клиническая картина ретрофлексии и ретроверзии**

В прежние годы ретрофлексию матки считали самостоятельным заболеванием, сопровождающимся ярко выраженными симптомами. В дальнейшем было установлено, что у многих женщин выраженные

формы ретрофлексии протекают бессимптомно и обнаруживаются врачами случайно (профилактический осмотр, распознавание ранней беременности). Клинические наблюдения показывают, что при одинаковой степени перегиба матки кзади у одних женщин симптомы отсутствуют, в то время как у других отмечается целый ряд тягостных ощущений. Для объяснения указанного явления была выдвинута теория рефлексоневроза, которая объясняет наличие или отсутствие симптомов при ретрофлексии состоянием нервной системы. Согласно указанной теории, тягостные симптомы при ретрофлексии возникают при наличии изменений в нервной системе, вызванных неблагоприятными условиями среды, тяжелыми переживаниями, факторами наследственности и т. д. Существует взгляд, что симптомы, наблюдающиеся при ретродевиациях матки, связаны с одновременно существующим неврозом или истерией, а не с аномалией положения матки. Не подлежит сомнению, что многие симптомы, наблюдающиеся при ретрофлексии, связаны с функциональными неврозами и проявляются в результате изменений в нервной системе. Кроме того, сама ретрофлексия, особенно при наличии вызвавших ее хронических воспалительных процессов, может служить причиной возникновения невроза. Изменение кровообращения и секреции, влияние ретрофлектированной матки на функции соседних органов, боли и другие расстройства, существующие в течение длительного времени, могут быть причиной возникновения изменений в нервной системе.

При ретродевиациях матки могут быть следующие жалобы.

1. Боли. Отмечаются тупые тянущие боли в нижней части живота и пояснично-крестцовой области, ощущение давления и тяжести в животе. Болевые ощущения нередко бывают связаны с воспалительными процессами, особенно при фиксированной ретрофлексии. При сопутствующих неврозах неприятные ощущения могут иметь место без воспалительных заболеваний при наличии подвижной ретрофлексии. Имеются наблюдения, что болевые явления при неврозах возникают только после того, как женщина узнает о существовании у нее ретрофлексии, и исчезают после проведения психотерапии. Боль при coitus, отмечаемая иногда при ретрофлексии, может зависеть от опущения яичников и перемещения их в дугласово пространство, а также от воспалительных процессов.

2. Нарушение функции соседних органов. При ретрофлексии иногда бывает частое и болезненное мочеиспускание. Этот симптом объясняется тем, что внутрибрюшное давление на мочевой пузырь, который не прикрыт маткой, повышается. Происходящее при этом изменение топографии основания пузыря (trig. Lietaudi) может вызвать недостаточность сфинктера. Не исключена возможность возникновения указанных жалоб в связи с давлением шейки матки на мочевой пузырь, а также с функциональным неврозом.

При ретрофлексии больные нередко предъявляют жалобы на запоры и боль при дефекации. Запоры обычно связаны не с самой ретрофлексией, а с причинами, которые способствовали возникновению данной аномалии положения. Наиболее вероятной причиной запоров является понижение тонуса кишечника вследствие общих причин, обуславливающих снижение тонуса всех тканей. Боли при дефекации могут быть связаны с ненормальным положением матки с сопутствующими воспалительными заболеваниями.

3. Нарушение менструальной функции. Несомненно возможность существования ретрофлексии без нарушений менструальной функции. Наряду с этим при ретрофлексии наблюдаются рас-

стройства типа гиперполименореи и дисменореи. Причиной слишком сильных менструаций при ретрофлексии может быть венозный застой, обусловленный перегибом маточных сосудов. Более вероятно связь гиперполименореи с понижением тонуса и сократительной способности матки, т. е. не с самим перегибом, а с причиной, обусловившей возникновение последнего. Расстройства менструальной функции при ретрофлексии могут возникнуть в связи с задержкой развития и недостаточной функцией яичников. Это особенно относится к ретрофлексии, этиологически связанной с задержкой развития половых органов. При ретрофлексии, возникшей в связи с воспалительными заболеваниями, расстройства менструальной функции могут зависеть от сочетания неправильного положения с воспалительным процессом.

4. **Нарушение секреторной функции.** Застойные явления при ретрофлексии могут служить причиной нарушения секреторной функции половых органов. Однако застой образуется далеко не постоянно и играет незначительную роль в происхождении белей. Бели, наблюдающиеся при ретродевиациях матки, обычно возникают в связи с сопутствующими эндоцервицитом, эрозией, эктропионом, кольпитом.

5. **Детородная функция.** Прежнее представление о том, что ретрофлексия сама по себе может быть причиной бесплодия, полного подтверждения не получило. Бесплодие, встречающееся при ретрофлексии, чаще зависит от существующей на почве воспаления непроходимости труб или недоразвития половых органов. Ретрофлексия не препятствует возникновению и правильному течению беременности и родов. Однако при ретрофлексии бывают самопроизвольные аборты, возникновение которых зависит от разных причин: ослабление тонуса матки, инфантилизм. При наличии ретрофлексии иногда наблюдается уменьшение беременной матки в малом тазу.

6. **Жалобы, связанные с существованием функционального невроза.** Сердцебиение, неустойчивое настроение, головные боли и пр. нередко сопутствуют ретрофлексии.

Таким образом, эти жалобы в основном связаны не с перегибом матки, а с воспалительными процессами, недостаточностью функции яичников и задержкой развития половых органов, понижением тонуса мускулатуры, функциональным неврозом. Непосредственное клиническое значение ретрофлексии матки невелико. Эта аномалия положения матки заслуживает внимания потому, что она является показателем расстройств, послуживших причиной для ее возникновения.

**Диагностика.** Диагноз смещений матки кзади не представляет затруднений. При исследовании выявляется, что влагалищная часть шейки обращена кпереди и нередко находится несколько ниже нормального уровня, а тело матки располагается кзади (определяется через задний свод); между телом и шейкой матки существует более или менее резко выраженный угол, открытый кзади. Необходимо детально определить величину, форму, консистенцию матки и состояние придатков, чтобы исключить диагностическую ошибку, поводом для которой могут послужить опухоли яичников, миоматозные узлы, мешотчатая «опухоль» трубы или беременная труба, располагающиеся сзади матки. Подвижная ретрофлексированная матка выводится довольно легко бимануальным методом, если отсутствует напряжение или ожирение брюшной стенки; выведение фиксированной матки затруднительно или не удается.

Форсированное выведение матки при наличии сращений противопоказано, так же как и при затихших воспалительных заболеваниях.



При распознавании ретродевиации матки необходимо стремиться к выявлению причин происхождения этой аномалии.

**Лечение.** Терапевтические мероприятия необходимо направить на устранение причин, вызвавших ретродевиацию матки. При задержке развития организма, а также при астении рекомендуются полноценное питание, физкультурные упражнения, водные процедуры и другие общеукрепляющие средства. При расстройствах менструальной функции, связанных с инфантилизмом или гипоплазией половых органов, назначают соответствующее лечение (см. главу III).

Общеукрепляющее лечение приносит пользу также при снижении тонуса матки, связок матки и брюшного пресса. Исключительно важное значение при этих расстройствах имеет лечебная физическая культура.

При ретродевиациях, связанных с воспалительными заболеваниями, необходимо проводить прежде всего энергичное противовоспалительное лечение, учитывая стадию и форму процесса. К специальному лечению неправильного положения матки в подобных случаях приступают лишь после полного стихания процесса и перехода его в конечную стадию — образование рубцов и спаек.

При наличии функциональных неврозов требуется применение психотерапии, медикаментозных средств (снотворные, бромиды) и санаторно-курортного лечения.

Специальные (местные) методы лечения ретродевиаций матки применяют при наличии соответствующих показаний.

При отсутствии жалоб на боли и на нарушения менструальной, половой, детородной функции и сохранении нормальной функции соседних органов местного лечения не требуется. Лечение ретрофлексии проводят при наличии болей и симптомов, указывающих на нарушения функций половых и соседних органов.

Специальное лечение требуется в тех случаях, когда ретрофлексия вызвана рубцами и спайками, образовавшимися в результате воспаления придатков матки или брюшины малого таза. Существует три способа лечения ретродевиаций матки: гинекологический массаж, ортопедический метод и хирургический. Эти методы являются дополнением к общеукрепляющей терапии.

а) **Гинекологический массаж.** Массаж вызывает усиление крово- и лимфообращения в половых органах, что способствует повышению тонуса матки и ее связок. При фиксированной ретрофлексии массаж способствует растягиванию спаек, а возможно, и исчезновению их вследствие усиления кровообращения. Эта процедура показана при отсутствии повышения температуры, лейкоцитоза и ускоренной РОЭ.

б) **Ортопедический метод.** С целью удержания репонированной матки в правильном положении в течение длительного времени были предложены pessaries, изготовлявшиеся из эбонита или целлулоида.

Пессарии (маточные кольца) растягивают влагалище, главным образом в продольном направлении, фиксируют шейку в заднем полукольце таза и этим способствуют удержанию матки в правильном положении.

В конце прошлого и в начале настоящего столетия изготовлялись и применялись пессарии различной формы. Наибольшим распространением пользовались пессарии модели Ходжа (Hodge) (рис. 190), имеющие вид изогнутого и сплющенного с боков кольца. Пессарий Томаса (Thomas) имеет такую же форму, но более изогнут (рис. 191).

Введенный во влагалище пессарий располагается следующим образом. Шейка матки помещается в широкой части верхнего полукольца пессария; этот конец упирается в задний свод влагалища и растягивает его; нижний конец пессария упирается в мышцы тазового дна (рис. 192). Пессарий Шульце (Schultze) имеет форму восьмерки. Меньшее верхнее кольцо его охватывает влагалищную часть шейки матки, нижнее растягивает влагалищную трубку.

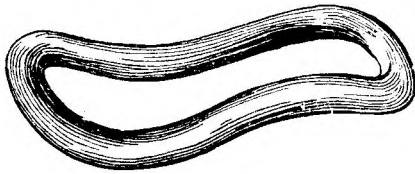


Рис. 190. Пессарий Ходжа.

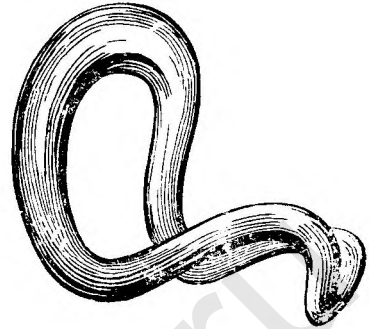


Рис. 191. Пессарий Томаса.

Пессарии вводились на 3—4 месяца, причем во время ношения их назначались гигиенические спринцевания с целью предупреждения пролежней и кольпитов.

В настоящее время лечение пессариями широко не практикуется, потому что ношение их сопряжено с известными неудобствами и риском возникновения трофических язв и внесения инфекции.

в) Хирургическое лечение. Смысл хирургического лечения сводится к тому, чтобы ретрофлексию превратить в антефлексию или антеверсию и закрепить матку в этом положении. Это осуществляется путем: а) укорочения круглых связок; б) подвешивания матки к передней брюшной стенке посредством круглых связок (вентросуспензия); в) фиксации матки к брюшной стенке швами (вентрофиксация).

Период увеличения хирургическими методами лечения ретродевиаций матки является пройденным этапом. Широкое внедрение в жизнь большого числа исправляющих операций позволило выявить безуспешность их у ряда больных, а также наличие противопоказаний.

Рис. 192. Расположение пессария во влагалище.

а — широкий конец пессария охватывает влагалищную часть шейки матки; б — узкий конец упирается на мышцы тазового дна.

В настоящее время оперативное лечение ретродевиаций матки предпринимается по строгим показаниям, обычно у больных, имеющих дополнительные заболевания, требующие хирургического лечения (смещение матки и влагалища книзу, киста яичника и т. д.).

Совершенно непригодны для хирургического лечения формы ретрофлексий, причиной возникновения которых является недоразвитие половых органов. В подобных случаях симптомы заболевания не устраняются, и вскоре возникает рецидив.

Хирургические методы не показаны также в тех случаях, когда ретрофлексия обусловлена понижением тонуса тканей вследствие астении или многократных, осложненных родов. После операции у больных нередко возникает рецидив, так как причины возникновения ретрофлексии при операции не устраняются. Таким больным назначают методы общеукрепляющей и специальной консервативной терапии.

Хирургическому лечению подлежат следующие формы ретрофлексии.

1. Если смещение матки кзади вызвано опухолями матки и придатков. В таких случаях хирургическим путем устраняют опухоль; в качестве дополнительной меры производят укорочение круглых связок (в детородном возрасте), вентросуспензию или вентрофиксацию (в пожилом и старческом возрасте).

2. Если ретрофлексия сочетается с опущением стенок влагалища и матки. В подобных случаях исправление положения матки является мерой, предупреждающей дальнейшее прогрессирование опущения или выпадения половых органов. Операция исправления положения матки производится одновременно с операцией, устраняющей опущение половых органов (стр. 307—309).

### **ПРИПОДНЯТИЕ (ЭЛЕВАЦИЯ) МАТКИ (ELEVATIO UTERI)**

При смещении кверху матка целиком или верхней частью располагается выше плоскости входа в таз, влагалище вытянуто, шейка достигается с трудом или совсем не достигается. Физиологическая элевация матки наблюдается, как уже упоминалось, в детском возрасте, а также при одновременном переполнении мочевого пузыря и ампулы прямой кишки. Патологическая элевация возникает при скоплении менструальной крови во влагалище (haematocolpos) вследствие атрезии гимена или нижнего отдела влагалища. Смещение матки вверх может быть при объемистых опухолях влагалища и прямой кишки, при рождающейся во влагалище субмукозной миоме, при осумкованных воспалительных выпотах, опухолях или скоплении крови в дугласовом пространстве. Матка поднимается вверх также при опухолях, располагающихся между листками широких связок. Элевация матки наблюдается при сращениях ее с передней брюшной стенкой после операций (кесарево сечение, искусственно создаваемая элевация при вентрофиксации), реже после воспалительных заболеваний.

### **ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ (DESCENSUS ET PROLAPSUS UTERI)**

Уже упоминалось, что опущением матки называется смещение ее вниз; влагалищная часть шейки находится ниже спинальной плоскости, но не выходит из половой щели даже при натуживании. Неполное выпадение матки характеризуется тем, что смещение матки книзу увеличивается, шейка матки выходит из половой щели, но тело матки находится выше последней. При полном выпадении вся матка (шейка и тело) выходит из половой щели и вместе с вывернувшимся влагалищем располагается ниже ее (рис. 193).

**Этиология и патогенез.** Этиология и патогенез опущения и выпадения матки сложны и еще полностью не изучены. Раньше полагали,

что эта аномалия является результатом воздействия силы снизу. Перво-степенное значение приписывалось первичному опущению влагалища, которое тянет за собой влагалищную часть шейки матки. Однако следует признать, что основную роль в происхождении опущения и выпадения матки играют факторы, определяющие давление на половые органы сверху. При нормальных условиях давление на половые органы сверху уравнивается противодействием тазового дна и передней брюшной стенки. Внутренние органы, в том числе и половые,

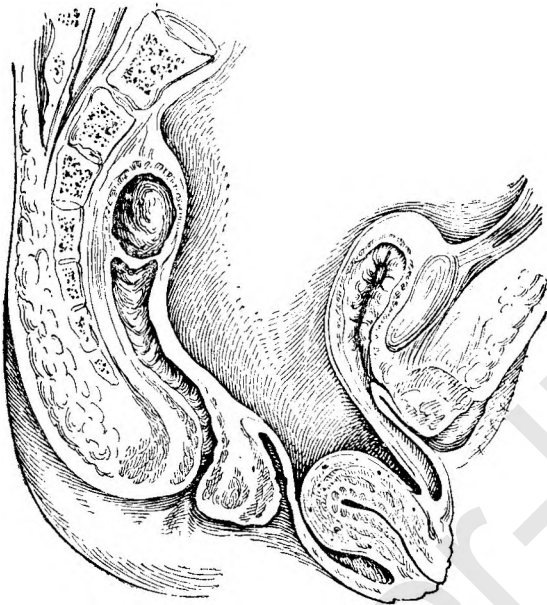


Рис. 193. Полное выпадение матки.

поддерживаются в физиологическом подвижном состоянии при наличии следующих факторов: а) согласованное действие брюшного пресса, тазового дна и диафрагмы; б) приспособление указанного комплекса к изменениям напряжения внутренностей; в) действие подвешивающего, фиксирующего и поддерживающего аппаратов матки.

Все причины, вызывающие нарушение указанных условий, будут способствовать опущению и выпадению матки.

При расслаблении брюшной стенки (многократные роды, астения) взаимодействие и взаимная поддержка внутренних органов нарушаются и нарастает давление на половые органы

сверху. Мышцы тазового дна и связочный аппарат матки некоторое время выдерживают давление сверху, но в дальнейшем происходит их расслабление, способствующее смещению матки книзу.

Расслабление мышц и фасций тазового дна, а также дефекты в этой области (осложненные и оперативные роды, разрывы промежности) ведут к аналогичным последствиям. Компенсаторное усиление деятельности брюшного пресса временно уравнивает тяжесть внутренностей и взаимную их поддержку; однако постепенно компенсаторная функция истощается, давление внутренностей на половые органы нарастает, связочный аппарат матки расслабляется и начинается смещение ее книзу. Расслабленное тазовое дно уже не представляет опоры для половых органов, и смещение книзу увеличивается. Таким образом, в патогенезе смещений матки существенную роль играют условия, способствующие расслаблению брюшной стенки и тазового дна; расслабление связочного аппарата матки происходит вторично и не имеет первостепенного значения. Смещения матки книзу обычно предшествует ретрофлексия; поэтому происхождение опущения и выпадения матки в конечном счете связано с теми причинами, которые способствуют ретродевиациям матки.

Ранее упоминалось, что при ретрофлексии и ретроверзии матки давление сверху падает на переднюю стенку матки и задне-верхний отдел мочевого пузыря; кишечные петли располагаются в excavatio

vesicouterina. Вследствие давления сверху на указанные органы происходит постепенное опускание мочевого пузыря с передней стенкой влагалища, а также и шейки матки; впоследствии опускается и вся матка.

Причины смещения матки книзу множественны и в основном сходны с этиологическими факторами, обуславливающими ретродевиации. К числу таких причин относятся следующие:

1. Расслабление мышц брюшного пресса вследствие астении, истощения или многократных повторных, особенно осложненных беременностей и родов (многоводие, многоплодие, узкий таз, способствующий образованию остроконечного и отвислого живота, и др.). При этом смещение матки книзу является частным проявлением общегоптоза внутренних органов. Следует отметить, что описаны случаи выпадения матки у нерожавших женщин и девушек, имевших астеническую конституцию.

2. Родовые травмы, имеющие следствием расслабление или нарушение мышц и фасций тазового дна, главным образом леваторов. Существенное значение имеют родовые травмы, нарушающие фиксирующий аппарат матки, главным образом основные и крестцово-маточные связки.

3. К смещению матки вниз ведут все причины, обуславливающие понижение тонуса матки и ретрофлексию, в частности задержка развития половых органов и возрастная атрофия матки, связочного аппарата и мышц тазового дна. Следует отметить, что опущение и выпадение матки являются преимущественно делом пожилого и старческого возраста.

4. Опущение и выпадение половых органов могут возникнуть при аномалиях развития, обуславливающих нарушение иннервации тазового дна (*spina bifida*) и врожденную гипоплазию его мускулатуры.

При наличии условий, предрасполагающих к смещению матки книзу, последнее быстрее возникает и прогрессирует в связи с подниманием и ношением тяжестей. Существуют наблюдения, что подъем тяжести до 25 кг изменений в положении матки не вызывает. При поднимании тяжести выше 25 кг матка становится вертикально и опускается несколько ниже нормального уровня.

Следует отметить, что в большинстве случаев смещения матки книзу происходят вследствие суммы причин, действующих в одном направлении.

При оценке этиологических факторов следует стремиться выявить главную причину заболевания, что очень важно в отношении выбора метода лечения.

При наличии условий, способствующих выпадению (опущению) матки, последнее происходит чаще первично и способствует выпадению (вывороту) влагалища. Однако не исключается другая последовательность развития процесса: вначале опускается влагалище, которое оттягивает вниз шейку матки. Наконец, возможно одновременное постепенное опущение и выпадение влагалища и матки.

## **ОПУЩЕНИЕ (DESCENSUS) И ВЫПАДЕНИЕ (PROLAPSUS) ВЛАГАЛИЩА**

При опущении влагалища стенки его занимают более низкое положение по сравнению с нормальным, выпячиваются из зияющей половой щели, но не выходят за ее пределы (рис. 194 и 195). Выпадение влагалища может быть частичным (*prolapsus parietum vaginae*

partialis) или полным (prolapsus parietum vaginae totalis), когда стенки его выходят из половой щели и располагаются ниже тазового дна.

В огромном большинстве случаев имеет место одновременное опущение или выпадение влагалища и матки, что объясняется наличием непосредственной анатомической связи между ними; смещение одного органа (в силу топографических отношений) ведет к смещению другого. Опущение и выпадение влагалища и матки следует рассматривать

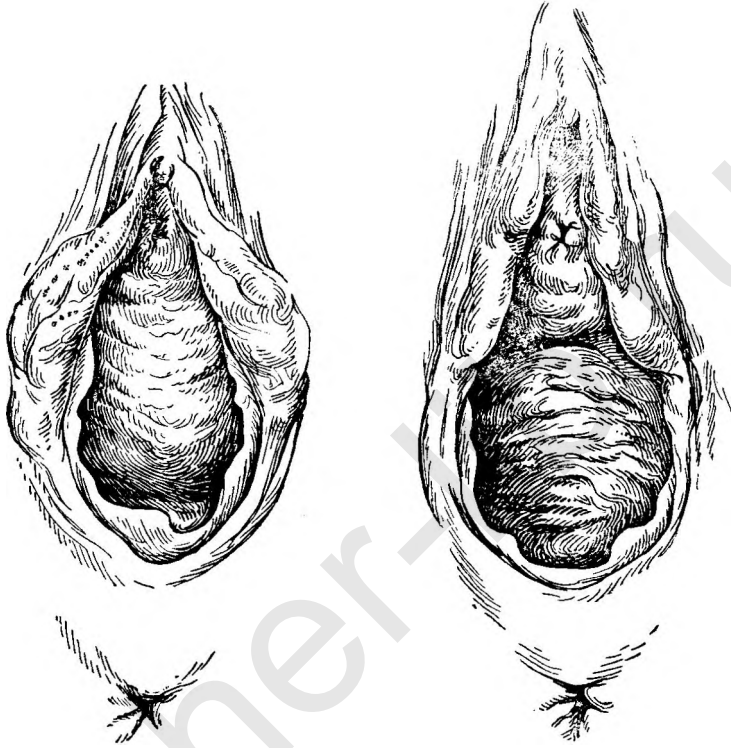


Рис. 194. Опущение передней стенки влагалища.

Рис. 195. Опущение задней стенки влагалища.

как единый патологический процесс еще и потому, что в основе происхождения смещений влагалища лежат те же причины, которые обуславливают опущение и выпадение матки.

Вместе с передней стенкой влагалища обычно опускается или выпадает за пределы половой щели часть мочевого пузыря, тесно связанная с верхним отделом передней стенки влагалища (рис. 196).

Опущению пузыря (cystocele) способствует истончение соединительнотканной перегородки (фасции), располагающейся между стенкой влагалища, пузырем и уретрой, или дефект в этой перегородке. В последнем случае cystocele уподобляется грыжеподобному образованию. Чем сильнее выпадает передняя стенка влагалища, тем более значительная часть пузыря следует за ней. При значительной cystocele происходит изменение хода уретры и изгиб ее верхнего отдела книзу. Изолированное выпадение передней стенки влагалища наблюдается редко — только в тех случаях, когда пузырно-маточная впадина имеет ненормальную глубину.

Опушение и выпадение задней стенки влагалища нередко сопровождается опущением (выпадением) передней стенки прямой кишки (rectocele) (рис. 197), чему способствует образование дефекта в прямокишечно-влагалищной перегородке (*septum recto-vaginale*) или фасциях прямой кишки и влагалища (К. Н. Жмакин). Чаше встречается грыжеподобное выпячивание передней стенки кишки в промежностном отделе ее, реже — в тазовом.

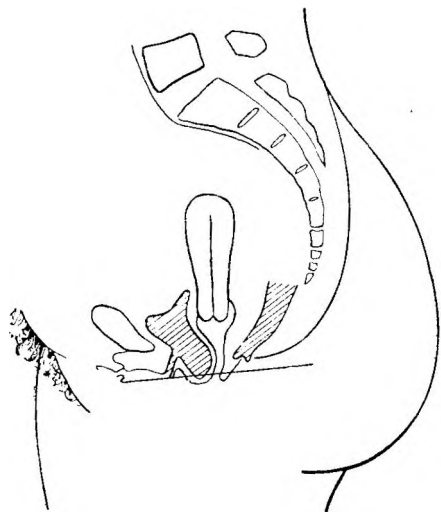


Рис. 196. Опушение передней стенки влагалища (схема) и мочевого пузыря.

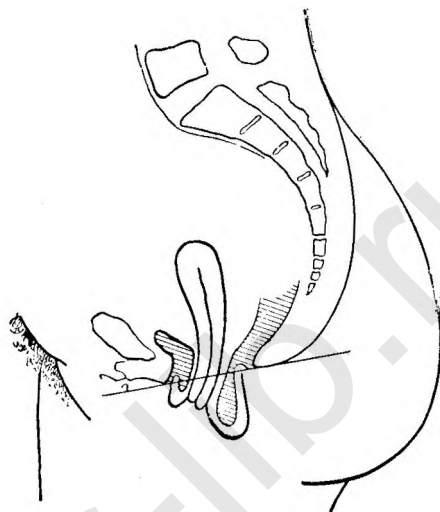


Рис. 197. Частичное выпадение матки и задней стенки влагалища.

### ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ ПРИ ИХ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ

Выпавшие наружу стенки влагалища становятся сухими, грубыми, омызленными; соединительная ткань отекает. Складки влагалища постепенно сглаживаются, слизистая приобретает белесоватый цвет. На слизистой влагалища и шейки матки нередко образуются трофические язвы с резко очерченными краями и гноевидным налетом на дне (рис. 198). При выпадении матки происходит перегиб сосудов, затруднение оттока венозной крови и застой ее в области лежащих ниже отделов. Наступает отек и увеличение объема влагалищной части шейки (*hypertrophie colli*). При неполном выпадении матки нередко происходит удлинение шейки матки (*elongatio colli*). Удлинение шейки матки происходит за счет растяжения ее между телом матки, располагающимся выше тазового дна, и опускающимся влагалищем. Тело матки, находящейся обычно в *retroflexio*, прижимается к заднему отделу леваторов внутренностями или фиксировано спайками; влагалищная часть шейки оттягивается вниз выпавшим влагалищем. В результате удлинения шейки полость матки увеличивается до 10—15 см при обычной длине тела. При смещениях матки книзу происходит опущение труб и яичников, не имеющее особого клинического значения. При полном выпадении может измениться топография мочеточников, сдавление их и расширение лежащих выше отделов. Указанные условия способствуют возникновению восходящей инфекции мочевыводящих путей.

**Клиническое течение** опущения и выпадения матки и влагалища характеризуется: а) затяжным характером заболевания и б) неуклонным прогрессированием процесса, которое обычно происходит постепенно и медленно; опущение переходит в неполное, а затем в полное выпадение (описаны случаи острого пролапса, возникающего в связи с подъемом тяжестей в послеродовом и в постклимактерическом периодах). У больных из половой щели выходит опухолевидное образование,

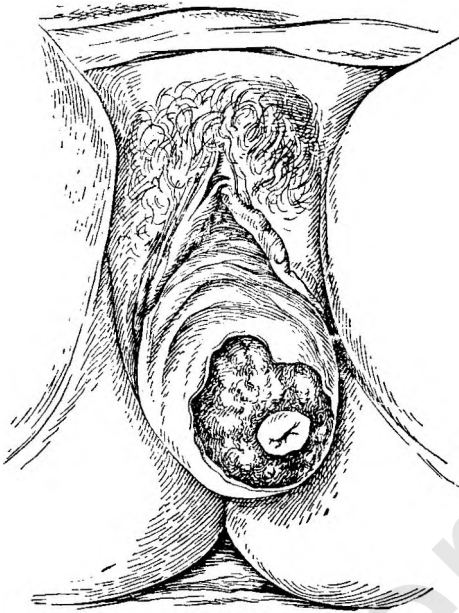


Рис. 198. Полное выпадение матки. Вокруг наружного отверстия шейного канала трофическая язва.

на нижнем конце которого располагается наружное отверстие цервикального канала. При прощупывании выпавших частей легко определяется шейка и тело (при полном выпадении) матки. При введении в уретру катетера или зонда выявляется, что вместе с половыми органами частично выпадает мочевой пузырь. Ректальное исследование позволяет установить наличие гестоцеле. Выпавшие части обычно легко вправляются руками; затруднения возникают только в случае венозного застоя и отека. В последнем случае больная укладывается в постель и вправление производится после исчезновения отека.

Выпадение половых органов снижает трудоспособность женщины, особенно при физической работе. Сравнительно редко наблюдается восходящая инфекция мочевыводящих путей. Симптомы опущения и выпадения половых органов выражены довольно отчетливо.

1. Больные сами констатируют выпадение половых органов, увеличивающееся при ходьбе, поднимании тяжестей, кашле, чихании. Выпавшие половые части затрудняют ходьбу. Бывают тянущие боли в крестце, бели с примесью сукровицы, связанные с травматизацией образующихся нередко трофических язв.

2. Отмечаются частые позывы и нередко резь при мочеиспускании, зависящая от неполного опорожнения пузыря. При полном выпадении характерно затруднение мочеиспускания, которое обычно осуществляется после вправления выпавших частей.

3. Менструальный цикл при выпадении матки обычно не нарушается. При наличии застойных явлений могут иметь место циклические нарушения типа гипер-полименорен.

4. Половая жизнь возможна при вправлении выпавших частей. Детородная функция понижается (неблагоприятные условия для оплодотворения вследствие быстрой эвакуации спермы из влагалища), но наступление беременности — явление нередкое. На IV—V месяце беременности, когда матка значительно увеличивается и поднимается в большой таз, выпадение прекращается. После родов выпадение половых органов возобновляется и нередко увеличивается.



**Диагностика.** Распознавание опущений и выпадения половых органов не представляет затруднений. Диагноз ставится на основании данных осмотра и пальпации выпавших частей. Дополнительное применение катетеризации и ректо-вагинального исследования уточняет наличие и степень cystocele и rectocele.

После осмотра и пальпации выпавшие части вправляются и производится бимануальное исследование. При этом производится оценка состояния тазового дна, связочного аппарата и придатков матки и исключается наличие других заболеваний (опухоли, воспалительные заболевания и т. д.).

**Прогноз.** Предсказание для жизни благоприятное, тяжелые осложнения (инфекция, омертвление выпавших частей) встречаются редко. При правильном лечении прогноз благоприятен и в отношении восстановления трудоспособности, если выполняемая работа не связана со значительным физическим напряжением.

**Лечение.** Заболевание имеет прогрессирующий характер, поэтому лечение требуется всегда, даже при формах, протекающих с мало выраженными симптомами. Целесообразно приступать к лечению при начальных стадиях опущения, чтобы предупредить образование полного выпадения и связанных с ними расстройств.

Существуют следующие методы терапии.

а) **Общеукрепляющее лечение.** Этот вид терапии направлен на повышение тонуса тканей и устранение причин, способствующих смещению половых органов. С этой целью рекомендуется полноценное питание, водные процедуры, гимнастические упражнения. Если больная выполняет физическую работу, сопряженную с подъемом и переноской тяжестей, длительным стоянием и т. д., нужно помочь ей изменить условия труда.

Кроме общеукрепляющей гимнастики, назначают упражнения, способствующие укреплению мышц брюшного пресса и тазового дна (для мышц брюшного пресса: сгибание, разгибание туловища, боковые повороты, сгибание и разгибание ног при горизонтальном положении туловища и др.; для укрепления тазового дна: разведение колен при поднятии таза и сведение их вместе; сведение раздвинутых колен, преодолевая сопротивление, оказываемое медицинской сестрой; произвольное ритмическое втягивание промежности и др.). В качестве подсобной меры можно рекомендовать массаж (см. главу IV) матки, способствующий усилению кровообращения в половых органах. Указанные методы способствуют задержке дальнейшего развития процесса и могут быть эффективны при отсутствии полного выпадения матки.

б) **Ортопедические методы.** Лечение пессариями, распространенное в прежние годы, в настоящее время почти не применяют. Только при наличии противопоказаний к хирургическому лечению допустима попытка к применению пессария (модель Ходжа или кольцевидный резиновый пессарий, который вводится боком, а затем располагается в горизонтальной плоскости над мышцами тазового дна). Эффект лечения сводится лишь к устранению выпадения на срок пребывания пессария во влагалище; после извлечения его половые органы снова выпадают. Продолжительное применение пессариев иногда имеет неблагоприятные последствия, так как способствует образованию пролежней, а главное может явиться причиной дальнейшего растяжения мышц тазового дна, являющихся опорой для пессариев. Ношение пессария требует применения ежедневных гигиенических спринцеваний и систематического врачебного контроля (угроза пролежней, восходящей инфекции).

в) Хирургическое лечение. Этот вид терапии обеспечивает наиболее стойкое излечение, особенно в сочетании с общеукрепляющим лечением и правильной организацией труда. Применение только оперативного лечения не исключает возможности рецидива, особенно при значительном понижении тонуса тазового дна, брюшной стенки и связок матки. Методы хирургического лечения опущения и выпадения половых органов разнообразны и выбор их в каждом конкретном случае должен основываться на учете: а) причины, вызвавшей смещение; б) степени выпадения и существующих топографических отношений; в) возраста больной. В молодом возрасте следует

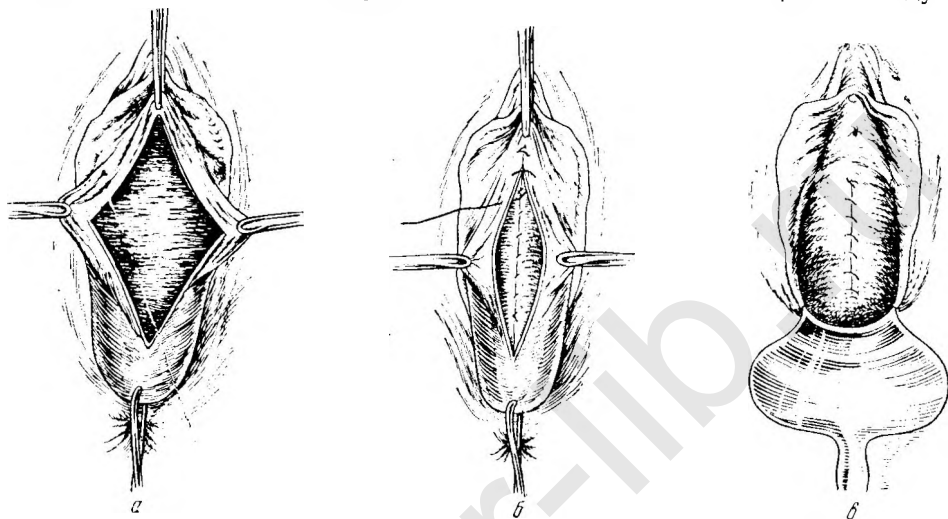


Рис. 199. Передняя кольпоррафия.

а — удаление лоскута слизистой; б — наложение погружного шва на пузырно-влагалищную фасцию; в — края слизистой соединены непрерывным швом.

отдавать предпочтение тем методам операций, которые не нарушают половую и детородную функцию.

Отдельные виды оперативных вмешательств сводятся к следующему.

1. Передняя кольпоррафия. При опущении (выпадении) передней стенки влагалища и мочевого пузыря производится передняя кольпоррафия (*colporrhaphia anterior*) с обязательным устранением грыжи мочевого пузыря.

Техника передней кольпоррафии сводится к следующему. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и выводят из половой щели; при этом передняя стенка влагалища вывертывается наружу. На вывернутой передней стенке влагалища скальпелем намечают овальный лоскут, подлежащий удалению. Верхний угол лоскута находится на 1,5—2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, нижний конец овала доходит до переднего свода влагалища. Намеченный лоскут отсепааровывают и удаляют. После удаления лоскута накладывают швы на пузырно-влагалищную фасцию (что необходимо для устранения *cystocele*), а затем соединяют края влагалищной раны (рис. 199).

2. Задняя кольпоррафия. Обычно опущение передней стенки влагалища сочетается с более или менее выраженным опущением задней стенки, причем нередко в процесс вовлекается и передняя

стенка прямой кишки. Поэтому передняя кольпоррафия сочетается с задней кольпоррафией (*colporrhaphia posterior*) с одновременной пластикой промежности (кольпоперинеоррафия, кольпоперинеопластика). Сущность кольпоперинеоррафии сводится к сшиванию краев разошедшихся леваторов и их фасций, а также других мышц и фасций тазового дна и сужение таким образом половой щели.

Операция кольпоперинеоррафии (*colpoperineorrhaphia*) начинается с отсепаровки треугольного лоскута задней стенки влагалища. Основание треугольного лоскута находится на границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и кожей промежности, а верхний

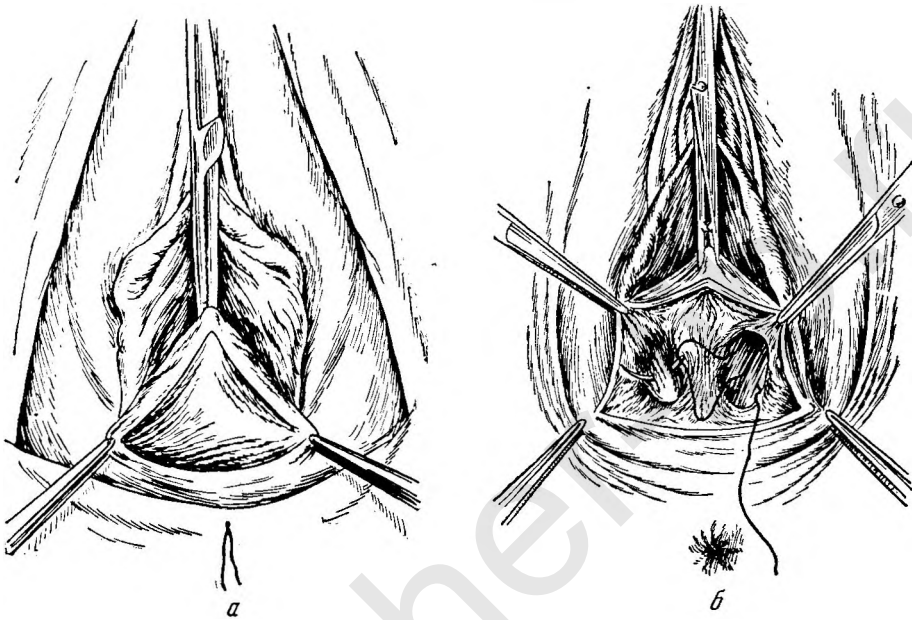


Рис. 200. Кольпоперинеоррафия.

*a* — удаление лоскута слизистой задней стенки влагалища; *б* — наложение швов на края леваторов.

угол располагается на задней стенке влагалища по средней линии (рис. 200, *a*). После удаления лоскута обнажаются мышцы и фасции промежности, которые соединяют по средней линии узловатыми кетгутowymi швами. Вначале накладывают две-три лигатуры на края разошедшихся леваторов (рис. 200, *б*), но не завязывают их (берут на зажимы) и приступают к соединению краев влагалищной раны. Швы на влагалищную стенку накладывают, начиная с верхнего угла раны. После зашивания значительной части влагалищной раны завязывают лигатуры, наложенные на леваторы, а затем заканчивают наложение швов на края влагалищной раны. Далее накладывают второй этаж погружных швов на поверхностные мышцы и фасции промежности. Края кожной раны восстановленной промежности зашивают узловатыми шелковыми лигатурами.

3. Ампутация шейки матки. Если имеет место гипертрофия и удлинение шейки матки, производится ампутация ее (*amputatio colli*). В детородном возрасте при нерезком изменении шейки ампутацию лучше не производить.

При удлинении и гипертрофии шейки производится высокая ампутация ее.

Шейку матки выводят из половой щели при помощи пулевых щипцов; на границе прикрепления влагалища к шейке производится

циркулярный разрез (рис. 201, а). Влагалище отсепааровывают от шейки до уровня предполагаемой ампутации. Вместе с передней стенкой влагалища от шейки отслаивается прилегающий участок мочевого пузыря. На шейке производят боковые разрезы, отделяющие перед-

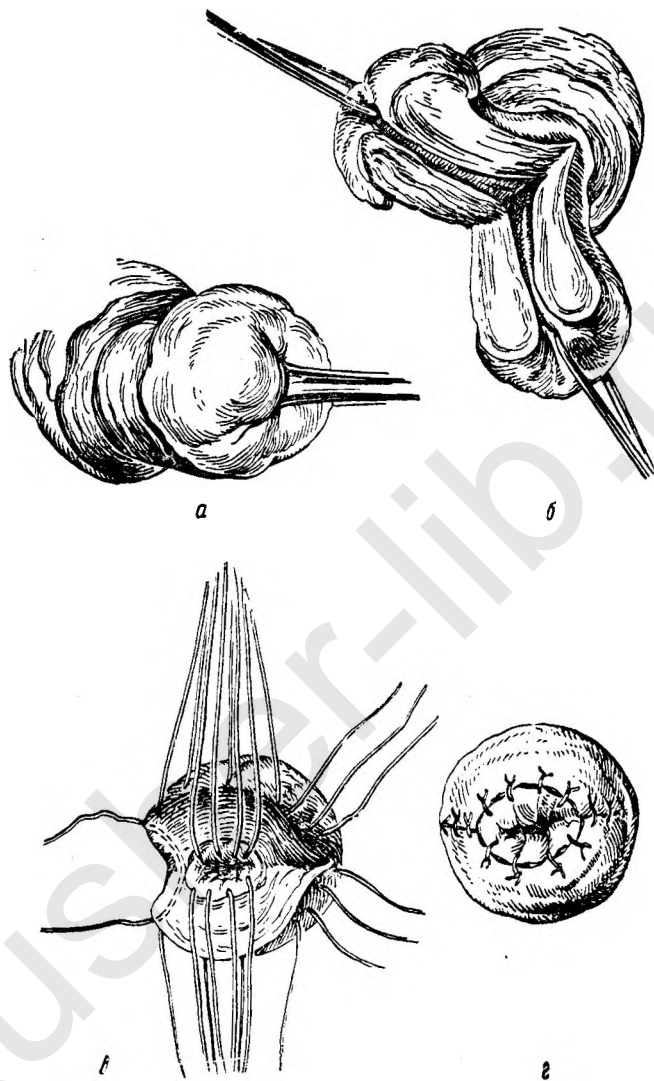


Рис. 201. Ампутация шейки матки

а — циркулярный разрез и обнажение шейки; б — рассечение шейки; в — шейка удалена, наложение швов; г — швы завязаны.

нюю губу от задней (рис. 201, б). После этого ампутируют вначале заднюю, а потом и переднюю губу шейки и соединяют швами края влагалища с соответствующими краями шейки (рис. 201, в, г). При этом необходимо достигнуть прилегания краев слизистой влагалища и цервикального канала.

Ампутация шейки производится до передней кольпоррафии и кольпоперинеоррафии.

При производстве ампутации шейки матки и передней пластики применяют также разрез, представляющий собой комбинацию из овального разреза (применяемого при передней кольпоррафии) и циркулярного разреза.

4. Укорочение круглых связок. В детородном возрасте при сочетании неполного выпадения матки с ретрофлексией, кроме передней кольпоррафии и кольпоперинеоррафии, можно произвести укорочение круглых связок, что способствует наклонению дна матки кпереди (*anteversio*) и удержанию матки в исправленном положении.

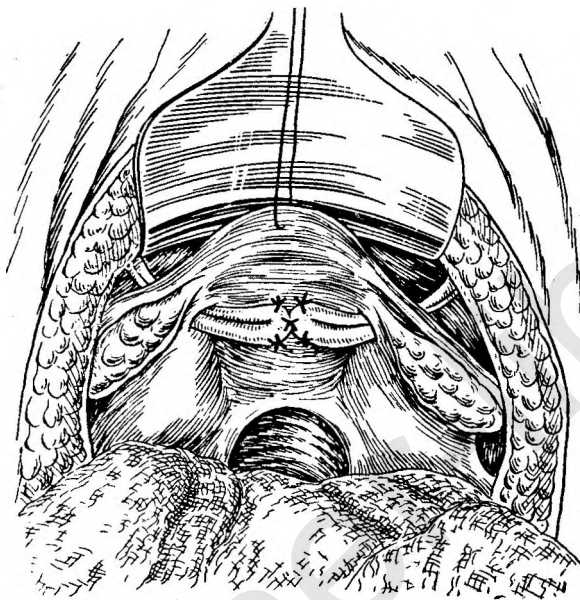


Рис. 202 Укорочение круглых связок путем фиксации их к задней стенке матки (по Бальди-Дартигу).

Эта операция, конечно, нецелесообразна, если круглые связки истончены и растянуты.

Предложено много способов укорочения круглых связок. Из них наиболее применяются следующие.

После чревосечения в широких маточных связках проделывают отверстия и через них проводят петли круглых связок по направлению к задней поверхности тела матки. Петли круглых связок пришивают к задней стенке матки на уровне отхождения собственных связок яичника [операция Дартига (*Dartigues*), Бальди (*Baldy*)] (рис. 202). Петли круглых связок можно пришить к передней поверхности матки, ближе ко дну; одновременно накладывают несколько швов на складки широких связок, образующиеся при подшивании круглых связок к передней поверхности матки (метод Менге) (рис. 203).

5. Операции, фиксирующие или подвешивающие матку.

В пожилом возрасте, кроме *colporrhaphia anterior* и *colpoperineorrhaphia*, применяют операции, фиксирующие или подвешивающие матку к передней брюшной стенке, если она не отличается чрезмерной дряблостью.

Фиксация матки (вентрофиксация) производится после прекращения детородной функции. После окончания кольпоррафии и кольпопеп-

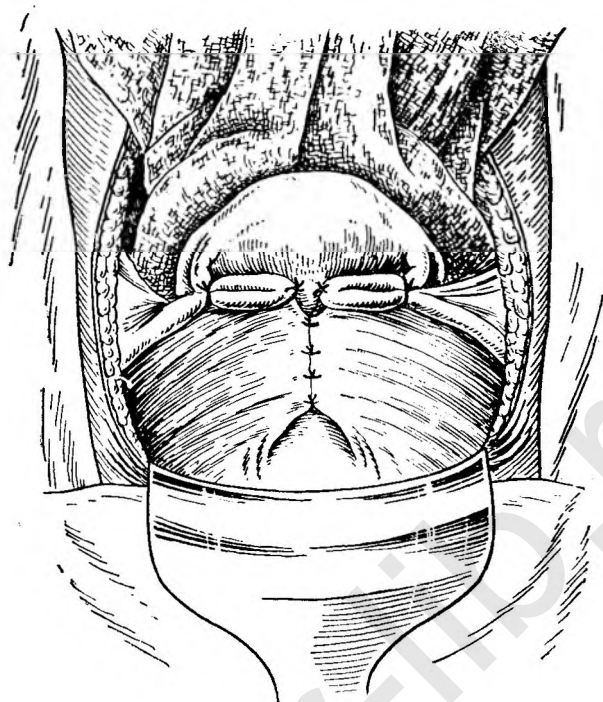


Рис. 203. Укорочение круглых связок путем фиксации их к передней стенке матки (по Менге).

ринеоррафии производится чревосечение. Матку подводят к брюшной ране и на дно ее накладывают несколько лигатур, концы которых вы-

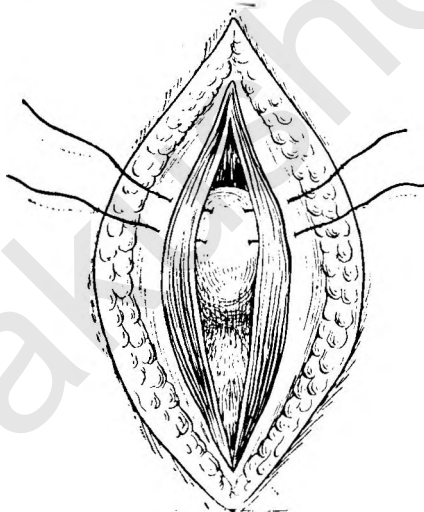


Рис. 204. Вентрофиксация матки (по Леопольду-Черни).

водят через брюшину, прямые мышцы и апоневроз (рис. 204). Зашивают послойно брюшную рану, включая апоневроз, а над апоневрозом завязывают концы лигатур, проведенных через дно матки (операция Леопольда-Черни). Более надежный метод вентрофиксации предложен Кохером. После чревосечения матку выводят в брюшную рану и фиксируют к брюшной стенке таким образом, что дно ее располагается внебрюшинно. С этой целью края брюшины в нижнем углу раны пришивают к брюшине тела матки; края апоневроза соединяют отдельными лигатурами, захватывая и дно матки. Существуют и другие методы вентрофиксации.

Если наступление беременности не исключается, то можно произвести операцию вентросуспензии. Производится чревосечение. В самом нижнем углу раны (над симфизом) проделывают отверстие в апо-

неврозе прямой мышцы и брюшине и через это отверстие выводят петлю круглой связки (рис. 205, а). То же проделывают с другой стороны. После выведения петель круглых связок зашивают брюшину, мышцы

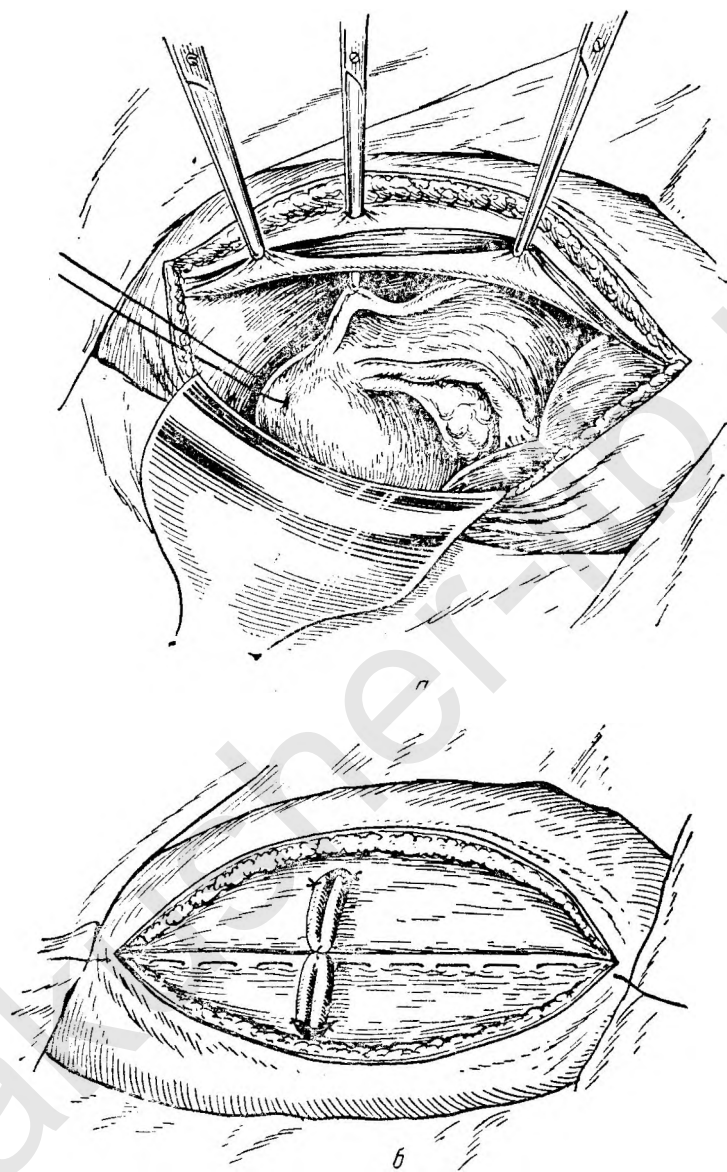


Рис. 205. Вентросуспензия матки (по Долери-Джильяму).

а — выведение петли круглой связки через брюшину и апоневроз;  
 б — фиксация круглых связок к брюшной стенке.

и апоневроз; затем петли круглых связок фиксируют к поверхности апоневроза несколькими швами (рис. 205, б) (операция Долери-Джильяма). В результате вентросуспензии матка при помощи круглых связок подвешивается к передней брюшной стенке. Подобная опера-

ция, конечно, нецелесообразна, если круглые связки истончены и растянуты<sup>1</sup>.

