

О лечении фибромиом матки.

(Пробная лекция на получение звания самостоятельного преподавателя).

Д-ра И. Ф. Козлова.

Одним из наиболее частых заболеваний половой сферы женщины является, несомненно, фибромиома матки. Так, по статистике Boyle'a 20⁰/₀ женщин, перешедших 35-летний возраст, страдают этим заболеванием. Hofmeister частоту больных с фибромиомами по отношению к общему числу гинекологических больных определяет в 4,4⁰/₀. За период времени со второй половины 1900 г. по 1921 г. включительно, т. е. за 21 ¹/₂ года, в Казанской Акушерско-Гинекологической клинике на 28,105 больных, прошедших клиническую амбулаторию, и 4,265 больных, пользовавшихся стационарной помощью, женщин, больных фибромиомами, потребовавшими стационарного пособия, было 512, что по отношению к общему количеству больных составляет 2,8⁰/₀, а по отношению к количеству стационарных больных—12⁰/₀. Патолого-анатомические вскрытия показывают, что заболевания фибромиомами матки на секционном столе были обнаружены по Essen-Müller'y в 12,6⁰/₀, по Winkler'y—в 12,7⁰/₀, по Fewson'y—в 9,7⁰/₀.

Будучи построены из двух видов тканей—зрелой мышечной и волокнистой соединительной, фибромиомы матки признаются вполне доброкачественными опухолями и сами по себе могут не требовать никакого лечения. Иногда они в течение многих лет совершенно не отражаются на здоровье их носительниц, и женщины, больные фибромиомами матки, лишь случайно узнают от врача о своем страдании. В подобных случаях Olshausen советует не только не лечить носительниц фибромиом матки, но и не сообщать им об их страдании, дабы не нарушить их душевного спокойствия.

К сожалению, такого рода фибромиомы, ничем не дающие себя знать, встречаются сравнительно редко, в громадном же большинстве случаев опухоли эти вызывают разнообразные проявления, угрожающие не только здоровью, но иногда и жизни больных. Среди этих проявлений на первом плане стоят маточные кровотечения, интенсивность которых здесь бывает часто столь значитель-

на, что больные подожительно обескровливаются, кожа их становится восковидной, содержание гемоглобина в крови понижается до 200/0 нормального, дело может даже дойти до смерти от острого малокровия. Явления сдавления растущим в матке новообразованием тазовых органов,—мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки, нервов и пр.,—также наблюдаются нередко у женщин в качестве проявлений разбираемой болезни, заставляя их искать врачебной помощи вследствие сильных болей, расстройств мочеиспускания и т. д. Перекручивание ножки некоторых форм фибромиом, с последующим перитонитом, гнилостный распад других, саркоматозное перерождение третьих, с присущими ему последствиями,—дополняют разнообразную картину данного страдания. Отсюда становится понятным, почему фибромиомы матки в большинстве случаев вызывают необходимость врачебного вмешательства, причем топографические особенности их вместе с разнообразием обуславливаемых ими припадков создали громадное разнообразие и в методах применяемого при них лечения.

Все методы врачебного вмешательства, применяемое при маточных фибромиомах, могут быть разделены на радикальные и паллиативные, т. е., с одной стороны, имеющие целью устранить вызываемые фибромиомами припадки путем удаления самой опухоли, а с другой—имеющие целью уничтожить те или иные болезненные явления, вызываемые опухолью, без удаления ее самой. Само собою разумеется, что в оценке радикализма врачебного вмешательства заключается известная относительность, так как при некоторых радикальных методах лечения, напр., при энуклеации фиброматозного узла, иногда не удается достичь стойкой остановки кровотечений, и они через некоторое время опять возобновляются, а с другой стороны, некоторые паллиативные методы лечения, напр., рентгенизация фиброматозной матки, не только уничтожают вызываемые этим заболеванием кровотечения, но ведут к уменьшению и самой опухоли, а иногда и к полному ее исчезновению.

При установке показаний к применению тех или других методов лечения фибромиом матки необходимо принимать во внимание целый ряд условий: возраст больных, величину опухоли, ее расположение, быстроту роста, вызываемые ею припадки и т. д. Некоторые формы маточных фибромиом, особенно ретроцервикальные миомы, сопровождающиеся явлениями сдавления тазовых органов, доходящими, наконец, до явлений ущемления, показывают исключительно-радикальное оперативное удаление опухоли,—зачастую вместе с маткой или частью ее. К этой же категории относятся фибромиомы, быстро растущие и в сравнительно короткий промежуток

времени достигающие значительных размеров. Точно также исключительно-радикальные методы лечения фибромиом матки являются показанными в тех случаях, когда эти опухоли имеют место у женщин, еще далеко стоящих от климактерического возраста, и проявляются сильными, истощающими больных, кровотечениями. Мы знаем, что у женщин, страдающих фибромиомами матки, климактерический период наступает значительно позже обычного, — во второй половине 5-го десятилетия лет жизни, или даже в начале 6-го, а потому, не применяя радикального лечения у таких больных в надежде, что имеющий наступить климактерий сам по себе благотворно повлияет на главный симптом болезни, кровотечения, мы рискуем подвергнуть большую опасности потерять слишком много крови за долгий период ожидания климактерия. С другой стороны паллиативные методы лечения маточных кровотечений при фибромиомах у женщин в указанном возрасте могут менее всего дать благоприятный эффект, так как методы эти, вроде, напр., рентгенизации, рассчитаны главным образом на вторичное влияние на миому через яичники, т. е. рассчитаны на вызывание искусственного климактерия, которого в этих случаях достичь зачастую не удастся.

Помимо перечисленных показаний, прибегать к коренному лечению фибромиом матки нас заставляют нередко сопутствующие фибромиомам осложнения, среди которых на первом плане должны быть поставлены саркоматозное перерождение этих опухолей и сочетание их с карциномами. Первое наблюдается, как указывают авторы (Küstner, Oritz), весьма нередко, а именно в 4—50% всех миом, сочетание же фибромиом с карциномами наблюдается несколько реже, а именно, по данным Olshausen'a, приведенным в „Оперативной Гинекологии“ Döderlein'a, среди 207 случаев разных авторов эта комбинация наблюдалась всего в 7. Данные нашей клиники почти совпадают с только что приведенными: на 486 больных фибромиомами, которые были оперированы у нас, саркоматозное перерождение наблюдалось в 23 случаях, или в 4,70%, а сочетание с карциномой — в 15 случаях, или в 30%.

Иногда показаниями к радикальному лечению служат сопутствующие фибромиомам воспалительные заболевания придатков, которые, по данным нашей клиники, встретились в 130% всех оперированных случаев маточных фибромиом, и среди которых особенно заслуживают внимания гоноррея и туберкулез маточных придатков.

