

Из Московского областного научно-исследовательского института охраны материнства (дир. д-р П. И. Мартыненко, научн. руководитель проф. М. Г. Сердюков).

Лечение хронических воспалительных заболеваний шейки матки диатермокоагуляцией.

Старш. научн. сотр. А. П. Кушелевский и Ц. В. Паперно.

Одним из трудных отделов гинекологии в области консервативной терапии является лечение эндоцервицитов и эрозий шейки матки.

Установив точную топическую диагностику заболевания, мы приступали к лечению. Ниже мы подвергаем анализу лечение 86 таких больных, из них в 42 случаях эндоцервицитов и воспалительного характера эрозий шейки матки была применена диатермо- или электрокоагуляция. Существует множество методов и средств для лечения эндоцервицитов и эрозий шейки матки, но большинство из них имеет много недостатков и не дает хороших результатов. Раньше в поликлинике нашего института проводилась в этих случаях медикаментозная терапия без успеха в течение ряда месяцев и даже лет.

По давности заболевания 42 больных распределялись следующим образом: до 1 г.—14, до 5 лет—12 и до 10 лет—16 больных. Таким образом, контингент больных состоял из хроников, проводивших свое лечение не только в поликлинике института, но и в других учреждениях Москвы и области. По возрасту больные были: с 20 до 30 лет—14, с 30 до 40 л.—16 и с 40 до 50 л.—12 больных. По составу: раб.—10, служ.—6, колхозниц—2 и дом. хоз.—24. По конституции: астеничек—22 и пикничек—20.

Кроме вышеуказанных данных, клиническая характеристика больных, подвергшихся соответствующей терапии, заключалась в следующем: больные преимущественно жаловались на бели, причем у 12 из 42 больных бели были кровянистого характера. Бактериоскопически почти все больные имели IV и III ст. чистоты. В 18 случаях заболевание находилось в связи с гонореей¹⁾, а в 24 случаях в связи с родами и абортми.

Только 2 больных не рожали, но делали аборт; 9 больных по 1 разу родили и делали аборт и, наконец, 27 больных—многорожавшие и много абортировавшие. У 18 больных были констатированы *ovulae Nabothi*, поверхностно и глубоко расположенные.

Методика диатермо- или электрокоагуляции введена в медицинскую практику только в первое десятилетие настоящего столетия французским хирургом и акушером-гинекологом Дуаэном (Duaen), а также французом Удином (Udin) и применялась ими вначале преимущественно для разрушения злокачественных новообразований вместо Пакелена. В дальнейшем этот метод начал применяться и применяется до сих пор в различных специальностях медицинской практики, а в гинекологии несколько лет употребляется при лечении эрозий шейки матки. Только за последние 2 года мы начали применять электрокоагуляцию при лечении и

¹⁾ См. работу д-ра Кушелевского „Роль конfrontации в гинекол. клинике“ журн. „Клиническ. мед.“, № 4, 1935.

цервикалов. В опубликованной литературе мы нашли одну отрицательную характеристику электрокоагуляции в отношении лечения неоперабельных форм злокачественных новообразований.

Для объективной оценки этого метода лечения приведем более подробную точку зрения Лурье о влиянии электрокоагуляции на ткани. Для изучения действия электрокоагуляции на различные ткани электрод прикладывался к различным органам животного и затем эти органы подвергались микроскопическому исследованию. При этом оказалось, что ткани свертывались на большем или меньшем протяжении в зависимости от силы тока и продолжительности сеанса. Достаточно 1 мин., чтобы, приложив электрод на кожу грудной клетки животного, получить ожог на соответствующем участке легкого и диафрагмы.

Новообразования мышцей разрушались электрокоагуляцией, но при этом получались ожоги на прилегающих тканях и органах и животное погибало. При недостаточной силе тока или после кратковременных сеансов опухоль продолжала развиваться. Лурье на основании этого считает данный метод лечения очень сложным и опасным: малейшие опущения в технике ведут к разным осложнениям. Дозировка тока возможна только в известных пределах, так как сопротивление тела не может быть точно установлено, то и точная дозировка, по его мнению, фактически невозможна. Ввиду этого он находит, что электрокоагуляция не может быть принята для лечения неоперабельных форм злокачественных новообразований.

Примененная нами техника электрокоагуляции заключалась в следующем: один станиоловый индифферентный электрод, величиной 30×40 см., прикладывался плотно на поясницу, причем б-ная укладывалась на гинекологическое кресло, к которому и прикреплялся станиоловый индифферентный электрод. В качестве активного электрода мы пользовались большей частью тремя операционными электродами: игольчатым, ланцетообразным и маленьким шарообразным. Эти активные электроды прикреплялись к эбонитовой ручке, при помощи которой производилось нами электрохирургическое вмешательство на шейке матки и в цервикальном канале через эбонитовое зеркало. Активный электрод называется также и операционным, делается из металла с малым сопротивлением и не нагревается во время сеанса диатермии, чем и отличается от методов воздействия Павленом и гальванокаустикой.

