

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 поликлинической 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, шенпес 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.

Сразу же мы приступили к облучению кварцем. После первого облучения боли уменьшились, запах выделений тоже значительно уменьшился. После 4-х облучений краснота на наружных половых органах исчезла. Боли прекратились. Ковдиломы заметно начали увядать. Поверхность их сделалась сухая. Не кровоточили. Анализ выделений с поверхности ковидилом делался каждый раз до облучения и после. Количество стафилококков и стрептококков после каждого облучения заметно уменьшалось и после 3-х облучений их в мазке уже не было: были единичные кокки, диплококки, которые также исчезли после 4-х облучений. Анализ крови после облучения: Нв 85%, эр. 4.500 000, лейкоц. 8.000. После 12 облучений ковидиломы уменьшились в 4—5 раз против своего первоначального размера, сделалась сухими. Составные части ковидилом—дольки легко отпадали от стержня ковидиломы. Малые ковидиломы легко отделились от кожи наружных половых органов, оставляя на своем месте легкое покраснение. После 18 облучения все ковидиломы исчезли (осыпались).

II случай. Истор. бол. № 49/4161. 2/II 1933 г. Больная 24 л. поступила в клинику с жалобами на раздражения на наружных половых органах, мешающие ей ходить, резкие боли, рези при мочеиспускании, выделения гнойного характера с резким неприятным запахом. Anamnes: В детстве корь, затем малярия, menses с 15 лет, через 4 нед., по 2—3 дня, не обильны, без болей. Половая жизнь с 16 лет. Беременностей три, кончились срочными родами с норм. послеродовым периодом. Последние роды 4 года назад. Месяца три—как у больной появились частые позывы к мочеиспусканию, гнойные бели в большом количестве. 1½ месяца назад больная заметила на наружных половых органах и в области anus'a раздражения. Не лечилась. Раздражения увеличивались, появились резкие боли, бели гнойного характера с резким запахом, кровотечения при дефекации. Месячные стали болезненны, через 2 нед., по 2—3 дня. Последние месячные 1½ мес. назад. Наследственность—ничего патологического. St. praes.: Больная среднего роста, удовлетворительного питания, астеничка. Слизистые оболочки бледно-розового цвета. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Волосатость по женскому типу. Наружные половые органы покрыты раздражениями величиной в 2 мужских кулака, переходящими на промежность и вокруг anus'a, имеют вид цветной капусты, покрыты серым гнойным налетом. При дотрагивании очень болезненны и кровоточат. Вокруг ковидилом на внутренних поверхностях бедер краснота. При раздвигании разражений вместе с большими губами из половой щели вытекают гнойные грязные выделения с крайне зловонным запахом. Слизистая входа гиперемизована. Наружное отверстие мочеиспускательного канала гиперемизовано. При надавливании чувствительно и выделяется капля гноя. Шейка цилиндрической формы. Наружный зев имеет форму поперечной щели. Матка в retroflexio, подвижна, неболезненна, своды свободны. Исслед. выделений с поверхности ковидилом: все поле зрения усеяно лейкоцитами, здесь же—кокки, диплококки, стафилококки, стрептококки. Выделения влагалища: лейкоцитов 50 в поле зрения, диплококки, кокки, стафилококки, гонококки Neisser'a. Нв (5%), эр. 4.200.000, лейкоц. 13.000. Моча: уд. вес 1015, реакция кислая. В моче заметны небольшие хлопья. При микроскоп. исслед. осадка—много лейкоцитов, эпителий пузыря, кокки, диплококки. Больную в продолжение 4-х дней обмывали и спринцевали раствором Kalii hypermang. Боли продолжались и были настолько интенсивны, что приходилось вприскивать морфий. Выделения уменьшались, но все же имели гнилостный запах. Исслед. выделения с поверхности ковидилом: лейкоциты в большом количестве, кокки, диплококки, стрептококки, стафилококки.