Наконец, радикальное лечение показывают полипозные фибромиомы, которые подверглись инфекции и гнилостно распались.

Если на долю радикальных методов лечения выпадает значительное количество фибромиом матки (по данным нашей клиники

на 512 случаев фибромиом, наблюдавшихся стационарно, подверглись радикальному лечению 467 женщин, что составляет 91⁰/₀), а, с другой стороны, встречаются случаи, совершенно не требующие лечения,—за то в известной части случаев разбираемых опухолей являются вполне уместными паллиативные методы лечения. Сюда могут быть отнесены прежде всего те случаи заболевания женщин фибромиомами, где сопровождающее их кровотечения ненастоятельно значительны, чтобы угрожать жизни больной, но все же в той или иной степени отражаются на ее здоровье; далее, сюда могут быть отнесены случаи, где страдающие даже сильными маточными кровотечениями на почве фибромиом женщины находятся в возрасте, близком к климактерическому, и т. д.

Под радикальными методами лечения маточных фибромиом понимают такие виды врачебного вмешательства, когда фиброматозные опухоли оперативно удаляются или изолированно, с оставлением матки на месте, или вместе с маткой, причем в последнем случае удаляется или вся матка, или только часть ее. Пути проникновения к маточным опухолям в этих случаях могут служить или передняя брюшная стенка, или влагалище.

Сравнивать абдоминальные и рукавные способы радикального лечения фибромиом матки, с точки зрения преимуществ одних перед другими, далеко не во всех случаях представляется легким, ибо мы знаем, что фиброматозные опухоли матки, помимо своей величины и т. п. особенностей, еще топографически содержатся чрезвычайно разнообразно. С этой точки зрения обыкновенно принято делить их: 1) на подслизистые, межучочные и подсывороточные, 2) на фибромиомы тела и шеечные, наконец, 3) на растущие свободно в полость брюшины, или просвет полового канала, и межсвязочные. Подслизистые фибромиомы, растущие в просвет маточной полости, цервикального канала или рукава и зачастую имеющие стебельчатую форму, конечно выгоднее оперировать, по крайней мере консервативно, со стороны рукава,—тем более, что и наименее доступные этим путем подслизистые фибромиомы тела матки лишь первое время лежат в савини *uteri*, а затем обыкновенно „рождаются“ во влагалище. Однако в случаях всех других вариаций топографического расположения миом и даже в случаях подслизистого положения их, где опухоль почему-либо нужно бывает удалить вместе с маткой, абдоминальный и влагалищный пути радикального лечения фибромиом матки имеют свои выгодные и невыгодные стороны.

Проф. Отт, большой поклонник полного удаления миоматозной матки через влагалище, приводит статистические выкладки, как свои, так и других операторов, свидетельствующие о преимуществах

этого метода перед абдоминальным удалением миоматозной матки. Так, по статистике Winter'a, относящейся к 1904 г., ‰ смертности при полном влагалищном удалении фиброматозной матки равняется 2,6. В клинике самого проф. Отта на 904 случая, оперированных до 1914 г., ‰ этот был равен всего 0,3, причем из последней серии в 321 случай не погибло ни одной из оперированных. Статистические данные, приводимые в руководстве Döderlein'a и Krönig'a и обнимающие, правда, период времени до 1905 г., дают несколько больший ‰ смертности, а именно, на общую сумму в 1781 случай—4,09‰. В нашей клинике из 32 случаев влагалищной экстирпации миоматозной матки смертельный исход наблюдался в 2 (6,2‰).

Если с этими данными сравнить статистику смертности при удалении миоматозной матки путем брюшностеночного чревосечения, то мы получим следующее: по Döderlein'у на 1668 случаев полной брюшной экстирпации валовая смертность равнялась 8,27‰, хотя у самого автора на 170 случаев было лишь 3,5‰ смертельных исходов. Надвлагалищная ампутация миоматозной матки, по тому же автору, на 2025 случаев дала 8,64‰ смертности. В нашей клинике на 373 случая абдоминального удаления миоматозной матки как по типу полной экстирпации, так и по типу надвлагалищной ампутации, было 16 смертельных исходов, что дает 4,28‰ смертности. Должен, однако, оговориться, что среди этих 16 случаев в 3 причиной смерти послужила не сама операция, как таковая, а наркоз (внутривенный гедоналовый), обусловивший развитие у оперированных смертельной пневмонии, а в 2 других оперированные погибли от эмболии легочной артерии; если исключить эти 5 случаев, то процент смертности у нас окажется даже несколько ниже 3.

В общем, однако, как видно из приведенных статистических данных, в смысле сравнительной безопасности оперативного вмешательства преимущества находятся на стороне рукавного чревосечения. Это обстоятельство, по мнению сторонников влагалищного метода, объясняется тем, что при влагалищных чревосечениях достигается будто-бы более совершенная асептика, благодаря меньшему охлаждению и травматизации брюшных органов реже наблюдается шок, создается лучший контроль над возможностью последующего кровотечения и т. под.

Впрочем и оперативное лечение фибромиом per abdomen имеет свои выгодные стороны, а именно, этот способ оперирования для большинства врачей является технически более легким, особенно в случаях, где миомы обладают значительной величиной, или где они осложнены воспалительными сращениями, или, наконец, где

рукав у больных почему-либо отличается узкостью (перожаившие женщины, женщины с инфантильным влагалищем, старухи и пр.); кроме того способ этот не требует столь совершенного оборудования и снабжения операционной, как это необходимо при широком применении влагалищных чревосечений. Сами защитники рукавного способа не возводят его в панацею и полагают, что влагалищное и брюшностеночное чревосечения суть операции, отнюдь не исключаящие друг друга, но имеющие каждое свой круг применения. Так, Отт, хотя и настаивает, что радикальные операции при миомах матки, как консервативные, так и сопряженные с удалением матки целиком или частично, можно и должно преимущественно делать через влагалище, — *per vias naturales*, как он говорит, — но допускает, что в тех случаях, где опухоль достигла значительных размеров, или когда влагалищный способ исключается по иным причинам, лучше производить брюшностеночное чревосечение.

Со своей стороны я считаю влагалищный путь оперирования показанным: 1) в случаях удаления подслизистых фибромиом, как по сохраняющему методу, так и вместе с маткой; 2) в случаях межбугорочного расположения фиброматозных узлов, где требуется полная экстирпация матки, и где миома достигает размеров не более головки новорожденного, причем в этих случаях указанный способ допустим при условии хорошей технической подготовленности оператора и при хорошем техническом оборудовании операционной; 3) в случаях небольшой величины подсывороточных миом, где последние могут быть легко достижимы через разрез переднего или заднего влагалищных сводов. Во всех остальных случаях я считаю более предпочтительным прибегать к лапаротомии.

