

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 ЖЕНЩИН¹

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 вырастают 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, натекания нейроплазмы и колбы роста на концах растущих осевых цилиндров.

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



Рис. 1. Нервное волокно с колбой роста под многослойным плоским эпителием слизистой искусственного влагалища через 1 месяц после операции. Метод Бильшовского — Грос. Увеличение — 400.

Через 1,5 месяца после операции на фоне выраженных признаков регенерации и роста нервных волокон отмечается некоторая деструкция их. Большинство нервных волокон спирально извиты, образуют петли, намотки из тонких безмякотных волокон в виде спирали Перрончито; некоторые из них неодинаковой толщины, неравномерно импрегнированы, с участками распада.

Через 2,5 месяца большая часть нервных волокон имеет уже ровные контуры, отдельные волокна достигают покровного эпителия и формируют под ним свободный рецепторный аппарат в виде клубочков и кустиков.

На сроках 6 месяцев и более отмечено прорастание терминалей в толщу эпителия, главным образом в базальный слой. Развитие иннервации слизистой оболочки полностью

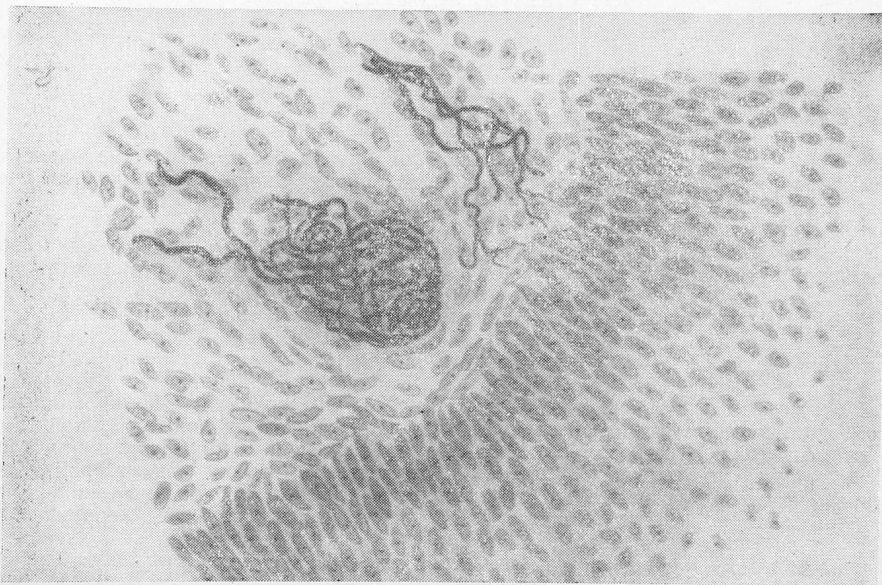


Рис. 2. Клубочковидный рецептор в слизистой искусственного влагалища через год после операции. Метод Бильшовского — Грос. Увеличение — 400.

заканчивается ближе к году после кольпопозза. К этому сроку сформированы 2 нервных сплетения: глубокое и подэпителиальное; они взаимосвязаны между собой. Кроме того, выявляется значительное количество свободных рецепторов с небольшим ветвлением и сложно устроенные несвободные инкапсулированные клубочки.

Таким образом, к 10—12 месяцам после кольпопозза заканчивается невротизация слизистой искусственного влагалища. На сроках 1—1,5 и более лет после операции нервные элементы и особенно рецепторный аппарат количественно увеличиваются и качественно видоизменяются. Кроме свободных кустовидных и клубочковидных рецепторов на этих сроках формируются сложно устроенные чувствительные приборы, клубочки и генитальные тельца, снабженные глеей и капсулой. Кустовидные рецепторы залегают на всех уровнях слизистой, терминали их становятся более протяженными, а иногда создаются рецепторные поля, особенно в сосочковой соединительной ткани под эпите-