6. Срединная кольпоррафия. При полном выпадении матки в старческом возрасте можно применить срединную кольпоррафию (*colporrhaphia mediana*).

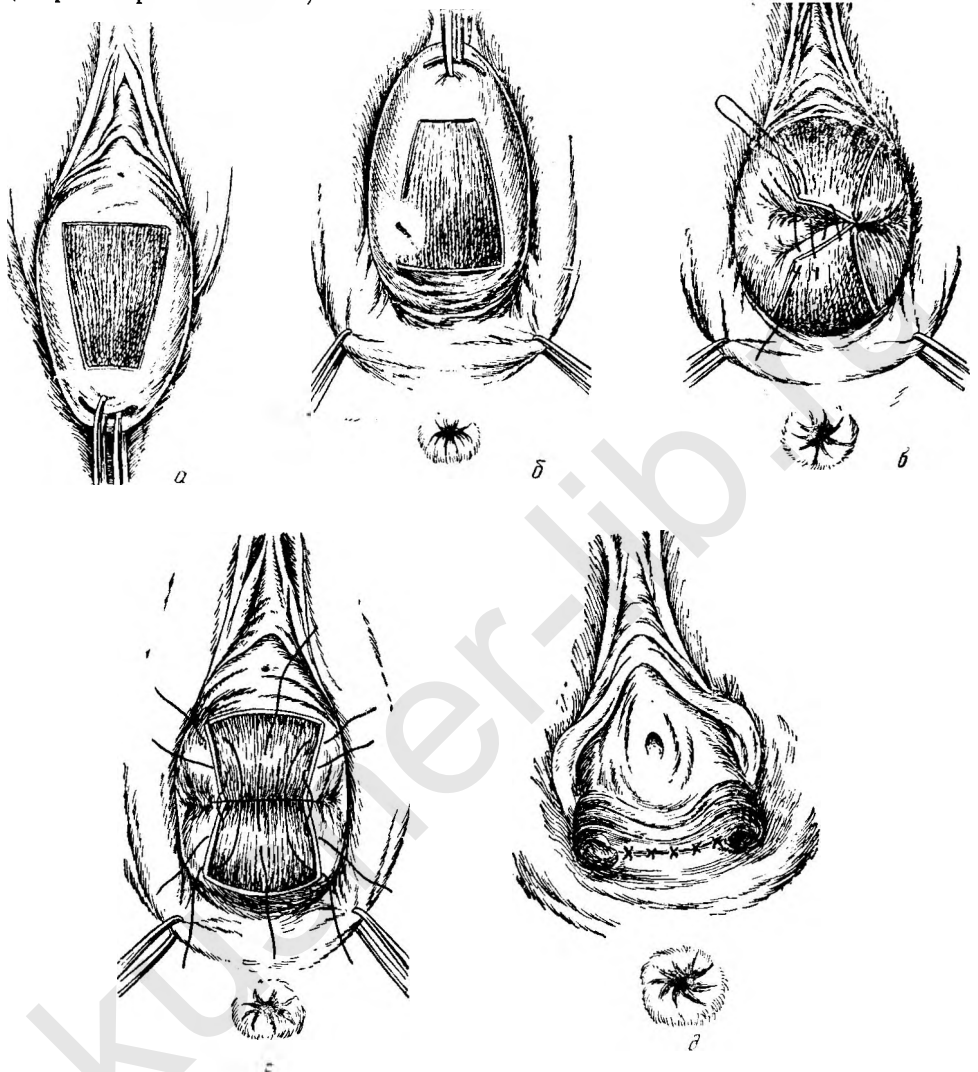


Рис. 206. Срединная кольпоррафия (по Нейгебауэру-Лефору).

*a* — удаление лоскута на передней стенке влагалища; *б* — удаление лоскута на задней стенке влагалища; *в* — наложение первых швов; *г* — наложение последующих швов; *д* — вид после операции.

При этой операции (операция Нейгебауэра-Лефора) на передней и на задней стенке влагалища иссекают длинные лоскуты (одинаковой величины). Затем соединяют обнаженные поверхности путем по-

<sup>1</sup> Французские авторы [Дельбе (Delbet), Каровен (Caroven)] рекомендуют в детородном возрасте фиксировать матку в области нижнего сегмента к апоневрозу (*hysteropexie isthmique*). Ряд авторов [Дельбе, Каровен, Жамен (Jamaïn)] не отмечали после этой операции ни нарушения мочеиспускания, ни каких-либо осложнений во время последующих родов.



следовательного зашивания краев раны на передней и задней стенках влагалища (рис. 206). После сращения обнаженных поверхностей образуется тяж, идущий по средней линии. От влагалища остаются узкие каналы, располагающиеся по сторонам срединного тяжа.

7. Влагалищная экстирпация матки и пластика промежности. В старческом возрасте при полном выпадении матки и сопутствующих заболеваниях (разрывы шейки, эрозии, опухоли и др.) производится влагалищная экстирпация матки и пластика промежности (если нет противопоказаний к операции).

**Профилактика.** Предупреждение ретрофлексии, опущения и выпадения матки.

Профилактика смещения матки основывается на устранении причин, способствующих возникновению указанных аномалий положения. Большое значение имеет предупреждение заболеваний в детском возрасте и в периоде полового созревания, правильное питание, гимнастика и спорт, регулярное пребывание на свежем воздухе. Не подлежит сомнению роль физкультуры во время беременности и после родов, особенно упражнений, способствующих укреплению брюшного пресса и мышц тазового дна.

Учитывая роль родовых травм в происхождении смещений матки, необходимо стремиться к предотвращению осложнений беременности и родов и к ограничению оперативных вмешательств, которые должны производиться по строгим показаниям.

Особо важное значение имеет своевременное и правильное зашивание разрывов промежности после родов.

Существующее в нашей стране законодательство по охране труда женщин и механизация трудоемких и тяжелых процессов гарантируют сохранение здоровья женщин. Задача медицинских работников состоит в том, чтобы определить для каждой женщины наиболее целесообразный вид работы и не допускать нарушения условий труда. Эти мероприятия будут косвенным образом способствовать предотвращению смещения половых органов.

### **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНТЕФЛЕКСИЯ (ANTEFLEXIO PATHOLOGICA, SUPRANTEFLEXIO)**

Антефлексия является нормальным положением матки. Антефлексия считается патологической, если угол между телом и шейкой матки будет острым (менее  $70^\circ$ ); при этом тело матки и portio vaginalis направлены впереди.

Патологическая антефлексия от нормальной отличается не только величиной угла между телом и шейкой матки, но и рядом других существенных признаков. Патологическая (остроугольная) антефлексия обычно служит проявлением общего инфантилизма или гипоплазии половых органов и сопровождается рядом расстройств, которые при нормальной антефлексии отсутствуют. При указанной аномалии в отличие от нормальной антефлексии нередко имеют место особенности в строении и функциях половых органов, присущие инфантилизму или гипоплазии.

При патологической антефлексии шейка матки часто имеет коническую форму, тело небольшой величины (меньше, чем в норме); соотношения между размерами шейки и тела нередко сохраняют черты, свойственные детскому возрасту: шейка коническая, удлиненная, превышает по размерам длину тела. Ткань тела и шейки малоподатлива, угол выпрямлению не поддается; иногда, наоборот, мускулатура матки

и связочного аппарата является вялой. Расслабление мускулатуры связочного аппарата способствует тому, что матка, будучи в состоянии остроугольной антефлексии, смещается кзади.

При ретропонировании матки последняя не прикрывает мочевого пузыря, кишечные петли проникают в *excavatio vesico-uterina*, надавливают на пузырь. При длительном существовании указанных соотношений может произойти смещение мочевого пузыря и влагалища книзу.

При патологической антефлексии нередко наблюдаются другие признаки недостаточного развития половых органов: узкое, короткое влагалище, уплощение сводов, гипоплазия наружных половых органов; нередко встречаются внегенитальные проявления инфантилизма (небольшой рост, недостаточный жировой слой, задержка развития вторичных половых признаков).

Патологическая антефлексия не всегда связана с аномалией развития. Она наблюдается и у хорошо развитых женщин, при отсутствии признаков гипоплазии половых органов. Причиной возникновения патологической антефлексии в подобных случаях является сморщивание крестцово-маточных связок после продолжительного лимфангита, возникающего при хронических эндоцервицитах и эрозиях (*parametritis posterior chronica adhaesiva*). Вследствие сокращения крестцово-маточных связок область их прикрепления (переход шейечного канала в полость матки) оттягивается кзади, тело и шейка матки приближаются друг к другу. Редкой причиной возникновения патологической антефлексии являются опухоли, надавливающие на заднюю поверхность тела матки (у дна ее).

**Симптоматология.** Клиническая картина патологической антефлексии изменчива. У некоторых женщин жалобы почти отсутствуют, у других выражены достаточно ярко. Симптомы патологической антефлексии разнообразны и связаны главным образом не с самой патологической флексией, а с основной причиной, вызвавшей возникновение данной аномалии положения матки.

Наиболее частой причиной возникновения патологической антефлексии является задержка развития, поэтому в клинической картине преобладают симптомы, свойственные инфантизму.

1. Нередки жалобы на понижение полового чувства или отсутствие его, общую слабость, утомляемость, головные боли.

2. Обычны нарушения менструальной функции. Преобладает гипоменструальный синдром (гипо-, олиго-, опсоменорея), но нередко менструации приходят часто. Характерна дисменорея, причем боли внизу живота и в пояснице особенно интенсивны перед менструацией или в начале ее. Болевые ощущения нередко отягощаются общими расстройствами (головная боль, раздражительность, понижение трудоспособности, диспептические явления). Нарушения менструальной функции обусловлены задержкой развития организма, лабильностью нервной системы (низкий порог болевой чувствительности) и недостаточностью эндокринной функции яичников. Одной из причин дисменореи может быть препятствие к выделению менструальной крови вследствие узости цервикального канала, неподатливости шейки и резкого перегиба матки в области внутреннего зева. При усиленных сокращениях матки (преодоление препятствий к выделению крови) из половых органов в центральную нервную систему прорываются импульсы, формирующие ощущение боли.

3. При патологической антефлексии нередко наблюдается бесплодие, связанное с задержкой развития половых органов. Играет роль

совокупность факторов: пониженная функция яичников, длинные, извивающиеся узкие трубы, недостаточность циклических превращений эндометрия, узость влагалища и уплощение его сводов (быстрая эвакуация спермы из влагалища наружу). Известное значение имеет узость цервикального канала и направление шейки матки кпереди, а не в сторону заднего свода (*resectaculum seminis*).

Бесплодие при патологической антефлексии может быть и при отсутствии признаков инфантилизма в связи с эндоцервицитом и сопутствующим воспалением труб.

4. Бывают жалобы на тянущие боли в пояснице вне менструации и ощущение давления в области мочевого пузыря, особенно при его наполнении. Эти жалобы связаны с неправильным положением матки.

Лечение. Терапия при патологической антефлексии должна быть прежде всего направлена на устранение причины ее возникновения. Если причиной гиперантефлексии являются воспалительные заболевания, то нужно применять методы противовоспалительного лечения, принятые для конкретной формы воспалительного процесса.

При патологической антефлексии, связанной с задержкой развития и недостаточностью функции яичников, рекомендуется: а) общеукрепляющее лечение (лечебная физкультура, курортно-санаторное лечение, рациональное питание с обязательным включением витаминов); б) физиотерапевтические и другие методы теплового лечения, способствующие улучшению кровообращения и укреплению нервно-мышечного аппарата половых органов; в) лечение половыми гормонами (эстрогены, прогестерон), способ применения которых соотнобразуется со степенью недоразвития половых органов и характером нарушения менструальной функции. Благоприятную роль играет правильная половая жизнь и особенно наступление беременности; обычно симптомы патологической антефлексии полностью исчезают после первой беременности.

Применявшиеся в прежние годы методы рассечения шейки матки и клиновидное иссечение ее в настоящее время оставлены ввиду их неэффективности и неблагоприятных последствий (эктропион, эндоцервицит, эрозия и др.).

## **ВЫВОРОТ МАТКИ (INVERSIO UTERI)**

Этот вид аномалии положения женских половых органов наблюдается очень редко. При вывороте матки серозная оболочка ее располагается внутри, а слизистая снаружи (рис. 207); при полном вывороте тело матки располагается во влагалище, а шейка, фиксированная в области сводов, находится выше уровня тела. Неполный выворот матки характеризуется тем, что область дна матки вдавливается в полость ее, но не выходит за пределы наружного зева.

При вывороте, особенно полном, трубы и яичники втягиваются внутрь образующейся воронки. При полном вывороте обычно возникает нарушение кровообращения, застой и отек матки. На вывернутой слизистой образуются кровоточащие язвы, обычно покрытые гнойным налетом.

Выворот матки в большинстве случаев возникает при неправильном ведении послеродового периода родов (пуэрперальная форма), реже при изгнании из матки опухоли с короткой, нерастяжимой ножкой (онкогенетическая форма). Пуэрперальная форма выворота происходит обычно вследствие давления сверху (выжимание последа) при плохо сокращенной матке и широко открытом зеве. При указанных

условиях выворот возможен при потягивании пуповины с целью извлечения последа.

При резкой атонии, истончении матки и расслаблении зева выворот матки может произойти без насильственного давления сверху или влечения снизу, но подобная форма заболевания встречается очень редко.

Онкогенетическая форма выворота встречается редко. Обычно она бывает связана с миомой и очень редко — с другими опухолями (саркомы, карциномы).



Рис. 207. Выворот матки.

**Симптоматология.** Симптомы выворота матки ярко выражены при остро возникающих формах, которые чаще встречаются после родов. При острой форме выворота появляется острая боль, шок и кровотечение из сосудов матки. При длительном существовании выворота происходит процесс инволюции матки, но вследствие застоя и изъязвлений появляются гнойные выделения и метроррагия. Если менструальный цикл возобновляется, то наблюдаются выраженные меноррагии. Если онкогенетический выворот происходит медленно, то преобладают признаки основного заболевания. При хроническом вывороте больные отмечают чувство давления книзу. При остром вывороте возникают резкие боли и явления шока.

**Диагностика.** Распознавание выворота осуществляется путем осмотра вывернутой матки при помощи зеркала, влагалищного, бимануального и в особенности ректального исследования. При детальном осмотре на поверхности недавно вывернутой матки удастся обнаружить устья труб. При бимануальном и ректальном исследовании устанавливается отсутствие матки на обычном месте и воронка выворота.

При онкогенетическом вывороте обнаруживаются опухоли, связанные обычно с дном матки.

**Л е ч е н и е.** Выбор метода лечения при онкогенетической форме выворота соотносится с характером опухоли. При пуэрперальной форме лечение сводится к вправлению матки. Вправление производится под наркозом, область таза должна быть приподнята; выпавшие органы и соседние поверхности тщательно дезинфицируются. Наружной рукой прощупывают воронку, внутренней (введенной во влагалище) захватывают возможно шире матку и вправляют ее. Вправление можно начинать не с области дна, а с частей, ближе расположенных к зеву. Вправление производится осторожно, медленно, без толчков и насилия.

Если вправление матки консервативными методами не удастся, выворот устраняют хирургическим (влагалищным) путем.

Следует отметить, что изредка матка может сместиться в грыжевой мешок при наличии паховой или бедренной грыжи (hernia uteri). В результате аномалии развития в грыжевой мешок вначале вовлекается яичник, который тянет за собой матку. Диагноз ставится на основании данных пальпации. При грыжесечении матка освобождается от спаек и вправляется.

## ГЛАВА X

# НЕПРАВИЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К аномалиям развития женских половых органов относят:

- а) нарушения в их анатомическом строении;
- б) задержку развития правильно сформированных половых органов.

Выраженные аномалии строения обычно сопровождаются нарушением всех или отдельных функций половой системы. Функциональные нарушения встречаются особенно часто при сочетании неправильности строения с задержкой развития. При некоторых видах пороков развития, например удвоении, функции половых органов могут оставаться нормальными.

Аномалии, характеризующиеся уродством строения, возникают обычно в период внутриутробной жизни вследствие нарушения процесса формирования зачатков половых органов.

Задержка развития половых органов может наступить под влиянием неблагоприятных условий, воздействующих на организм, главным образом в детстве и в период полового созревания.

Пороки развития половых органов нередко сочетаются с аномалиями строения мочевыводящих путей и прямой кишки.

Возникновение пороков развития, по-видимому, зависит от нарушения условий питания, газообмена и других условий среды, в которых развивается плод. Условия среды внутриутробного плода определяются состоянием организма матери. Поэтому заболевания, интоксикации и другие нарушения в организме беременной, вызывающие резкие изменения условий среды зародыша, могут послужить причиной возникновения аномалий развития. Нарушения условий среды в период закладки и формирования половых органов зародыша (ранние стадии развития) особенно неблагоприятны в отношении возникновения пороков развития. Вопрос о наследственной передаче аномалий развития требует дальнейшего изучения.

Для уяснения механизма образования аномалий развития необходимо вспомнить основные этапы эмбрионального развития женских половых органов.

### **ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ О РАЗВИТИИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Зачатки половых органов эмбриона анатомически тесно связаны с зачатками почек и мочевыводящих путей. Поэтому аномалии развития двух указанных систем нередко встречаются совместно.

У зародыша человека (и всех высших позвоночных) имеют место следующие стадии развития почек: 1) предпочка (головная почка); 2) первичная почка (вольфово тело); 3) окончательная почка. Все указанные зачатки образуются последовательно из разных зон нефрогенных тяжей, располагающихся вдоль зачатка позвоночника (рис. 208 и 209).

Предпочка образуется из краниального отдела нефрогенного тяжа. Из элементов предпочки образуются пузырьки, в результате

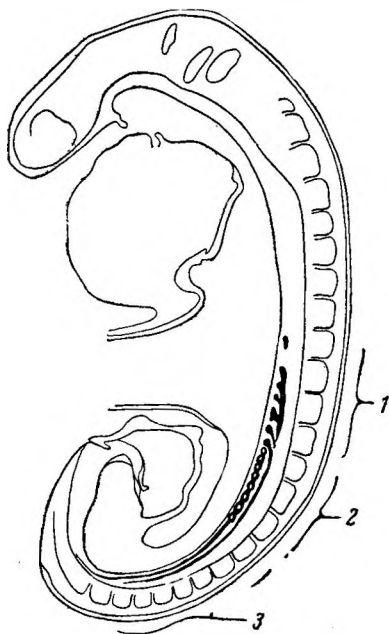


Рис. 208. Эмбрион (4,5 мм длины).

1 — зона предпочки; 2 — зона первичной почки (вольфово тело); 3 — окончание нефрогенного тяжа.

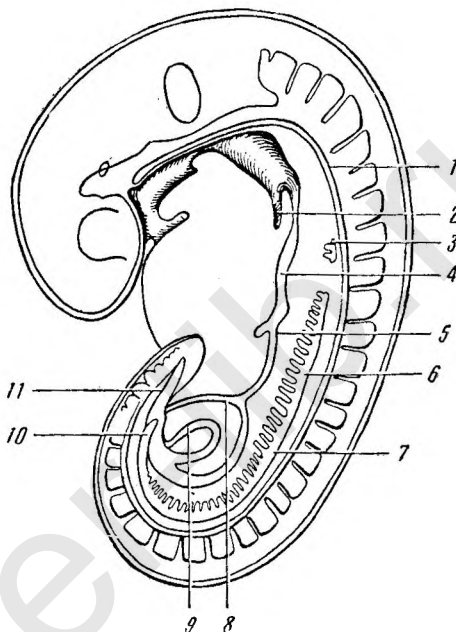


Рис. 209. Закладка мочевого аппарата.

1 — спинная струна; 2 — легкие; 3 — предпочка; 4 — желудок; 5 — печень; 6 — нефрогенная ткань — первичная почка; 7 — вольфов ход; 8 — желчный проток; 9 — проток аллантаиса; 10 — вольфов ход; 11 — клоака.

слияния которых возникает первичный мочевой проток, растущий в каудальном направлении и впадающий в клоаку. Предпочка у человека, достигнув только начальной стадии развития, быстро и бесследно исчезает. От предпочки остается только первичный мочевой проток, который впоследствии выполняет роль выводного протока первичной почки (вольфова тела) и носит название вольфова хода.

У эмбриона длиной 4,5 мм наблюдается развитие вольфова тела, происходящее параллельно с регрессом предпочки (см. рис. 209). Сформированные вольфовы тела представляют собой два продольных валика, располагающихся симметрично вдоль зачатка позвоночника. Величина и протяженность вольфовых тел зависят от возраста зародыша. У человеческого зародыша длиной 4,9 мм вольфовы тела простираются от VIII шейного до III поясничного сегмента. В связи с регрессом верхних и развитием нижних отделов вольфовых тел происходит процесс перемещения их книзу. У зародыша длиной 42 мм вольфовы тела простираются от IV поясничного до I крестцового сегмента.

Окончательная почка образуется из каудального отдела нефрогенного тяжа, а мочеточник — из вольфова хода. Зачаток мочеточника образуется у зародыша длиной 5—8 мм путем вытягивания задней стенки вольфова хода вблизи места впадения его в клоаку (см. рис. 211). Зачаток мочеточника растет по направлению вверх к зачатку постоянной почки; по мере роста на верхнем конце его образуется почечная лоханка (см. рис. 212 и 213).

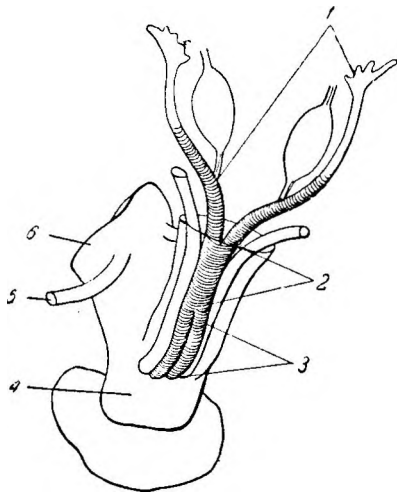


Рис. 210. Вращение сливающихся мюллеровых ходов в мочеполовую пазуху.

1 — зачатки труб; 2 — зачаток матки; 3 — зачаток влагалища; 4 — мочеполовая пазуха; 5 — мочеточник; 6 — мочевого пузыря.

По мере развития постоянной почки и мочеточника происходит регресс вольфовых тел и вольфовых ходов. Их остатки в виде тонких канальцев, выстланных эпителием, местами сохраняются и из них могут образоваться кисты.

Остаток краниального конца вольфова тела (ероорhагон) располагается в широкой связке между трубой и яичником; каудальный конец (рагоорhагон) находится также в широкой связке между трубой и маткой. Остатки вольфова (гартнеровского) хода располагаются в боковых отделах шейки матки и влагалища.

**Развитие яичников** просходит путем сложных превращений эпителия брюшной полости, располагающегося между зачатком почки и позвоночника. Этот участок — половой валик (зародышевая

складка) — у зародыша длиной в 5—5,5 мм простирается от верхнего полюса вольфова тела до каудального конца.

В результате пролиферации и дифференцировки клеток полового валика обособляется поверхностно расположенный так называемый зародышевый эпителий. Среди кубических эпителиальных клеток зародышевого слоя выделяются крупные округлые клетки, превращающиеся в первичные яйцеклетки — овогонии. Мелкие эпителиальные клетки вокруг овогоний образуют фолликулярный эпителий — зачаток зернистой оболочки.

Указанные комплексы клеток (овогонии, окруженные фолликулярным эпителием) постепенно погружаются вглубь, обособляются от зародышевого эпителия, и вокруг них образуются прослойки эмбриональной соединительной ткани, которая проникает из места соприкосновения полового валика с вольфовым телом.

Так постепенно возникает корковый слой яичника, включающий примордиальные фолликулы, отделенные друг от друга прослойками соединительной ткани.

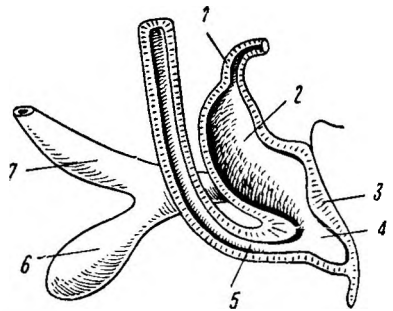


Рис. 211. Нижняя часть тела эмбриона (7 мм длины).

1 — аллантоис; 2 — мочеполовая пазуха; 3 — клоакальная мембрана; 4 — клоака; 5 — кишка; 6 — зачаток мочеточника; 7 — вольфов ход.



Одновременно с развитием элементов коркового слоя образуется богатый сосудами мозговой слой яичника из элементов среднего зародышевого листка.

Процесс формирования яичников происходит постепенно, по мере развития они смещаются книзу и опускаются в малый таз вместе с зачатком матки.

**Матка, трубы и влагалище** развиваются из мюллеровых ходов, которые образуются на 4-й неделе внутриутробной жизни в области мочеполовых складок и быстро обособляются от них. Мюллеровы ходы вначале сплошные, затем в результате распада центрально расположенных эпителиальных клеток в них образуется полость.

Располагаясь вдоль вольфовых протоков, мюллеровы ходы направляются книзу, опускаются в мочеполовую пазуху, срастаются с ее вентральной стенкой, образуя холмик (зачаток девственной плевы). По мере роста зародыша средние и нижние отделы мюллеровых ходов сближаются и, наконец, сливаются (рис. 210), образуя общую полость; процесс слияния начинается на 2-м и заканчивается на 3-м месяце внутриутробной жизни.

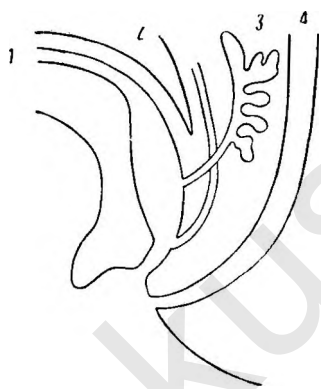


Рис. 213 Нижняя часть тела эмбриона (20 мм длины). Заднепроходная и мочеполовая перепонки открыты. Мочеточник отделился от вольфова хода.  
1 — аллантоис; 2 — вольфов ход; 3 — мочеточник и почечная лоханка; 4 — кишка.

го отдела мочеполовой пазухи образуется мочевой пузырь, из нижнего — мочеиспускательный канал и преддверие влагалища.