Переходя к обзору отдельных методов радикального оперативного лечения фибромиом матки *per laparotomiam*, остановлюсь на главных типах этого лечения, именно, 1) на энуклеации опухолей, 2) надвлагалищной ампутации и 3) полной экстирпации матки. При этом предварительно коснусь вопроса о том, какой разрез брюшной стенки мы должны применять при этих операциях, продольный или поперечный по Pfannenstiel'ю. Как известно, и тот, и другой имеют и свои преимущества, и свои недостатки. В нашей клинике принято оперировать с поперечным разрезом опухоли величиной не выше пупка, притом неинтралигаментарно расположенные; в противном случае применяется продольный разрез.

Обращаясь, далее, к первой из перечисленных сейчас операций, замечу, что под энуклеацией в широком смысле этого слова я буду разуметь не только вылушивание межбугорочных фибромиом из толщи миометрия, но и вообще такой способ радикального оперирования

фибромиом, где последние удаляются изолированно от матки. При этом как в техническом, так и в других отношениях мы должны различать энуклеацию при подсывороточно расположенных миомах, при межзачаточных и подслизистых.

Имея дело с субсерозной фибромиомой матки, после вскрытия тем или иным способом брюшной стенки, поступают различно в зависимости оттого, сидит-ли опухоль на ножке, или вдается значительным сегментом в толщу миометрия. В первом случае при тонкой и неособенно мясистой ножке можно иногда просто перевязать ее одною лигатурой *en masse*, или прошить двумя—тремя цепочечными швами, или захватить жомом; затем ножка перерезывается, причем, конечно, если ножка захвачена жомом, то последний снимается не раньше, как будут изолированно перевязаны проходящие в ней сосуды; после удаления опухоли площадь среза ножки не мешает закрыть брюшиной („перитонизировать“). При подсывороточных опухолях, вдающихся значительным сегментом в толщу миометрия, у основания их брюшина вскрывается круговым разрезом, и опухоль вылуцается тупым путем, после чего образовавшаяся рана закрывается сначала погружными катгутовыми швами на толщу миометрия, потом непрерывным швом на брюшину. Аналогичным образом удаляются и расположенные межзачаточные фибромиомы,—только здесь опухоль вылуцается, после предварительного надреза брюшины, не из толщи миометрия, а главным образом из подбрюшинной клетчатки; при этом надо иметь в виду, что опухоль, прилегающая к ребру матки, проходит над мочеточником и крупными маточными сосудами, а потому, чтобы не поранить последних, при вылущении следует держаться точно границ расположения опухоли. По типу энуклеации могут быть удаляемы, в соответствующих случаях, и интерстициальные фибромиомы.

Наконец, *per abdomen* изолированно можно удалять и опухоли, сидящие субмукозно. Для этого увеличенную, обычно мягковатую, похожую на беременную, матку вывихивают из брюшной раны наружу и делают поперечный или продольный разрез через всю толщу маточной стенки, стараясь в то же время попасть в самое ложе новообразования; далее тупым путем вылуцают опухоль, производят гемостаз, дренируют маточную полость полоской марли через цервикальный канал и этажными швами восстанавливают целостность маточной стенки с последующей ее перитонизацией.

Подобного рода консервативные операции имеют свою выгодную сторону в том, что перенесшие их женщины в значительном % случаев сохраняют способность к деторождению. Так, Winter наблюдал 18 случаев беременности после энуклеации, а Kelly—

32 случая после 97 энуклеаций; Снегирев из 28 энуклеаций 5 произвел во время беременности, причем во всех 5 случаях беременность окончилась благополучно, а одна из оперированных впоследствии забеременела вторично; Отт 0% зачатий после произведенных им энуклеаций исчисляет в 9,6; Müller, Engström, Weber и мн. др. также наблюдали случаи беременности после операций вылущения фиброматозных опухолей из матки.

Наряду с этой выгодной стороной сохраняющие операции представляют, однако, и свои невыгоды,—настолько значительные, что они дают основание большинству авторов сдержанно относиться к применению в широких размерах энуклеации фибромиом матки, а некоторым авторам, как, напр., Hofmeier'y и Winter'y,—почти совершенно отвергать ее. Основными доводами не в пользу указанной операции являются: 1) возможность после нее рецидива вследствие оставления в матке зачаточных миоматозных узелков, которые легко просмотреть при вылущении основной опухоли, 2) довольно значительная продолжительность и техническая трудность ее, 3) больший % смертности после энуклеации по сравнению с экстирпацией миоматозной матки или надвлагалишной ампутацией ее (по статистике Абуладзе, напр., на 807 случаев консервативных операций пришлось 10,7% смертности, в том числе 767 случаев сравнительно последнего времени дали 9,2% смертности). В виду этого круг применения консервативных операций должен быть ограничен лишь теми случаями, где оперативному удалению подлежат одиночные фибромиомы у сравнительно молодых (не старше 35 лет) женщин, желающих притом впоследствии быть матерями.

К числу методов радикального оперативного вмешательства при фибромиомах матки относится также надвлагалищная ампутация больного органа (*amputatio uteri supravaginalis*). С технической стороны операция эта довольно проста и состоит в следующем: по вскрытии продольным или поперечным разрезом брюшной стенки, в Trendelenburg'овском положении оперируемой захватывают щипцами Museaux дно матки и, по отделении сращений, если таковые имеются, вывихивают ее из брюшной раны наружу; верхний отдел брюшной полости защищают от попадания туда крови вчетверо сложенной марлевой салфеткой, а затем, сначала на одной стороне, потом на другой, между 2—3 парами зажимов последовательно рассекают *ligg. infundibulo-pelvica*, *ligg. rotunda* и *ligg. lata*, направляя разрезы последних к месту положения внутреннего маточного зева. Чтобы не стеснять себя большим количеством зажимов, всякий раз по рассечении той или иной связки,

или сразу нескольких с одной стороны, изолированно перевязывают проходящие в них крупные сосуды, причем перевязку маточных артерий производят, или предварительно изолировав их препаровкой тупым путем между листками широкой связки, или накладывая полутупой иглой прочную лигатуру *es masse* на основание широкой связки в области *orificiæ internæ*. Отделения мочевого пузыря здесь обычно не требуется, но, если имеется в том надобность, мочевого пузырь можно легко отсепаровать от матки туго сложенным марлевым компрессом после предварительного рассечения маточной брюшины между разрезами широких связок. Отделенное таким образом от прикрепляющих его связок тело матки теперь оказывается сидящим на шейке, как на ножке. После этого шейка перерезывается скальпелем, цервикальный канал, с целью дезинфекции, прижигается Раquelin'ом, и из него иссекается клиновидный кусок, после чего культи сшиваются несколькими узловатыми катгутовыми швами, и целостность брюшины восстанавливается непрерывным катгутовым же швом. Если при операции желательна бывает сохранить яичники, то, вместо рассечения воронко-тазовых связок, между зажимами рассекаются медиальные отделы широких связок вместе с трубами и собственными связками яичников (*ligg. ovariorum propria*).

