

эрозия на шейке матки имела место у 11 женщин, небеременные придатки с видимыми воспалительными изменениями встретились у 21 женщины, диплококки (гр—), внутриклеточно расположенные, имели место в выделениях из цервикального канала у 22 пациенток, из 4 поставленных реакций Борде-Жангу—3 оказались отрицательными, из 7 случаев с анализом крови на лейкоцитоз и РОЭ—все дали нормальный лейкоцитоз с РОЭ от 50', до 2 ч. 30 мин. по Линценмейеру; в случаях с септической инфекцией лейкоцитоз доходил до 10 тысяч и выше.

Выводы. 1. Воспалительные изменения в трубах являются доминирующими среди причин, способствующих возникновению вне-маточной (тубной) беременности (из 86 случаев—82).

2. По характеру вызвавшей воспаление инфекции—первое место принадлежит септической (из 82—55 случаев—67%).

3. Гонорея, в этиологии внематочной беременности воспалительного происхождения, занимает второе место (из 82—27 случаев—33%).

Поступила в ред. 7/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. И. Ф. Козлов)
Казанского ГИДУВ.

К вопросу о лечении пролежня влагалищной части матки при проляпсах.

А. П. Чигарин.

В клинической картине неполного или полного выпадения матки часто наблюдается пролежень *portionis vaginalis*. Причиной выпадения матки и пролежня на ее влагалищной части большинство авторов считает механические факторы: неправильное положение матки, слабость мускулатуры тазового дна, ранний физический труд девочки, повышенное брюшное давление при тяжелой физической работе, родовой акт и т. д. (Фритч, Верт, Фелинг, Гальбан, Тандлер, Шульце, Кюстнер).

Ретроверзия—флексия матки без выпадения создает перекручивание связок матки и проходящих в них вен, перекручивание же связок и вен влечет за собой катар и гиперемию маточной мукозы, отечное пропитывание трансудатом всего органа. При проляпсе действуют те же вредные моменты, но в гораздо большей степени, поэтому и увеличение матки бывает более резко выражено. В свою очередь, это отечное пропитывание матки при проляпсе всего резче бывает выражено на влагалищной части и непосредственно над нею лежащих частях шейки матки (Кюстнер). Шейка матки, находясь вне половой щели, не орошает более влагалище своим секретом, эпителий влагалища делается сухим и ороговевающим. Благодаря действию на выпавшую шейку матки физических факторов (тепла,

холода воздуха), механических моментов (трение одеждой, кожей бедер), химических раздражений (моча, а при нечистоплотности больной—кала), на *portio vaginalis* образуются эпителиальные дефекты. Эпителиальные дефекты, язва—*decubitus* могут образоваться как на передней губе, так и на задней или вокруг цервикального канала; они бывают различной формы и величины. Поверхность язвы бывает часто неровной, покрытой серовато-грязным налетом, края язвы обрывисты, резко отечны; при дотрагивании до язвы ватным тампончиком она кровоточит.

Наличие язвы служит препятствием к оперативному вмешательству как своим расположением, так и содержанием на поверхности язвы патогенных микробов; оба эти момента являются небезразличными для производства пластической операции, создания асептического операционного поля. Поэтому для обеспечения благоприятных результатов оперативного вмешательства необходимо подготовить больную к операции или путем заживления язвы, или вырезыванием ее в начале операции.

Для лечения *decubitus*'а шейки матки при проляпсах было предложено огромное количество различных медикаментозных веществ для спринцеваний, смазываний, различных мазей, примочек. На основании современных представлений об обратимости реакций организма, о роли нервной системы при общих и местных заболеваниях организма, о роли ретикуло-эндотелиальной системы, о роли коллоидно-химического равновесия в тканях и т. д. мы применили несколько способов лечения. Обоснование этих способов лечения и сравнительные результаты их мы и сообщаем ниже.

