

К вопросу об осложнениях при сыпном тифе в половой сфере у женщин.

(Сообщено в 32 Научном Собрании Врачей Института).

Ассистента Ю. А. Лейбчика.

Сравнительно редко течение острых инфекционных заболеваний остается без всякого влияния на функции и анатомические отношения женских половых частей. При целом ряде заболеваний этого рода как в зрелом, так и в детском возрасте женщины, а именно, при холере, брюшном и возвратном тифе, дизентерии и крупозной пневмонии, а также оспе, кори, скарлатине, дифтерите, инфлюэнце и др.,—наблюдается воспалительная гиперемия полового аппарата. В легких случаях она сказывается меноррагиями (у взрослых), а также гиперемией слизистой влагалища и наружных половых частей; в более тяжелых—появляются, кроме того, гнойные выделения, десквамация эпителия с изъязвлением рукава и вульвы, затем их слипание с последовательным образованием рубцов и сужений, или же возникает стойкое зарощение большей или меньшей части влагалища вплоть до полной его облитерации. Чаще всего эти явления,—если судить по имеющимся в литературе данным,—наблюдаются при брюшном тифе и детских инфекциях, причем особенностью брюшного тифа является то обстоятельство, что он дает вторичные нагноения не только в нормальных, но и в патологически измененных органах половой сферы, напр., в хронически измененных трубах и яичниках, сактосальпинксах и яичниковых кистах. Особенно часто инфекционные вульвиты и кольпиты встречаются у детей, благодаря нежности тканей их вульвы и вагины, причем в тяжелых случаях дело может дойти даже до гангрены этих отделов полового аппарата. Напротив, у взрослых женщин, по мнению Jасhке, инфекционные вульвиты и кольпиты являются довольно редкими.

Если влияние на женский половой аппарат таких общих инфекционных болезней, как брюшной тиф, „испанка“ и пр., является, повидимому, сравнительно хорошо изученным, то что касается

сыпного тифа, — на осложнения при нем в области женского полового аппарата мы не имеем прямых указаний ни в специальных руководствах, ни в довоенной иностранной и отечественной литературе. Очень мало данных находим мы по этому вопросу и в новейшей русской литературе по сыпному тифу, не исключая и работ с огромным числом наблюдений и патолого-анатомических исследований. Так, проф. Флеров („Сыпной тиф“, М.), в 1914 г., указывает, как на осложнение со стороны мочеполовой системы, лишь на преждевременно появляющиеся *menses*, большею частью принимающие характер меноррагий, и на прерывание беременности в течении сыпного тифа. Быкова (Сб. трудов Конференции Съезда по сыпному тифу, Петр., 1920) отмечает, что со стороны половых органов у женщин изменений ей находить не удавалось. Далее, проф. Шенников (там же) тоже говорит, что по поводу изменений мочевого пузыря и половых органов при сыпном тифе указаний в литературе он не нашел; не дает он нам таких указаний и на основании исследованного им патолого-анатомического материала. Затем в новейшем обширном труде проф. Давыдовского по патологической анатомии и патологии сыпного тифа (ч. I, 1920) мы встречаем указание, что „особых изменений со стороны женской половой сферы“ „автору отметить не приходилось“, нечастые же находки, в отдельных случаях, бородавчатых, смешанных с ядерным детритом, тромбов в миометрии и яичниках не представляют чего-либо характерного. Лишь недавно Т. О. Орловой (Гин. и Акуш., 1922, № 2—3) опубликован интересный случай атрезии вагины с хроническим пара-периметритом и левосторонним гематосальпинксом, обнаружившейся спустя 1½ года после перенесенной больною тяжелой формы сыпного тифа у 23-летней женщины, до того имевшей правильные *menses* и нормальный *coitus*; случай этот окончился летально при явлениях острого гнойного перитонита, развившегося вследствие излития в брюшную полость содержимого гематосальпинкса, лопнувшего во время рассечения срощений при лапаратомии, предпринятой из опасения самопроизвольного вскрытия труб и по настоянию больной, желавшей избавиться от тяжких страданий.