Описанная операция также имеет свои выгодные и невыгодные стороны. К числу первых относится, во-первых, то, что при ней нет опасности инфицировать брюшную полость из рукава, как это свободно может иметь место при следующем виде оперативного лечения фибромиом, полной экстирпации матки; во-вторых, оставленная часть маточной шейки вместе с нетронутыми влагалищными сводами образует прочную опору для внутренностей брюшной полости; в-третьих, наконец, эта операция технически легче, чем не только энуклеация, но и полная экстирпация матки. К невыгодным сторонам надвлагалищной ампутации принадлежат следующие: во-первых, оставленная часть маточной шейки может впоследствии служить не только источником развития из нее фибромиомы, — если в ней останется незамеченный миоматозный узелок, — но и рака; во-вторых, в случае, если тазовая полость будет при операции инфицирована, то при надвлагалищной ампутации не будет естественного стока во влагалище, и образование экссудатов на месте удаленных органов малого таза станет более вероятным.

Несмотря, однако, на указанные невыгодные стороны, несмотря на советы ряда авторитетных авторов, во главе с Marti-п'ом, не оставлять, при удалении миоматозной матки, маточную шейку, надвлагалищная ампутация является наиболее распростра-

ненным видом оперативного лечения фибромиом матки. Техническая легкость и сравнительная безопасность этой операции доставили ей настолько широкий круг применения, что некоторые авторы не без основания называют ее „типичной миомотомией“.

Следующим способом радикального оперирования фибромиом матки путем брюшностеночного чревосечения является полная экстирпация матки. С технической стороны операция эта до вскрытия влагалищных сводов выполняется точно так же, как и надвлагалищная ампутация, с той лишь разницей, что здесь всегда производится отделение мочевого пузыря с целью обеспечить непосредственный доступ к переднему влагалищному своду. Самое вскрытие сводов производится при этой операции различным образом: одни операторы предпочитают вскрывать сначала передний, другие—задний свод. В нашей клинике принято вскрывать сначала передний свод, который рассекается ножницами в поперечном направлении, после чего стенка рукава сейчас же захватывается пулевыми щипцами, и в образованное таким образом отверстие вводится один или два стерильных компрессика из сухой марли во избежание попадания в брюшную рану могущего оказаться, в этот момент, во влагалище инфицированного жидкого содержимого. Дальнейшее отделение сводов производится путем циркулярного разреза их около самой шейки, влагалищную часть которой рекомендуется при этом также захватить на пулевые щипцы. Обыкновенно кровотечение из сводов бывает небольшое, за исключением заднего, где переживаются крестцово-маточные связки с проходящими в них сосудами, и где оно останавливается обкалыванием кровоточащих мест. После удаления матки или закрывают влагалище наглухо несколькими узловатыми катгутовыми швами, после чего приступают к восстановлению целостности брюшины, или, при подозрении на инфекцию, вставляют в рукав марлевый дренаж, верхний конец которого укладывается или интраперитонеально, или экстраперитонеально; при интраперитонеальном дренаже, конечно, тазовая брюшина не зашивается, при экстраперитонеальном же—зашивается наглухо.

Будучи предложена для оперативного лечения фибромиом матки *Vardenheuer* в 1881 году, полная абдоминальная экстирпация матки долгое время не встречала сочувствия среди гинекологов. Отчасти тут, повидимому, играли роль те малоутешительные результаты, которые в первое время давала *Fruep*овская полная экстирпация раковой матки. Если, однако, взять современные статистические данные относительно исхода надвлагалищной ампутации миоматозной матки с одной стороны и полной абдоминальной экстирпации—с другой, то большой разницы в $\frac{0}{0}$ смерт-

ности, за исключением данных отдельных операторов, мы не заметим. Так, по статистике, приводимой Döderlein'ом в его „Оперативной Гинекологии“, надвлагалищная ампутация с внутрибрюшинным уходом за ножкой дала 8,64⁰/₀ смертности, с забрюшинными—6,81⁰/₀, экстирпация же матки—8,27⁰/₀. Впрочем, у отдельных авторов ⁰/₀ смертности как при той, так при другой операции оказывается за последнее время значительно ниже: при полной экстирпации у Отта он, напр., равен 5,8, у самого Döderlein'a—3,4, в нашей клинике на 111 случаев абдоминальной экстирпации имели смертельный исход 3, т. е. 2,7⁰/₀, у Franz'a смертность равнялась всего 0,9⁰/₀, а у Opitz'a на 150 случаев полной экстирпации не было ни одной смерти. Что касается надвлагалищной ампутации, то Olshausen определяет смертность от нее в 5,1⁰/₀, а у нас в клинике на 262 случая названий операции было 8 смертельных исходов, или 3⁰/₀. „В среднем,—говорит Opitz в „Руководстве по гинекологии“ Menge и Opitz'a,—смертность при суправагинальной ампутации равна 4,9⁰/₀, при exstirpatio totalis—5⁰/₀, т. е. обе эти операции представляют одинаковую опасность для больной“.

Опираясь на статистические данные, Отт склонен признать, что полное удаление миоматозной матки путем брюшиностеночного чревосечения в настоящее время является операцией, не только с успехом конкурирующей с надвлагалищной ампутацией, но постепенно ее вытесняющей из гинекологического обихода. С нашей точки зрения, однако, и та, и другая операция должны иметь свой круг применения. Полная экстирпация бесспорно заслуживает предпочтение там, где не только тело матки, но и шейка поражена миомами, или изуродована разрывами и пр., при совершенно же здоровой шейке предпочтительнее надвлагалищная ампутация. При выборе между обоими этими операциями надо считаться также с тем, живет женщина половой жизнью, или нет, причем в первом случае опять-таки выгоднее применять надвлагалищную ампутацию, как менее изменяющую половой аппарат. Общее состояние оперируемой тоже должно при этом приниматься в расчет: нужно иметь в виду, что надвлагалищная ампутация—операция более легкая и требующая для своего выполнения меньшего времени, почему ее и надо предпочитать у больных истощенных, не могущих вынести значительной операционной травмы и т. д.

