

пролиферативной фазы: железистую, железисто-кистозную, гиперплазию эндометрия, полипоз эндометрия, раннюю стадию пролиферации, и лишь в 4 случаях эндометрий соответствовал дню менструального цикла со слабо выраженной секрецией маточных желез.

Развитие эндометриоза обусловлено рядом причин, среди которых важная роль принадлежит длительной эстрогенной насыщенности организма и нарушению коррелятивной связи в системе гипоталамус — гипофиз.

В поисках рациональных методов лечения мы применили 17-оксипрогестеронкапронат у 32 больных с генитальным эндометриозом. Препарат вводили по 125 мг внутримышечно раз в неделю (всего 20 инъекций). 12 больных мы лечили в течение месяца, 14 — от 2 до 3 месяцев и 6 — от 4 до 5 месяцев.

Нормализация менструального цикла произошла у 18 больных, уменьшение болевого синдрома — у 17, уменьшение кровопотери — у 14, укорочение продолжительности кровотечения — у 16.

Уменьшение матки и эндометриодных образований наступило у 8 женщин и полное выздоровление у 2.

Под влиянием лечения стихают пролиферативные процессы во влагалищном эпителии, снижается количество поверхностных клеток. Клетки промежуточных слоев влагалищного эпителия в первые же месяцы лечения оказываются доминирующими.

Карниопикнотический индекс с 86—90% снижается до 18—30% и стойко удерживается на этих цифрах в течение всего времени лечения. Базальная температура тела представляется в виде ломаной кривой, с незначительным подъемом во 2-й фазе менструального цикла.

Наши наблюдения еще немногочисленны, однако положительный эффект, полученный нами у всех 32 больных с генитальным эндометриозом, позволяет считать лечение 17-оксипрогестеронкапронатом эффективным и патогенетически обоснованным.

УДК 618.15—007.271—089.844

## КОЖНЫЙ КОЛЬПОПОЭЗ ПРИ АТРЕЗИИ ВЛАГАЛИЩА ПОСЛЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Доц. Л. А. Козлов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научный консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Образование искусственного влагалища при полном заращении его на почве лучевой терапии представляет практический интерес, но почти не освещено в литературе. Поэтому приводим собственное наблюдение.

Г., 32 лет, поступила 28/III 1969 г. по поводу атрезии влагалища. В 1961 г. ей была произведена простая экстирпация матки с придатками (диагноз: хорионэпителиома матки с метастазом на передней стенке влагалища). В послеоперационном периоде, протекавшем без осложнений, она получила полный курс сочетанной лучевой терапии. Все последующие годы была на амбулаторном наблюдении. В 1963 г., ввиду появившегося в культе влагалища уплотнения, получила курс рентгенотерапии. Начиная с 1968 г. стала чувствовать боли и неудобство при половых сношениях. За последнее время боли при половых сношениях значительно усилились, что и заставило обратиться в клинику.

Наружные половые органы без особенностей, вход во влагалище ведет в небольшое (1,5 см) углубление, которое заканчивается слепо и никаких отверстий не содержит. При надавливании пальцем в этой области отмечается резкая болезненность. При исследовании через прямую кишку на месте влагалища и в малом тазу никаких образований не выявлено. В проекции влагалища рубцовых уплотнений нет.

Решено сделать искусственное влагалище по принятой в клинике методике<sup>1</sup>.

Операция произведена 15/IV 1969 г. под местной инфильтрационной анестезией. Следует отметить, что ткани на месте влагалища довольно легко расслоились, и образовался канал длиной 10 см. В глубине его обнаружилась белесоватая плотная перепонка — рубец культи влагалища. На стенках раневого канала слизистой оболочки влагалища не обнаружено. Таким образом, можно с уверенностью говорить о заращении влагалища, а не о склеивании его стенок. В канал с помощью пластмассового каркаса введены кожные лоскуты толщиной 0,5 мм, снятые дерматомом с наружной поверхности левого бедра.

Послеоперационное течение без осложнений, мочеиспускание самостоятельное, стул на 5-й день с клизмой. Каркас удален на 9-й день, приживление кожных лоскутов полное. В дальнейшем — ежедневный туалет влагалища спринцеванием с риванолом

<sup>1</sup> П. В. Маненков. Итоги клинического опыта. Казань, 1968.