Было приступлено к облучению кварцем, и уже после первого облучения боли значительно уменьшились, и больная ночью спала без наркотиков. На другой день количество выделений меньше и запах их значительно слабее. Всего сделано 5 облучений, после которых болезненность ковидилом была незначительна, выделения из них прекратились, запах и

краснота исчезли. Одиночные кондиломы начали блекнуть, поверхность их сделалась сухой. Анализ выделений с поверхности кондилом делался каждый раз до облучения и после. Количество стрепто- и стафилококков после каждого облучения заметно уменьшалось, и после 5 облучения их в мазках не было. Кокки, диплококки были изредка. Анализ крови после 5 облучения: Нв 65%, эр. 4.500 000, лейкоц. 9.600. Так как больная не могла долго оставаться на лечении, мы оперативным путем (ножницами у самого основания) удалили все кондиломы. Таким образом облучение кварцем послужило подготовкой к оперативному лечению. Для облучения мы пользовались кварцевой лампой Баха, начинали с расстояния 50 см., 5 минут и уменьшая каждый раз расстояние на 5 см. и увеличивая время на 5 минут, доходили до расстояния 30 см. 30 минут. Старались направлять лучи только на пораженные части и тщательно простыней накрывали свободную от поражения кожу. Для меньшего рассеивания лучей к лампе Баха подвешивалась простыня, чем создавалось максимальное направление лучей на пораженные части. Кроме облучения применялись обмывания и спринцевания раствором Калий перманганата (1:4000).

Анализируя данные случаи лечения кварцем, мы должны констатировать, что кварц оказывал действие: 1) анестезирующее, 2) бактерицидное, 3) вызывал увядание кондилом.

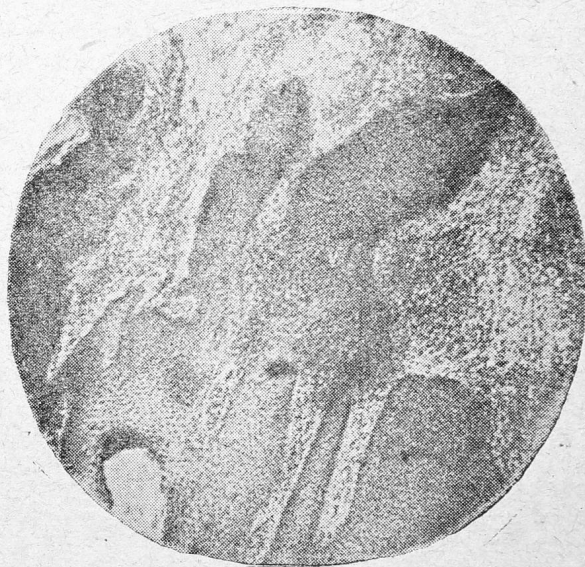
Литературные данные относительно анестезирующего действия кварцелучей не совсем сходятся с нашими наблюдениями. Так, Гройер и Ясинский (V. Groer и Jasin sky) наблюдали понижение болевой чувствительности кожи в течение очень короткого времени, после же очень интенсивного облучения у чувствительных индивидуумов наблюдается ясно выраженная гипералгезия, появляющаяся сейчас же после облучения. В наших же случаях моменты обезболивания от действия кварца были довольно ясно выражены и моментов усиления чувствительности мы не наблюдали.

Что касается бактерицидности кварцелучей, то Бах считает, что ультрафиолетовые лучи проявляют бактерицидное действие и в течение 1—5 м. разрушают бактерии, находящиеся на поверхности кожи. Вагнер, лечивший с успехом гонорейю (также Colpitis granularis), высказался, что ультрафиолетовые лучи развивают при этом бактерицидное действие и теплоту, уничтожающую гонококков. Гейнеман также установил бактерицидное действие ультрафиолетовых лучей; ему удалось при гноящихся ранах добиться хороших результатов: излечение наступало быстро благодаря умерщвлению бактерий, высушиванию раны и стимулированию процесса заживления раны (цит. по Баху). Таким образом, литературные данные подтверждают наши наблюдения относительно бактерицидности кварцелучей.

По вопросу о лечении острых кондилом кварцем нам удалось найти в литературе лишь одну работу Hart'a. Он описывает три случая излечения острых кондилом кварцем. В 1 случ. после 8 сеансов вагинальные и вульварные кондиломы исчезли, кроме 2-х больших, которые наполовину съезжились. После 13 сеансов кондиломы имели $\frac{1}{3}$ первоначальной величины, легко приподнимались от основания и были удалены безболезненно хирургическим путем. Для лечения автор пользовался лампой Баха с локализаторами и приставками по способу проф. Wintza для освещения глуболежащих органов и слизистых оболочек. Начал облучать с 5 мин., повышая каждый день на 3—4 м. до 20. На этом он и остановился. Половина времени предначалась для лечения кондилом во влагалище, а другая — для облучения кондилом на наружных половых органах, производившегося без наконечника на расстоянии 20—25 см.