Из рукавных методов радикального лечения женщин больных фибромиомами матки, остановимся: 1) на удалении субмукозных фиброидов, 2) на удалении опухолей вместе с маткой и 3) на энуклеации опухолей per colpotomiam.

Субмукозные фиброиды зачастую имеют полипозную форму, т. е. сидят на ясно выраженной ножке, имеющей различную длину и толщину, но иногда могут сидеть и на широком основании; в том и другом случае они могут располагаться или в *sacum uteri*, или в цервикальном канале, или наконец, в рукаве (фиброиды влагалищной части или „родившиеся“ полипы, первоначально находившиеся в полости матки *resp.* в шейном канале), а иногда — и вне половой щели.

Если разбираемые опухоли располагаются в рукаве, а тем более — вне половой щели, то доступ к ним бывает весьма прост, причем, если опухоли эти соединены с маткой при помощи ножки, то проста бывает и техника оперативного вмешательства, — иногда достаточно бывает захватить полип корнцангом или крепкими щипцами и открутить его несколькими оборотами последних; значительного кровотечения при этом обычно не бывает, и каких-либо кровоостанавливающих мер не требуется. Можно также отжечь полип *Raquetin*'ом, либо, предварительно перевязав ножку лигатурой *en masse*, или прошив ее двойной лигатурой, отсечь полип ножницами. Несколько более сложной является операция в тех редких случаях, где нам приходится иметь дело с фиброзным узлом, выступающим из той или другой губы влагалищной части и сидящим на широком основании, — тогда нужно бывает, после циркулярного надреза кругом основания опухоли, или вылущить ее тупым путем, или вырезать, и закрыть рану несколькими этажами глубоких и поверхностных швов.

При субмукозных фиброидах, находящихся в цервикальном канале, а особенно в *sacum uteri*, гинекологу нужно бывает прежде всего обеспечить себе доступ к опухоли, что достигается или путем расширения цервикального канала бужами, или путем разреза наружного зева (*hysterostomatia*), или, наконец, путем продольного разреза передней маточной стенки (*hysterotomia anterior*) после предварительного вскрытия переднего свода и отслойки мочевого пузыря. Обеспечив себе тем или иным путем доступ к опухоли, удаляют ее тем или другим из перечисленных сейчас способов, в зависимости оттого, сидит она на ножке, или на широком основании, а если на ножке, — то какова ее длина и особенно толщина.

Уже и при субмукозных фибромиомах матки не всегда бывает рационально или даже технически возможно проводить принципы сохраняющей хирургии, т. е. удалять только опухоль, не трогая самой матки: в некоторых случаях, напр., при опухолях, сидящих в самом дне матки, такое удаление бывает технически затруднительно; в других оно не обеспечивает полной уверенности в отсутствии

последовательных рецидивов или из оставшихся незамеченными фиброматозных узлов в толще маточной стенки, или, — при т. наз. *resurgent fibroids* английских авторов, — из оставшихся тканей самой опухоли; наконец, кенсервативное вмешательство бывает иногда противопоказано при септическом распаде субмукозных узлов. Во всех подобных случаях приходится прибегать к более радикальному методу, именно, к влагалищному удалению опухоли вместе с маткой. Этот метод является также уместным при лечении маточных фибромиом, особенно множественных, развившихся интерстициально, причем техника его выполнения представляет опять-таки различные вариации как в отношении самого удаления пораженной матки, так и в отношении гемостаза при нем.

Если пораженная фибромиомами матка неслишком велика, и пространственные отношения обеспечивают достаточный простор оператору со стороны влагалища, то матку иссекают целиком. Производится это следующим образом: раскрыв влагалище зеркалами, захватывают маточную шейку щипцами и низводят матку возможно ближе к половой щели, поперечным разрезом рассекают передний свод, параллельно нижней границе пузыря, до парацервикальной клетчатки, тупым путем отслаивают кверху мочевого пузыря и вскрывают брюшинную складку *excavationis vesico-uterinae*, свободный листок брюшины которой несколькими узловатыми шелковыми швами прихватывают к передней рукавной стенке переднего свода, чем отчасти останавливают паренхиматозное кровотечение из места разреза, главным же образом — защищают мочевой пузырь. Вскрывши указанным образом передний свод вместе с брюшиной, приступают затем ко вскрытию заднего свода, а вместе и брюшины заднего Douglas'ова кармана. Для последней цели захваченная жомами или пулевыми щипцами влагалищная стенка в области заднего свода рассекается поперечно или сразу до брюшины включительно, одним или несколькими взмахами ножниц, или послойно, при помощи скальпеля. Брюшинный листок заднего Douglas'ова кармана также приторачивается к задней рукавной стенке несколькими шелковыми швами, расположенными лучше поперечно. После этого соединяют концы разрезов переднего и заднего сводов разрезами в области боковых сводов, чем и заканчивается первый момент операции.

Второй момент, — перевязка и перерезка маточных связок, — начинается обычно снизу, для чего тупой иглой Deschamps'a, снабженной крепкой шелковой лигатурой, прокалывают сначала основание широкой связки, — т. наз. *lig. cardinale*, — и затягивают лигатуру по возможности прочно, дабы получить полную уверенность в надежном стягивании проходящих здесь *vasa uterina*. После перевязки

соответственный пучек тканей перерезывается, а затем точно таким же образом перевязываются и перерезаются по отделам вышележащие участки *lig. lati*. При накладывании лигатур надлежит иметь в виду два условия: во-первых, лигатуры должны быть накладываемы на основания широких связок не далее одного сантиметра от ребра матки во избежание захватывания в них мочеточников, во-вторых, перерезывать перевязанные пучки ткани следует отнюдь не близко от лигатур, — иначе последние могут легко соскользнуть. Кроме массовых лигатур не мешает, для верности гемостаза, накладывать, в области разреза, еще и изолированные лигатуры на *art. uterina*. Пред вкалыванием иглы для лучшей ориентировки полезно захватывать подлежащую перевязке часть *lig. lati* двумя пальцами — большим и указательным. Верхние отделы широких связок перевязываются в различных местах в зависимости оттого, желательно-ли вместе с маткой удалить и маточные придатки, или же последние должны быть оставлены: в случаях первого рода лигатура накладывается на *ligg. infundibulo-pelvica*, в случаях же второго рода — на медиальные участки широких связок вместе с *Fallopіевыми* трубами и собственными связками яичников. Иногда уместно бывает сначала иссечь одну матку, а затем, осмотрев придатки и убедившись в нежелательности их оставления, удалить их последовательно.