Вентральная поверхность клоаки (клоакальная мембрана) вначале является сплошной. С окончанием процесса отделения мочеполо-

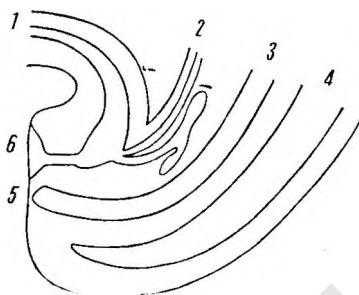


Рис. 212. Нижняя часть тела эмбриона (10 мм длины). Зачаток мочеточника еще тесно прилегает к первичному мочеточнику. Дифференцировка мочеполовой пазухи на пузырьный отдел и мочеиспускательный канал.

1 — аллантоис; 2 — первичный мочеточник (вольфов ход); 3 — кишка; 4 — медулярная трубка; 5 — заднепроходная перепонка; 6 — мочеполовая перепонка.

Из верхних обособленных отделов мюллеровых ходов образуются трубы, из слившихся средних отделов — матка, из нижних — влагалище. Мышечные элементы матки, труб и влагалища образуются из мезенхимы, окружающей мюллеровы ходы. Железы в шейке матки образуются на 6—7-м месяце, а в теле матки — в конце внутриутробной жизни.

**Наружные половые органы** образуются из мочеполовой пазухи и кожных покровов нижнего отдела тела зародыша. На нижнем конце туловища зародыша образуется клоака, куда впадают конец кишки, вольфовы ходы с развивающимися из них мочеточниками, а затем и мюллеровы ходы; от клоаки отходит аллантоис (мочевой проток) (рис. 211).

Перегородка, идущая сверху, делит клоаку на дорсальный отдел (gestum) и вентральный отдел — мочеполовую пазуху (sinus urogenitalis) (рис. 212). Из верхне-

вой пазухи от прямой кишки клоакальная мембрана также разделяется на анальный и урогенитальный отделы; промежуточная часть между указанными отделами является зачатком промежности. В дальнейшем образуется отверстие в урогенитальной мембране (наружное отверстие уретры) и в анальной мембране (заднепроходное отверстие) (рис. 213).

Спереди от клоачной мембраны по средней линии возникает клоачный бугор. В передней части клоачного бугорка возникает половой бугорок (зачаток клитора), вокруг которого образуются полулунной

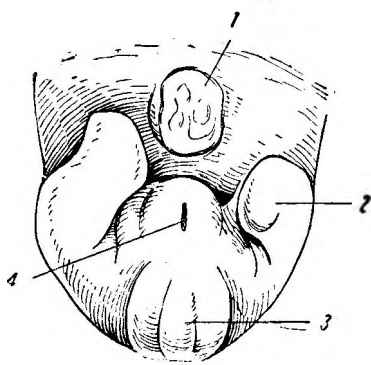


Рис. 214. Развитие наружных половых органов. Нижняя часть тела эмбриона (18 мм длины).

1 — пуповина; 2 — зачатки нижних конечностей; 3 — хвостовой бугорок; 4 — клоачный бугорок с отверстием в мочеполовую пазуху.

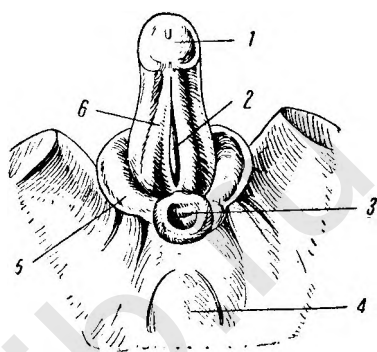


Рис. 215. Развитие наружных половых органов. Эмбрион 28 мм длины.

1 — головка клитора; 2 — отверстие в мочеполовой пазухе; 3 — заднепроходное отверстие; 4 — хвостовой бугорок; 5 — половой валик (большие половые губы); 6 — половая складка (малые половые губы).

формы валики (половые валики), являющиеся зачатками больших половых губ (рис. 214). На нижней поверхности полового бугорка, в области, смежной с мочеполовой пазухой, образуется желобок, края которого превращаются впоследствии в малые половые губы (рис. 215) (у плода мужского пола из полового бугорка образуется penis, из половых складок, срастающихся по средней линии, — уретра, из соединившихся половых валиков — scrotum).

## ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

### АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЯИЧНИКОВ

Полное отсутствие яичников (aplasia ovariorum) встречается чрезвычайно редко. Существует мнение, что этот порок развития может быть только у нежизнеспособных детей с уродствами, несовместимыми с жизнью. В литературе опубликованы единичные наблюдения о наличии аплазии яичников у взрослых женщин. При аплазии яичников наблюдаются ненормальный рост (низкий, в редких случаях — высокий), недостаток психического развития, задержка развития наружных половых органов, влагалища и матки.

Одностороннее отсутствие яичника наблюдается иногда при однорогой матке. Яичник отсутствует на той стороне, где нет мюллерового хода, из которого могли бы образоваться труба и половина матки. Однако при однорогой матке чаще бывают развиты оба яичника.

Недостаточное анатомическое и функциональное развитие яични-

ков обычно сочетается с недоразвитием других отделов половой системы [см. раздел «Недоразвитие половых органов» (инфантилизм)].

Добавочные яичники встречаются редко, возникают в эмбриональном периоде, вследствие отшнурования части зачатка яичника. Добавочный яичник имеет вид небольшого образования, располагающегося на ножке у края основного яичника. Возможность образования самостоятельного третьего яичника оспаривается. Добавочные яичники практического значения не имеют.

### АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

**Полное отсутствие матки** встречается только у нежизнеспособных уродов, имеющих ряд других тяжелых пороков развития.

**Полное отсутствие влагалища** (aplasia vaginae) обычно бывает следствием недостаточного развития нижних отделов мюллеровых ходов. Матка, трубы и яичники при аплазии влагалища нередко имеют признаки задержки развития; матка часто бывает рудиментарной (мышечный тяж, лишенный полости).

Аплазия влагалища сопровождается аменореей (истинной или ложной), половая жизнь невозможна. Отсутствие менструации, неудовлетворенность половой жизнью и отсутствие беременности вынуждают больных настаивать на применении радикальных методов лечения.

Лечение. Аплазии влагалища подвергают только хирургическому лечению. Для создания искусственного влагалища используют кожный лоскут или участок резецированной тонкой, сигмовидной или прямой кишки. Материал, используемый для создания влагалища, пересаживают в искусственный канал, предварительно проделанный между прямой кишкой, мочеиспускательным каналом и дном мочевого пузыря, соответственно обычному положению влагалища.

**Удвоение матки и влагалища.** Этот вид пороков развития возникает вследствие нарушения процесса соединения тех отделов мюллеровых ходов, из которых при нормальном эмбриогенезе образуются матка и влагалище. Отсутствие слияния мюллеровых ходов, ведущее к удвоению матки и влагалища, может сочетаться с нарушением процесса образования полостей в зачатках указанных органов. В результате удвоение осложняется частичным или полным отсутствием полости матки и влагалища с одной или обеих сторон.

Указанные аномалии (отсутствие слияния и просвета) могут наблюдаться на протяжении всей матки и влагалища или только в некоторых частях этих органов. В связи с этим отмечается разнообразие степени и форм пороков развития данного типа. Наиболее резко выраженной формой является *uterus didelphys* — наличие двух совершенно самостоятельных половин органов: две матки (у каждой одна труба и один яичник), две шейки и два влагалища (рис. 216). Матка и влагалище располагаются совершенно отдельно, между ними находятся мочевой пузырь и прямая кишка. Обе половины могут быть развиты удовлетворительно или неравномерно; возможно полное или частичное отсутствие полостей в одной или обеих половинах. Этот вид уродства встречается у взрослых чрезвычайно редко.

Несколько чаще встречается *uterus duplex* и *vagina duplex* (septa). При данной аномалии также существуют две матки, две шейки и два влагалища, но в отличие от первой формы обе системы соприкасаются на ограниченном участке, обычно в области шейки (рис. 217). При этом могут быть дополнительные аномалии: неодинаковое разви-

тие обеих половин, полное или частичное отсутствие полости в одной или обеих половинах.

При частичной атрезии одного влагалища возможно скопление в нем менструальной крови из соответствующей матки и образование *haematocolpos lateralis* (рис. 218). Если в верхнем отделе влагалища существует сообщение, то возможно инфицирование скопившейся крови

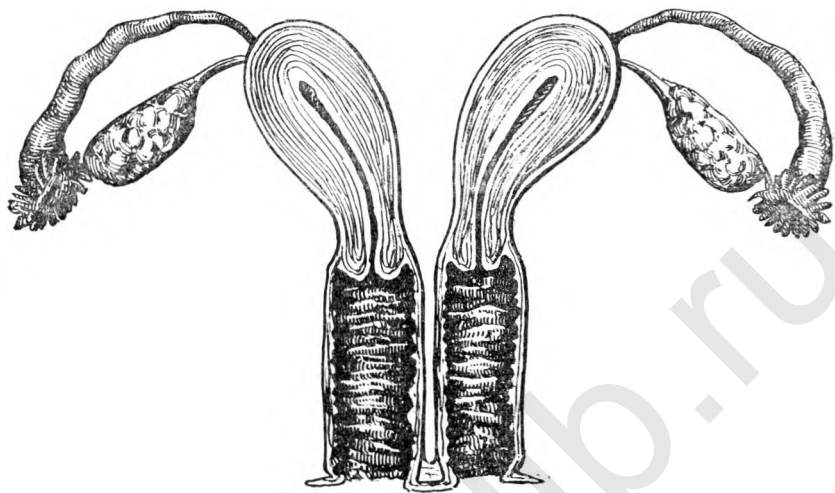


Рис. 216. Uterus didelphys.

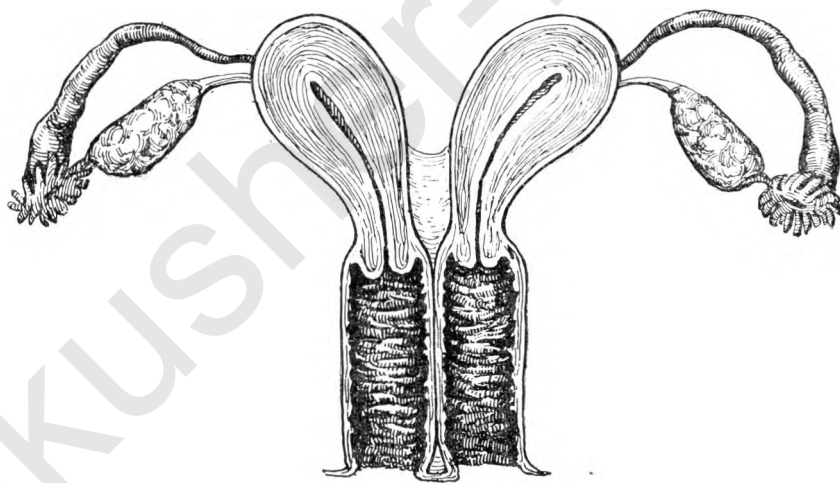


Рис. 217. Uterus duplex и vagina duplex.

и образование гнойника в атрезированном влагалище. При наличии полости в рудиментарном роге матки и аплазии соответствующего влагалища происходит скопление менструальной крови в замкнутой полости данного рога (*haematometra*). В рудиментарный рог, имеющий трубу, может проникнуть оплодотворенная яйцеклетка. Беременность в рудиментарном роге протекает по типу внематочной (трубной) беременности и подлежит хирургическому лечению.

При наличии разделения в области тела матки и слияния (соединения) в области шейки образуется двурогая матка — *uterus bicornis*.

При двурогой матке могут быть две шейки, тесно прилегающие друг к другу, — *uterus bicornis bicollis* (рис. 219). При этом влагалище может иметь обычное строение (*vagina simplex*) или в нем существует частичная перегородка (*vagina subsepta*).

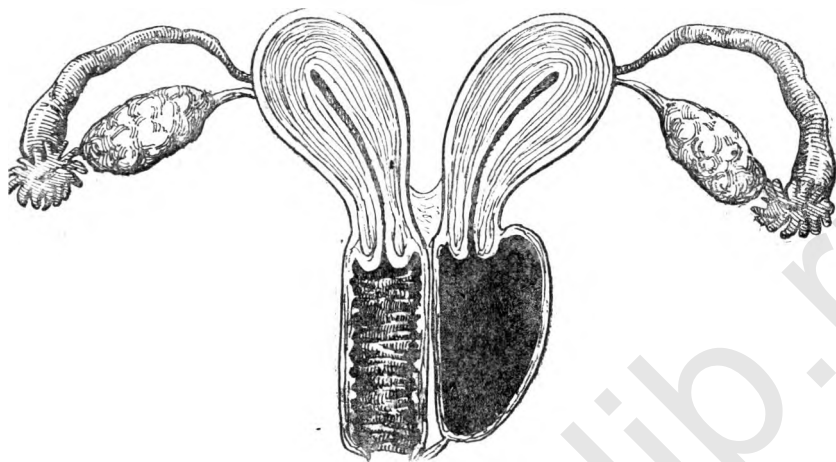


Рис. 218. Наematocolpos lateralis при *uterus duplex*. Атрезия левого влагалища.

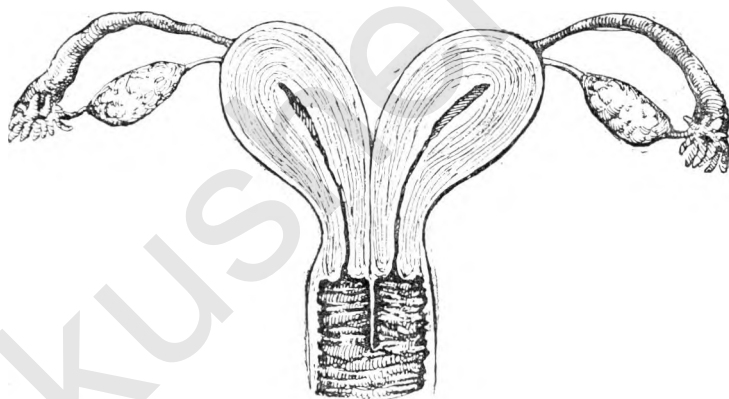


Рис. 219. *Uterus bicornis bicollis*, *vagina subsepta*.

При двурогой матке может быть одна шейка, образовавшаяся вследствие полного соединения обеих половин (*uterus bicornis uncollis*) (рис. 220).

Двурогость может быть выражена незначительно. Возможно почти полное слияние рогов, за исключением области дна, где образуется седловидное углубление — *uterus arcuatus* (рис. 221).

При наличии седловидной матки в ней может существовать перегородка, распространяющаяся на всю полость (*uterus arcuatus septus*), или частичная перегородка в области дна или шейки (*uterus subseptus*).

При наличии частичной перегородки наружная форма матки может быть обычной.

При удовлетворительном развитии одного рога матки и резко выраженном рудиментарном состоянии другого образуется однорогая матка — *uterus unicornis*, вернее *pseudunicornis* (рис. 222). Наблюдается также рудиментарное строение обоих рогов, которые частично

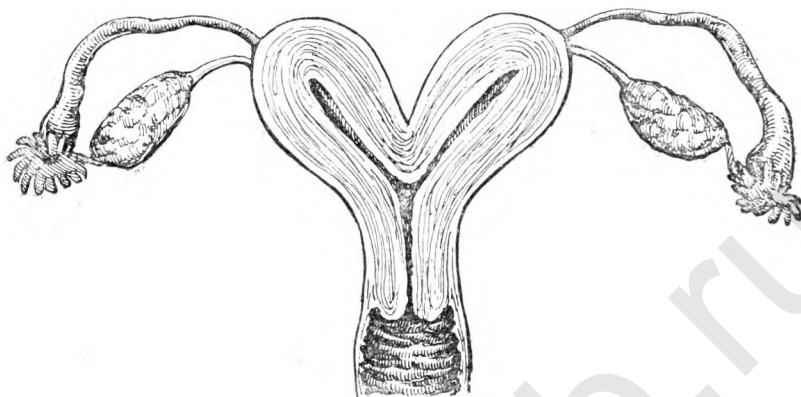


Рис. 220. *Uterus bicornis unicollis*.

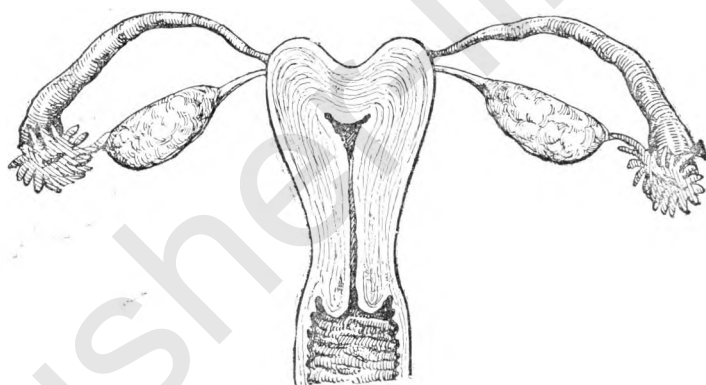


Рис. 221. *Uterus arcuatus*.

или полностью лишены полостей. Рудиментарные рога могут быть разделенными или слившимися.

Симптоматология. Удвоение матки и влагалища может протекать бессимптомно. При достаточно хорошем развитии обеих или даже одной половины матки (также при удвоении влагалища) менструальная и половая функции могут оставаться нормальными. Беременность может быть то в одной, то в другой полости матки; вполне возможно нормальное течение родов и послеродового периода.

Если различные степени удвоения сочетаются с недоразвитием яичников и матки, возникают симптомы, присущие задержке развития (нарушения менструальной, половой и детородной функций). При частичном закрытии полостей, как уже упоминалось выше, возможно скопление менструальной крови в полости влагалища и матки.

**Диагностика.** Распознавание удвоенной матки и влагалища в большинстве случаев не представляет трудностей и осуществляется при помощи обычных методов исследования (бимануальное, при помощи зеркал, зондирование и др.). При необходимости применяют метрографию.

**Лечение.** Удвоения матки и влагалища, протекающие бессимптомно, лечения не требуют. При наличии перегородки во влагалище, препятствующей изгнанию плода, производится ее рассечение. При

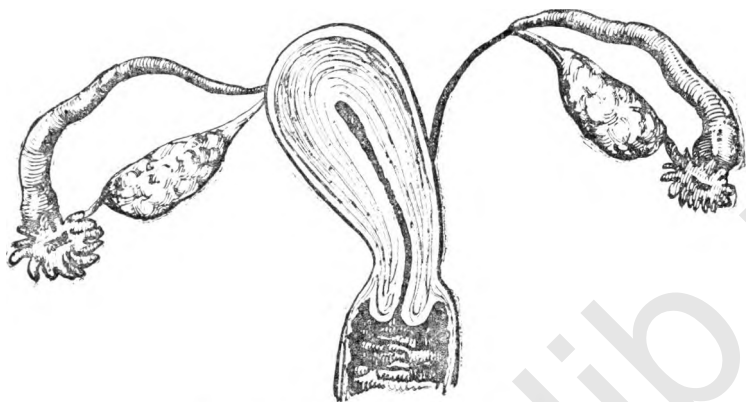


Рис. 222. Uterus pseudounicornis.

наличии симптомов недоразвития приводится лечение по правилам, принятым для данной аномалии. Скопление менструальной крови в атрезированном влагалище или в рудиментарной матке требует хирургического лечения. При возникновении беременности в рудиментарном роге производится чревосечение и удаление беременного рога.

### ГИНАТРЕЗИИ

Гинатрезия — нарушение проходимости полового канала в области девственной плевы (atresia hymenalis), влагалища (atresia vaginalis) или в матке (atresia uterina).

Гинатрезии возникают вследствие рубцевания после воспалительных процессов, перенесенных в период внутриутробной жизни (врожденная атрезия). Некоторые считают, что атрезии могут быть следствием врожденных дефектов мюллеровых ходов, но это положение является спорным.

Воспалительные заболевания, перенесенные в детстве или в зрелом возрасте (дифтерия, септическая инфекция и т. д.), также могут вести к рубцеванию и закрытию просвета того или иного отдела полового канала (приобретенная гинатрезия).

Атрезия девственной плевы обнаруживается обычно только с наступлением половой зрелости, когда выявляется отсутствие менструаций. Кровь, выделяющаяся при менструациях, скапливается во влагалище, растягивая его стенки (гематocolpos). Переполненное кровью влагалище приобретает опухолевидную форму, верхний полюс его, на котором располагается небольшая плотная матка, находится выше плоскости входа в малый таз. При значительном растяжении влагалища могут возникнуть симптомы сдавления мочевого пузыря и кишечника, тянущие боли в пояснице, а также схваткообразные боли

и недомогание в дни, соответствующие менструации (*molimina menstrualualia*).

**Диагностика.** Распознавание атрезии девственной плевы не представляет затруднений. При осмотре обнаруживается сплошная, слегка выпячивающаяся наружу синеватая девственная плева (давление и просвечивание крови). Ректоабдоминальным исследованием в области влагалища выявляется опухолевидное эластическое образование, на верхушке которого определяется матка.

**Лечение.** Лечение сводится к крестообразному разрезу девственной плевы и удалению всего содержимого влагалища. Операция производится с тщательным соблюдением асептики; с целью профилактики повторной атрезии следует на края разреза наложить швы.

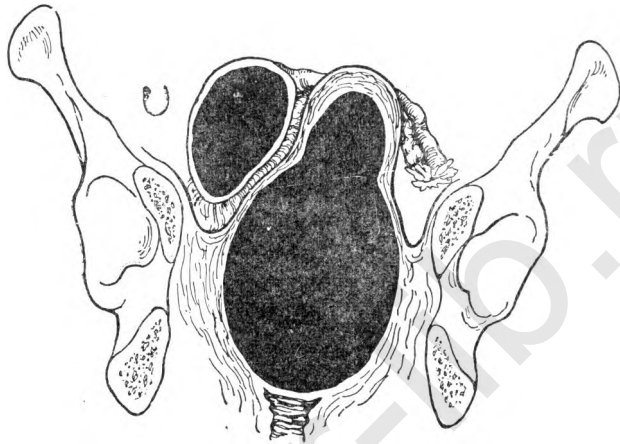


Рис. 223. Haematocolpos, haematometra, haematosalpinx.

Атрезии влагалища могут локализоваться в верхнем, среднем или нижнем отделе влагалища и имеют различную протяженность. Основным симптомом является отсутствие менструации (аменорея). Скопление крови происходит выше атрезии; постепенно заполняется и растягивается канал шейки матки и полость матки (*haematometra*). Матка и трубы растягиваются, истончаются, приобретают эластическую консистенцию (рис. 223).

Атрезия матки возникает обычно вследствие зарастания внутреннего зева цервикального канала после чрезмерного выскабливания матки или деструктивного воспалительного процесса. Менструальная кровь задерживается в полости матки, последняя превращается в округлое, эластическое образование. В дальнейшем кровь проникает в полость труб. При закрытии абдоминальных отверстий труб возникает двусторонний гематосальпинкс.

Гематометра и гематосальпинкс представляют опасность в том отношении, что могут привести к разрыву стенки матки или трубы с последующим излитием содержимого в брюшную полость, в мочевой пузырь или прямую кишку (разрыв гематометры). Возможно возникновение перитонита.

**Лечение хирургическое.** Операцию производят осторожно, соблюдая все правила асептики. При атрезии влагалища производится расщепление заросшего пространства; при наличии обширной атрезии расщепление завершается пластической операцией (пересадка резецированной кишечной трубки, кожи и др.); операция при обширной атрезии влагалища является сложной.



## НЕДОРАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (ИНФАНТИЛИЗМ)

Под инфантилизмом понимают задержку развития организма и наличие в зрелом возрасте анатомических и функциональных особенностей, свойственных детскому или юношескому возрасту.

Если задержка развития распространяется на все органы и системы, инфантилизм будет общим (*infantilismus universalis*).

При отставании развития одной системы (сердечно-сосудистой, костной, половой) возникает частичный инфантилизм (*infantilismus partialis*). В акушерско-гинекологической практике нередко наблюдается недоразвитие половой системы (*infantilismus genitalis*).

Недоразвитие половой системы обычно сочетается с признаками общего инфантилизма или с задержкой развития отдельных систем (сердечно-сосудистой, костной и др.). Однако генитальный инфантилизм может наблюдаться и у хорошо развитых женщин, отличающихся высоким ростом и правильным телосложением.

**Этиология.** Причиной возникновения инфантилизма являются нарушения питания (в частности, гиповитаминозы) и тяжелые хронические заболевания, перенесенные в детстве или в период полового созревания, интоксикации, расстройства функций желез внутренней секреции.

Непосредственной причиной недоразвития матки и других отделов половой системы является задержка развития яичников и понижение их внутрисекреторной функции.

**Симптоматология.** Генитальный инфантилизм характеризуется следующими признаками: на лобке скудное оволосение, малые и большие половые губы недоразвиты, промежность втянутая (корытообразная), влагалище узкое, короткое, с резко выраженными складками, своды неглубокие, шейка матки длинная, влагалищная часть конической формы, а тело маленькое, уплощенное. Нередко наблюдается остроугольная антефлексия с одновременной ретропозицией; может быть подвижная ретрофлексия матки. Трубы удлинены, тонки, извилисты, яичники небольших размеров, гладкие, плотные. Для инфантилизма типичны соотношения размеров шейки и тела матки, свойственные детскому возрасту: длинная шейка при коротком теле матки; при значительном недоразвитии шейка матки длинее тела матки.

Различают следующие степени недоразвития матки:

- 1) *uterus foetalis* (зародышевая матка), длина ее меньше 3,5 см;
- 2) *uterus infantilis* (детская матка), длина ее от 3,5 до 5,5 см;
- 3) *uterus pubescens* (девственная матка), длина ее от 5,5 до 7 см.

Как упоминалось, при генитальном инфантилизме нередко встречаются признаки общего недоразвития: небольшой рост, общеравномерно суженный газ юношеского типа, детские пропорции тела, капельное сердце, узкая аорта, энтероптоз и др.

При инфантилизме наблюдаются нарушения:

- а) менструальной функции (аменорея и гипоменструальный синдром, меноррагии, альгодисменорея);
- б) половой функции (понижение или отсутствие полового чувства);
- в) детородной функции (бесплодие, выкидыши, внематочная беременность) и акта родов (слабость родовых сил, гипотонические кровотечения);
- г) секреторной функции (гиперсекреция желез шейки и тела матки).

Инфантилизму присущи симптомы функциональных расстройств сердечно-сосудистой и нервной системы.

Инфантилизм в известной мере определяет характер клинического течения воспалительных заболеваний половой сферы: гонорейная и туберкулезная инфекции имеют склонность к быстрому распространению.