Таким образом как наши наблюдения, так и наблюдения Hart'a говорят о том, что под влиянием кварца кондиломы увядают. Но почему кварц так действует, какие микроскопические изменения претерпевают кондиломы — об этом Hart не говорит.

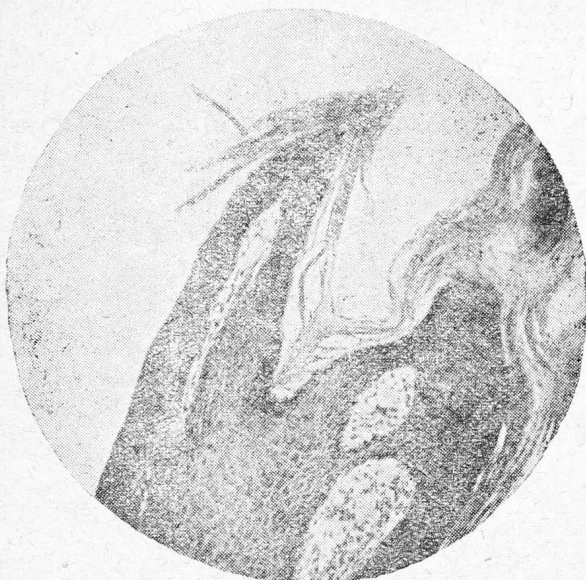
Наши патолого-анатомические исследования кондилом, произведенные при кафедре пат. анатомии Киев. инст. усоверш. врачей (проф. П. А. Кучеренко), показывают, что в препаратах кондилом, взятых после лечения кварцем, в сравнении с препаратами до лечения, значительно меньшее количество сосудов. В капиллярах и мелких кровеносных сосудах наблюдается размножение клеточных элементов с наклоном к облитерации. Строма становится плотнее. Волокна соединительной ткани расположены пучками. Между волокнами значительное количество клеточных элементов круглых, овальных и веретенообразных. Со стороны эпителия наблюдается резко выраженный слой зернистых клеток (*Stratum granulosum*) и значительный гиперкератоз. Таким образом гистологическое исследование после лечения кондилом кварцем обнаружило регрессивные изменения с наклоном к фиброзному превращению, остановке роста и атрофии. (См. микрофотограмму № 1—кондиломы до лечения, микрофотограмму № 2—после лечения кварцем). Какова причина этих изменений? Действуют ли лучи кварца на самые кондиломы или уничтожают причину, вызывающую их, или это действие совместное? Прежде всего нужно установить—что представляют собой кондиломы. Есть ли это новообразование или простая гипертрофия? Этот вопрос еще пока не разрешен. Так, Горизонтов, Menge-Oritz, Груздев и др. считают их настоящими новообразованиями эпителиального типа, доброкачественными. Другие же авторы—Кучеренко, Шредер, Никифоров относят их к простым гипертрофиям. Мы придерживаемся мнения, что это простые гипертрофии, вызванные хроническими воспалениями катарально гнойной формы, особенно гоноройного происхождения.



Микрофотограмма № 1 до лечения кондилом кварцем.

Относительно пат.-анатомических изменений кожи после кварцоблучений за последние годы появился ряд экспериментальных работ. Из основных работ

заслуживают особого внимания данные Райхинштейна и Фридланда, Немсадзе и Рахманова. Немсадзе и Рахманов для исследования брали кожу подошвы мыши, считая, что кожа подошвы мыши представляет большую аналогию с кожей человека. В качестве источника для у.-ф. облучения авторы пользовались лампой Баха. Облучение производилось 10—20' на расстоянии 50 см. Продолжительность жизни животных от облучения до вскрытия была от 3 часов до 58 дней. Изменения, наблюдавшиеся авторами в коже, были последовательны, т. е. гиперемия, дегенеративные изменения клеток эпидермиса, внедрение лейкоцитов в толщу эпидермиса и последующая репаративная пролиферация клеток его. Причем, Рахманов и Немсадзе, Райхинштейн и Фридланд наблюдали изменения на коже неодинаковые на всей ее поверхности, а различные на разных участках, представляющие в этом



Микрофотограмма № 2 после лечения кондилом кварцем.