Тщательным осмотром операционного поля для определения надежности остановки кровотечения заканчивается второй момент операции, после чего приступают к третьему, каковым является закрытие отверстия, ведущего из влагалища в брюшную полость. В большинстве случаев операторы ограничиваются лишь тампонацией этого отверстия полосой стерильной или подоформированной марли; в некоторых случаях, однако, отверстие это уменьшается наложением швов на боковые его части, а иногда, — если есть полная уверенность в асептичности операции и надежности гемостаза, — его рационально бывает закрыть наглухо; в этом случае культи широких связок стягиваются вниз и пришиваются к боковым стенкам рукава, и брюшина от одной культи до другой зашивается непрерывным катгутовым швом, а клетчатка и стенки влагалища соединяются узловатыми шелковыми швами.

Удаление миоматозной матки целиком *per vaginam* выполняется иногда и другим способом, при котором второй момент операции, т. е. отделение матки от связок, выполняется не снизу вверх, не с основания широких связок, а сверху вниз, т. е. с *ligg. infundibulo-pelvica* resp. с труб и *ligg. ovariarum propria*. Для этой цели матку запрокидывают во вскрытый передний или задний свод, захватив ее дно крепкими щипцами, и накладывают отдельно лигатуры на трубы,

собственные связки яичников и *ligg. rotunda* с той и другой стороны, после чего рассекают широкие связки по ребру матки до внутреннего зева. Если в разрез при этом месте попадают *art. uterinae*, то их захватывают зажимами и изолированно перевязывают, или же раньше перерезки накладывают массовые лигатуры на основания широких связок по направлению сверху вниз. При дальнейшем отсечении матки в разрез попадают маточно-крестцовые связки с проходящими в них сосудами, которые соответственным образом обшиваются лигатурами.

Если протащить через вскрытый верхний отдел влагалищной трубки тело миоматозной матки не удастся, то можно прибегнуть к рассечению передней маточной стенки по средней линии (*hemi-section antérieure Doyen'a*). Матка рассекается обыкновенно прямыми ножницами. По мере рассечения края маточного разреза захватываются щипцами *Museaux* и смещаются книзу, после чего разрез удлиняют по направлению вверх, края его опять низводят и т. д., пока не покажется маточное дно. Благодаря сильному низведению матки, идущие в маточных связках сосуды при этом сильно вытягиваются и сдавливаются, каковое обстоятельство обуславливает сравнительно небольшое кровотечение из разрезанной маточной стенки. В дальнейшем поступают так же, как только что было указано при удалении матки путем вывихивания.

При фибромиомах значительной величины, когда матку целиком *per vaginam* извлечь нельзя даже и после рассечения ее передней стенки, можно произвести удаление ее через рукав кускованием — *par morcellement*. При этом способе оперирования начало второго момента, т. е. отделения матки от связок, начинается, как обычно, с отделения шейки, которую стараются изолировать от основания широкой связки, насколько возможно, вверх и, по отделении, клиновидно иссекают. После этого, захватив нижний сегмент опухоли крепкими щипцами, или ввинтив в него штопор, стягивают его вниз, вырезают из опухоли клинообразные куски и продолжают это до тех пор, пока матка не уменьшится настолько, что ее свободно можно будет вывести из брюшной полости. К концу кускования матка остается обычно связанною с окружающими частями лишь при помощи *ligg. ovariorum propria* и *ligg. rotunda*, которые отсекаются после предварительной их перевязки.

При всех указанных способах удаления миоматозной матки гемостаз производится в большинстве случаев наложением лигатур на кровоточащие сосуды, перевязываемые или изолированно, или *en masse* в пучках околележащих тканей. Иногда же гемостаз при влагалищной экстирпации достигается путем наложения на широкие

связки крепких пинцетов или жомов, оставляемых à demeure на такое время, втечении которого происходит вполне надежное тромбирование сосудов. Идея указанного метода предупреждения и остановки кровотечения принадлежит Рёан'у. Количество накладываемых пинцетов бывает различное, находясь в зависимости от доступности операционного поля и большей или меньшей изводимости матки,—обычно достаточно бывает 2—3 зажимов на каждую широкую связку. По наложении их рана тампонируется полосой стерильной или подоформированной марли, которую одновременно изолируют концы пинцетов от кишек, стенок рукава и др. мягких частей, дабы непосредственное соприкосновение металлических частей не вызвало в последних пролежней. Пинцеты оставляются *in situ* на 48 часов, после чего в соответствующей обстановке, дающей возможность, в случае нужды, наложить вновь пинцеты, они снимаются. Этот способ гемостаза имеет много невыгодных сторон: 1) при нем портятся оставляемые в ране на долгое время инструменты, особенно ценные в настоящее время; 2) самый метод довольно груб, и при нем иногда возможно захватить в зажим соседние органы, как мочеточник, пузырь и даже кишку; 3) при нем омертвевает и впоследствии подвергаются гниению значительные количества тканей; наконец, 4) даже и после оставления зажимов на 2 суток сдавленные ими сосуды иногда не облитерируются, и после снятия пинцетов получают кровотечения, требующие нового наложения их. Несмотря, однако, на все эти недостатки, данный метод имеет и большие преимущества перед обыкновенным, лигатурным методом влагалищной экстрипации в смысле сокращения времени, потребного на операцию. А так как у некоторых больных, напр., сильно ослабленных кровотечениями или тяжелым лихорадочным состоянием, выигрыш во времени равносителен исходу операции, то в случаях, где требуется быстро, в несколько минут, удалить матку, пинцетный способ и имеет законные права.

Третьим видом влагалищного оперативного вмешательства при фибромиомах матки является удаление опухоли после кольпотомии, передней или задней. Этим путем могут быть удаляемы небольшие фиброматозные узлы, сидящие субсерозно. В таких случаях через вскрытый указанным при описании влагалищной экстрипации способом свод низводят опухоль во влагалище, крепко фиксируют ее щипцами и удаляют или после перевязки ножки двойной лигатурой, или образуя манжетку, или вылушая тупым путем опухоль из ее ложа, которое должно быть после этого зашито обычным образом.

Покончив с обзором радикальных методов оперативного лечения маточных фибромиом, перейду к паллиативным методам. Последние

могут быть разделены на оперативные и неоперативные, причем оперативные в свою очередь делятся на методы, соединенные со вскрытием брюшины, и не соединенные. К числу первых относятся кастрация и перевязка маточных артерий.