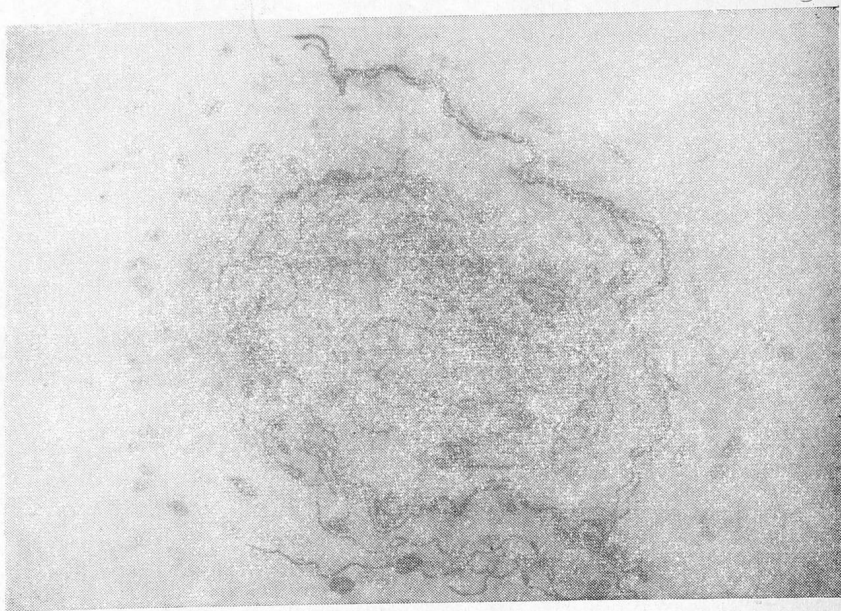


Рис. 3. Генитальное тельце в слизистой искусственного влагалища через 1,5 года после операции. Метод Бильшовского — Грос. Увеличение — 400.

лием. Богато представлена на этих сроках и интраэпителиальная чувствительная иннервация, терминали ее достигают поверхностных слоев эпителия. Выявлено значительное количество поливалентных рецепторных приборов.

На дальнейших сроках существования искусственного влагалища (5—7 лет) нервный аппарат его качественно не меняется. Можно говорить о большем или меньшем количестве нервных волокон и образуемых ими рецепторных приборов в каждом конкретном случае. Имеется полная организация нервных структур, присущих слизистой влагалища здоровых женщин.

Наличие такой богатой афферентной иннервации слизистой искусственного влагалища должно способствовать восприятию самых разнообразных раздражений: химических, тактильных, механических типа давления.

Применение гистохимической реакции по Келле-Фриденвальду на выявление холинэстеразы с субстратом ацетилтихолинйодида показывает преимущественное содержание ацетилхолинэстеразы в большинстве нервных волокон глубокого нервного сплетения, тогда как при применении бутирилтихолинового субстрата конечного осадка не выпадало. В связи с этим холинергические нервные волокна глубокого нервного сплетения можно рассматривать как парасимпатические и частично афферентные. Остальные нервные волокна, входящие в состав сплетений, по-видимому, относятся к симпатическим, т. е. имеют адренергическую природу. Следует отметить, что на ранних сроках регенерации нервных элементов ацетилтихолинэстераза содержится в них в незначительном количестве, что определяется по слабой степени окрашивания на месте выпадения конечного осадка реакции.

Таким образом, невротизация слизистой искусственного влагалища, по нашим наблюдениям, заканчивается к 10—12 месяцам после кольпопозза. Через год и более после операции мы находим не только хорошо развитые сосудисто-нервные сплетения, но и разнообразные рецепторные приборы от свободных кустовидных аппаратов до сложно устроенных несвободных инкапсулированных клубочков, часть которых является

генитальными тельцами. Наличие такой богатой афферентной иннервации слизистой искусственного влагалища говорит о функциональной полноценности ее, способствующей восприятию самых разнообразных раздражений: химических, тактильных, механических типа давления.

УДК 618.146—006.6

ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК И ПРЕКЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

З. В. Мавлютова

Казанский городской онкологический диспансер (главврач — И. Б. Нагимов). Научный руководитель — проф. З. Ш. Гилязутдинова

Профилактика рака шейки матки находится в центре внимания онко-гинекологической службы. Своевременное выявление и лечение рака *in situ* предотвращает развитие инвазивного рака шейки матки.