Других сообщений об осложнениях со стороны *genitalia* у женщин при сыпном тифе мне найти не удалось. В виду редкости таких осложнений и их серьезных, в некоторых случаях, последствий для организма и психики женщины, а также и всего уклада ее жизни, я позволю себе привести имеющиеся в моем распоряжении 6 случаев подобных осложнений, из которых 2 наблюдались в Акушерско-Гинекологическом Отделении нашего Института, 2 — любезно сообщены мне проф. Тимофеевым из его практики в

бытность его врачом Осинского Земства, и 2 наблюдались мною в бытность мою в гг. Тюмени и Оренбурге.

Случай I (Поликл. Клин. Ин-та). Больная Н., 37 лет, много-рождавшая, заболела сыпным тифом в декабре 1919 г.; на 3-й день болезни у нея появились крови, шедшие со сгустками, очень обильно, и прекратившиеся за неделю до выписки из больницы; от крови все время был очень тяжелый запах, обративший внимание окружающих и заставивший наблюдавшего за больной врача назначить ей спринцевания. 3 месяца спустя, в Акушерско-Гинекологической Клинике Казанского Университета у больной была обнаружена гематометра, вследствие зарощения наружного зева, которая была вскрыта разрезом через *portio vaginalis* с последующей пластикой последней. После этой операции Н. стала менструировать через 4 нед. по 7—9 дней с большой потерей крови. При исследовании наружные половые органы у больной были найдены нормальными. *Portio vaginalis* оказалась отсутствующей, а вместо нее на дне рубцово-сморщенной вагины найдена небольшая ямочка, где открывается шеечный канал, едва пропускающий маточный зонд на глубину $9\frac{1}{2}$ сант. Правый свод совершенно сморщен и занят обширным плотным рубцом, неправильной формы, распространяющимся в ширину в виде суживающейся полоски, тянущейся по направлению ко входу в вагину и не доходящей до него на $2-2\frac{1}{2}$ сант. Слева свод выражен несколько больше, в виде небольшого углубления, но также рубцово сморщен, хотя и в меньшей степени, причем рубцовая полоска по левой стенке рукава соединяется с противоположной небольшим циркулярным рубцом, расположенным приблизительно на $2-2\frac{1}{2}$ сант. от входа во влагалище. Последнее выше этого места с трудом пропускает 2 пальца. Матка находится в *ante flexio*, плотна, немного увеличена, грушевидной формы, умеренно подвижна и болезненна в области дна. Придатки не прощупываются.

Единственным возможным объяснением указанных изменений является предположение, что во время сыпного тифа имел место язвенный некротический процесс в области *portionis vaginalis* и влагалищных сводов, в свое время оставшийся незамеченным. В виду явлений метрита с склонностью к кровотечениям, больной был проделан курс внутриматочных инъекций по *Грамматикати*, приведший ей значительное субъективное облегчение.

Случай II (Акушерское Отдел. Клин. Ин-та). Роженица К., 23 л., замужем 3 года, беременна 1 раз, роды в срок. поступила в Отделение 20/V 1923 г. в 4 ч. дня с открытием на 2 пальца, при целом пузыре. Положение плода II черешное, передний вид. К. сообщила, что в 1920 г. она заболела сыпным тифом, и в тот же день у ней пришли крови в срок. На 2-й день заболевания она почувствовала колотье и боль при мочеиспускании. На 3-й день болезни появилось сильное кровотечение, и в дальнейшем у нее развилось омертвление наружных половых частей, а через 2 месяца, когда больная уже оправилась от тифа,—рожистое воспаление нижних конечностей, исходным пунктом которого была не зажившая еще рана вульвы. Месяца через 3 по заживлении язвы пациентка возобновила половую жизнь, которая, по ее заявлению, нормальна до сих пор.

При осмотре наружных половых органов у К. бросается в глаза полное отсутствие больших и малых половых губ, а также и гимена, замещенных рубцовой тканью, образующей вытянутую колбообразную фигуру, в широкой части которой зияет половая щель, пропускающая свободно 2—3 пальца. Длина этой фигуры—12 сант., ширина в наибольшей части—около $5\frac{1}{2}$ —6 сант., причем узкая часть кончается в области *montis Veneris*, на расстоянии $3\frac{1}{2}$ сант. от клитора, границы же нижней, широкой части отстоят от *anus'a* на $1—1\frac{1}{2}$ сант. Клитор сохранен, эрегирует, но, будучи лишен своей уздечки и крайней плоти, кажется длинным и необычно резко выделяющимся. Со стороны рукава и шейки матки рубцовых изменений не отмечается.