Кастрация при фибромиомах матки была впервые применена в 1878 г. Негат'ом, который в следующем же году, (на одном из с'ездов немецких натуралистов, докладывая и 42 случаях этой операции при фибромиомах матки, сообщил, что в 6 из них ее последствием были у оперированных наступление менопаузы и уменьшение объема опухолей. С тех пор операция эта стала практиковаться гинекологами при фибромиомах матки довольно часто, давая улучшение состояния больных, главным образом в смысле прекращения кровотечений—в 80⁰/₀ и более и уменьшение объема опухолей—в 90⁰/₀ и чаще. Смысл ее заключается в том, что путем удаления всей яичниковой ткани у женщины достигается искусственный климактерий, и тем самым вызываются менопауза и ослабление питания фибромиом с последовательным их уменьшением. Несмотря на довольно обширные статистические данные, говорящие как будто в пользу этой операции, несмотря, далее на ее техническую легкость и безопасность, следует в оценке ее вполне присоединиться к Отту, который логически не допускает, чтобы при операции удалялись здоровые органы (яичники) и оставлялся больной (матка). В настоящее время большинством гинекологов применение кастрации при фибромиомах матки совершенно брошено, а в нашей клинике она вообще никогда не применялась с целью лечения фибромиом за все время директорства проф. В. С. Груздева.

Исходя из того соображения, что при кастрации, помимо специфического значения удаления половых желез, имеет, может быть, влияние на фибромиомы также и выключение больших сосудов, питающих матку, Hofmeier, Martin и некоторые другие гинекологи пытались, в качестве паллиативной операции, применять перевязку питающих матку артерий, особенно маточных (aa. uterinae). Практически операция эта не дала, однако, тех результатов, которые от нее ожидалась: правда, в некоторых случаях она давала известное уменьшение кровотечений и замедление роста опухолей, но во многих других оставалась совершенно без влияния; между тем с технической стороны она оказалась далеко не простой, почему скоро и была оставлена.

Из паллиативных операций, не соединенных со вскрытием брюшины, при фибромиомах матки применялись и применяются две: 1) выскабливание слизистой оболочки матки и 2) вапоризация маточной полости.

Как известно, маточные фибромиомы нередко сопровождаются значительной гиперплазией слизистой оболочки матки, в каковой гиперплазии некоторые и видели непосредственную причину присутствующих фибромиомам кровотечений. Отсюда выскабливание маточной мукозы при данных опухолях логически казалось-бы совершенно рациональным: благодаря ему, удаляется кровоточивая слизистая оболочка матки, и кровотечения, хотя-бы временно, прекращаются. De facto, однако, это далеко не так. Прежде всего, как показали наблюдения, некоторые формы маточных фибромиом не только не сопровождаются гиперплазией мукозы, но, наоборот, резкой ее атрофией; так, напр., это имеет место при фиброматозных узлах, вдающихся в полость матки и растягивающих слизистую оболочку; между тем именно такие субмукозные опухоли и дают наибольшие кровотечения. Далее, с современной точки зрения гиперплазия маточной мукозы не есть причина свойственных миомам кровотечений, а и эти последние, и гиперплазия, и сами фибромиомы—суть последствия одной и той же причины, именно, усиленного кровоснабжения матки под влиянием повышенной внутренней секреции яичников. Клинические наблюдения показывают, затем, что в некоторых случаях применение выскабливания при фибромиомах является опасным, так как после него могут развиваться омертвление и гнилостный распад фиброматозных опухолей, а иногда и септическое заражение всего организма. Наконец, в некоторых случаях выскабливание при фибромиомах матки технически не выполнимо, так как маточная полость при этих опухолях представляется настолько извилистою, что равномерное оскрабливание выстилающей ее мукозы оказывается совершенно невозможным. Исходя из этих соображений, многие авторы, как, напр., Küstner, Döderlein и Krönig, Opitz и Menge и др., или совершенно не упоминают в своих руководствах об этом способе лечения фибромиом, или считают его противопоказанным при них. Впрочем в некоторых случаях разбираемого заболевания выскабливание, по нашему мнению, может быть с пользою применяемо, а именно, в случаях с общей гиперплазией слизистой оболочки, где полость матки не превышает 9—10 сант., и где тщательное исследование зондом, а еще лучше пальцем, позволяет исключить наличие субмукозно лежащих узлов. Что касается техники этой маленькой операции, то она общеизвестна: сначала шеечный канал матки расширяют бурами Негар'а, затем, обследовав маточную полость указанным выше образом, кюреткой систематически соскабливают выстилающую ее слизистую оболочку, после чего, как это принято у нас в клинике, полость матки или протирают смоченным в t-га jodī марлевым компрессом, или впрыс-

живают в нее шприцем Braun'a подную настойку пополам с винным спиртом.

Вместо выскабливания с целью лечения кровотечений при миомах некоторыми авторами рекомендован и другой вид оперативного пособия, не связанного со вскрытием брюшины, именно, обваривание маточной мукозы горячим паром по Снегиреву. Перегретый пар температурой от 105 до 110° С. вводится в полость матки при помощи особого аппарата, через специальный катетер, причем ошпаривание продолжается от 20—30 секунд до 2 минут в зависимости от поставленной цели: при продолжительности ошпаривания до 1' ошпаренная слизистая оболочка сохраняет способность к регенерации, 2-минутное же ошпаривание ведет к полному ее уничтожению с последующей заменой ее грануляционной тканью и облитерацией маточной полости.

Из отчета Steinbüchel'я видно, что в 72 случаях произведенного им при фибромиомах матки ошпаривания он получил наилучшие результаты в смысле устранения сопутствующих этим опухолям кровотечений; Hammerschlag, получивший от этого метода в 75% стойкое излечение, а в 11% — существенное улучшение, также благоприятно отзываясь об эффекте вапоризации при фибромиомах матки; горячо рекомендуют его при разбираемых опухолях также Снегирев и др. авторы. Однако, этот метод лечения кровотечений при маточных фибромиомах встречает и горячие возражения. Повидимому, ошпаривание так же, как и выскабливание, может быть с пользою применяемо лишь в подходящих случаях, причем субмукозные формы фибромиом и межчюточные узлы, близко расположенные к слизистой оболочке, противопоказывают его применение; не должно оно применяться, вследствие технических трудностей, также в случаях, где *cavum uteri* имеет вид длинного, извитого канала.

Техника описываемого способа лечения состоит в том, что, вслед за расширением бужами Негар'а цервикального канала и последующим выскабливанием слизистой оболочки матки, в маточную полость вводится, при помощи металлического катетера, пар, вырабатываемый особым аппаратом, вапоризатором. Во избежание ожогов стенок влагалища, последние защищаются при вапоризации двумя парами влагалищных зеркал, обернутых марлевыми компрессиками, смоченными в холодном растворе борной кислоты. Для этой же цели, кроме того, во все время вапоризации рукав спрингуется холодным борным раствором или просто холодною водою. По окончании ошпаривания полость матки тампонируется полоской стерильной или йодформированной марли, извлекаемой обычно через сутки или двое.