Мы употребляли обычно в зависимости от величины эрозии на шейке матки и процесса в цервикальном канале силу тока от 0,5 до 1 ампера. Только в редких случаях, при необходимости более глубокого и распространенного воздействия, доводили эту силу до 1,5 ампера. Маленькие участки выжигались игольчатым электродом, причем, в зависимости от глубины поражения, мы вкалывали его в глубину пораженной ткани. Ланцетовидным электродом пользовались не только для удаления полиповых и других разрастаний, но и при воздействии на большой участок пораженной ткани шейки матки при глубоко расположенных в цервикальном канале *ovulae Nabothi* при щелевидном отверстии матки. Для поверхностной электрокоагуляции мы пользовались маленьким шарообразным активным электродом. Размеры электрода указывали нам на необходимую для коагуляции силу тока. Чем больше поверхность контакта электрода с пораженной эрозией шейки матки, тем больше бралась нами сила

тока, необходимая для каустического эффекта, т. е. подобно консервативной диатермии для интенсивности термического действия важна не столько сила тока, сколько отношение ее к диаметру электрода, т. е. плотность тока. Продолжительность сеанса также обуславливала размеры коагуляции. Чем дольше ток проявлял свое действие, тем большая площадь эрозий коагулировалась.

В единичных случаях мы пользовались диатермокоагуляцией для остановки кровотечения после произведенной биопсии шейки матки. Чем большую силу тока мы брали и чем более удлиняли время воздействия, тем глубже и больше коагулировались патологически измененные ткани шейки матки. Дозиметрия является слабым местом электрокоагуляции. Но опыт и практическая работа в этой области дали нам определенные установки для дозировки лечения. Сила тока при хирургической диатермии нами бралась настолько интенсивной, чтобы коагуляция патологически пораженной шейки матки произошла в несколько секунд. Эрозия после электрокоагуляции становилась белой или бело-желтого цвета, что указывало на образовавшуюся коагуляцию. Мы не употребляли очень большой силы тока и не допускали обугливания тканей.

Техника применения диатермокоагуляции регулировалась и изменялась в процессе лечения больных. Мы должны предостеречь от технически неправильно проводимой хирургической коагуляции. Методика должна быть точна в смысле установки аппаратуры и инструментария. Вначале реостат диатермии выключался очень немного и путем испытания увеличивали ампераж до тех пор, пока не случалась соответствующая коагуляция. Мы проводили лечение чрезвычайно осторожно и на нашем материале в конце лечения не было зарегистрировано ни одного случая стеноза шейки матки и других грубых анатомических изменений при динамическом контроле больных. Коагуляцию мы проводили учитывая не только форму и характер заболевания шейки матки, но также возраст и профессию больных; например, у молодых женщин проводили более консервативно.

Послеоперационное течение длилось в зависимости от поверхности и глубины участка шейки матки, подвергнутого электрокоагуляции, от 3 до 6 недель. За этот период времени обычно увеличивалась выделения, медленно отпадала коагулированная ткань шейки матки и дефект покрывался нормальной слизистой. В нескольких случаях для уменьшения выделений на коагулированную ткань эрозий наносилась присыпка *alum ustum*, тогда выделения прекращались и коагулированная часть отпадала более сухой.

Из 42 больных, подвергшихся диатермокоагуляции, 29 больных получили по 1 сеансу лечения, 10 больных—по 2 сеанса и только 3 больных получили по 3 сеанса.

Повторение сеансов находилось в зависимости от распространенности воспалительного процесса в шейке матки, а также от техники проведения этого хирургического метода лечения. Повторно мы проводили коагуляцию не раньше, чем через 3—4 недели, когда уже коагулированная ткань отпадала и на шейке матки оставались еще участки воспалительного процесса. Выздоровление наблюдалось в 29 случаях после одного сеанса диатермокоагуляции; улучшение получили 13 больных; после 2-х сеансов выздоровление получили еще 10 больных и после 3-х сеансов най-

дено значительное улучшение у остальных 3-х больных. Давность заболевания у этих больных была около 10 лет, причем одна больная указывала, что не было в Москве поликлиники, в которой она не проводила бы в течение этого времени систематического медикаментозного лечения своей болезни. Все случаи прошли гладко. Бактериоскопически у большинства больных мы констатировали после лечения II и даже I ст. чистоты.