Роды у К. закончились благополучно в 1 ч. ночи 21/V, родился живой младенец, мужского пола, весом 3320 гр., причем произошел линейный разрыв рубцово-измененной промежности около 2 сант. длиной, зашитый 6 узловыми швами; разрыв этот зажил впоследствии *per primam*; общая продолжительность родов равнялась 19 часам.

На основании данных анамнеза очевидно, что в данном случае гангрена наружных половых частей и входа во влагалище произошла во время бывшего у больной тяжелого сыпного тифа. При этом последствия гангрены, в функциональном отношении оказались довольно благоприятными и, во всяком случае, не соответствующими степени анатомических изменений.

Случай III (сообщен проф. Тимофеевым.) относится к 40-летней женщине, у которой через год после перенесенного сыпного тифа было обнаружено, что почти вся вагина превращена в рубцовый тяж, где проходит канал, не пропускающий пальца.

Случай IV (сообщен проф. Тимофеевым.) касается молодой женщины 28 лет, у которой на почве сыпного тифа имело место омертвление нижней трети рукава и малых губ, с последующим рубцовым сужением входа во влагалище; у больной этой была произведена пластическая операция с пересадкой кожи, взятой из бедра.

Случай V. Больная Т., 41 г. жительница г. Тюмени, замужняя, имела 9 срочных родов и 2 выкидыша, гинекологическими заболеваниями не страдала. На 18-й день заболевания сыпным тифом у нее из половых частей появилось сильное кровотечение, сопровождавшееся выделением какого-то куска (задержки месячных до этого не было). Будучи отправлена в больницу, Т. лечилась там горячими спринцеваниями. В дальнейшем в течение 5 недель из влагалища шли сукровичные выделения с запахом. По выздоровлении при первом же сношении пациентка почувствовала сильную боль и заметила выделение крови из влагалища, что и заставило ее обратиться к врачу.

При исследовании оказалось, что наружные половые органы атрофированы, дряблы, пигментированы, на промежности старый разрыв 2-й степени. Слизистая входа во влагалища бледно-розового цвета, в глубине слегка цианотична. Справа у входа в рукав, приблизительно на границе средней и наружной трети, имеется небольшой участок слущенного эпителия треугольной формы, красноватого

цвета, бархатистого вида. Слева в области устья выводного протока Bartholin'овой железы—раздражение. Передняя и задняя стенки влагалища опущены, выпячиваются. На передней стенке, под *carina vaginae*,—приблизительно такой же величины, цвета и вида участок, как и во входе, но 4-угольной формы; под этой язвочкой уплотнение влагалищной стенки (паховые железы не увеличены). При исследовании рукава, указательный палец, даже вводящая вагину *ad maximum*, проходит на глубину всего 4 сантим; правый угол глубже левого, причем последний является более плотным. При бимануальном исследовании *portio vaginalis* выражена плохо, матка—в *anteflexio, dextro-retroversio*, уменьшенного объема, плотной консистенции, немного болезненная при давлении. Матка подвижна и поддается выправлению. Прощупать придатки не удается, но область правых придатков болезненна. Между маткой и сросшимся местом вагины ощущивается плотный рубцовый тяж, но никакой опухоли не определяется. Та же картина выступает и при бимануальном исследовании *per rectum*. Несмотря на тщательное обследование тонким зондом сросшегося места рукава, никакого отверстия или слепого хода найти мне не удалось.

Таким образом у данной больной установлена полная рубцовая облитерация верхней части рукава, вследствие чего вся вагина представляется в виде слепого мешка, не более 4 сантим. длиною. На основании данных анамнеза надо предположить, что и здесь дело сводилось к язвенному поражению влагалища на почве сыпного тифа.