Инфантильную матку принято отличать от гипопластической. Гипопластическая матка (*uterus hypoplasticus*) имеет нормальную форму и нормальные соотношения между телом и шейкой (тело длиннее шейки), но общая величина органа небольшая. Гипоплазия матки является также результатом задержки развития или возникает вторично вследствие понижения функции яичников (лактация, заболевания).

**Лечение.** Лечение недоразвития половых органов представляет сложную задачу, особенно при значительной степени этого страдания. При *uterus foetalis*, являющейся показателем резкой задержки развития, терапевтические мероприятия нередко бывают безуспешными. Лечение недоразвития основывается на применении общеукрепляющих мер, половых гормонов и средств, способствующих усилению кровообращения в половой системе. Назначают полноценное, богатое витаминами питание, лечебную гимнастику, спорт, правильное чередование труда и отдыха. Целесообразно санаторно-курортное лечение, морские купания. По показаниям применяют медикаментозные средства, укрепляющие нервную систему, активизирующие кровотообразование и устраняющие болевые явления при менструации.

Лечение половыми гормонами соотносится со степенью недоразвития или существующими симптомами. При резкой задержке развития вначале применяют эстрогены в течение 1—2 месяцев (рост матки), а затем переходят к циклическому применению эстрогенов и прогестерона. При менее выраженном недоразвитии циклическое лечение назначают сразу. Целесообразно применение диатермии, грязелечения, тепловых процедур. Необходимо учесть благоприятное влияние наступления беременности, способствующей доразвитию половых органов.

#### **ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Псевдогермафродитизм.** Термин «гермафродитизм» обозначает наличие у индивидуума развитых в анатомическом и функциональном отношении половых органов обоего пола. В связи с тем что пол определяется характером половых желез, было предложено считать истинным гермафродитизмом (*hermaphroditismus verus*) такой порок развития, когда в половой железе существуют функционирующие специфические элементы яичника и семенника (*ovotestis*).

Половые железы указанного строения описаны, но элементы мужской половой железы оказались функционально недейственными (отсутствие продукции зрелых сперматозоидов). Поэтому следует считать, что истинного гермафродитизма не существует. Пороки развития, описываемые как гермафродитизм, относятся к псевдогермафродитизму.

Псевдогермафродитизм — такой порок развития, при котором строение половых органов индивидуума не соответствует характеру половых желез. Женский псевдогермафродитизм характеризуется тем, что при наличии яичников, матки, труб и влагалища в половом аппарате существуют нередуцированные зачатки мужских половых органов или органы по строению напоминают мужские. Нередко существуют также другие соматические и психические особенности, не свойственные женскому полу.

Различают следующие виды женского псевдогермафродитизма: 1) наружный, 2) внутренний, 3) полный (внутренний и наружный).

**Наружный псевдогермафродитизм.** Этот вид псевдогермафродитизма характеризуется гипертрофией клитора, который напоминает *pepis*, более или менее выраженным соединением краев дорсально расположенного желобка (место мужской уретры) и сращением по средней линии больших половых губ, образующих подобие мошонки. Наряду с этим существуют яичники, трубы, матка и влагалище.

**Внутренний псевдогермафродитизм.** При наличии яичников, труб, матки и влагалища существуют вольфовы ходы (выводные протоки семенников) и парауретральные железы — гомологи предстательной железы.

**Полный псевдогермафродитизм.** Представляет комбинацию наружного и внутреннего гермафродитизма. Полный и внутренний псевдогермафродитизм встречается чрезвычайно редко.

**Гипоспадия.** Это полное или частичное отсутствие уретры вследствие задержки развития нижнего отдела мочеполовой пазухи. Пузырь или недостаточно развитая уретра соединяются с мочеполовым каналом, имеющим форму влагалища. При полном отсутствии уретры и внутреннего сфинктера ее наблюдается недержание мочи.

**Эписпадия.** Характеризуется полным или частичным расщеплением передней стенки уретры. Эта аномалия развития нередко сочетается с полным или частичным расщеплением мочевого пузыря и отсутствием сращения лонных костей.

К аномалиям развития, имеющим отношение к половым органам, относятся *anus vestibularis* и *anus vaginalis*. При первой форме аномалии прямая кишка открывается в области преддверия влагалища, ниже девственной плевы, при второй — во влагалище.

Устранение указанных аномалий уретры, пузыря и прямой кишки возможно оперативным путем.

---

## ГЛАВА XI БЕСПЛОДИЕ

Бесплодием (*sterilitas*) называют отсутствие способности к оплодотворению у женщин (женское бесплодие) или у мужчин (мужское бесплодие). Бесплодие женщины не следует смешивать с другим расстройством генеративной функции, а именно с невынашиванием (самопроизвольные аборт и преждевременные роды).

При бесплодии беременность совсем не наступает вследствие нарушения сложнейших процессов, способствующих зачатию.

Промежуток времени, по истечении которого брак считается бесплодным, определяется разными авторами от 2 до 5 лет. Правильнее считать брак бесплодным, если беременности нет 2—3 года. Установление бесплодия в указанный срок служит основанием для применения раннего лечения, что значительно улучшает прогноз.

Различают бесплодие первичное и вторичное. Первичным бесплодие считают в том случае, если у женщины ни разу не было беременности при браке, продолжающемся более 2—3 лет.

Бесплодие будет вторичным, если оно возникает после одних или многократных родов, абортов или внематочной беременности.

Существует условное понятие об абсолютном и относительном бесплодии. Под абсолютным бесплодием понимают такое состояние, когда в организме мужчины или женщины имеются нарушения, исключающие возможность зачатия (например, отсутствие половых желез, матки и др.). Бесплодие считают относительным в том случае, если причина, вызвавшая его, может быть устранена при соответствующем лечении.

По литературным данным, бесплодие встречается в 10—15% всех браков. Причиной бесплодного брака женское бесплодие бывает в 60—70%, мужское — в 30—40% случаев.

Бесплодие отрицательно влияет на уровень рождаемости и нередко служит источником расстройства семейных отношений. Поэтому борьба с ним имеет определенное значение в отношении увеличения народонаселения и укрепления семьи.

### ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИНЫ

Бесплодие представляет собой не самостоятельное заболевание, а симптом различных нарушений, общих или гинекологических заболеваний. Нарушения и заболевания, обуславливающие возникновение

бесплодия, многообразны. Нередко бесплодие является следствием нескольких взаимно связанных причин.

1. Воспалительные заболевания половых органов гонорейной этиологии, главным образом двусторонний гонорейный сальпингит, который часто ведет к нарушению проходимости труб, являются наиболее частой причиной бесплодия женщины. Бесплодие может возникнуть на почве послеабортных и послеродовых воспалительных заболеваний септической этиологии. Однако септическая инфекция реже вызывает двустороннее поражение с облитерацией труб и в связи с этим среди причин бесплодия занимает более скромное место, чем гонорейная инфекция.

Туберкулезное поражение придатков матки обычно сопровождается бесплодием, но заболевания туберкулезной этиологии встречаются сравнительно редко. Поэтому генитальный туберкулез имеет небольшой удельный вес среди других инфекций, ведущих к бесплодию.

Возникновение бесплодия при сальпингитах связано с образованием рубцов и спаек, нарушающих проходимость труб. Возникает механическое препятствие для оплодотворения, так как нарушаются условия, способствующие соединению яйцеклеток со сперматозоидами.

При бесплодном браке непроходимость труб, по данным Ш. Я. Микеладзе, встречается в 44% случаев, по наблюдениям М. Н. Побединского — в 65%, по А. Э. Мандельштаму — в 84%. Нарушение проходимости труб наблюдается не только при грубых изменениях (сактосальпинксы, конгломератные воспалительные опухоли), но и при наличии последствий перенесенного сальпингита, не определяемых при бимануальном исследовании. По данным М. Н. Побединского, у 18% первично бесплодных и у 15% вторично бесплодных женщин при непроходимых трубах воспалительные процессы в придатках матки пальпаторно не определялись.

Воспалительные заболевания яичников ведут к бесплодию несравненно реже, чем сальпингиты. Однако при хроническом оофорите и периоофорите могут возникнуть препятствия к овуляции, в связи с чем яйцеклетка в брюшную полость и в трубу не поступает.

Воспалительные заболевания шейки матки (эндоцервициты, эрозии) сопровождаются бесплодием нередко. Нарушение генеративной функции при этих заболеваниях связано с тем, что секрет шеечных желез приобретает густую консистенцию и нередко кислую реакцию. Чрезмерная вязкость шеечного секрета тормозит передвижение сперматозоидов, а кислая реакция действует на них токсически. При эндоцервицитах отрицательную роль, возможно, играет нарушение функций покровного реснитчатого эпителия канала шейки матки. Клинические наблюдения показывают, что излечение эндоцервицитов и эрозий способствует наступлению беременности.

Кольпиты в этиологии бесплодия имеют сравнительно небольшое значение. Однако имеются указания, что гнойные бели, а также повышение кислотности влагалищного содержимого приводят к гибели сперматозоидов.

2. Инфантилизм и гипоплазия половых органов занимают видное место среди причин бесплодия, особенно первичного. Частота бесплодия и прогноз его находятся в зависимости от степени недоразвития половых органов. Значительная задержка развития половых органов обычно сопровождается стойким бесплодием.

При недоразвитии половых органов существованию бесплодия способствует комплекс взаимно связанных анатомических и функциональных особенностей половой системы.

а) Внутрисекреторная функция яичников при инфантилизме понижена (вопрос о полноценности яйцеклетки неясен). Недостаточная продукция половых гормонов является непосредственной причиной задержки анатомического и функционального развития остальных отделов полового аппарата, а следовательно, основным звеном, ведущим к бесплодию при данной аномалии.

б) Инфантильное состояние труб является фактором, способствующим бесплодию. Трубы удлинены, извиты, просвет их узкий, перистальтика понижена. Указанные особенности нарушают условия транспорта яйцеклетки.

в) Недоразвитие матки, особенно высокие степени этой аномалии, часто сопровождается бесплодием. Бесплодию при недоразвитии матки, возможно, способствуют: 1) неполноценность циклических процессов в эндометрии, связанная с понижением гормональной функции яичников; 2) узость цервикального канала конической шейки матки и патологическая антефлексия, еще более сужающая просвет канала, нарушение секреции шейечных желез.

В прежние годы конической шейке придавали исключительно важное значение в этиологии бесплодия. В настоящее время считают, что причиной бесплодия является не коническая форма шейки, а совокупность анатомических и функциональных особенностей, присущих инфантилизму. Коническая шейка является одним из признаков инфантилизма.

г) Влагалище при инфантилизме бывает узким, коротким, задний свод (*reseptaculum seminis*) его неглубокий. При указанных условиях сперма после полового сношения быстро изливается из влагалища наружу. Шейка матки соприкасается со спермой недолго и в матку попадают только отдельные сперматозоиды.

Препятствием к зачатию служат также аномалии половых органов (аплазия влагалища, псевдогермафродитизм и гинатрезии). Однако указанные пороки развития встречаются сравнительно редко.

3. Травмы и смещения половых органов могут служить причиной бесплодия, но роль их по сравнению с воспалительными заболеваниями и инфантилизмом невелика. Разрывы промежности, зияние половой щели, опущение стенок влагалища могут быть причиной бесплодия в связи с тем, что сперма после полового сношения быстро вытекает из влагалища. Возникновению бесплодия могут способствовать разрывы и выворот шейки матки, нередким спутником которого является эндоцервицит.

Бесплодие обычно сопутствует мочеполовым свищам и нередко исчезает после излечения их хирургическим путем.

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о связи бесплодия с ретрофлексией матки. Ретрофлексия матки может служить причиной бесплодия, но далеко не всегда. При смещениях матки кзади генеративная функция нередко бывает нормальной. Наблюдающиеся при ретрофлексии случаи бесплодия связаны, по-видимому, не со смещением матки, а с сопутствующим воспалительным процессом, вызвавшим нарушение проходимости труб. По наблюдениям М. Н. Побединского, у 43,1% женщин, имевших ретрофлексию и бесплодие, обнаружена непроходимость труб.

4. Общие истощающие заболевания (туберкулез, сифилис, скрофулез, нефрит и др.) и интоксикации (алкоголь, никотин, морфин, мышьяк, свинец, ртуть и др.) вызывают нарушение функции яичников и могут служить причиной возникновения бесплодия.

5. Заболевания желез внутренней секреции: микседема, базедова болезнь, аддисонова болезнь, акромегалия, тяжелые формы диабета нередко ведут к нарушению функции яичников и бесплодию. Способность к зачатию часто нарушается при гипофизарной и тиреогенной формах ожирения. В возникновении бесплодия известную роль играют ановуляторные (монофазные) циклы (Т. Т. Гамбаров, К. В. Проняева, Р. М. Израильсон и др.).

При данной патологии фолликул зреет, но овуляция не происходит и желтое тело отсутствует. Созревающий фолликул подвергается регрессивным изменениям (атрезия) и эстрогенная активность его в это время понижена. По-видимому, в связи с понижением уровня эстрогенов возникают менструальноподобные кровотечения, симулирующие обычные менструации.

6. Экспериментальные исследования показывают, что неполноценное в количественном и качественном отношении питание может привести к стерильности. Большое значение имеет недостаток витаминов (комплекса В, А, С, Е и др.). Гиповитаминоз способствует нарушению циклических процессов и зачатия. Такое же влияние оказывает и чрезмерное ожирение, и, наоборот, истощение.

7. Внутриматочные инъекции йода могут привести к стерильности вследствие облитерации труб, нарушения функции фолликулярного аппарата, повреждения слизистой матки. Половые железы чувствительны к рентгеновым и радиевым лучам; поэтому при значительной дозе лучей, воздействующих на организм, может наступить повреждение фолликулов и бесплодие.

8. Опухоли половых органов не всегда могут быть причиной бесплодия, однако бесплодие у больных миомой матки наблюдается, по мнению отдельных авторов (В. С. Груздев — 43,7%, Н. М. Какушкин — 30,2%), нередко особенно при субмукозном росте узлов. Вопрос о механизме возникновения бесплодия при миомах недостаточно ясен. По-видимому, имеют значение деформация полости матки, а также изменения в яичниках и эндометрии, встречающиеся при миомах (мелкокистозное перерождение яичников, эндометрит). Некоторое значение имеет непроходимость труб на почве сдавления их просвета миоматозными узлами. Доброкачественные опухоли яичников (кистомы) и кисты яичников сопровождаются бесплодием реже, чем миомы матки. Беременность при доброкачественных опухолях наступает, но реже, чем у здоровых женщин. Бесплодие наблюдается при злокачественных новообразованиях яичников и двусторонних кистомах, нарушающих процесс овуляции. Опухоли влагалища и наружных половых органов относятся к редким причинам бесплодия.

Многочисленные наблюдения показывают, что отсутствие у женщины полового чувства не препятствует возникновению беременности.

Известны также факты возникновения полового чувства и беременности во втором браке у женщин, страдавших половой холодностью и бесплодием при первом браке.

Роль нарушения гигиены половой жизни в происхождении бесплодия выявлена недостаточно. Данные И. И. Мечникова, Ландштейнера и др. о возникновении сперматоксических веществ у животных после парентерального введения спермы послужили основанием для предположения, что иммунитет к сперме возможен также у человека. Существует мнение, что обильное всасывание спермы в связи с нару-

шением гигиены половой жизни может привести к образованию сперматоксических веществ и к относительному бесплодию. Однако указанный взгляд не имеет твердого научного обоснования.

## ПРИЧИНЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Наиболее частой причиной мужского бесплодия является изменение качества спермы, зависящее от нарушения функции половых желез (*impotentio generandi*). Более редкими причинами мужского бесплодия являются: половая слабость (*impotentio coeundi*), рубцовые изменения в семявыводящем протоке и придатке семенника, препятствующие выведению спермы, пороки развития уретры (гипоспадия, эписпадия).

Изменения свойств спермы возникают на почве тяжелых общих заболеваний, гонорейных орхитов и эпидидимитов, морфинизма, эндокринных расстройств.

К бесплодию ведут следующие изменения спермы: 1) азооспермия (полное отсутствие сперматозоидов), 2) некроспермия и наконец 3) аспермия (отсутствие спермы). При олигоспермии (мало семенных нитей) и астеноспермии (много сперматозоидов с ослабленными движениями) зачатие возможно, но практически указанные аномалии обычно сопровождаются бесплодием.

## РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ

Успех лечения бесплодия в значительной степени зависит от установления причины возникновения данной аномалии генеративной функции. Точное определение причины бесплодия является необходимой предпосылкой для выбора наиболее эффективного метода лечения. Ввиду того что бесплодный брак может быть следствием не только женского, но и мужского бесплодия, требуется исследование обоих супругов.

Уже упоминалось, что мужское бесплодие является причиной 30—40% бесплодных браков. Поэтому при выяснении причины бесплодного брака необходимо учитывать возможность мужского бесплодия и принимать меры к его установлению или исключению. Причины мужского бесплодия выявляются проще, чем причины бесплодия женщины. В некоторых случаях диагноз мужского бесплодия выясняется путем опроса и осмотра пациента (*impotentio coeundi*, аномалии развития, травмы и др.). Однако для точного определения генеративной функции мужчины требуется микроскопическое исследование свежесвыпущенной спермы.

Сперма для исследования собирается в сосуд (вымытый раствором соды) после прерванного полового сношения или получается путем *coitus condomatus* (кондом предварительно моют в 2% растворе соды). Второй способ получения спермы уступает первому. Материал доставляется в лабораторию не позднее 30—40 минут после получения и до исследования сохраняется при температуре, соответствующей температуре тела. Сперма изучается микроскопически, для чего одну каплю ее наносят на подогретое предметное стекло и изучают в неокрашенном препарате подвижность сперматозоидов, количество их, наличие дегенеративных, малоподвижных и неподвижных клеток. Для определения олигоспермии производят подсчет общего количества сперматозоидов в счетной камере. При сомнительных или отрицательных результатах исследование рекомендуется повторить, потому что



изменения в сперме могут быть временными, связанными с переходящими изменениями в организме мужчины.

Причины женского бесплодия в некоторых случаях выявляются легко и быстро (резко выраженный инфантилизм, гинатрезии), иногда же диагностика их представляет сложную задачу. Как правило, для выявления причины бесплодия требуется систематическое, всестороннее исследование организма женщины. При бесплодии опрос и объективное исследование производится по общему плану, принятому для исследования гинекологических больных. При этом особое внимание уделяют выявлению нарушений, которые могут быть причиной бесплодия.

**Опрос.** При ознакомлении с анамнезом выясняют следующие данные.

а) Наличие условий, способствующих задержке развития половой системы (неудовлетворительные условия жизни, истощающие заболевания в детстве и в период полового созревания).

б) Особенности менструальной функции, свидетельствующие о нарушении функции яичников, воспалительных и других заболеваниях половых органов (гипоменструальный синдром, меноррагии и др.).

в) Хотя роль полового чувства в возникновении бесплодия точно не установлена, выяснение половой функции является обязательным. Нарушение половой функции (отсутствие полового влечения и удовлетворения) нередко является показателем недостаточного развития половых органов и пониженной функции яичников. Выясняют продолжительность бесплодного брака, применение противозачаточных средств и их характер.

г) Выявление нарушений секреторной функции может дать указания о существовании заболеваний, являющихся причиной бесплодия (кольпит, эндоцервицит, эрозия).

д) Ознакомление с детородной функцией нередко позволяет сделать предположение о причине бесплодия. Первичное бесплодие часто зависит от инфантилизма, вторичное — от воспалительных заболеваний. Бесплодие, наступившее после первых родов или аборта, нередко бывает связано с восходящей гонореей. Наличие в анамнезе многократных абортов, патологических родов, осложнений после родов и абортов служит основанием для заключения о существовании воспалительных заболеваний, препятствующих зачатию.

е) Большое значение имеет выяснение всех перенесенных гинекологических заболеваний, туберкулеза, расстройств желез внутренней секреции, интоксикаций.

**Объективное исследование.** В некоторых случаях осмотр женщины позволяет судить о вероятной причине бесплодия (инфантилизм, интересуальный тип, ожирение, общее истощение и пр.). При осмотре следует учитывать рост, особенности телосложения, степень развития молочных желез, характер волосяного покрова. Производится исследование внутренних органов и при необходимости применяются методы исследования функции желез внутренней секреции.

При гинекологическом исследовании учитывают все особенности, которые могут обусловить возникновение бесплодия. Особое внимание уделяют выявлению воспалительных заболеваний (уретрит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, сальпинго-оофорит) и генитального инфантилизма (недоразвитие наружных половых органов, короткое, узкое влагалище, уплощенный задний свод, коническая длинная шейка, маленькая матка и др.). Выявляются последствия разрывов промежности (зияние половой щели, опущение влагалища) и шейки мат-

ки (эктропион), новообразования и аномалии строения и положения половых органов. Для уточнения причины бесплодия применяют исследование крови, РОЭ, влагалищной флоры, кислотности влагалищного содержимого, исследование мазков из уретры, цервикального канала и влагалища на гонококки и др.

С целью определения функции яичников производится: 1) исследование клеточного состава влагалищного содержимого (цитология влагалищного мазка); 2) систематическое наблюдение над секрецией

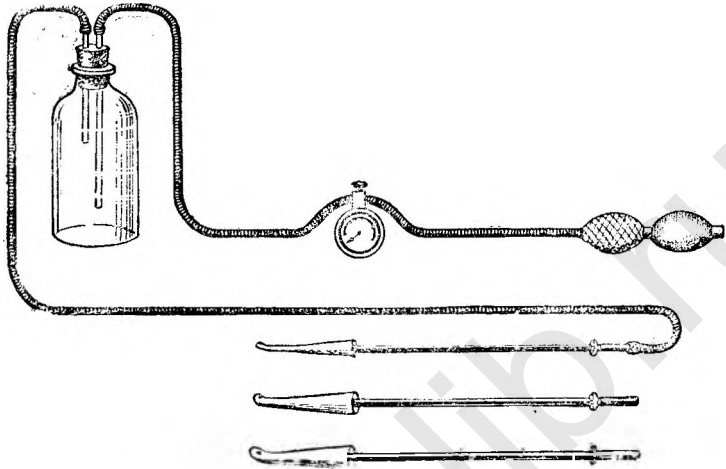


Рис. 224. Аппарат для продувания маточных труб (модель А. Э. Мандельштама) с набором маточных наконечников.

желез цервикального канала (симптом «зрачка»); 3) измерение ректальной температуры в течение двух-трех менструальных циклов; 4) микроскопическое исследование пробного соскоба слизистой оболочки матки. Указанные методы исследования позволяют судить об эстрогенной активности яичников, об овуляции и функции желтого тела. При необходимости применяются химические методы исследования половых гормонов. Указанные методы исследования нередко дают основание для заключения о причине бесплодия. Однако для уточнения этиологии бесплодия часто возникает необходимость выяснить проходимость фаллопиевых труб, так как результаты бимануального исследования не дают возможности судить о проходимости труб. Труды, на ощупь неизменные, могут быть непроходимы, и, наоборот, наблюдается проходимость их при значительных изменениях.

К методам диагностики проходимости труб относятся: 1) продувание их и 2) гистеросальпингография.

**Продувание маточных труб.** Сущность метода продувания труб заключается в следующем. При помощи специальной аппаратуры в полость матки вводят воздух, который при проходимых трубах попадает в брюшную полость. О проникновении воздуха в брюшную полость судят по ряду признаков, возникающих при продувании труб. При облитерации просвета труб воздух в брюшную полость не проникает и признаки проходимости при продувании отсутствуют.

Для продувания труб предложены приборы разных конструкций. Наиболее распространен прибор А. Э. Мандельштама (рис. 224). Он состоит из следующих частей: 1) наконечник, вводимый в цервикальный канал и соединяющийся при помощи системы трубок с сосудом,

через который проходит воздух; 2) сосуд (колба, склянка), закрытый резиновой пробкой, через которую проходят две стеклянные трубки (отводящая и приводящая); сосуд на одну треть наполняют 5% раствором перекиси водорода или раствором марганцовокислого калия (приводящая трубка погружена в раствор, отводящая находится выше уровня раствора); 3) баллон для нагнетания воздуха, соединенный стеклянной трубкой (приводящей), которая проходит в сосуд; 4) манометр, располагающийся между сосудом и баллоном.

Продувание труб требует соблюдения мер тщательной предосторожности и строгой асептики. Процедура производится в стационаре при соблюдении следующих условий: а) наличие I—II степени чистоты влагалишной флоры; б) отсутствие острых и подострых, а также хронических в стадии обострения воспалительных заболеваний половых органов; в) исключение менструального и предменструального периода. Продувание лучше производить между 8-м и 14-м днем цикла. Продувание труб противопоказано при III степени чистоты влагалишной флоры, кольпитах, эндоцервицитах и эрозиях, острых и подострых воспалительных заболеваниях верхних отделов половых путей, во время активного лечения воспалительных заболеваний (грязелечение, диатермия), при кровянистых выделениях, опухолях матки и придатков.

Техника продувания труб. Наружные половые органы, шейку матки и цервикальный канал дезинфицируют спиртом и йодом (шейку подтягивают пулевыми щипцами). В цервикальный канал вводят наконечник, соединенный резиновой трубкой с отводящим коленом сосуда, откуда поступает воздух. После введения наконечника приступают к осторожному нагнетанию воздуха, который поступает в матку, а при проходимых трубах — в брюшную полость.

Через неизмененные трубы воздух проходит при давлении 75 мм ртутного столба, при стенозированных трубах — 100—125 мм. Продувание под давлением выше 150 мм рискованно, потому что может произойти повреждение труб, включая полный разрыв их стенок. Во время продувания врач наблюдает за признаками, свидетельствующими о проходимости или об облитерации труб.

1. При проходимости труб происходит снижение давления воздуха в системе и падение стрелки манометра; через жидкость, находящуюся в сосуде, проходят пузырьки воздуха.

2. Аускультация нижних отделов живота (над пупартовыми связками) позволяет уловить характерный звук, возникающий при прохождении воздуха через фаллопиевы трубы. Воздух, проникший в брюшную полость, может вызвать раздражение окончаний диафрагмального нерва, и в связи с этим у женщины возникает боль в плечевом поясе (френикус-симптом).

При непроходимых трубах стрелка манометра не падает, пузырьки воздуха над жидкостью отсутствуют, аускультативно звук прохождения воздуха через трубку не выявляется, френикус-симптома нет<sup>1</sup>.

Продувание труб — процедура простая, но при наличии противопоказаний в случае несоблюдения мер асептики при технических погрешностях возможны серьезные осложнения. Описаны случаи обострения воспалительных заболеваний, разрывы пиосальпинкса, возникновения воздушных эмболий со смертельным исходом.

