

Strahlenther. Bd. 37, S. 215.—6. Göbel, Arch. Gynäk. 166, S. 288.—7. Hamann, Göbel und Engelmann.—Strahlenther. Bd. 50, 1934, S. 529.—8. Hamann und Göbell. Zbl. Gynäk. Nr. 12, S. 677—1935. 9.—Kermauner, Halban und Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. 4, S. 846.—10. Kessler und Schmidt, Strahlenther. Bd. 44.—11. Kirchhoff und Drenkhahn.—Strahlenther. Bd. 5, 1934, S. 428.—12. Mikulicz—Radecki, Zbl. Gynäk. 1934, Nr. 1.—13. Philipp, Strahlenther. Bd. 46, S. 201., 14. Schröder, Strahlenther. Bd. 42.

Из 2-й акушерско-гинекологической клиники (завед. проф. Б. А. Козинский) Харьковского медицинского института.

Роль и значение плацентарных полипов в матке.

В. Г. Герштейн.

Вскрытия умерших больных, находившихся в 1934 и 1935 гг. в изоляционном отделении клиники (1 сов. больнице) по поводу септических заболеваний, возникших после родов или аборт, обратили наше внимание на наличие полипов матки различной величины, обнаруженных при разрезах ее. Эти образования (полипы) были найдены у 8 умерших больных.

Нагель указывает, что полипы по своему строению могут состоять из элементов слизистой оболочки или представлять собою подслизистые фибромы на ножке.

Остатки последа могут также образовывать полипообразные выпячивания на стенке матки, так называемые плацентарные полипы.

Слизистые полипы растут из базального слоя слизистой матки и, по указаниям Шредера, обычно встречаются в возрасте 40—55 лет. Макроскопически они представляют собой образования с гладкой, влажно-блестящей поверхностью, и в противоположность макроскопической картине миоматозных или фиброматозных полипов, не заметно разницы между покрывающей слизистой оболочкой и миомой — они состоят только из ткани слизистой оболочки.

Злокачественное перерождение слизистых полипов встречается не часто. При злокачественном перерождении слизистого полипа мы наблюдаем: крошковатость или разрывчатость ткани, легкую раздавливаемость и красновато-серый цвет.

Бумм и Винтер считают, что задержавшаяся при аборте в матке *decidua vera* на первом месяце беременности не всегда может выделиться, а чаще всего она подвергается обратному развитию в нормальную слизистую оболочку матки.

Позже, начиная со второго месяца, такой процесс наблюдается в виде исключения, и оставшиеся кусочки служат источником возникновения полипов.

По указаниям Винтер и Руге полипы эти даже макроскопически (довольно ясно) указывают на наличие части последа. Розенштейн считает, что плацентарные полипы возникают из задержанных элементов хориона с последующими фибринозными наслоениями, образующимися повидимому в результате воспалительных или дегенеративных процессов.

тивных изменений слизистой матки. Жорес считает, что глубокое внедрение плацентарных ворсинок в слизистую оболочку матки и воспаление эндометрия являются причиной неполного отделения плаценты и образования полипа.

По Яшке и Панкову причиной возникновения плацентарных полипов является задержка обратного развития слизистой. Наряду с задержкой обратного развития находят остатки ворсин, увеличивающиеся от наслоения кровяных сгустков. Плацентарные полипы могут быть, по их мнению, величиной от горошины (по Винтеру даже в виде крошек) и до куриного яйца.

Расстройства обратного развития слизистой обычно бывают при *endometritis post partum* или *abortum*. Уже само название „плацентарный полип“ говорит за то, что мы должны иметь налицо плацентарную ткань, без чего немыслимо образование плацентарного полипа.

Из наших 8 случаев 3 были после родов и 5 случаев после абортот.

Возраст наших больных отличается от того, при котором по Шредеру чаще всего образуются слизистые полипы (40—55). В наших случаях полипы были обнаружены у женщин в цветущем возрасте (от 21 года до 35 лет), когда женщина чаще всего беременеет. У наших больных в анамнезе роды и аборты были в 3 случаях, только роды в 4 случаях и только в 1 случае больная раньше не беременела.

Бумм, Винтер, В. Нагель и Груздев считают, что все полипозные разращения, независимо от их строения, вызывают обычно маточные кровотечения.

Среди наших случаев в 4 было сильное кровотечение и в одном — кровянистые выделения, а в 3 случаях кровотечения не было. Надо думать, что потеря крови только усугубляла положение и помогала инфекции, т. к. при кровотечении наступало малокровие, и этим самым ослаблялись силы организма в борьбе с инфекцией. Сравнительно небольшая давность возникновения плацентарных полипов, найденных нами, определялась небольшими образованиями, от небольших остатков последа до величины в сливу.

Диагностировать полип, сидящий в полости матки, по мнению Розенштейна В., Кернера, Коллилас, Масциотра и других, довольно трудно, однако Снегирев указывает, что маточным зондом диагностика возможна.

Розенштейн В. приводит два случая плацентарных полипов. В одном из них была диагностирована внематочная беременность. При операции найден пиосальпинкс, а во вскрытой матке найден плацентарный полип величиной с большой орех. Во втором случае, после искусственного аборта, было сделано 4 выскабливания, вследствие непрерывного кровотечения. Наличие кисты побудило сделать операцию — лапаротомию. Удалена киста, сделана надвлагалищная ампутиация матки и обнаружен плацентарный полип.