Случай VI. Больная X., 21 г., жительница г. Оренбурга, замужняя, имела один выкидыш. В 1913 г. перенесла дифтерит. Страдала белями желтого цвета, но рези при мочеиспускании никогда не было. В январе 1920 г. заболела сыпным тифом, во время которого наблюдалась меноррагия. В конце февраля, когда пациентка уже поправлялась, она почувствовала, что из половых частей ее, при сильном кровотечении, выпала какая-то „кишка“ длиною приблизительно в $\frac{1}{4}$ арш. По выздоровлении больная заметила у себя сужение влагалища—настолько резкое, что она не могла ввести в него наконечник для спринцования. В июне 1920 г. ей было сделано расширение бужами, не принесшее ей пользы,—*coitus* и после него оказался невозможным.

При осмотре наружных половых органов можно было видеть, что большие половые губы больной совершенно отделены от зачаточных малых губ. Последние плохо выражены, неправильной формы—в виде раздвоенного сосочка, в верхних своих частях далеко не доходят до клитора, представляющего увеличенным против нормы. Книзу от них находится отверстие уретры, окруженное плоским, широким возвышением с серебряный гривенник; этот валик воспален и покрыт желтым налетом. Вход во влагалище рубцово изменен, рукав в начале едва пропускает половину концевой фаланги указательного пальца, далее же зарощен на всем своем протяжении и проходим лишь для маточного зонда, который идет кзади и влево сантим. на 12. При бимануальном исследовании *per rectum* установлено, что матка лежит в *retroversio* и *lateropositio sinistra*, *portio vaginalis* не выражена, весь орган небольшого объема, безболезнен, плотен, неподви-

жен. Левый параметрий занят плотным рубцовым инфильтратом, идущим от ребра матки вплоть до боковой стенки таза и распространяющимся на левую крестцово-маточную связку.

Выпавшая из половых частей, по выражению больной, „кишка“ представляла из себя уплощенную трубку длиною в 15 сант. и шириною—в наибольшей части, $4\frac{1}{2}$ —5 сант., в самой же узкой части—2 сант. Трубка проходима по всей своей длине. Внутренняя ее поверхность—гладкая, желтовато-коричневого цвета с темными пятнами, наружная—шероховатая, с обрывками мышечной ткани, желтовато-серого цвета в широкой части и темно-серого в узкой половине. Повидимому, широкая, менее омертвевшая часть трубки представляла собою верхнюю половину вагины со сводами, нижняя же часть, с резко выраженным омертвением, являлась нижним отделом рукава и входа в него. Во всяком случае очевидно, что здесь мы имели дело с полным омертвением и секвестрацией влагалищной трубки по тому типу, как это наблюдается при т. наз. *paravaginitis phlegmonosa dissecans*.

Больная была направлена мною в Клинику проф. В. С. Груздева, где в сентябре 1920 г. ей было произведено расширение вагины бужами Негар'а и рекомендовано повторение его. В настоящее время я имею сведения, что пациентка снова замужем и чувствует себя хорошо.

Несомненно, вышеприведенные последствия язвенных процессов в области *genitalia externa* на почве сыпного тифа не являются чем-либо характерными именно для этого последнего, так как подобные же поражения наблюдались не только при других тифах, но и при нетифозных заболеваниях. напр., при дизентерии и крупозной пневмонии. Более детально, однако, этиология этих язвенных процессов, к которому, повидимому, следует отнести и заболевание, известное до сих пор под названием *ulcus rodens vulvae*,—*esthiomène* французских авторов,—является мало изученной. Новейшие исследования в этой области заставляют думать, что здесь известную роль, вероятно, играют химико-биологические свойства вагинального секрета. Возможно, далее, что тяжелые общие заболевания отражаются на состоянии стенок половой трубки не непосредственно, а путем влияния через эндокринные железы, так как, несомненно, деятельность яичников определенно влияет на характер влагалищного секрета и „степень его чистоты“ в смысле Schroeder'a. Исследования Groefenberg'a (*Zentr. f. Gyn.*, 1919, № 47) показали, что кислотный титр влагалища изменяется в зависимости от функции яичников, причем, по мнению Schroeder'a и Loeser'a, гипофункция яичников влияет на жизнедеятельность влагалища в смысле понижения его сопротивляемости в отношении инфекции. К такому же заключению приходит и Labhardt (*ibid.*), изучавший этиологию вагинита (*vaginitis simplex*) на материале, обнимающем около 200 случаев.