отношении сходство с очаговыми поражениями после рентгеновских изменений в коже. При двойных дозах, по наблюдениям авторов, изменения в эпидермисе всегда резко выражены и представляют типичную картину с распадом клеток и со значительным отеком вплоть до образования пузырей, но и в этих случаях эпидермис поражается участками. Развивающиеся во второй стадии реакции пролиферативные и репаративные изменения в эпидермисе авторы наблюдали всегда выраженными ясно на всем протяжении подошвы. Состоят они в увеличении количества митозов в клетках базального слоя. При этом весьма часто видны клетки с ядрами, находящиеся в различных стадиях кариокинетического деления, в более поверхностных слоях эпидермиса, вплоть до зернистого слоя, между тем, как в нормальной коже авторы наблюдали их только в нижнем слое. Немсадзе и Рахманов объясняют это явление предположением, что при реактивных изменениях эпидермиса происходит смещение клеток нижнего слоя по направлению к поверхности и такое быстрое, что не успевает закончиться процесс деления ядра. Реакция после облучения кварцем длится очень продолжительное время. Рахманов и Немсадзе наблюдали на 58 день после облучения увеличение по сравнению с нормой количества митозов, усиленное образование рогового вещества. Реакцию со стороны сосудов Рахманов, Немсадзе, Фридланд и Райхинштейн наблюдали на коже равномерно. При усиленной дозе она выражена очень резко с обильным образованием экстравазатов. Наблюдается усиленная реакция

со стороны соединительной ткани с явлениями ее пролиферации. Нервный аппарат кожи реагирует на у.-ф. облучение разрастанием и утолщением нервных волокон и изменением во всех видах нервных окончаний. После сильных доз облучения, вызывающих глубокие изменения эпидермиса, могут быть частичные дегенеративные изменения и в нервном аппарате кожи (Немсадзе, Рахманов). Таким образом экспериментальные исследования ряда авторов говорят о том, что кожа (вместе с ее нервным аппаратом, сосудами) претерпевает целый ряд изменений при облучении кварцем, причем при значительных дозах появляются дегенеративные изменения в эпидермисе и нервном аппарате.

Мы в своих случаях, как упоминалось, давали большие дозы кварца, что и привело к описанным выше результатам. Мы считаем, что в основном наши исследования подтверждают данные Рахманова и Немсадзе.

Кварцоблучение вызвало регрессивные изменения, приведшие к остановке роста и атрофии кондилом. Кроме того, кварц, как бактерицидный фактор, уничтожает причину, вызывающую рост кондилом. Относительно бактерицидности мы уже говорили, но хочу все же подчеркнуть, что с увеличением дозы бактерицидное действие, повидимому, увеличивается (Каганер, Стояновская).

Относительно глубины действия у.-ф. лучей мнения авторов расходятся. Так, Газе (Gaze, 1920) на основании своих опытов пришел к выводу о ничтожном глубоком действии у.-ф. лучей. Янсен (Jansen, 1903) установил, что короткие у.-ф. лучи проникают в глубину не более 1,2 *mm*. Родэ (Rohde, 1915), Леви (M. Levy, 1916), Гассуль (Gassul, 1920), Ремезов (1926), Козакевич-Ягубов (1929) на основании своих опытов считают доказанным глубокое бактерицидное действие у.-ф. лучей. В опытах Козакевича-Ягубова бактерицидность коротких у.-ф. лучей проявляется к исследуемым бактериям, помещенным на глубине до 4 *cm*. в тканях животного под кожей и мышцами. Ткани животного, облученного ртутно-кварцевой лампой, также обладают бактерицидной способностью. Таким образом, большинство авторов последних лет высказывается о глубоком действии у.-ф. лучей. Наши наблюдения как клинические, так и патолого-анатомические также дают нам право присоединиться к сторонникам прямого глубокого действия этих лучей.

Рассматривая данное сообщение как предварительное, мы позволим себе, резюмируя наши наблюдения, наметить следующие положения:

- 1) Действие кварца как лечебного фактора основано на регрессивных изменениях в кондиломах, что и приводит к их атрофии.
- 2) Действие кварца как бактерицидного фактора — противовоспалительного — уничтожает причину, вызвавшую кондиломы.
- 3) Облучение кварцем кондилом может служить подготовкой их к операции.