При изложении этиологии *decubitus*'а шейки матки при ее проляпсах мы указали, что большинство авторов приводит в качестве этиологического момента механические причины. Но указание на причину не объясняет еще всего процесса развития *decubitus*'а. Учитывая, что при *decubitus portio vaginalis uteri* мы имеем нарушение питания слизистой вследствие сдавления и перекручивания вышележащих сосудов (в области широких связок), вследствие отека (трансудации) под лежащих под эпителием тканей, высыхания (ангидроза) покровного эпителия, мы должны отнести *decubitus* к трофическим язвам.

Primum movens при нарушении трофики влажной части при выпадении матки являются механические причины—смещение матки без активного участия нервной и сосудистой системы, пассивная травматизация последних при этом смещении.

Таким образом роль центров нервной и сосудистой систем в процессе развития трофической язвы *portio vaginalis* при выпадении матки исключается, в то же время местное участие этих систем является бесспорным. Поскольку процесс развития трофической язвы *portio vaginalis uteri* при проляпсах объясняется механической причиной (смещение матки) с последующим местным участием нервной и сосудистой систем, необходимо в целях терапевтического воздействия и создания обратимой патофизиологической реакции, т. е. заживления язвы, идти в двух направлениях: в сторону воздействия на нервную и сосудистые системы.

Исходя из концепции Вишневого—Сперанского, что переустановку регуляторно-трофической функции нервной системы можно произвести новокаиновым блоком—бескровной невротомией, мы для лечения *decubitus* в наших случаях применяли предложенный Вишневым циркулярный новокаиновый блок. Для блока брался обычно употребляемый при операциях для анестезии по методу ползучих инфильтратов Вишневого 1/4% раствор новокаина на рингеровском растворе. До производства блока площадь пролежня измерялась сантиметровой линейкой; описывалась форма пролежня, его месторасположение, внешний вид и состояние. Блокирование пролежня производилось циркулярно следующим образом: захватив шейку матки пулевыми щипцами вне расположения пролежня, обработав слизистую влагалищной части матки вокруг пролежня спиртом и иодной настойкой, мы производили 5-граммовым шприцем инъекции новокаин-рингеровского раствора. Впрыскивания производились в слизистую и подслизистую вокруг язвы, отступя от края язвы на 2—3 миллиметра,—до получения желваков. Количество новокаин-рингеровского раствора, употребляемого для инъекций, зависело от величины язвы, и в наших случаях оно было в среднем равно 30 г. После производства блока матка вправлялась во влагалище, и больной назначался полупостельный режим. До блока и после никакого другого лечения пролежня не производилось, туалета влагалища спринцеванием не делалось. Через 2 дня после блока больная осматривалась, описывалось состояние язвы, и если заживление язвы не произошло, то производилось блокирование вновь. Само собою разумеется, количество новокаин-рингеровского раствора при втором блокировании затрачивалось меньше, так как площадь пролежня после первого блока обычно значительно уменьшалась. Через 2 дня после второго блока больная вновь осматривалась и в зависимости от степени заживления или вновь блокировалась, или констатировалось заживление. Признаком последнего считалось полное покрытие дефектов в области пролежня благодаря хорошей эпителиализации.

Получив определенный благоприятный результат от новокаин-рингеровского блока, мы у 2-ой группы больных с пролежнем влагалищной части пролябированной матки применили блокирование инъекциями гравидана, изготовленного по способу доц. Шарафутдинова и полученным из его лаборатории.

Физико-химические свойства примененного нами гравидана были, по данным доц. Шарафутдинова, следующие: реакция—слабо кислая, удельный вес 1023—1032, рН 6,2—6,4; содержание в средних арифметических цифрах пролана 600 м. е., фолликулина 383 м. е., хлоридов (25 мг/о, фосфатов (P₂O₅) 200 мг/о, общего азота 636 мг/о, мочевины 989,5 мг/о, азота мочевины 462 мг/о, сахара и других редуцирующих веществ 139 мг/о.