Изменение кислотности ругавного секрета в сторону понижения или появления нейтральной и даже щелочной реакции имеет своим последствием изменение микрофлоры вагины в сторону ее патогенности, благодаря создающимся новым условиям питания и среды, которые становятся благоприятными для роста и развития патогенных микроорганизмов, проникающих сюда из вульвы, где они всегда содержатся в значительном количестве. Как известно, такие опасные микропаразиты, как гемолитические стрепто- и стафилококки, в кислых средах не растут и даже погибают. Таким образом кислая реакция нормальной влагалищной слизи, повидимому, значительно усиливает ее бактерицидность, значительная сила которой подтверждается опытами с внесением стафилококков, стрептококков, палочек синего гноя и др. в рукав, где они и погибали, по Schroederу и Menge, в течение от 2 $\frac{1}{2}$ до 70 часов.

Переходя к сыпному тифу и осложнениям при нем в женской половой сфере, мы вынуждены думать, что в их этиологии играют роль и общие, и местные причины. С одной стороны здесь большое значение имеет местное нарушение питания тканей половой трубки на почве специфических для сыпного тифа поражений сосудов, — эндартериитов и тромбоваскулитов, — с возможностью последующей инфекции этих участков, с другой — для наступления вторичной инфекции этих очагов (инфарктов?) большую роль должны играть изменение кислотности влагалищного секрета со всеми, вытекающими отсюда, последствиями и понижением сопротивляемости вагины, как результат общих причин, — высокой t^0 , тяжелого общего состояния и нарушения внутрисекреторной деятельности половых желез, в смысле дисфункции и гипофункции последних. Эти нарушения, наблюдаемые во время сыпного тифа, в свою очередь обуславливаются, повидимому, несколькими причинами. Первая из них — это интоксикация яичника с явлениями раздражения или угнетения его отделов, в частности фолликулярного аппарата, как более нежного, с последующей ненормальной инкрецией гормонов в кровь, обуславливающей неправильную секрецию маточной мукозы. Вторая причина — это существующая при сыпном тифе длительная гипопили адреналинемия, ибо понижение или выпадение действия адреналина, как показывают исследования Adler'a и Cristofolletti, ведет к повышению тонуса автономной нервной системы и тем самым вызывает гиперэмию эндометрия с маточными кровотечениями. (Наоборот, amenorrhoea, по мнению того же Adler'a, есть симптом раздражения симпатической нервной системы). Вызываемые той и другой причиной мено- и метроррагии, благодаря щелочности крови, также способствуют осреднению и ощелачива-

нию реакции рукавного секрета и на этой почве—росту и размножению микробов, для которых кровь, вдобавок, является хорошей питательной средой; совокупность же всех указанных причин, как местных, так и общих, ведет к наступлению вторичной инфекции половой трубки и к изъязвлению больших или меньших ее участков с различными последовательными исходами, вплоть до полной облитерации,—вероятно, в зависимости от тяжести случая и способности организма к сопротивлению.

Если исходить из теоретических соображений, то можно было бы думать, что подобные осложнения при сыпном тифе должны наблюдаться гораздо чаще, чем это мы видим на деле. Однако мы должны иметь здесь в виду, что половой аппарат женщины по самой своей природе обладает большой сопротивляемостью и приспособляемостью, в особенности благодаря своей богатой сети сосудов, как артериально-венозной, так и лимфатической. С другой стороны, так как все эти болезненные изменения и осложнения в половой сфере женщины обычно являются вторичными и часто протекающими вяло, то в громадном большинстве случаев они за тяжестью основного страдания и просматриваются,—чему немало способствует также интимность данной области,—и потому обнаруживаются значительно позднее, иногда совершенно случайно. Быть может, именно по этой причине мы и не имеем пока достаточно числа наблюдений по данному вопросу.

Заканчивая настоящее сообщение, я позволю себе высказать пожелание, чтобы, в виду серьезности для женского организма последствий подобных осложнений, половая сфера у женщин, страдающих сыпным тифом и другими острыми инфекционными болезнями, была предметом такого же внимания и ухода (подмывания, теплые спринцевания, закладывание болюсов и полосок и т. д.), как и полости рта, уха, носа и глаз. Быть может, в этих случаях особенно хорошую услугу могли бы оказать спринцевания $1/2^0/0$ раствором молочной кислоты по Zweifel'ю.