<sup>1</sup> И. С. Легенченко предложил упрощенный метод продувания труб. В матку вводят наконечник с конической резиновой насадкой, закрывающей канал шейки матки. Через наконечник обычным шприцем вводят воздух при одновременной аускультации области маточных труб.

**Гистеросальпингография.** Сущность гистеросальпингографии заключается в том, что в полость матки вводят контрастное вещество, которое при проходимых трубах проникает в брюшную полость; поступление контрастного вещества из матки в трубы и брюшную полость контролируется рентгенологически. Для гистеросальпингографии были предложены различные вещества; в настоящее время пользуются обычно йодлиполом, реже — водным раствором сергозина.

Контрастное вещество в количестве 3—5 мл вводят в полость матки при помощи специально сконструированного прибора или шприца с надетым на него маточным наконечником.

Гистеросальпингография производится при соблюдении всех правил асептики. Контрастное вещество вводят в матку медленно (в продолжение 1—2 минут). Сразу после введения контрастного вещества производят первый снимок, через 1—2 минуты — второй, через 5—10 минут — третий.

В сомнительных случаях рекомендуют производить рентгенографию через 24 часа.

На снимке получают контуры полости матки и труб, если они проходимы. При проходимых трубах контрастное вещество обнаруживается в брюшной полости (в *excavatio rectouterina*) в виде пятен, полос или бесформенной массы (рис. 225).

При непроходимых трубах контрастное вещество в полость живота не попадает, а обнаруживается в полости матки и труб, если последние зарощены в абдоминальных концах. При облитерации труб в интерстициальной части йодлипол обнаруживается только в матке (рис. 226), при зарощении их в истмической или ампулярной части заполняется только отдел, сообщающийся с полостью матки (рис. 227).

Гистеросальпингография при отсутствии противопоказаний производится на 8—14-й день менструального цикла.

Гистеросальпингография не показана при: а) острых, подострых (хронических в стадии обострения) воспалительных процессах в малом тазу; б) кольпитах, эндоцервицитах и эрозиях; в) менструациях и в случае наличия кровянистых выделений, не связанных с менструациями; г) подозрении на рак и беременность.

## ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ

Предупреждение бесплодия в значительной мере связано с совокупностью мер борьбы с инфантилизмом, воспалительными и другими заболеваниями. Сюда относятся методы профилактики, диагностики и лечения гонореи, мероприятия по предупреждению аборт, осложнений в родах, послеродовых заболеваний и генитального туберкулеза.

Большое значение имеет система оздоровительных мероприятий, способствующая предупреждению инфантилизма, расстройств функций желез внутренней секреции, а также нарушений, ведущих к бесплодию.

## ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ

Лечение бесплодия основывается на устранении причины, вызвавшей данное нарушение генеративной функции. Наибольшую роль в происхождении бесплодия играют воспалительные заболевания, поэтому правильное лечение их (сальпинго-оофоритов, эндоцервицитов и т. д.) будет способствовать устранению бесплодия. Лечение вос-



Рис. 225. Трубы проходимы. Контрастное вещество в малом тазу.

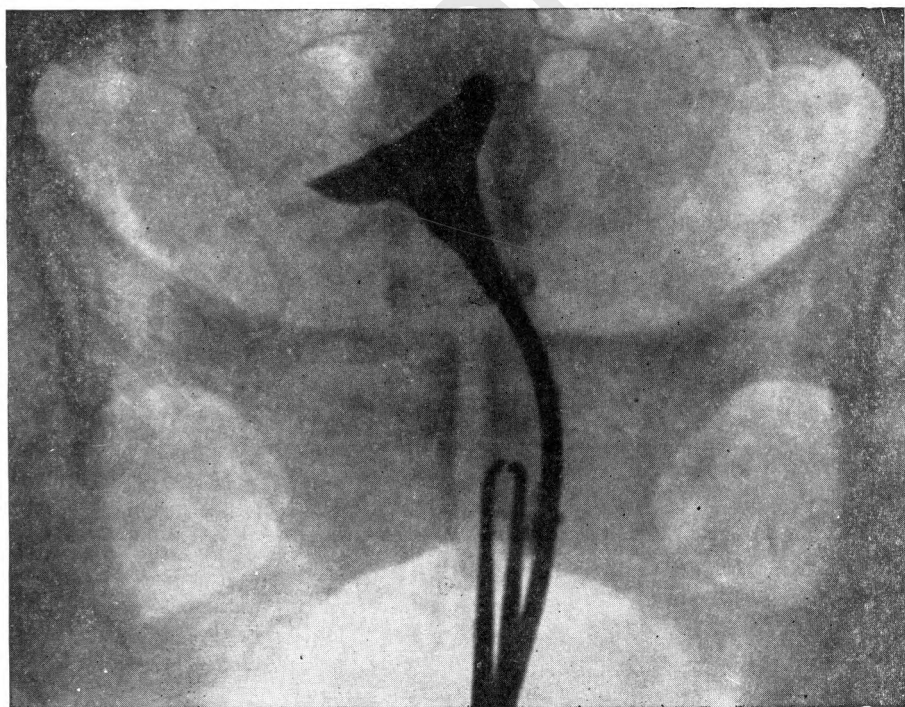


Рис. 226. Трубы непроходимы в интерстициальной части.

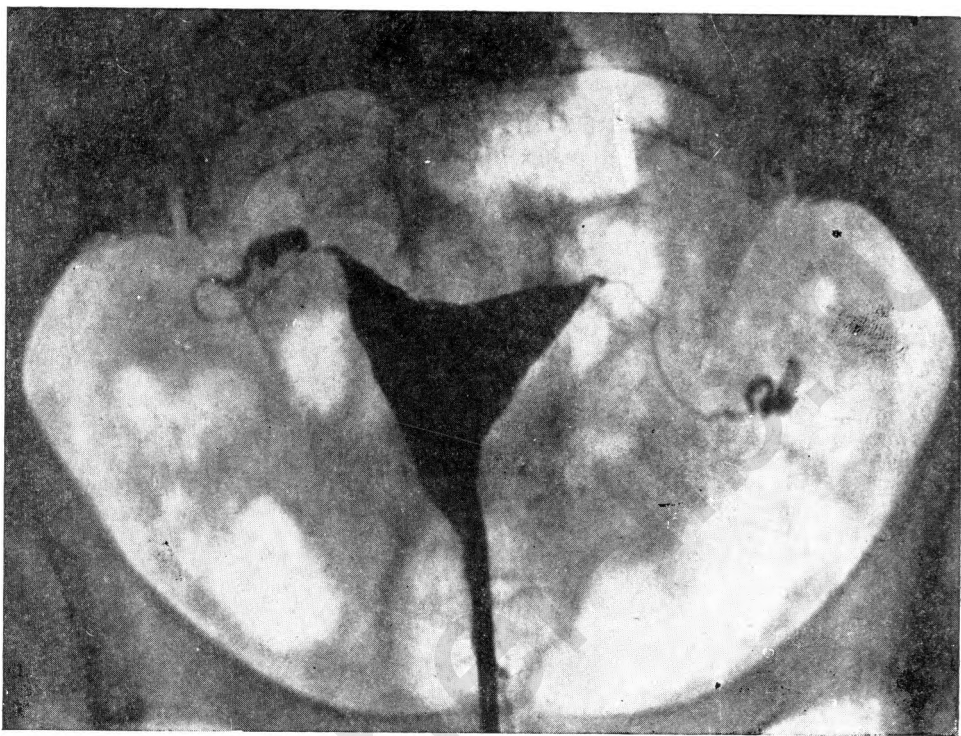


Рис. 227. Трубы непроходимы в ампулярной части.

палительных процессов, вызвавших бесплодие, производится общепринятыми методами терапии воспалительных заболеваний женских половых органов (см. главу IV «Воспалительные заболевания женских половых органов»). Особенное значение имеет лечение хронических сальпингитов и последствий их, сопровождающихся непроходимостью труб. В подобных случаях показаны методы активной терапии: грязелечение, диатермия и другие виды лечения теплом. Консервативное лечение, особенно курортное грязелечение, нередко ведет к устранению спаечного процесса и способствует зачатию. Если упорное применение консервативных методов лечения не устраняет бесплодия, может возникнуть вопрос о хирургическом лечении непроходимости труб. С этой целью предложены следующие приемы: 1) освобождение придатков от спаек и восстановление проходимости абдоминальных концов труб; 2) образование отверстия в трубе (сальпингостомия), если абдоминальный конец плотно запаян; 3) пересадка здоровой части трубы в матку при непроходимости ее в интерстициальной части; 4) пересадка яичника в полость или в стенку матки с таким расчетом, чтобы яйцеклетки после овуляции поступали в полость матки.

Хирургические методы лечения далеко не всегда гарантируют успех и поэтому не получили значительного распространения в практике.

При бесплодии, связанном с инфантилизмом, применяют общеукрепляющее лечение, физиотерапевтические процедуры, грязелечение и половые гормоны (эстрогены, прогестерон). Целесообразно сочетание гормонотерапии с физиотерапией или с грязелечением. Продолжительность применения половых гормонов и дозировка эстрогенов соотнобразуются со степенью недоразвития половых органов и особенно с менструальной и половой функцией.

При умеренной степени недоразвития назначают только эстрогены в фолликулиновую фазу цикла (по 1000—5000 м. е. в течение 2—3 недель) или эстрогены в фолликулиновую и прогестерон (5 мг в течение 6—8 дней) в лютеиновую фазу цикла. Циклическое лечение гормонами производится в течение 3—4 месяцев. При значительном недоразвитии половых органов лечение начинают с применения больших доз эстрогенов в течение 1—2 месяцев; в дальнейшем переходят к чередованию эстрогенов и прогестерона.

В прежние годы с целью лечения бесплодия, обусловленного инфантилизмом, широко применяли расширение цервикального канала, рассечение конической шейки матки и выскабливание слизистой оболочки матки. В настоящее время считают, что бесплодие при инфантилизме обусловлено не механическими препятствиями со стороны шейки, а всей совокупностью анатомических и функциональных особенностей, присущих данной аномалии развития. Поэтому кровавое расширение и особенно рассечение шейки, ведущее к деформации ее, признаются нецелесообразными; к выскабливанию слизистой матки прибегают по особым показаниям, преимущественно в целях диагностики (установить: характер циклических изменений в эндометрии, исключить туберкулез матки и т. д.). Учитывая особенности строения влагалища при инфантилизме (короткое, узкое, неглубокий задний свод), рекомендуют *post coitum* лежать 20—30 минут с приподнятым тазом (валик под крестец) или перекрещенными ногами.

Бесплодие при ретродевациях матки нередко бывает связано с непроходимостью труб; в подобных случаях требуется противовоспалительное лечение. При подвижных ретродевациях, если исключаются другие причины бесплодия, рекомендуется исправление положения

матки пессариями или оперативным путем. Решение о хирургическом лечении требует строгого обоснования.

При лечении бесплодия возникает необходимость устранения нарушений питания, интоксикаций, погрешности в половой жизни. Если бесплодие связано с нарушением функции желез внутренней секреции, необходимо назначить соответствующее лечение. При выявлении ановуляторных циклов можно попытаться восстановить овуляцию путем применения половых гормонов (эстрогены и прогестерон) и физиотерапевтических методов лечения.

У некоторых женщин детородная функция восстанавливается после устранения последствий травм шейки матки и промежности (пластические операции), гинатрезий, свищей, опухолей половых органов. Необходимо отметить, что этиология, диагностика и терапия бесплодия требуют дальнейшего изучения.

**Искусственное оплодотворение**, при котором сперма вводится в половой канал женщины при помощи шприца, допускается в очень редких случаях. Вопрос об искусственном оплодотворении может возникнуть в том случае, если способность к детородной функции у жены сохранена, а у мужа сперма здоровая, но существуют препятствия для депонирования ее (импотенция, гипо-эписпадия). Свежую сперму набирают в шприц, снабженный маточным наконечником, и вводят в полость матки или в задний свод влагалища. Сперму вводят в дни, соответствующие овуляции. Процедура совершается при строгом соблюдении правил асептики. Тем не менее введение необеспложденной спермы в полость матки представляет опасность в смысле занесения инфекции и развития воспалительных заболеваний. Искусственное оплодотворение далеко не всегда сопровождается успехом даже при многократном применении.



---

## ГЛАВА XII

# ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

## *ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ*

Организация гинекологической как и акушерской помощи в нашей стране основана на общих принципах:

- а) общедоступности;
- б) бесплатности;
- в) оказания помощи всем (100%) беременным, роженицам и гинекологическим больным;
- г) профилактики осложнений беременности, родов и гинекологических заболеваний;
- д) систематического повышения качества лечебно-профилактической помощи женщинам в соответствии с достижениями науки.

Единство акушерской и гинекологической помощи в организационном отношении выражается также в том, что:

- а) беременные, роженицы и гинекологические больные обслуживаются единым врачом акушером-гинекологом, который должен быть в равной мере знаком с обеими отраслями единой дисциплины;
- б) акушерская и гинекологическая помощь оказывается в одних и тех же учреждениях;
- в) существует единое административное, научное и методическое руководство всеми учреждениями, оказывающими акушерскую и гинекологическую помощь.

Гинекологическая помощь оказывается в следующих учреждениях:

- а) гинекологическое отделение и женская консультация городского родильного дома;
- б) гинекологическое отделение городской больницы;
- в) гинекологическое отделение и женская (детско-женская) консультация районной больницы (сельскохозяйственного района);
- г) необъединенная женская консультация;
- д) женская консультация (акушерско-гинекологический кабинет) на промышленном предприятии;
- е) сельская участковая больница.

К проведению некоторых видов гинекологической помощи (прием больных, участие в профилактических осмотрах, санитарно-просветительная работа и др.) привлекаются акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов. Акушерки работают под руководством врачей.

Гинекологические койки развертываются в соответствии с нормативом 0,8 койки на 1000 населения. Количество гинекологических коек, соответствующее указанному нормативу, позволяет госпитализировать гинекологических больных, нуждающихся в стационарном лечении (острые и подострые воспалительные заболевания, а также опухоли, травмы, смещения половых органов и другие заболевания, требующие применения оперативной помощи).

## **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОДИЛЬНОГО ДОМА**

В больших родильных домах, построенных по проектам последних лет, гинекологическое отделение обычно занимает отдельный этаж, связанный с отдельным санитарным пропускником. Сообщение между акушерским и гинекологическим отделениями используется только медицинскими работниками в случае необходимости.

В гинекологическом отделении выделены палаты для больных, нуждающихся в оперативных и консервативных методах лечения; в крупных учреждениях существуют отделения: 1) оперативной гинекологии и 2) консервативных методов лечения.

В гинекологическое отделение родильного дома не принимаются больные, представляющие опасность в отношении занесения и распространения инфекции (запущенные формы рака, септические заболевания, инфицированные выкидыши и др.). Больные с указанными заболеваниями госпитализируются в учреждения специального профиля (онкологический диспансер, септическое отделение, гинекологическое отделение больницы и др.).

Отделение оперативной гинекологии имеет одну или две операционных, перевязочную и другие приспособления для хирургической работы. В небольших родильных домах большая («чистая») операционная используется для производства гинекологических и акушерских операций (ненифицированные больные).

Удельный вес гинекологических коек составляет 30% (акушерских 70%) к общему числу коек родильного дома. Койки распределяются приблизительно одинаково между отделениями консервативных и хирургических методов лечения.

В гинекологическом отделении по очереди работают все врачи родильного дома под руководством заведующего, который подчинен главному врачу родильного дома. Врачи, работающие в гинекологическом отделении, несут дежурства по родильному дому. Во время работы в консультации врачи обслуживают беременных и гинекологических больных не только в консультации, но и на участке.

Родильный дом с акушерским и гинекологическим отделениями, консультацией, кабинетами и лабораториями является типовым учреждением (состоит в списке номенклатурных учреждений Министерства здравоохранения СССР, приказ № 870 от 21 сентября 1949 г.).

## **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Гинекологическое отделение (составная часть акушерско-гинекологического отделения) городской больницы имеет структуру и функции, аналогичные таковым гинекологическим отделениям родильного дома. Гинекологическое отделение при больнице существует только в тех городах, где еще не построены типовые родильные дома с гинекологическим отделением. Гинекологическое (акушерско-гинекологическое) отделение больницы в административном отношении подчиняется главно-

му врачу больницы. Методическое руководство осуществляется главным акушером-гинекологом городского отдела здравоохранения.

В сельских местностях стационарная гинекологическая помощь осуществляется в гинекологических отделениях районных больниц. Гинекологическое (и акушерское) отделение районной больницы обслуживается врачом акушером-гинекологом. Заведующий акушерско-гинекологическим отделением (акушер-гинеколог) в административном отношении подчиняется главному врачу районной больницы, а методическое руководство и консультационную помощь получает от главного акушера-гинеколога областного отдела здравоохранения.

В участковых больницах гинекологических отделений нет (родильное отделение или палаты существуют всегда), больные госпитализируются в хирургические или терапевтические палаты (в соответствии с характером заболевания) или направляются в районную больницу. В крупных участковых больницах для гинекологических больных выделяются палаты или койки.

## ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женские консультации проводят огромную работу по оказанию лечебно-профилактической помощи женскому населению городов, промышленных объектов и сельских местностей. Консультации выявляют начальные стадии заболеваний, организуют и осуществляют лечение больных, являются основными проводниками профилактической работы.

Консультации родильных домов, необъединенные городские женские консультации, женские консультации (акушерско-гинекологические кабинеты) на промышленных предприятиях, женские и женско-детские консультации сельскохозяйственных районов работают по единым принципам, установленным Министерством здравоохранения СССР.

Деятельность консультаций в области организации гинекологической помощи вкратце сводится к следующему.

1. Выявление гинекологических заболеваний, лечение больных в условиях консультации или направление их в гинекологический стационар. Гинекологические больные выявляются при обследовании обращающихся в консультацию, а также путем проведения массовых профилактических медицинских осмотров женщин. Последний метод работы получил широкое распространение и способствовал значительному снижению гинекологической заболеваемости.

Профилактические гинекологические осмотры организуются обычно консультациями, но в них принимают деятельное участие все врачи родильного дома, акушеры-гинекологи промышленных предприятий (средние медицинские работники).

В сельских местностях профилактические медицинские осмотры осуществляются акушером-гинекологом района и участковыми врачами, которым помогают акушерки колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов и больниц.

В организации профилактических осмотров медицинским работникам большую помощь оказывают руководители и общественные организации промышленных предприятий, колхозов и совхозов, домоуправления и другие организации. К обследованию привлекаются женщины в возрасте 30 лет и старше; особая настойчивость должна проявляться в отношении женщин пожилого возраста (злокачественные образования).

Гинекологические больные, выявленные при осмотре, направляются на лечение. Больные с воспалительными заболеваниями, доброкачественными опухолями, аномалиями положения половых органов, расстройствами менструальной функции и др. подлежат лечению в консультациях и гинекологических стационарах.

При профилактических осмотрах, а также в повседневной работе консультаций особое внимание уделяется выявлению и последующему лечению женщин, имеющих так называемые предраковые заболевания (стойкие эрозии, рецидивирующие полипы, эрозированные эктропионы и др.), и раннему выявлению злокачественных новообразований женских половых органов. Больные со злокачественными новообразованиями направляются в онкологический диспансер или в гинекологическое отделение — в зависимости от местных условий (квалифицированный гинеколог-хирург, условия для лучевой терапии). Больные с иноперабельными формами рака направляются в онкологические учреждения.

Женские консультации и гинекологические стационары выявляют этиологию воспалительных заболеваний (гонорея, трихомониаз, туберкулез и т. д.), что способствует успеху лечения и проведению мер профилактики.

Применение всех методов выявления гонореи и лечение осложненной гонореей женщин входят в обязанность женских консультаций и гинекологических стационаров. Больных с неосложненной гонореей можно лечить или в консультации, или в венерологическом диспансере, в зависимости от местных условий (подготовка кадров, оснащение). О каждой женщине, у которой диагноз гонореи подтвержден, консультация сообщает в венерологический диспансер, что необходимо для выявления контактных заболеваний и их лечения.

Консультации, так же как и гинекологические стационары, используют консультативную помощь врачей других специальностей (терапевты, хирурги, невропатологи и др.).

2. Женские консультации оказывают помощь на дому гинекологическим больным, имеющим временную нетрудоспособность и в силу каких-либо обстоятельств не поступившим в начале заболевания в стационар.

Первое посещение обычно осуществляется по вызову; последующие посещения регулирует врач, руководствуясь состоянием больной. Назначения врача на дому выполняет патронажная акушерка (медицинская сестра) консультации. Система патронажа имеет также целью проведение профилактической работы: внедрение в быт санитарно-гигиенических навыков; привлечение в консультацию женщин, нуждающихся в наблюдении и лечении врача.

3. Санитарно-просветительная работа является неотъемлемой частью разносторонней деятельности акушерско-гинекологических учреждений, главным образом консультаций. Санитарно-просветительная работа проводится по плану: а) в консультации и стационаре; б) на участке; в) на предприятиях, в колхозах и совхозах.

Формы санитарно-просветительной работы разнообразны: беседы и лекции, использование плакатов и брошюр, организация выставок. Тематика и формы санитарно-просветительной работы определяются врачами акушерско-гинекологических учреждений с учетом методических указаний дома санитарного просвещения.

4. Охрана здоровья женщин, работающих на промышленных предприятиях, в колхозах и совхозах, является важнейшей задачей акушерско-гинекологических учреждений, главным образом консультаций.

Работа акушера-гинеколога на объектах промышленного и сельскохозяйственного производства в основном сводится к следующему:

а) изучение условий труда женщин в данной отрасли производства; проведение мер по улучшению гигиенических условий труда;

б) медицинский осмотр женщин при поступлении на работу, проведение систематических профилактических осмотров и проведение оздоровительных мероприятий;

в) участие в трудоустройстве работниц промышленных предприятий, совхозов и колхозниц (выбор профессии с учетом состояния здоровья, перевод на другую работу и др.);

г) помощь организациям, контролирующим выполнение Кодекса законов о труде женщин на данном виде производства. Согласно Кодексу законов о труде, воспрещается применение труда женщин и лиц моложе 18 лет в тяжелых и вредных для здоровья производствах.

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. на предприятиях и в учреждениях, где работает 300 и больше женщин, за счет предприятий и учреждений на территории данного объекта организуется и оборудуется комната личной гигиены женщины. Она обслуживается средним медицинским персоналом или лицом, специально подготовленным к выполнению этой работы.

Основной задачей комнаты личной гигиены женщины является предупреждение заболеваемости путем внедрения среди женщин санитарно-гигиенических навыков и проведения санитарно-просветительной работы. Комнаты личной гигиены имеют специальные душевые установки и другое оборудование, позволяющее проводить гигиенические процедуры в течение рабочего дня.

## **СЕЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА**

Врач участковой больницы принимает гинекологических больных (на правах врача общей практики), участвует в проведении профилактических осмотров женщин, организует санитарно-просветительную работу, проводит меры по улучшению условий труда колхозниц и работниц совхозов. Гинекологические больные получают лечение на месте или направляются для уточнения диагноза и лечения в гинекологическое отделение районной или городской больницы.

## **ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИЙ ПУНКТ И КОЛХОЗНЫЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ**

Основной обязанностью акушеров фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов является оказание лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам родильниц и новорожденным.

Гинекологическая помощь оказывается в следующем объеме:

а) прием (по типу приема в женской консультации) женщин на фельдшерско-акушерском пункте и в колхозном родильном доме и направление к врачу всех гинекологических больных;

б) проведение простейших лечебных процедур по назначению врача;

в) участие в проведении профилактических осмотров и мероприятий по охране труда женщин;

г) санитарно-просветительная работа, внедрение навыков личной и общественной гигиены.

## РУКОВОДСТВО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Акушерско-гинекологические учреждения организуют работу в соответствии с методическими указаниями и распоряжениями специальных отделов Министерства здравоохранения СССР и министерств здравоохранения союзных республик. Оперативное руководство и контроль осуществляется специальными отделами или инспекторами городских и областных отделов здравоохранения. В административном отношении акушерско-гинекологические учреждения подчиняются непосредственно районным (городские и сельские районы) отделам здравоохранения, а в небольших городах, не имеющих деления на районы, — городскому отделу здравоохранения.

Отделы органов здравоохранения, руководящие акушерско-гинекологическими учреждениями, используют научно-методическую помощь следующих организаций.

Главные акушеры-гинекологи министерств, областных (краевых) и городских отделов здравоохранения оказывают врачам акушерско-гинекологических учреждений консультативную помощь, организуют и проводят повышение квалификации кадров, участвуют в проведении научных исследований, анализируют деятельность учреждений.

Институты акушерства и гинекологии, охраны материнства и детства (женский сектор) разрабатывают важнейшие научные проблемы в области акушерства и гинекологии, оказывают органам здравоохранения повседневную научную и организационно-методическую помощь, направленную на повышение качества лечебно-профилактической помощи женщинам.

Совет по родовспоможению и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР — научно-консультативный орган, периодически созываемый для решения очередных важнейших вопросов организации акушерско-гинекологической помощи. Совет состоит из представителей органов здравоохранения, научных и практических акушерско-гинекологических учреждений СССР.

Комиссии по родовспоможению и гинекологической помощи министерств, областных и городских отделов здравоохранения являются постоянно действующим методическим и консультативным органом. Комиссии помогают планировать сеть учреждений, апробируют проекты строительства, новые методы профилактики и лечения, рассматривают инструкции, методические указания, заслушивают отчеты учреждений.

Научные общества акушеров-гинекологов обсуждают результаты научных исследований в данной отрасли медицины, способствуют внедрению научных достижений и передового опыта работы в практику, решают по заданию органов здравоохранения организационные и методические вопросы.