и смазыванием 1% синтомициновой эмульсией; ношение пластмассового пеллота. На донорскую рану на 2-й день была наложена повязка с 1% синтомициновой эмульсией, отошедшая самостоятельно на 10-й день ввиду полной эпителизации раны.

При выписке (на 37-й день) влагалище длиной 10 см, свободно пропускает два пальца, стенки тонкие, податливые, безболезненные. Влагалищные зеркала входят свободно, дефектов на стенках нет, цвет их в верхней части розоватый, а в нижней — белесоватый. Отмечается болезненность малых половых губ.

Разрешены половые сношения. Для предупреждения стриктуры влагалища рекомендовано продолжать планомерное ношение пеллота.

Последующие осмотры — через 2,5—4,5—8 и 12 месяцев со дня операции. Самочувствие хорошее. Половые сношения совершаются нормально. Пеллот пациентка вставляет 1 раз в неделю на ночь. И при половых сношениях, и при введении пеллота ощущает боли в области преддверия влагалища, но менее интенсивные, чем до операции.

Вульва обычного вида и цвета, рубцов и уплотнений нет. При надавливании пальцем в области задней спайки, ладьевидной ямки и задней половины большой и малой половых губ справа выявляется зона повышенной чувствительности и болезненности. Вход во влагалище и влагалище свободно пропускают 2 пальца на глубину 11 см, стенки влагалища влажные, мягкие, податливые, безболезненные, в малом тазу уплотнений нет. При осмотре ложкообразными зеркалами влагалище в верхней половине розовое, а в нижней — белесоватое. Реакция содержимого нейтральная; флора кокковая, скудная; эпителиальные клетки — безядерные, единичные поверхностные и промежуточные. Дефекта эпителиального покрова, рубцовых изменений и сужения влагалища нет. Г. оставлена без пеллота и осмотрена через сутки. Диаметр влагалища, длина стенок и их консистенция не изменились; по-прежнему болезнен вход во влагалище.

Итак, применив кожный кольпопоз у женщины с атрезией влагалища после лучевой терапии, мы добились хорошего анатомического и функционального эффекта. Каких-либо сужений или рубцовых изменений, о которых так много говорят противники кожного кольпопоза, даже в условиях облученных тканей не возникло. Однако не была полностью устранена болезненность в области преддверия влагалища. Вначале предполагалось, что она возникает от пространственного несоответствия органов при половом сношении, и создание искусственного влагалища ее устранило. Но, как выяснилось в дальнейшем, эта болезненность сохранилась даже при хорошо функционирующем искусственном влагалище и при отсутствии видимых изменений тканей. Вероятно, причиной ее являются какие-то изменения в тканях, возникшие на почве облучения. В настоящее время применяются анестезирующие мази.

УДК 611—018.86—618.15—007.271—089.844

## МОРФОГЕНЕЗ НЕРВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ СЛИЗИСТОЙ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН<sup>1</sup>

Канд. мед. наук Н. Л. Капелюшник

*Кафедры акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) и № 2 (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра гистологии (зав. — доц. Д. В. Бурнашева) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

На кафедре акушерства и гинекологии № 1 Казанского ГИДУВа разработан простой и безопасный метод искусственного образования влагалища с пластикой капроновым ситом на полистиленовом протекторе (Казанский мед. ж., 1965, 3). Экспериментальные и клинические наблюдения показали, что капроновое сито становится матрицей, по ячейкам которой идет формирование сначала молодой грануляционной, а затем зрелой соединительной ткани и эпителиальная выстилка искусственного канала.

Для установления функции образованного таким методом влагалища мы изучали иннервацию его слизистой. В доступной нам литературе публикаций подобных работ нет. Материалом для исследования служила слизистая оболочка новообразованного влагалища, взятая у 14 больных из различных отделов и на разных сроках наблюдения (от 1 месяца до 7 лет). Для выявления нервных элементов были применены методы Бильшовского — Грос и Хабонеро, а для определения холинэстеразы — Келле-Фриденвальда.

Уже через месяц после операции в слизистую искусственного влагалища врастают сосуды и по их ходу — пучки различной толщины, состоящие из безмякотных нервных волокон. На этих сроках наблюдения нервные волокна не доходят еще до сосочков многослойного плоского эпителия, но имеют характерные признаки роста: извитость, натекки нейроплазмы и колбы роста на концах растущих осевых цилиндров.

<sup>1</sup> Доложено 12/XI 1970 г. на заседании научного общества акушеров-гинекологов г. Казани.