Применение инъекции гравидана при пролежне влагалищной части пролябированной матки базировалось на той мысли, что большинство наших больных пролежнем принадлежало по возрасту к полному или наступающему климактерию, т. е. к периоду, когда у женщины нарушается эндокринная регуляция. Этот момент в свете современного учения о связях нервной и эндокринной системы позволял сделать предположение, что пролежень есть следствие, с одной стороны, механических факторов, а с другой—нарушения нервно-

гуморальной регуляции (нейрокринии). Подготовка и режим больных этой группы применялись те же, что и при новокаин-рингеровском блоке. Техника производства инъекций гравидана была тождественна вышеописанной с той лишь разницей, что количество впрыскиваемого гравидана было по возможности доведено до минимума, т. к. инъекция больших количеств гравидана является безразличным для организма фактором. В этом мы убедились по двум случаям впрыскивания гравидана женщинам в период климактерия: у них после инъекции 10 см³ гравидана наступило маточное кровотечение. Через 2 дня после первого впрыскивания гравидана больные осматривались и, если требовалось, то введение гравидана производилось вторично и т. д.

Убедившись в благоприятном результате лечения пролежня влажной части пролябированной матки гравиданом, мы сделали следующее предположение: не играет ли здесь роль в заживлении язвы так же как и при блоке новокаин-рингеровским раствором, присутствие солей в этих жидкостях, а также и сама компрессия при образовании тугих желваков в слизистой и подслизистой?

Для разрешения этого вопроса мы применили на 3-ей группе больных с пролежнем влажной части пролябированной матки блокирование инъекциями aqua bidestillata, в которой наличие солей ничтожно.

Безразлично ли относится организм к введению в него тем или иным способом aqua bidestillata? Роунтри в 1926 г. установил, что если собаке в течение получаса ввести в желудок 50 см³ на 1 кг веса дистиллированной воды, то животное умирает в судорогах в течение 4—12 часов; смерть ускоряется при одновременном введении питуитрина для задержки диуреза. При этих опытах установлено, что у животных, отравленных дистиллированной водой, повышается внутричерепное давление, значительно уменьшается количество хлоридов калия и натрия и гемоглобина крови, сильно падают вязкость, электропроводность и молекулярная концентрация в крови и тканях, объем плазмы увеличивается, разведение крови доходит до 15%, температура тела понижается. Предостерегает и излечивает животных внутривенное введение гипертонических растворов поваренной соли. При введении дистиллированной воды в прямую кишку или в полость брюшины явлений отравления вызвать не удалось. Опыты Роунтри были подтверждены на животных рядом других авторов (Гомори, Мольнер и др.—цит. по Соколовскому).

На основании указанных опытов, а также на основании изучения вязкости крови, коллоидно-осмотического давления у больных с спонтанной гангреной, Соколовский применил aqua bidestillata как лечебное средство при данном заболевании, вводя aqua bidestillata в вену по 100—180 см³, делая до 10 вливаний больному через 5—10 дней. При таком лечении спонтанной гангрены Соколовский получил полное излечение больных; причем трудоспособность больных во время лечения не терялась. Исследования на вязкость сыворотки крови этих больных до, во время и после лечения позволили Соколовскому сделать следующие выводы: «дистиллированная вода при внутривенном вливании резко нарушает электролитическое равновесие, при этом освобождается много недиссоциированных ионов, несущих на себе электролитический заряд. Это не может не оказать влияния на коллоидные белки, у которых изменяется их дисперсность. Изменению подвергаются не только белки крови, но и белки тканей, вследствие чего изменяется проницаемость оболочек клеток и меняется обмен между клеткой и внешней средой. Следовательно при внутривенном введении дистиллированной воды мы вызываем перестройку физико-химических процессов в организме».

В наших клинических опытах больным с пролежнем влажной части выпадающей матки мы вводили aqua bidestillata в слизистую

и подслизистую шейки матки в количестве от 5 до 25 см³, вызывая тугие желваки вокруг пролежня. Учитывая количество введенной дважды дистиллированной воды в наших опытах и сравнивая это количество с количеством воды, введенным в вену по Соколовскому, а также вышеизложенное о действии aqua bidestillata при введении ее в желудочно-кишечный тракт и в полость брюшины, предполагаем, что при нашем способе инъекций мы вызываем только компрессию, т. е. механическое блокирование.