---

\*  
ГЛАВА XIII  
**РЕЦЕПТУРА**  
**АНТИБИОТИКИ**

- Rp. Albomycini 500 000 ED  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Содержимое ампулы растворить в 1 мл дважды дистиллированной воды; вводить подкожно
- Rp. Biomycini hydrochlorici 100 000 ED  
D. t. d. N. 12 in tabulettis  
S. По 2 таблетки 4 раза в день за 30 минут до еды, запивая водой
- Rp. Gramicidini 2% 2,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. 2 мл растворить перед употреблением в 200 мл стерильной дистиллированной воды. Для наружного применения
- Rp. Novocillini 5,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для внутримышечных инъекций (1 раз в 24—48 часов)
- Rp. Penicillini cristallisati 100 000 ED  
DS. Растворить в 2 мл 1% раствора новокаина. Вводить внутримышечно
- Rp. Streptomycini sulfurici 500 000 ED  
DS. Растворить в 2 мл стерильного физиологического раствора поваренной соли. Вводить внутримышечно

**ВИТАМИНЫ**  
**Витамин А**

Лечебная доза витамина А: от 5—10 до 40 мг в день

- Rp. Carotoli 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для подкожных инъекций по 1—2 мл

**Витамины комплекса В**

**Витамин В<sub>1</sub> (тиамин)**

Лечебные дозы тиамин (синтетического заменителя витамина В<sub>1</sub>): однократная доза 10 мг, суточная доза 50 мг

- Rp. Thiamini bromati 0,01  
Sacchari 0,3  
M. f. pulv. D. t. d. N. 12  
S. По 1 порошку 3—5 раз в день

**Витамин В<sub>2</sub> (рибофлавин)**

Лечебные дозы рибофлавина: однократная доза 5—10 мг, суточная доза до 50 мг.

Rp. Riboflavini 0,005  
Sacchari 0,3  
M. f. pulv. D. t. d. N. 12  
S. По 1 порошку 3—6 раз в день

В и т а м и н РР

Лечебная доза витамина РР: от 25—50 до 100 мг в сутки.

Rp. Acidi nicotini 0,05  
Sacchari 0,2  
M. f. pulv. D. t. d. N. 20  
S. По 1 порошку в день

В и т а м и н С

Лечебная доза витамина С: однократная доза 100 мг, суточная доза до 500 мг.

Rp. Sol. Acidi ascorbinici 5% 1,0  
D. t. d. N. 10 in ampullis  
S. По 2 мл внутривенно (или внутримышечно) 1—2 раза в день

Rp. Acidi ascorbinici 0,05  
Sacchari 0,3  
M. f. pulv. D. t. d. N. 12  
S. По 2 порошка 3—5 раз в день

В и т а м и н D

Лечебная доза: 10 000—20 000 ИЕ

Rp. Vitaminoli 10,0  
DS. По 9 капель (3000 ИЕ) в сутки с молоком или водой

В и т а м и н Е

Концентрат витамина Е 250 мг  
На прием от 2 до 40 мл ежедневно (в зависимости от содержания чистого витамина)  
В 1 мл концентрата содержится от 2,96 до 0,08 мг витамина Е (в различных препаратах)

В и т а м и н К

Rp. Vicasoli 0,015  
D. t. d. N. 12 in tabulettis  
S. По 1 таблетке в день (взрослому)

В и т а м и н В<sub>12</sub>

Rp. Vitamini B<sub>12</sub> 1,0  
D. t. d. N. 12 in ampullis  
S. Вводить подкожно или внутримышечно по 1 мл (в 1 мл 15—30 микрограмм) 1 раз в 2—3 дня до получения клинического и гематологического эффекта

## Г О Р М О Н Ы

### ЖЕНСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ

#### Эстрогены

##### Фолликулин

(Folliculinum)

Стероидный (натуральный) гормон (эстрон)

Rp. Sol. Folliculini oleosae 1,0 (1000—5000—10 000 ЕД)  
D. t. d. N. 10 in ampullis  
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день  
На курс 15—20 инъекций



**Эстрадиол-дипропионат**  
(Oestradiolum dipropionicum)

Весьма активный препарат; в 1 мг эстрадиола 20 000 ЕД

- Rp Sol. Oestradioli dipropionici oleosae 0,1% 1,0  
D. t. d. N 6 in ampullis  
S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл 1—2 раза в неделю

**Синэстрол**  
(Synoestrolum)

Синтетический заменитель эстрогенов; в 1 мг содержится 10 000 ЕД

- Rp Synoestrol 0,001  
D. t. d. N. 12 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 2 раза в день
- Rp. Sol. Synoestrolis oleosae 0,1% 1,0  
D. t. d. N. 12 in ampullis  
S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл

**Диэтилстильбэстрол**  
(Diaethylstilboestrolum)

Синтетический заменитель эстрогенов; в 1 мг содержится 20 000 ЕД

- Rp. Diaethylstilboestrolis 0,001  
D. t. d. N. 20 in tabulettis  
S. По 1 таблетке в день
- Rp. Sol. Diaethylstilboestrolis oleosae 0,1% 1,0  
D. t. d. N. 5 in ampullis  
S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл

Суточная доза 1 мг

- Rp. Diaethylstilboestrolis 0,02  
D. t. d. N 6 in tabulettis  
S. Для имплантации по 1 таблетке в подкожную жировую клетчатку

**Диэтилстильбэстрол-пропионат**

- Rp Sol. Diaethylstilboestrolis propionicae oleosae 0,5% 1,0  
D. t. d. N 6 in ampullis  
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в 5 дней  
На курс 7—8 инъекций

**Октэстрол**  
(Octoestrolum)

Синтетический препарат

- Rp. Octoestrolis 0,001  
D. t. d. N. 20 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 2 раза в день

**Гормон желтого тела**

**Прогестерон**  
(Progesteronum)

- Rp Sol. Progesteroni oleosae 0,5% 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для внутримышечного введения по 1 мл

**Прегнин**  
(Pregninum)

Синтетический заменитель гормона желтого тела

- Rp. Pregnini 0,005  
D. t. d. N 20 in tabulettis  
S. По 2 таблетки 3 раза в день (под язык)

## МУЖСКИЕ ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ (АНДРОГЕНЫ)

### Метилтестостерон

(Methyltestosteronum)

Синтетический заменитель мужского полового гормона

- Rp. Methyltestosteroni 0,005  
D. t. d. N. 20 in tabulettis  
S. По 1 таблетке (под язык) 2—3 раза в день

Тестостерон-пропионат  
(Testosteronum propionicum)

- Мужской половой гормон  
Rp. Sol. Testosteroni propionici oleosae 2,5% (5%) 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для внутримышечных инъекций по 1 мл

Дезоксикортикостерон-ацетат  
(Desoxycorticosteronum aceticum)

- Rp. Sol. Desoxycorticosteroni acetici oleosae 0,5% 1,0  
D. t. d. N. 10 in ampullis  
S. По 1 мл через 1—2 дня внутримышечно  
На курс лечения 10—12 инъекций

### Другие гормоны

Питуитрин (см. Кровоостанавливающие средства)

## КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА

- Rp. Stypticini 0,05  
D. t. d. N. 12 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день
- Rp. Extr. Polygoni hydropiperis fl. 30,0  
DS. По 30—40 капель 2—3 раза в день
- Rp. Extr. Gossypii herbacei fl. 30,0  
DS. По 30—40 капель 2—3 раза в день
- Rp. Extr. Bursae pastoris fl. 30,0  
DS. По 30 капель 2—3 раза в день
- Rp. Extr. Urticae dioicae fl. 100,0  
DS. По 1 десертной ложке 3 раза в день
- Rp. Extr. Secalis cornuti fl. 30,0  
DS. По 30 капель 3 раза в день
- Rp. Mammophysini 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. По 0,5—1 мл для внутримышечной инъекции
- Rp. Pituitrini P 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. По 1 мл для подкожных инъекций 1—2 раза в день
- Rp. Ergotini 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. По 1 мл для подкожной инъекции
- Rp. Pregnantoli 0,5% 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. По 1 мл для подкожной инъекции
- Rp. Pregnantoli 0,02  
D. t. d. N. 12 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день после приема пищи
- Rp. Sol. Calcii chlorati crystallisati  
10% 10,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для внутривенных инъекций по 5—10 мл

### СРЕДСТВА БОЛЕУТОЛЯЮЩИЕ

- Rp. Extr. Belladonnae 0,03  
Butyri Cacao 1,5  
M. f. suppositorium  
D. t. d. N. 5  
S. По 1 свече 1—2 раза в день (при болях)
- Rp. Pyramidoni 0,25  
D. t. d. N. 6 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день (при болях)
- Rp. Analgini 0,5  
D. t. d. N. 10 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день (противовоспалительное, при болях)
- Rp. Extr. Belladonnae  
Novocaini  $\bar{a}\bar{a}$  0,015  
Anaesthesini 0,3  
Sol. Adrenalini hydrochlorici 1 : 1000 gtt. II  
M. f. suppositorium D. f. d. N. 6  
S. По 1 свече 2 раза в день (при геморрое)
- Rp. Sol. Promedoli 2% 1,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. По 1 мл 2 раза в день под кожу

### СРЕДСТВА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

- Rp. Ichthyoli 1,0  
Aq. destillatae 10,0  
Sterilisetur!  
MDS. Для внутримышечной инъекции 0,5—1 мл
- Rp. Sol. Albicicoli oleosae 5% 2,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для подкожной инъекции 1—2 мл

### ПРОТИВОМИКРОБНЫЕ, ПРОТИВОПАЗИТАРНЫЕ, ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

- Rp. Acidi borici  
Osarsoli  $\bar{a}\bar{a}$  0,25  
D. t. d. N. 20  
S. 1 порошок распыляется на стенку влагалища и шейку матки.  
Необходимо в процессе лечения следить за состоянием почек (анализы мочи) и слизистых оболочек полости рта
- Rp. Sol. Urotropini 40% 10,0  
D. t. d. N. 6 in ampullis  
S. Для внутривенных инъекций по 5,0—10,0
- Rp. Resorcini  
Acidi borici  $\bar{a}\bar{a}$  15,0  
MDS. Присыпка (при остроконечных кондиломах)
- Rp. Norsulfazoli (Sulfathiazoli) 0,5  
D. t. d. N. 10 in tabulettis  
S. По 2 таблетки на прием
- Rp. Sulfadimezini 0,5  
D. t. d. N. 10 in tabulettis  
S. По 2 таблетки на прием
- Rp. Sol. Protargoli 1—2% 20,0  
DS. Для инстилляции в уретру
- Rp. Sol. Argenti nitrici 2—5% 50,0  
D. in vitro nigro  
S. Для смазываний слизистой капала шейки

- Rp. Sol. Argenti nitrici 0,5—0,25% 50,0  
D. in vitro nigro  
S. Для промываний уретры
- Rp. Jodi puri 5,0  
Kalii iodati 10,0  
Aquaе destillatae ad 100,0  
DS. Для смазывания слизистой влагалища
- Rp. Sol. Protargoli 5% 100,0  
DS. Для влагалищных ванночек, клизм (по 10,0)
- Rp. Sol. Collargoli 3—5% 50,0  
DS. По 10,0 для клизм (при проктите)

Rp. Boracis 10,0  
Glycerini 90,0  
MDS. Наружное. Для смазываний влагалища

Rp. Phtyvasidi 0,5  
D. t. d. N. 20  
S. По 1 порошку 4 раза в день  
На курс лечения 100,0

Rp. Natrii para-amino-salicylicici 3,0  
D. t. d. N. 40  
S. По 1 порошку 4 раза в день в  $\frac{1}{4}$  стакана молока

#### Средства для спринцевания

Rp. Sol. Kalii hypermanganici 2% 200,0  
DS. По 1 столовой ложке на 5 стаканов теплой кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Sol. Formalini 10% 200,0  
DS. По 1 столовой ложке на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Acidi lactici 100,0  
DS. По 1 чайной ложке на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Zinci sulfurici  
Aluminis usti  $\overline{\text{aa}}$  50,0  
MDS. По 1 чайной ложке на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Natrii carbonici 50,0  
DS. По 1 чайной ложке на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

Rp. Natrii bicarbonici 100,0  
DS. По 1 столовой ложке на 5 стаканов кипяченой воды температуры 38°. Для спринцеваний

#### Спазмолитические

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,02  
Extr. Belladonnae 0,015  
Sacchari 0,25  
M. f. pulv. D. t. d. N. 12  
S. По 1 порошку 3 раза в день

Rp. Papaverini hydrochlorici 0,04  
Extr. Belladonnae 0,015  
Butyri Cacao 2,5  
M. f. Suppositorium  
D. t. d. N. 6  
S. По 1 свече в прямую кишку

Rp. Tipheni 0,03  
D. t. d. N. 10 in tabulettis  
S. По 1 таблетке 2—3 раза в день



- Бесплодие мужское 330, 334
  - опрос 335
  - относительное 330
  - первичное 330
  - причины 330
  - — мужского бесплодия 334
  - продувание труб 336
  - профилактика 338
  - распознавание 334
  - симптом зрачка 336
  - температурный тест 336
  - цитология влагалищного мазка 336
  - частота 330
- Биодоза 175
- Биопсия 79, 219
  - при туберкулезе половых органов 157
- Болезненные менструации 101
- Боли 60
  - причины 61
  - у больных раком, борьба 229
- Больница сельская участковая 345
- Брюшины малого таза воспаление септи-  
ческое 140
- Вагинизм 55
- Вагинит 162
- Ванночки влагалищные 130
- Ванны 176
  - показания 176
  - противопоказания 176
- Венерические болезни борьба с СССР 137
- Венозные сплетения 31
- Вентросуспензия матки 308
- Вентрофиксация матки 308
- Вестибулит гонорейный 113
  - — лечение 131
- Витамины, способы применения 347
- Влагалище 14
  - аномалии развития 320
  - мышечный слой 18
  - своды 14
  - слизистая оболочка 18
  - содержимое 18
  - флора 18
  - функция 19
  - чистота 18
  - шейка матки 14
  - эмбриогенез 319
- Влагалищное (внутреннее) исследование 71
  - — двуручное 72
  - — методика 71
- Волокнистая оболочка внутренняя 40
  - наружная 40
- Вольфов ход 317, 318
- Вольфово тело 317
- Воспалительные заболевания 106
  - причины 106
  - — септической этиологии 137
  - — — возбудители 137
  - — — лечение 146
  - — — профилактика 148
  - — — распространение 138
  - — — трудоспособность 148
  - — — формы 133, 140
  - — экзогенные 106
  - — эндогенные 106
- Вскрытие кисты в соседние органы 205
- Вульвит 162
  - гонорейный 113
  - — девочек 134
- Вульвит гонорейный лечение 131
  - — вторичный 162
  - — лечение 131, 162
  - — первичный 162
- Вшивание мочеочника в мочевой пу-  
зырь 279
- Выворот матки 286, 313
  - — диагноз 314
  - — лечение 315
  - — онкогенетический 313
  - — пуэрперальный 313
  - — симптоматология 314
  - — формы 313
- Вылушение кисты 185, 186, 187
  - узлов эндометриоза 191
- Выпадение влагалища 299
  - — диагноз 302
  - — изменения 301
  - — клиника 302
  - — лечение 303
  - — — общеукрепляющее 303
  - — — ортопедическое 303
  - — — хирургическое 304
  - — полное 300
  - — прогноз 303
  - — профилактика 311
  - — симптоматология 302
  - — трудоспособность 302
  - — частичное 299
  - — матки 285, 297
  - — диагноз 302
  - — изменения 301
  - — клиника 302
  - — лечение 303
  - — — общеукрепляющее 303
  - — — ортопедическое 303
  - — — хирургическое 304
  - — неполное 285
  - — патогенез 297
  - — полное 286
  - — причины 299
  - — прогноз 303
  - — профилактика 311
  - — симптоматология 302
  - — трудоспособность 302
  - — этиология 297
- Вырезка пробная взятие 79
- Выскабливание слизистой оболочки матки  
пробное 77
  - — — техника операции 77, 272
- Гартнеровский ход 318
- Гематокольпос 322, 325
- Гематометра 322, 326
- Гематосальпинкс 326
- Гематомы 271
- Геморрагическая метропатия Шредера 27
- Гермафродитизм 328
  - истинный 328
- Гигиена менструального периода 45
- Гидросальпинкс 116
- Гименальные сосочки 14
- Гинатразия 324
- Гинекологическая помощь 341
  - — виды 341
  - — принципы организации 341
- Гинекологическое исследование 68
  - — подготовка 68
- Гиперантефлексия матки 311
- Гиперменорея 54

- Гиперплазия дисгормональная 245  
 Гипертрофия шейки матки 301  
 Гипоменструальный синдром 54, 93  
 — — вторичный 94  
 — — лечение 94  
 — — первичный 94  
 — — причины 94  
 Гипоплазия половых органов, бесплодие 331  
 Гипопластическая матка 328  
 Гипопластический тип 66  
 Гипоспадия 329  
 Гистеросальпингография 81, 338  
 — показания 338  
 — техника 338  
 Гистероскопия 83  
 Гистеротомия влагалищная 255  
 Главные акушеры-гинекологи 346  
 Глинолечение 176  
 — показания 176  
 — противопоказания 176  
 — техника 176  
 Головная почка 317  
 Гонадотропные гормоны гипофиза 46  
 — — — лютеинизирующий (В) 46  
 — — — фолликулостимулирующий (А) 46  
 Гонококк 107  
 Гонорея 107  
 — бесплодие 331  
 — возбудитель 107  
 — бессимптомная 109  
 — верхнего отдела полового аппарата 113  
 — — — — — девочек 134  
 — — — — — клиника 118  
 — — — — — лечение 131  
 — — — — — симптоматология 118  
 — восходящая 109  
 — — лечение 131  
 — — — оперативное 132  
 — — хроническая, симптоматология 119  
 — девочек 133  
 — — диагноз 134  
 — — — излеченность 136  
 — — — лечение 135  
 — — — формы 134  
 — — — диагноз 121  
 — — — верхнего отдела полового аппарата 123  
 — — — нижнего отдела мочеполового аппарата 122  
 — — и беременность 120  
 — — — излеченность 133  
 — — инкубационный период 108  
 — — клиника 107  
 — — лабораторные методы исследования 125  
 — — — лечение 128  
 — — — метастатические формы 121  
 — — — нижнего отдела мочеполового аппарата 109  
 — — — очаги поражения 110, 113  
 — — — послеродовой период 121  
 — — — провокация 127  
 — — — прогноз 128  
 — — — профилактика 136  
 — — — у девочек 136  
 — — — распространение инфекции 108  
 — — — роды 121  
 — — — стадии 108  
 — — — острая 108  
 — — — подострая 108  
 Гонорея стадии хроническая 108  
 — — трудоспособность 133  
 Гормоны гонадотропные 46  
 — — яичниковые 47  
 — — способы применения 348  
 — — яичника 47  
 Граафов пузырек 39  
 Гранулезоклеточная опухоль 265  
 — — — — — диагноз 266  
 — — — — — лечение 267  
 — — — — — прогноз 267  
 — — — — — симптоматология 266  
 — — — — — строение 265  
 Грыжи матки 315  
 Грязевые курорты СССР 179  
 Грязелечение 179  
 — — — — — показания 179  
 — — — — — противопоказания 179  
 — — — — — техника 180  
 Грязь лечебная 179  
 Губы половые большие 11  
 — — — — — малые 12  
 — — — — — ножки 12  
 Давление внутрибрюшинное 283  
 Двойное влагалище 321  
 Двурогая матка 323  
 Девственная матка 327  
 Декстрроверзия матки 287  
 Декстропозиция матки 287  
 Дермоидная киста (дермоид) 263  
 — — — — — головной бугорок 264  
 — — — — — лечение 265  
 — — — — — строение 263  
 — — — — — частота 263  
 Десквамация эндометрия 42  
 Детская матка 327  
 Детство 35  
 Деформация шейки матки 273  
 — — — — — диагноз 274  
 — — — — — лечение 274  
 — — — — — симптоматология 273  
 Диатермия 171  
 — — — — — местная 171  
 — — — — — общая 171  
 — — — — — техника 172  
 Диафрагма мочеполовая 13, 28  
 — — — — — таза 28  
 — — — — — hiatus rectalis 28  
 — — — — — urogenitalis 28  
 Дисменорея 101  
 — — — — — перелопчатая 103  
 Диспансер онкологический 268  
 Дистрофия нейрогенная половых органов 171  
 Диэтилстильбэстрол 48  
 Дно матки 19  
 Железистая (псевдомуцинозная) киста 197  
 Железистый цилиндроклеточный рак тела матки 231  
 Желёзы матки 20  
 Желтое тело 40  
 — — — — — беременности 42  
 — — — — — менструации 42  
 Женская консультация 343  
 Жом наружный заднего прохода 28  
 Закрепляющий аппарат 284  
 Зародышевая матка 327  
 — — — — — складка 318







- Монтгомеровы железы 34  
 Мочевой пузырь эмбриогенез 319  
 Моченоспекательный канал, эмбриогенез 319  
 Мышца луковично-пещеристая 27  
 — матки 20  
 — поднимающая задний проход 28  
 — промежности глубокая поперечная 28  
 — — — поверхностная поперечная 28  
 — седалищно-пещеристая 27  
 — тазового дна 27  
 — — — верхний (внутренний) слой 28  
 — — — нижний (наружный) слой 27  
 — — — средний слой 28  
 Мюллеровы хода 319  
 Мягкий шанкр шейки матки 222  
 Наботовы яички 112, 166, 186  
 Наклонения матки 287  
 — — — неправильные 287  
 Нерв срамной 32  
 — тазовый 32  
 Ножка кистомы хирургическая 201  
 Общества акушеров-гинекологов науч-  
 ные 346  
 Овариотомия 212  
 Овогонии 318  
 Ovotestis 328  
 Овуляция 40  
 Однорогая матка 324  
 Озокеритолечение 177  
 — показания 177  
 — противопоказания 177  
 — техника 177  
 Окончателная почка 318  
 Онкогенетический выворот матки 313  
 Онкологическая помощь в СССР, органи-  
 зация 268  
 Операция Вертгейма 228  
 — Долери-Джилляма 309  
 — Леопольда-Черни 308  
 — Нейгебауэр-Лефора 310  
 — Отта в модификации Атабекова 273  
 — Шаута 228  
 — Эммета 279  
 Оплодотворение искусственное 340  
 Опрос 51  
 — возраст 51  
 — детородная функция 55  
 — жалобы 51  
 — боли 60  
 — заболевания мужа 52  
 — менструальная функция 53  
 — наследственность 52  
 — перенесенные заболевания 52  
 — половая функция 54  
 — развитие заболевания 64  
 — секреторная функция 56  
 — условия труда и быта 63  
 — функции соседних органов 59  
 Опухоли 194  
 — бесплодие 333  
 — борьба в СССР 268  
 — доброкачественные 195  
 — злокачественные 195  
 — из мышечной ткани 245  
 — — — — доброкачественные 245  
 — — — — соединительной ткани 261  
 — — — — доброкачественные 261  
 — — — — злокачественные 262  
 — классификация 195  
 Опухоли Крукенберга 237  
 — метастазы 195  
 — патогенез 195  
 — предопухольные процессы 195  
 — трудоспособность 267  
 — эпителиальные 196  
 — — — доброкачественные 196  
 — — — злокачественные 213  
 — этиология 194  
 — яичников гормонопродуцирующие 265  
 — — — тератоидные (герминогенные) 263  
 — — — — доброкачественные 263  
 — — — — злокачественные 265  
 Опущение влагалища 299  
 — — — диагноз 302  
 — — — изменения 301  
 — — — клиника 302  
 — — — лечение 303  
 — — — прогноз 303  
 — — — профилактика 311  
 — — — симптоматология 302  
 — — — трудоспособность 302  
 — — — матка 284, 297  
 — — — диагноз 302  
 — — — изменения 301  
 — — — клиника 302  
 — — — лечение 303  
 — — — патогенез 297  
 — — — причины 299  
 — — — прогноз 303  
 — — — профилактика 311  
 — — — симптоматология 302  
 — — — трудоспособность 302  
 — — — этиология 297  
 — мочевого пузыря 300  
 — прямой кишки передней стенки 301  
 Органы половые 10  
 — — — анатомия 10  
 — — — — внутренние 14  
 — — — — — связки 25  
 — — — — кровеносная система 30  
 — — — — лимфатическая система 33  
 — — — — недоразвитие 327  
 — — — — наружные 10  
 — — — — нервная система 31  
 — — — — положение нормальное 282  
 — — — — — сохранение его 283  
 — — — — пороки развития 328  
 — — — физиология 10  
 — — — эмбриогенез 319, 326  
 Осмотр больной 65  
 — брюшной полости при помощи зеркал 83  
 — живота 66  
 — — — наружных половых органов 68  
 Отсутствие матки 320  
 Палочки влагалищные 18  
 Пальпация живота 67  
 Паравезикальный отдел тазовой клетчат-  
 ки 29  
 Параметральный отдел тазовой клетчат-  
 ки 29  
 Параметрит септический 142  
 — — — боковой 143  
 — — — — — диагноз 145  
 — — — — — задний 144  
 — — — — — клиника 144  
 — — — — — лечение 146  
 — — — — — передний 144  
 — — — — — причины возникновения 143