Настоящая работа посвящена изучению преклинического рака (микроканцер) шейки матки, развившегося на фоне рака *in situ*.

Мы обследовали 137 больных, направленных в диспансер из различных женских консультаций республики с гистологически установленным диагнозом — рак *in situ* шейки матки. Все больные были взяты на учет.

В возрасте от 20 до 30 лет было 7 женщин, от 31 до 40 лет — 53, от 41 до 50 лет — 38, от 51 до 60 лет — 36 и старше — 3. 22 женщины были в менопаузе, у остальных менструальная функция была сохранена. У 130 больных в анамнезе были беременности и роды, причем у 46 из них роды протекали с разрывами шейки матки. Необходимо отметить, что из этих больных 117 предъявляли определенные жалобы, а у 20 патология шейки матки была выявлена при профилактическом осмотре. По данным анамнеза, у 117 женщин периодически проводилось лечение шейки матки, причем у 6 была осуществлена электрокоагуляция эрозии шейки матки без предварительной биопсии.

11 женщин считали себя больными до 1 года, 9 — до 3 лет, 9 — до 6 лет, 5 — до 9 лет и 18 — более 10 лет. У остальных заболевание шейки матки выявлено впервые. 89 больных жаловались на бели и незначительные боли внизу живота, а 16 отмечали контактные кровянистые выделения из половых путей. У 10 женщин рак *in situ* сочетался с другими заболеваниями гениталий: у 4 — с миомой матки, у 3 — с эндометриозом яичников, у 2 — с гиперплазией эндометрия и у 1 — с параовариальной кистой.

У 21 больной найдено начало инвазивного рака на фоне рака *in situ* (15,5%). 3 женщины подвергнуты сочетанной лучевой терапии, 18 — расширенной экстирпации матки с двусторонней лимфаденэктомией и последующим наружным облучением на гамма-терапевтическом аппарате ЛУЧ-1. Причем при гистологическом исследовании окружающей клетчатки и лимфоузлов у 2 из них обнаружены метастазы в лимфоузлы из obturatorной ямки с одной стороны. В настоящее время они клинически здоровы.

У 77 женщин установлен рак *in situ*, у 41 диагноз не был подтвержден. Отсутствие рака *in situ* в 36 случаях можно было объяснить полным удалением патологического очага при ранее проведенной биопсии. У 3 женщин за рак *in situ* была принята дисплазия эпителия и у 2 — децидуальная реакция и пролиферация эпителия (биопсия у этих 2 женщин была проведена при беременности).

Лечение рака *in situ* у 77 больных мы проводили с учетом клинического течения, распространенности процесса, возраста, желания иметь детей, сопутствующих заболеваний. У 16 больных произведена простая экстирпация матки, у 2 — лучевая терапия, у 52 — электрокоагуляция шейки матки, у 6 — высокая ампутация шейки и у 1 — электрокоагуляция шейки. После электрокоагуляции шейки матки конфигурация шейки восстановилась, эпителизация ее была полной.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 121 женщины (сроки — от 1 до 5 лет). Каждые 2—3 месяца больные подвергались осмотру и цитологическому исследованию мазков.

У 119 женщин достигнуто полное выздоровление. У 2 из них через год после электрокоагуляции наступила беременность, одной произведен аборт с благоприятным исходом, у другой женщины беременность закончилась срочными родами без травматизации шейки матки. У 2 больных был выявлен рецидив рака *in situ* с очагами инвазивного роста: у одной из них, 48 лет — через 3 года после электрокоагуляции шейки матки, у другой, 45 лет — через 8 месяцев после электрокоагуляции шейки матки.

Анализ нашего материала позволяет нам рекомендовать следующее: 1) считать обязательным комплексное обследование больных с подозрением на рак *in situ* шейки матки с целью своевременного выявления преклинического рака; 2) лечение рака *in situ* следует проводить индивидуально: больным старше 40—45 лет, особенно при наличии атрофических и рубцовых изменений шейки матки, целесообразно произвести