Подготовка и режим больных были тождественны подготовке и режиму указанных выше первой и второй групп больных. Инъекции aqua bidestillata производились также с 2-дневными интервалами. Сравнительная оценка результатов лечения приводится ниже.

При вышеуказанных способах лечения мы каждый раз после лечебной процедуры производили репозицию матки в нормальное положение (в anteflexio), заставляли в день процедуры соблюдать полупостельный режим. Зная, что в основе происхождения пролежней влагалищной части выпадающей матки повинны, по мнению многих авторов, механические факторы (перекручивание сосудов широких связок, отек шейки матки и т. д.), мы репозицией матки и установкой ее в anteflexio создавали физиологические условия органу, а поэтому позволительно было предположить, не играют ли эти условия и покойное поведение больной главную роль в процессе заживления пролежня.

Для проверки этого мы применили на 4-й группе больных следующую процедуру лечения: матка репозицией ставилась в anteflexio, а во влагалище вкладывался тампон—платочек (с ватой внутри платка) такой величины, чтобы он удерживал матку во влагалище в указанной выше anteflexio. Тампон извлекался через 2 дня, и в зависимости от процесса заживления, после легкой механической очистки влагалища, вставлялся новый. Нужно отметить, что извлеченный тампон всегда оказывался влажным от дурно пахнущего секрета. Подготовка и режим больных 4-й группы были аналогичны подготовке и режиму больных первых трех групп.

Пятая группа больных с пролежнем шейки матки подвергалась лечению путем эксцизии в пределах здоровой ткани и пролежня в форме клина с последующим наложением швов на кровоточащее место. Мысль использовать этот способ вмешательства для лечения пролежня влагалищной части выпадающей матки возникла при следующих обстоятельствах: для гистологического исследования мы брали у небольшого числа больных эксцизию до лечения каким-либо из вышеуказанных способов и убедились при ближайшем осмотре в неожиданном эффекте: язва пролежня пышно гранулировалась и эпителизовалась, и в ближайшие дни весь дефект был покрыт свежим эпителием. Как объяснить такой результат вмешательства у наших больных?

Из клинических наблюдений известны примеры, когда пробная лапаротомия при туберкулезном перитоните, выскабливание грануляции из свищевых ходов, насечки на воспалительных инфильтратах, разрез в области трофических язв голени и т. д. действовали стимулирующе на иммунно-биологическую реакцию организма, в силу

чего наступала благоприятная ситуация для обратного развития местного патологического процесса.

Производя эксцизию в форме клина радиально от центра площади к периферии в пределах патологически измененной ткани и здоровой слизистой *portionis vaginalis uteri* с последующим наложением 1—2 кетгутовых швов, мы создаем новое состояние операционной раны.

Регенерация, возникая в ране здоровой области, является стимулом и для раны в области пролежня, вовлекая затем всю площадь язвы пролежня. Наши наблюдения показали, что уже на второй день после эксцизии поверхность пролежня очищается от налета, около места эксцизии появляется пышная грануляция, а на другой день грануляции заполняют всю поверхность пролежня, эпителий с краев раны начинает надвигаться на свежую грануляционную ткань и в ближайшие дни закрывает нацело весь дефект.

Взятые при эксцизии кусочки нами подвергались гистологическому исследованию, все они давали однообразную картину язвы с неровным дном, лишенным покровного многослойного эпителия, с обильной мелкоклеточковой инфильтрацией межучточной ткани в толще дна язвы.