- Параметрит септический прогноз 145  
 — — симптоматология 144  
 Параректальный отдел тазовой клетчатки 30  
 Парафинолечение 177  
 — показания 177  
 — противопоказания 177  
 — техника 177  
 Пароофорон 318  
 Пельвеоперитонит гонорейный 118  
 — — диагноз 123  
 — — клиника 119  
 — — симптоматология 119  
 — септический 140  
 Пельвоцеллюлит септический 142  
 Первичная почка 317  
 Перегиб матки 287  
 Перегородка влагалища 323  
 — влагалищно-прямокишечная 30  
 Перекручивание матки 286  
 — ножки кистомы 203  
 Переходной период 35  
 Перешеек матки 19  
 Периметрий 21  
 Периоды жизни женщины 35  
 Перитонит тазовый 140  
 Перкуссия живота 67  
 Персистенция фолликула 97  
 Пессорий 295  
 — Томаса 295  
 — Ходжа 295  
 — Шульце 296  
 Пещеристое тело клитора 12  
 Пиовар 117  
 Пиометра 163  
 Пиосальпинкс 116  
 Пластика промежности 311  
 Плева девственная 13  
 Плосклеточный рак тела матки 231  
 Поворот матки 286  
 Повреждения половых органов 270  
 — — — матки 271  
 — — — наружных 270  
 — — — — — диагноз 271  
 — — — — — лечение 271  
 — — — — — прогноз 271  
 — — — — — симптоматология 271  
 Подвешивающий аппарат 284  
 Подвижность матки физиологическая 281  
 Поддерживающий аппарат 284  
 Покров волосистый 10  
 Полименорея 54  
 Полип матки 191  
 Половая зрелость 35  
 Половое созревание 35  
 — удовлетворение 55  
 — чувство 55  
 Половой акт, нарушения 55  
 — валик 318  
 Половые губы большие эмбриогенез 320  
 — малые эмбриогенез 320  
 Полость матки 20  
 Пороки развития половых органов 328  
 Преддверие влагалища 12  
 — — эмбриогенез 319  
 Преддверия железы большие 13  
 Предпочка 317  
 Предраковые процессы 195, 226, 233, 240  
 Прецервикальный отдел тазовой клетчатки 30  
 Призрак Бушакура 210  
 Примордиальный фолликул 38  
 Приподнятие матки 284, 297  
 Проба Сиредея 220  
 — с зондом 220  
 — — туберкулином 156  
 — Хробака 220  
 — Шиллера 220  
 Прободение тела матки 272  
 — — — — — диагноз 273  
 — — — — — лечение 273  
 — — — — — прогноз 273  
 — — — — — профилактика 273  
 Провокация при гонорее 127, 133  
 Прогестерон 46, 48  
 — биологические свойства 49  
 — лечебные препараты 49  
 Прогноз при гонорее 128  
 Продувание маточных труб 80, 336  
 — — — прибор А. Э. Мандельштама 336  
 — — — техника 337  
 Пройоменорея 54  
 Прокол пробный 79  
 Проктит гонорейный 113  
 — — девочек 134  
 — — диагноз 123  
 — — лечение 131  
 Пролиферация эндометрия 42  
 Промежность 11  
 — высота 11  
 Прорыв кистомы в брюшную полость 205  
 Противозачаточные средства 55  
 Профилактические осмотры 269  
 Псевдогермафродитизм 328  
 — внутренний 329  
 — наружный 329  
 — полный 329  
 Псевдомиксома брюшины 206  
 Псевдомучицизная (железистая) кистомы 197  
 Псоит 145  
 Пункция 79  
 — через задний свод 80, 147  
 — — — — — техника 80  
 Пятна гонорейные 112  
 Разрыв кистомы 206  
 — фолликула 40  
 — шейки матки 272  
 — — — — — диагноз 272  
 — — — — — лечение 273  
 — — — — — прогноз 273  
 — — — — — профилактика 273  
 Рабдомиома 245  
 Рак 213  
 — влагалища 239  
 — вульвы 240  
 — in situ 223  
 — интраэпителальный 223  
 — распространение 215  
 — маточных труб 239  
 — статистика 214  
 — тела матки 230  
 — — — — — диагноз 233  
 — — — — — железистый цилиндроклеточный 231  
 — — — — — клиника 232  
 — — — — — лечение 234

- Рак тела матки плоскоклеточный 231  
 — — — прогноз 234  
 — — — профилактика 233  
 — — — распространение 232  
 — — — симптоматология 232  
 — — — стадии 232  
 — — — варианты 232  
 — — — формы 231  
 — — — — диффузная 231  
 — — — — ограниченная 231  
 — — — частота 230  
 — шейки матки 214  
 — — бели 217  
 — — — диагноз 218  
 — — — — дифференциальный 218, 221  
 — — — — поздний, причины 224  
 — — — — ранний 218  
 — — — и беременность 225  
 — — — — лечение 225  
 — — — — излечение 229  
 — — — клиника 216  
 — — — контактные кровотечения 217, 222  
 — — — — лечение 226  
 — — — — комбинированное 228  
 — — — — лучевое 228  
 — — — — результаты 230  
 — — — — симптоматическое 229  
 — — — — хирургическое 228  
 — — — метастазы 216, 230  
 — — — плоскоклеточный 215  
 — — — поражение лимфатических узлов 216  
 — — — — предраковые процессы 226  
 — — — — прогноз 226  
 — — — — профилактика 225  
 — — — — распространение 215  
 — — — — рецидивы 230  
 — — — — симптоматология 217  
 — — — — стадии распространения 223  
 — — — — урологическое обследование 220  
 — — — — формы 214  
 — — — — смешанная 214  
 — — — — экзофитная 214  
 — — — — эндофитная 214  
 — — — — цилиндроклеточный 215  
 — — — — язва 214, 219  
 — яичников 234  
 — — вторичный 234  
 — — — диагноз 237  
 — — — лечение 239  
 — — — первичный 234  
 — — — прогноз 239  
 — — — метастатический 236  
 — — — профилактика 239  
 — — — симптоматология 237  
 — — — стадии 238  
 Расстройства функции кишечника 60  
 — — — боли при дефекации 60  
 — — — запоры 60  
 — — — кровотечения 60  
 — — — недержание кала и газов 60  
 — — — поносы 60  
 — — — тенезмы при дефекации 60  
 — — — мочевыводящих путей 59  
 — — — боли при мочеиспускании 60  
 — — — — недержание мочи 59  
 — — — — учащение мочеиспускания 59  
 Расширители Гегара 78  
 Реакция Ашгейм-Цондека 47  
 Реакция зрачка 85  
 — Лисовский-Фейгеля 126, 135  
 — Манту 156  
 — Пиркета 156  
 — Фридмана 47  
 — (тип) цитологическая 84  
 Ректально-абдоминальное исследование 74  
 Ректально-вагинальное исследование 74  
 Ректоскопия 83  
 Ректоцеле 301  
 Регенерация эндометрия 42  
 Ретроверзия матки 287, 291  
 — — — диагноз 294  
 — — — жалобы 293  
 — — — клиника 292  
 — — — лечение 295  
 — — — этиология 291  
 Ретродевиации матки 290  
 Ретропозиция матки 287  
 Ретрофлексия матки 287, 291  
 — — — диагноз 294  
 — — — жалобы 293  
 — — — клиника 292  
 — — — лечение 295  
 — — — неподвижная 291  
 — — — подвижная 291  
 — — — показания к хирургическому лечению 297  
 — — — этиология 291  
 Ретроцервикальный отдел тазовой клетчатки 30  
 Рефлексоневроз 293  
 Рецептатура 347  
 Родильный дом, гинекологическое отделение 342  
 Рост эвертирующий 200  
 Ртутно-кварцевая лампа 174  
 — — — лечение 174  
 — — — — показания 174  
 — — — — противопоказания 174  
 — — — реакция 175  
 Сактосальпинкс 115, 116  
 Сальпингит узловатый 189  
 Сальпинго-оофорит гонорейный 115  
 — — — диагноз 123  
 — — — клиника 119  
 — — — симптоматология 119  
 — — — септический 139  
 — — — — диагноз 140  
 — — — — клиника 140  
 — — — — лечение 146  
 — — — патологическая морфология 139  
 — — — прогноз 140  
 — — — симптоматология 139  
 Самоочищение влагалища 18, 58  
 Санаторно-курортное лечение 178  
 Саркома 262  
 — — влагалища 263  
 — — вульвы 263  
 — — — диагноз 263  
 — — — лечение 263  
 — — — матки 262  
 — — — тела 262  
 — — — шейки 262  
 — — — — прогноз 263  
 — — — — симптоматология 263  
 — — — — труб 263  
 — — — — формы 262  
 — — — — гроздевидная 262

- Саркома формы диффузная 262  
 — — узловая 262  
 — яичников 263  
 Световая ванна местная 174  
 Свищи 275  
 — кишечно-половые 280  
 — — диагноз 280  
 — — лечение 280  
 — — прогноз 280  
 — — симптоматология 280  
 — мочеполовые 275  
 — — диагноз 276  
 — — классификация 275  
 — — лечение 277  
 — — — оперативное 278  
 — — прогноз 277  
 — — послеоперационный уход 276  
 — — предоперационная подготовка 276  
 — — профилактика 277  
 — — симптоматология 275  
 — — патогенез 275  
 Своды влагалища 14  
 Связки воронко-тазовые 27  
 — крестцово-маточные 25, 27  
 — круглые 25  
 — маточно-пузырные 25  
 — основные 25  
 — пузырно-лобковые 25  
 — широкие 25  
 — яичника собственные 27  
 Связочный аппарат 25  
 — — закрепляющий 25  
 — — опорный (поддерживающий) 25  
 — — подвешивающий 25  
 Секрет, исследование на гонорею 125  
 Секрция эндометрия 43  
 Серозная (сосочковая) киста 201  
 Синестрол 48  
 Синистроверзия матки 287  
 Синистропозиция матки 287  
 Сифилис шейки матки 221  
 Скинневы пазухи 13  
 Складки поперечные влагалища 18  
 Слизистая оболочка матки 20  
 — — — базальный слой 21  
 — — — функциональный слой 21  
 Смещения матки 284  
 — — вокруг продольной оси 286  
 — — по вертикальной плоскости 284  
 — — — горизонтальной плоскости 286  
 — — — отношению к продольной оси та-  
 за 287  
 — — причины 288  
 — половых органов, бесплодие 332  
 Совет по родовспоможению и гинеколо-  
 гической помощи 346  
 Соллюкс 173  
 Сосок молочной железы 34  
 Сосочки гименальные 14  
 — миртовидные 14  
 Сосочковая (серозная) киста 201  
 Спайка задняя 11  
 — передняя 11  
 Сперма исследование 334  
 Сплетение нервное маточно-влагалищное  
 (тазовое) 132  
 — — — подчревное 31  
 — — — яичниковое 32  
 Спринцевание влагалищное 177  
 Спринцовка Гарновского 129  
 Сращение кисты с соседними органа-  
 ми 205  
 Средства болеутоляющие, способы приме-  
 нения, 350  
 — для спринцевания 352  
 — кровоостанавливающие, способы приме-  
 нения 350  
 — неспецифического действия, способы  
 применения 351  
 — противомикробные, способы приме-  
 нения 351  
 — спазмолитические, способы приме-  
 нения 352  
 — химиотерапевтические, способы приме-  
 нения 351  
 Старость 36  
 Сфинктер мочеиспускательного канала  
 внутренний 12  
 — — — наружный 13  
 Тазовое дно 27  
 Тело матки 19  
 Температурный тест 99  
 Тератобластома яичников 265  
 Теротома дозревающая 264  
 — зрелая 263  
 — незрелая 264  
 Трихомонада влагалищная 159  
 — — патогенность 159  
 Трихомоназ 159  
 — диагноз 160  
 — излеченность 162  
 — клиника 160  
 — лечение 161  
 — симптоматология 160  
 Торфолечение 179  
 Травмы половых органов, бесплодие 382  
 Трубы маточные 22  
 — — ампулярная часть 22  
 — — бахромки 22  
 — — воронка 22  
 — — интерстициальная часть 22  
 — — мышечный слой 22  
 — — — перешеечная (истмическая) часть 22  
 — — серозный покров 23  
 — — слизистый покров 23  
 — — слизистая оболочка 22  
 — — фимбрии 22  
 — — функция 23  
 — — эмбриогенез 319  
 Туберкулез 148  
 — влагалища 153  
 — вульвы 153  
 — диагноз 154  
 — клиника 154  
 — лечение 157  
 — матки 152, 156  
 — осложнения 154  
 — параметрия 153  
 — патогенез 148  
 — патологическая морфология 149  
 — прогноз 157  
 — симптоматология 153  
 — труб 149, 156  
 — трудоспособность 159  
 — этиология 148  
 — яичников 152, 156  
 Углубление прямокишечно-маточное 29  
 — пузырно-маточное 21

- Удаление родившейся субмукозной миомы 235
- Удвоение влагалища 321
- — — диагноз 324
  - — — лечение 324
  - — — симптоматология 324
  - матки 321
  - — — диагноз 324
  - — — лечение 324
  - — — симптоматология 324
- Удлинение шейки матки 301
- Укорочение круглых связок 307
- Ультрафиолетовое облучение 175
- — — вегетативно-сегментарное 175
  - — — местное 175
  - — — техника 176
  - — — шейный воротник 175
- Уретра, обследование 122
- Уретрит гонорейный 110
- — — девочек 134
  - — — лечение 129
- Условия быта 64
- труда 64
- Uterus arcuatus 323
- — septus 323
  - — bicornis unicolis 323
  - — bicolis 323
  - — didelphys 321
  - — duplex 321
  - — foetalis 327
  - — infantilis 327
  - — pubescens 327
  - — subseptus 323
  - — unicornis 329
- Фазы маточного цикла 42
- — — десквамация 42
  - — — пролиферация 42
  - — — регенерация 42
  - — — секреция 43
  - — — яичникового цикла 40
  - — — лютеиновая 40
  - — — овуляция 40
  - — — фолликулярная 38
- Фельдшерско-акушерский пункт 345
- Феникс 174
- Фиброаденома 192
- Фиброма 261
- влагалища 262
  - вульвы 262
  - яичников 261
- Физиотерапия 170
- показания 170
  - противопоказания 170
  - светолечение 173
  - теплолечение 176
  - электролечение 170
- Фитонцидотерапия 161
- Фолликул развитие 38
- разрыв 40
- Фолликулома 265
- Фолликулярная жидкость 40
- фаза 38
- Фолликулярный гормон 47
- Ходы парауретральные 13
- Хориальный гонадотропин 47
- Хорионэпителиома 241
- — — диагноз 243
  - — — ранит 244
  - — — лечение 244
- Хорионэпителиома матки 243
- — — патологическая морфология 241
  - — — прогноз 244
  - — — профилактика 244
  - — — симптоматология 241
  - — — фаллопиевой трубы 243
  - — — яичника 243
- Цервицит гонорейный 111
- — — девочек 134
  - — — диагностика 123
  - — — лечение 130
- Циклические изменения в организме 36
- — — половых органов 44
  - — — нарушения менструальной функции 93
- Цистоскопия 83
- Цистоцеле 300
- Цитобактериоскопический анализ мазков 125
- Цитологическая картина влагалищных мазков 84
- — — — — вторая реакция 84
  - — — — — первая реакция 84
  - — — — — третья реакция 84
  - — — — — четвертая реакция 84
- Цитологическое исследование 84
- Чистота влагалища 18
- — — степени 18
- Чревосечение пробное 82
- Шейки матки 19
- — — влагалищная часть 14, 19
  - — — канал 19
  - — — наружный зев 20
  - — — надвлагалищная часть 19
  - — — рак 214
- Шов промежности 11
- Щель половая 11
- Экстирпация матки 96, 191, 255, 258, 311
- — — абдоминальная расширенная, 228, 234, 239, 244, 251
- Эктропион 167
- Эlevation матки 297
- Электрод наливной 171
- Электрокоагуляция 170
- Эмбриогенез половых органов 316
- Эндометрий 20
- Эндометриоз 188
- — — внешний 188
  - — — внутренний 188
  - — — диагноз 190
  - — — клиника 190
  - — — лечение 191
  - — — локализация 189
  - — — матка 189
  - — — причины возникновения 188
  - — — прогноз 191
  - — — симптоматология 190
  - — — строение 188
  - — — трубы 189
- Эндометрионидная гетеротия 188
- Эндометрит гонорейный 113
- — — — — диагноз 123
  - — — — — клиника 118
  - — — — — симптоматология 119
  - — — — — септический 138
  - — — — — диагноз 139
  - — — — — лечение 139
  - — — — — патологическая морфология 138
  - — — — — симптоматология 138
- Эндоскопия 82

- Эндоцервицит гонорейный 111  
Эписпадия 329  
Эпителий зародышевый 23  
— фолликулярный 39  
Эпосфорон 318  
Эритема ультрафиолетовая 175  
Эрозия шейки матки 164  
— — — врожденная 167  
— — — вторая стадия заживления 166  
— — — истинная 165  
— — — — происхождение 168  
— — — — диагноз 169  
— — — — клиника 169  
— — — — лечение 169  
— — — первая стадия заживления 165  
— — — прогноз 169  
— — — псевдоэрозия 165  
— — — — папиллярная 166  
— — — — фолликулярная 167  
— — — — симптоматология 169  
Эстрадиол 47, 48  
Эстриол 47  
Эстрогены 46, 47  
— действие на организм 48  
Эстрогены лечебные препараты 48  
Эстрон 47, 48  
Язва раковая 214  
— шейки трофическая 222  
Яичник 23  
— аномалии развития 320  
— белочная оболочка 23  
— ворота 23  
— гнойник 117  
— корковый слой 24  
— мозговой слой 24  
— связочный аппарат 23  
— функции 24  
— эмбриогенез 318  
— эпителий зародышевый 23  
Яичниковый цикл 38  
— — фаза лютеиновая 40  
— — — овуляция 40  
— — — фолликулярная 38  
Яйцеклетка, перемещение 23  
— развитие 39  
Яйценосный холмик 40  
Якорный крестообразный разрез по Ата-  
бекову 279

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
Введение . . . . .	5
<b>Глава I. Анатомия и физиология женских половых органов . . . . .</b>	<b>10</b>
Наружные половые органы . . . . .	10
Внутренние половые органы . . . . .	14
Связочный аппарат матки и яичников . . . . .	24
Мышцы тазового дна . . . . .	27
Клетчатка малого таза . . . . .	28
Кровеносная система половых органов . . . . .	30
Нервная система половых органов . . . . .	31
Лимфатическая система половых органов . . . . .	33
Молочные железы . . . . .	34
Периоды жизни женщины . . . . .	35
Менструальный цикл . . . . .	36
Циклические изменения во всем организме . . . . .	36
Яичниковый цикл . . . . .	38
Маточный цикл . . . . .	42
Гигиена менструального периода . . . . .	45
Гонадотропные и яичниковые гормоны . . . . .	46
<b>Глава II. Общая симптоматология и диагностика гинекологических заболеваний . . . . .</b>	<b>50</b>
Система опроса (анамнез) гинекологических больных . . . . .	50
Характер функций половой системы . . . . .	53
Болевые ощущения . . . . .	60
Условия труда и быта . . . . .	63
Развитие настоящего заболевания . . . . .	64
Система объективного исследования гинекологических больных . . . . .	65
Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация . . . . .	65
Специальные методы исследования гинекологических больных . . . . .	68
Осмотр наружных половых органов . . . . .	68
Исследование при помощи зеркал . . . . .	69
Вагинальное (внутреннее) исследование . . . . .	71
Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование . . . . .	72
Ректальное и ректально-абдоминальное исследование . . . . .	74
Зондирование матки . . . . .	75
Исследование при помощи пулевых щипцов . . . . .	76
Пробное (диагностическое) выскабливание слизистой оболочки матки . . . . .	77
Взятие пробной вырезки (биопсия) . . . . .	79
Пробный прокол (пункция) . . . . .	79
Продувание маточных труб . . . . .	81
Метросальпингография . . . . .	81
Катетеризация мочевого пузыря . . . . .	82
Пробное чревосечение . . . . .	82
Эндоскопические методы исследования . . . . .	82
Цитологические методы исследования . . . . .	84
Диагностика при помощи изучения окрашенных мазков . . . . .	85



<b>Глава III. Нарушения менструальной функции</b>	<b>86</b>
Классификация нарушений менструальной функции	87
Аменорея	87
Циклические нарушения	93
Гипоменструальный синдром	93
Меноррагия	95
Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения	96
Ановуляторные менструальноподобные кровотечения	96
Ановуляторные маточные кровотечения	97
Болезненные менструации	101
Ациклические маточные кровотечения (метроррагия)	104
<b>Глава IV. Воспалительные заболевания женских половых органов</b>	<b>106</b>
Общие данные	106
Гонорея	107
Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата женщины	109
Гонорея верхнего отдела аппарата женщины	113
Симптоматология и клиническое течение гонореи верхнего отдела полового аппарата	118
Гонорея во время беременности, родов и послеродовом периоде	120
Метастатические формы гонореи	121
Диагностика гонореи	121
Диагностика гонореи нижнего отдела мочеполового аппарата	122
Диагностика гонореи верхнего отдела полового аппарата	123
Лабораторные методы обследования	125
Методы провокации	127
Лечение гонореи	128
Критерий излеченности	133
Трудоспособность	133
Гонорея девочек	133
Воспалительные заболевания септической этиологии	137
Септический эндометрит	138
Септический сальпинго-оофорит	139
Септическое воспаление брюшины малого таза	140
Абсцесс дугласова кармана	141
Септический параметрит	142
Лечение септических заболеваний верхнего отдела половых органов, тазовой брюшины и клетчатки	146
Профилактика септических заболеваний	148
Трудоспособность	148
Туберкулез	148
Общие данные	148
Туберкулез труб	149
Туберкулез яичников	152
Туберкулез матки	152
Паразитарные заболевания	159
Трихомоноз	159
Неспецифические воспалительные процессы	162
Вульвит	162
Кольпит (вагинит)	162
Остроконечные кондиломы	163
Эрозия шейки матки	164
Физиотерапевтические методы лечения гинекологических заболеваний	170
Гинекологический массаж	177
Лечебная физическая культура	178
Санаторно-курортное лечение	178
<b>Глава V. Кисты половых органов женщины</b>	<b>182</b>
Киста из атрезированного фолликула	182
Киста из желтого тела	183
Лютеиновые кисты	184
Кисты надъяичникового придатка (паровариальная киста)	184
Кисты маточных труб	185
Кисты матки	185
Кисти влагалища	186
Кисты вульвы	187

<b>Глава VI. Эндометриоз (аденомиоз)</b> . . . . .	188
Аденома (полип) матки . . . . .	191
<b>Глава VII. Опухоли женских половых органов</b> . . . . .	194
Общие данные . . . . .	194
Доброкачественные и злокачественные опухоли . . . . .	195
Предраковые заболевания . . . . .	195
Классификации опухолей женских половых органов . . . . .	195
Эпителиальные опухоли . . . . .	196
Доброкачественные эпителиальные опухоли . . . . .	196
Киста яичника . . . . .	196
Псевдомуцинозная (железистая) киста . . . . .	197
Серозная (сосочковая) киста (с мерцательным эпителием) . . . . .	201
Осложнения, встречающиеся при кистах яичников . . . . .	203
Злокачественные эпителиальные опухоли . . . . .	213
Рак женских половых органов . . . . .	213
Рак матки . . . . .	214
Рак шейки матки . . . . .	214
Рак шейки матки и беременность . . . . .	225
Результаты лечения больных раком шейки матки . . . . .	230
Рак тела матки . . . . .	230
Рак яичников . . . . .	234
Рак маточных труб . . . . .	239
Рак влагалища . . . . .	239
Рак вульвы . . . . .	240
Предраковые заболевания вульвы . . . . .	240
Хорионэпителиома . . . . .	241
Опухоли из мышечной ткани . . . . .	245
Доброкачественные опухоли из мышечной ткани миомы матки . . . . .	245
Злокачественные опухоли из мышечной ткани . . . . .	261
Злокачественная миома . . . . .	261
Опухоли из соединительной ткани . . . . .	261
Доброкачественные опухоли из соединительной ткани (фибромы) . . . . .	261
Фиброма яичника . . . . .	261
Фиброма влагалища и вульвы . . . . .	262
Злокачественные опухоли из соединительной ткани . . . . .	262
Саркома . . . . .	262
Саркома матки . . . . .	262
Тератондные (герминогенные) опухоли яичников. Общие данные . . . . .	263
Доброкачественная герминогенная опухоль . . . . .	263
Дермоидная киста, или зрелая тератома . . . . .	263
Дозревающие и незрелые тератомы . . . . .	264
Злокачественная герминогенная опухоль . . . . .	265
Тератобластома яичников . . . . .	265
Гормонорудуцирующие (гормонально-активные) опухоли яичников . . . . .	265
Гранулезоклеточная опухоль (Фолликулома) . . . . .	265
Трудоспособность при злокачественных опухолях женских половых органов . . . . .	267
Организация онкологической помощи в СССР . . . . .	268
<b>Глава VIII. Повреждения женских половых органов</b> . . . . .	270
Повреждения наружных половых органов промежности и влагалища . . . . .	270
Повреждения матки (шейки и тела) . . . . .	271
Деформация шейки матки после разрыва ее . . . . .	273
Мочеполовые и кишечно-половые свищи . . . . .	275
Классификация мочеполовых свищей . . . . .	276
Оперативные методы лечения . . . . .	278
<b>Глава IX. Аномалии положения женских половых органов</b> . . . . .	281
Нормальное положение половых органов . . . . .	281
Факторы, способствующие сохранению нормального положения половых органов . . . . .	283
Классификация аномалий положения половых органов . . . . .	284
Ретрофлексия и ретроверзия матки . . . . .	291
Клиническая картина ретрофлексии и ретроверзии . . . . .	292
Приподнятие (элевация) матки . . . . .	297
Опушение и выпадение матки . . . . .	297
Опушение и выпадение влагалища . . . . .	299

Изменения в половых органах при их опущении и выпадении . . . . .	301
Патологическая антефлексия . . . . .	311
Выворот матки . . . . .	313
<b>Глава X. Неправильное развитие женских половых органов . . . . .</b>	<b>316</b>
Общие замечания о развитии женской половой системы . . . . .	316
Пороки развития половых органов . . . . .	320
Аномалии развития яичников . . . . .	320
Аномалии развития матки и влагалища . . . . .	321
Гинатрезии . . . . .	325
Недоразвитие половых органов (инфантилизм) . . . . .	327
Пороки развития наружных половых органов . . . . .	328
<b>Глава XI. Бесплодие . . . . .</b>	<b>330</b>
Причины бесплодия женщины . . . . .	330
Причины мужского бесплодия . . . . .	334
Распознавание причин бесплодия . . . . .	334
Профилактика бесплодия . . . . .	338
Лечение бесплодия . . . . .	338
<b>Глава XII. Основы организации гинекологической помощи в СССР . . . . .</b>	<b>341</b>
Общие принципы организации гинекологической помощи . . . . .	341
Гинекологическое отделение родильного дома . . . . .	342
Гинекологическое отделение городской больницы . . . . .	342
Женская консультация . . . . .	343
Сельская участковая больница . . . . .	345
Фельдшерско-акушерский пункт и колхозный родильный дом . . . . .	345
Руководство акушерско-гинекологическими учреждениями . . . . .	346
<b>Глава XIII. Рецептура . . . . .</b>	<b>347</b>
Предметный указатель . . . . .	353

СЛЕСАНО

РЭМТ 1985

**Боляжина Вера Ильинична**  
**Жмакин Константин Николаевич**  
УЧЕБНИК ГИНЕКОЛОГИИ

Редактор *И. М. Грязнова*  
Техн. редактор *Ю. С. Бельчикова*  
Корректор *В. Н. Самсонова*  
Переплет художника *Б. Н. Гутенгога*

---

Сдано в набор 21/IV 1958. Подписано  
к печати 15/IX 1958. Формат бумаги  
 $70 \times 108 \frac{1}{16} = 11,5$  бум. л. 31,51 печ. л. + 1,20  
печ. л. вкл. 30,61 уч.-изд. л. Тираж  
70 000 экз. Т07283. МУ-16.

---

Медгиз, Москва, Петровка, 12  
Заказ 174. 1-я типография Медгиза,  
Москва. Ногатинское шоссе, д. 1.  
Цена 9 р. 90 к. Переплет 1 р. 50 к.