Кернер приводит случай плацентарного полипа величиной с кулак, диагностированный ошибочно как миома. Грандов приводит случай плацентарного полипа после 3-месячного аборта. Трехкратное выскабливание не остановило кровотечения. Сделана влагалищная экстирпация матки, и найден полип величиной с голубиное яйцо, твердой консистенции из гиалиново перерожденной плацентарной ткани с небольшим количеством фибрина.

Коллилас и Масциотра описали 4 случая плацентарных полипов после родов и аборт, находившихся в матке, в отдельных случаях до 8 лет. Жорес также приводит случай полипа, обнаруженного после удаления матки.

В двух наших случаях, где полипы были величиной с сливу, они при жизни также не были диагностированы. На этом основании мы считаем, что без утероскопа диагностика плацентарного полипа в матке почти невозможна.

В отношении микро-и макроскопического строения полипов имеются следующие данные:

Гранцов, обследуя случай полипа, нашел, что основание его не имеет непосредственной связи с маткой.

Розенштейн обследовал гистологически два случая полипов матки и нашел, что это фибринозные образования, возникшие из задержанных элементов хориона. В препарате найдены фибрин, лейкоциты и значительное образование сосудов.

Коллилас и Масциотра гистологически исследовали найденные в их случаях полипы и нашли прослойки гладких мышечных тканей, в которых проходили соединительно-тканые волокна. Ни синцития, ни клеток Лангганса найти не удалось. Они считают, что здесь имел место чистый атрофический процесс без следов неоплазии. Жорес приводит случай плацентарного полипа, который макроскопически не походил на полип (гладкая поверхность). Микроскопически полип констатирован, несмотря на то, что он ограничен организованной тканью вместо фибринозных масс, покрывающих плацентарные ворсины. Макро-и микроскопические детальные исследования показали, что в центральной части полипа обнаружены ворсинки хориона, а между ними разного размера пространства с остатками крови. На месте прикрепления полипа слизистая оболочка матки обнаруживает строение отпадающей оболочки (decidua).

Френкель считает, что в плацентарном полипе нет той мягкости и легкой отделяемости, какая обычно наблюдается, а также отсутствуют ворсины по всей поверхности. Плацентарный полип покрыт ворсинками только на основании, а остальное — это есть наслоения фибрина, отлагающиеся при каждом кровотечении.

Яшке и Панков указывают на то, что плацентарные полипы чаще всего гнездятся в углу трубы и поэтому трудно удаляются.

Локализация полипов в наших случаях: четыре раза на задней стенке, два раза в левом роге и по всей матке в двух случаях. Таким образом наши случаи не подтверждают взгляда Яшке и Панкова в отношении локализации полипов.

Из литературных данных и наших наблюдений возникает вопрос о том, какую роль играет плацентарный полип в матке после родов и абортов. Является ли полип причиной продолжительных кровотечений и местом проникновения инфекции, или же наоборот — он является предохранительным барьером против вышеуказанных явлений.

Из изученных нами 8 случаев, в 3 не было совершенно кровотечения, а в одном были только кровянистые выделения.

Коллилас, Масциотра и Л. Жорес указывают на то, что ими случайно были обнаружены плацентарные полипы различной давности (до 8 лет) без каких-либо клинических явлений.

Розенштейн В., Гранцов и Кернер, наоборот, приводят случаи, когда длительные кровотечения не уступали выскабливаниям (даже до 4 раз), и после удаления матки авторы находили плацентарные полипы.

До сего времени у большинства акушеров-гинекологов установилась та точка зрения, что плацентарный полип является источником кровотечения. Однако, на основании наших наблюдений и указаний ряда авторов, этот вопрос, по нашему мнению, должен быть пересмотрен, ибо мы склонны предполагать, что женщины, перенесшие септические заболевания после родов и аборт, нередко являются носительницами плацентарных полипов без каких-либо клинических явлений. Следует думать, что образование плацентарного полипа в полости матки из остатков хориона является той защитой, тем механическим барьером, который создается организмом для предотвращения поступления инфекции. Наши предположения о том, что плацентарный полип является барьером для проникновения инфекции и не является причиной кровотечения подтверждается тем, что мы выскабливание делаем только в исключительных случаях. Наблюдая септических больных, которые лежат в нашем отделении часто подолгу, мы не видим каких-либо особых нарушений менструального цикла и обострений или ухудшений, если выскабливание не было произведено. Для того, чтобы окончательно разрешить этот интересный вопрос, необходимо в дальнейшем у женщин, перенесших септические послеродовые или послеабортные заболевания, проводить тщательное обследование полости матки (утероскопия или зондирование); это внесет ясность в вопрос о роли и значении плацентарного полипа.

Поступила в ред. 8/X 1937 г.

Из госпитальной хирургической клиники (директор доц. А. П. Попов) Омского гос. медицинского института им. М. И. Калинина.

Хлорацид в лечении свежеинфицированных ран.

(Предварительное сообщение).

Интерн В. В. Шкляев.

Вопрос об успешном лечении ран продолжает все время привлекать к себе неослабный интерес со стороны хирургов.

В отношении свежих ран основная задача заключается в борьбе с проникшей инфекцией. Практически это осуществляется путем применения всех видов механической и химической стерилизации раневой поверхности, начиная от простейшего туалета раны и операции *débridement*, создающей лучшие условия для дальнейшего лечения раны, и кончая операцией первичного иссечения раны (*éplâchement, excision en masse*).

Первичная обработка свежих ран, как один из основных методов травматологии, вошла в настоящее время в обиход большинства современных хирургов.