При репозиции выпавшей матки в ее физиологическое месторасположение к слизистой возвращаются ее прежние свойства: она делается влажной, эпидермизация исчезает, восстанавливается правильное кровообращение, что влечет за собой уменьшение отечности подлежащих тканей, матка становится по величине меньше. Возвращение физиологических условий органу активизирует межучточную ткань дна пролежня и грануляции, а эпителий—к покрытию грануляций, т. е. восстановлению слизистой в области пролежня без рубца. В этом процессе регенерации язвы пролежня сказалось общее биологическое свойство слизистых покровов к более быстрой регенерации дефектов в сравнении с другими тканями, а в наших случаях в сравнении с эпидермизированной слизистой влагалища выпавшей матки. В этом мы убедились на контрольной группе больных, у которых для лечения пролежня шейки выпавшей матки мы применили репозицию матки без тампона и покоя.

Этим способом мы лечили 40 больных. Возраст их: от 31 до 35 л.—2, 41—45 л.—8, 46—50 л.—7, 51—55 л.—4, 56—60 л.—9, 61—65 л.—9, 71—75 л.—1. Лучший эффект заживления дало блокирование новокаин-рингеровским раствором.

Новокаин-рингеровский блок, примененный в наших случаях, согласно концепции Сперанского—Вишневского, действовал на пролежень шейки матки как противоотечное средство. Последнее действие подкреплялось еще вправлением матки во влагалище в ее физиологическое месторасположение.

Худшие результаты мы получили при лечении пролежня шейки матки при проляпсах гравидановым блоком. Сравнивая результаты лечения пролежня шейки матки при проляпсе сухим тампоном, эксцизией и только репозицией матки, мы видим, что лучшие результаты были получены при эксцизии в пределах здоровой и пролежневой ткани. Лечебный эффект эксцизии, кроме стимуляции к па-

тологической регенерации зависит, по нашему мнению, также и от того, что при производстве эксцизии мы вызывали кровотечение из застойного органа, т. е. пользовались методом лечения дренажем при отеках (насечки).

Лечение сухим тампоном давало лучшие результаты, чем контрольная репозиция; это отчасти зависело, по нашему мнению, от того, что тампон, являясь инородным телом, производил раздражение язвенной поверхности и вызывал усиление выделений с поверхности язвы. Выделения, оставаясь во влагалище в течение двух суток, разлагались и действовали благоприятно на заживление язвы благодаря ферментативным свойствам распада гнойных клеток (Геблер)

Выводы: 1) В механизме происхождения пролежня шейки матки при проляпсах играют главную роль: а) сдавливание и перекручивание сосудов и нервов, расположенных в широких связках и имеющих прямое отношение к трофике слизистой и подслизистой тканей шейки матки, в) ангидроз и эпидермизация слизистой, с) отек подслизистых тканей шейки.

2) Благоприятный эффект лечения пролежня зависит от следующих моментов: от возвращения матки во влагалище и восстановления благодаря этому нормального кровообращения, от стимуляции болезненного процесса средствами, действующими как раздражители на нервно-сосудистую и ретикуло-эндотелиальные системы; от возвращения слизистой оболочке, путем репозиции матки, ее биологических свойств.

3) Лучшими эффективно-действующими способами лечения оказались по нашим клинико-экспериментальным наблюдениям новокаинрингеровский блок и эксцизия в области здоровой ткани и пролежня.

Поступила в ред. 25/V 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (завед. проф. Н. И. Горизонтов)
Новосибирского института усовершен. врачей.

О нагноительно-перфоративном осложнении яичниковых дермоидов с участием мочевого пузыря.

Доц. А. К. Шарнин.

Клиническая диагностика дермоидов яичника, как правило, лишена опорных моментов, позволяющих с достоверностью распознавать эту группу новообразований. Некоторые особенности в клиническом течении дермоидов яичника (расположение в пузырно-маточном пространстве, выраженная подвижность) не могут быть определены как характерные черты только этих опухолей и, следовательно, утрачивают свою диагностическую ценность. Лишь в тех относительно редких случаях, когда удается пальпаторно констатировать плотный, подчас твердый участок в стенке кистовидной яичниковой опухоли,