Таким образом, эффективность лечения цервицитов и эрозий шейки матки с помощью электрокоагуляции значительна. Мы получили излечение после одного сеанса в 69% случаев, а после 2-х сеансов еще в 24%, а всего 93% случаев. Удобство этого метода заключается в том, что больные не должны так часто и систематически посещать лечебное учреждение. Все другие методы лечения эндоцервицитов и эрозий шейки матки, не исключая и физиотерапевтических, сравнительно длительны, требуют систематического посещения больными лечебного учреждения. Много времени и энергии тратится больными и медперсоналом учреждения на различные прижигания и другие процедуры. Электрокоагуляция шейки матки почти безболезненная процедура и представляет собой ценный операционный метод лечения, а в сравнении со старыми методами каустики—термокаутером или гальванокаутером—имеет много преимуществ. Электрокоагуляция дает возможность очень точно локально воздействовать в глубину на патологически измененную шейку матки. Так, один из авторов этой работы (А. П. Кушелевский) провел в поликлинике и-та выжигание полипов уретры диатермокоагуляцией у 17 больных женщин. Кроме того, А. П. Кушелевский проводил электрокоагуляцию полипов шейки матки у 16 больных, а также коагуляцию *Condylomata acuminata* у 11 больных с хорошим терапевтическим результатом. Больные переносили спокойно электрокоагуляцию без анестезии. Электрокоагуляция является методом не только предохраняющим от кровотечений, но и кровоостанавливающим. Коагуляция уничтожает патологически измененные и инфицированные ткани шейки матки и одновременно тромбозировать лимфатические и кровеносные сосуды, чем, при соответствующем уходе, устраняется возможность последующей инфекции. Все эти данные указывают на преимущество этого метода лечения хронических заболеваний шейки матки.

Когда эта работа была уже закончена, мы получили американский журнал „Акушерство и гинекология“ (октябрь, 1934 г.), в котором нашли работу под названием: „Лечение болезней шейки электрокоагуляцией, в особенности цервицитов“. Автор этой работы Леон Стадием (Lyon Stadium) из Нового Орлеана приходит к следующим выводам: 1) электрокоагуляция была применена в различных формах цервицитов с полным анатомическим восстановлением тканей и уменьшением болевых симптомов в 95% случаев; 2) этот метод был применен в небольшом количестве—при шеечных фибромах и карциноме предварительно перед иррадиацией; 3) большинство больных проделало это лечение амбулаторно и только немногие в клинике; 4) этот метод рекомендуется в особенности потому, что другие методы не дают благоприятных результатов, так как многие из них не принимают во внимание анатомических и патологических изменений. Следовательно, результаты, полученные нами, вполне совпадают с результатами вышеуказанного американского автора.

Выводы. 1. Лечение диатермокоагуляцией хронических эндоцервицитов и эрозий шейки матки, изъязвленных, особенно кровоточащих, дает хороший и быстрый эффект.

2. Лечение диатермокоагуляцией дало нам после одного сеанса излечение в 69% случаев, после 2-х сеансов еще в 24%, а всего в 93% и только в 7% случаев мы получили лишь значительное улучшение.

3. Методика и техника применения этого способа лечения должна быть строго индивидуализирована в зависимости от формы и характера заболевания шейки матки.

4. Удобство этого метода лечения заключается в том, что он может быть применен в поликлирической практике, требует небольшой затраты времени со стороны больной и врача.

5. Особенно ценен этот метод в районах, где больная не имеет возможности из-за дальнего расстояния и других причин систематически посещать больницу для лечения хронических заболеваний шейки матки.

Из Гинекологической клиники Киевского института усовершенствования врачей (дир. проф. В. Л. Лозинский).

К вопросу о лечении острых кондилом кварцем.

В. Н. Хмелевский.

Лечение острых кондилом кварцем—вопрос новый, и потому, испробовав этот метод лечения, считаем нужным поделить его результатами. Мы наблюдали два случая.

1. Истор. бол. № 42/4154. 31/1 1933 г. Больная О. Б., 25 л., поступила в клинику с жалобами на разращения на наружных гениталиях, на боли и бели в большом количестве. Anamnes: в детстве корь, шенсес с 16 лет, через 4 нед., по 4 дня, обильные. Половая жизнь с 19 лет, в связи с которой появились бели, рези при мочеиспускании. Муж болел гонореей. Беременной не была. Со вторым мужем живет месяцев 5. Были рези при мочеиспускании, в большом количестве бели. Месяца 4 назад заметила на наружных половых органах разращения, постепенно увеличивавшиеся, появились боли, жжение, неприятный запах, боли при coitus'e. Наследственность—ничего патологического. St. praes.: Больная среднего роста, удовлетворительного питания, пикничка. Слизистые оболочки бледно-розового цвета. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Волосатость по женскому типу. На больших и малых губах и входе во влагалище много кондилом величиной от чечевицы до сливы, доходят до anus'a. Кругом покраснение. Гнойные грязные выделения с резким запахом. Кондиломы очень болезненны, при дотрагивании кровоточат. Из половой щели вытекают в умеренном количестве гнойные выделения с запахом. Слизистая оболочка входа гиперемирована. Вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала краснота, из отверстия уретры выливается мутная капля. Внутренние половые органы без особых отклонений. Исследование выделений с поверхности кондилом—все поле зрения усеяно лейкоцитами, кокками, диплококками, стафило и стрептококками. В выделениях вагины—очень много лейкоцитов, кокков, диплококков. Нб 85%, зритр. 4.500.000, лейкоц. 10.200. Моча—реакция кислая, уд. вес 1020, белка и сахара нет, в осадке в умеренном количестве лейкоциты и эпителий пущыря.