Прежде, чем перейти к обзору неоперативных методов лечения маточных фибромиом, упомяну, далее, об одном способе лечения, который именно у нас в России получил довольно широкое распространение при различных заболеваниях женского полового аппарата, между прочим и при фибромиомах матки,—я разумею внутриматочные впрыскивания по Грамматикати. Способ этот, как известно, состоит в том, что больным ежедневно в течение месяца и более шприцем Вгаип'а в матку впрыскивается иодная пастойка пополам с винным спиртом, благодаря чему достигаются две цели: с одной стороны, ежедневное прижигание маточной полости ведет к омертвлению поверхностных слоев слизистой оболочки, с последующей ее регенерацией по окончании лечения, с другой—внутриматочные впрыскивания влияют угнетающим образом на яичники, понижая выделение ими гормонов, избыточная выработка которых, с современной точки зрения, ведет к развитию фибромиом и является причиной маточных кровотечений при них. Клинические наблюдения показывают, что этот способ лечения маточных фибромиом в некоторых случаях не лишен практического значения, имея тот же круг применения и те же противопоказания, что и выскабливание слизистой оболочки.

Обращаясь затем к другим методам неоперативного лечения маточных фибромиом, остановлюсь на применении некоторых лекарственных средств, электричества по способу Apostoli и рентгенизации.

Применение лекарственных средств при фибромиомах матки рассчитано, с одной стороны, на влияние на саму маточную гесп. опухольную ткань, с другой—на яичники в смысле изменения их внутренней секреции. С первой целью издавна служила и служит спорынья и ее препараты, которые вызывают усиленную сократительную деятельность маточной мускулатуры, благодаря чему суживаются проходящие в гладких мышцах матки гесп. в капсуле опухоли кровеносные сосуды, и тем самым, с одной стороны, уменьшается главный припадок, свойственный фибромиомам,—кровотечения, а с другой—ослабляется питание и самой опухоли. Маточные рожки применяются в различных видах, или per os, или, в виде эрготина, под кожу. Другим общераспространенным средством, широко применяемым как при маточных кровотечениях вообще, так и при кровотечениях, обусловливаемых маточными фибромиомами в частности, является *hydrastis canadensis*. При кипячении со слабой азотной кислотой алкалоид этого растения, гидрастин, окисляется и распадается на гидрастинин и опиановую кислоту, гидрастинин же, согласно опытам Курдиновского над изолированной кроличьей маткой, обладает свойствами 1) усиливать маточные сокращения,

придавая им тетанический характер, 2) повышать механическую возбудимость матки. Помимо того, гидрастин и гидрастинин, раздражая сосудодвигательный центр, вызывают сужение сосудов и тем самым оказывают кровостанавливающее действие при маточных кровотечениях, обусловливаемых фибромиомами. По действию на организм к гидрастинину близко стоит котарнин или оксиметил-гидрастинин, получаемый при окислении наркотина. В гинекологической практике обычно употребляются следующие препараты: 1) *extr. fl. hydrastis canadensis* по 20—30 кап. 3—4 раза в день, 2) солянокислая соль котарнина, *stypticin*, по 0,05 3 раза в день, 3) фталевокислая соль котарнина, *styptol*, в той же дозе.

Для второй из указанных целей служат опопрепараты, из которых наиболее употребителен при фибромиомах маммин—вытяжка из грудных желез животных. Препарат этот содержит в себе гормон, действие которого на кровоснабжение женских половых частей и матки в частности диаметрально противоположно действию яичникового гормона,—между тем, как последний повышает приток крови к половым частям, гормон грудных желез уменьшает этот приток и, стало быть, ослабляет питание как матки, так и заложенных в ее стенках миоматозных узлов. И действительно, клинические наблюдения показывают, что при систематическом употреблении этого средства кровотечения при маточных фибромиомах уменьшаются, и рост самих фибромиом задерживается, а иногда наблюдается и обратное их развитие. Обычно препарат этот назначается в виде таблеток по 0,5 2—3 раза в день, хотя, в случае необходимости, маммин можно употреблять и в большей дозе,—до 3,0—4,0 *pro die*. Такой же эффект, как и маммин, оказывает на фибромиомы матки тиреоидин, опопрепарат щитовидной железы; подмеченное многими клиницистами вредное действие его на сердце заставило, однако, гинекологов отказаться от его употребления при фибромиомах матки.

Одно время широкое применение в качестве лечебного метода при фибромиомах матки получила, было, электризация по способу *Apostoli*. Способ этот состоит в том, что один из электродов, именно анод, в виде металлического маточного зонда или угольного цилиндра, вводят в половой канал (полость матки или рукав), катод же, в виде значительных размеров цинковой пластинки, обтянутой смачиваемым в солевом растворе полотном, фланелью и т. п. тканями, прикладывают на нижнюю часть брюшной стенки, после чего пускают постоянный ток, постепенно доводя его силу, при помощи реостата, до 200—250 миллиамперов. Каждый сеанс электризации продолжается не более 3—5 минут и повторяется два раза в неделю в течение желаемого периода времени. Действие лечения

по Apostoli рассчитано на электролитический распад опухоли, ведущий к ее уменьшению и рассасыванию, с одновременным разрушением слизистой оболочки. Однако, благодаря технической сложности, продолжительности, и болезненности,—говорит Küstner,—этот способ находит себе все меньше и меньше приверженцев, а по заявлению Opitz'a он в настоящее время совершенно оставлен гинекологами. Еще более решительно высказались последние против лечения маточных фибромиом электропунктурой, при которой катод, в форме длинной острой иглы, вкалывается в опухоль per vaginam.

Гораздо более широкое применение в современной гинекологии нашла себе, при фибромиомах матки, рентгенизация. В 1905 г. Foveau de Courmelles впервые сообщил о благоприятных результатах лечения фибромиом матки лучами Röntgen'a. С тех пор в медицинской литературе накопилась масса сообщений из различных клиник и больниц, подтверждающая заявление Foveau de Courmelles'a. Мало того, такие видные представители современной гинекологии, как Krönig, заявили, что процент успешного лечения рентгеновскими лучами фибромиом матки, в смысле не только устранения присущих последним припадков, но иногда и в смысле исчезновения самих опухолей,—они считают равным 100. „Технически-правильная рентгенизация,—говорит Krönig,—всегда дает успешные результаты“.

Стараясь истолковать самый механизм воздействия на маточные фибромиомы x-лучей, различные авторы высказывали одно из двух объяснений. Одни из них объясняли благоприятные влияния рентгенизации при фибромиомах матки воздействием x-лучей на яичники, которые, как это доказано и экспериментально, и клинически, под влиянием лучей Röntgen'a претерпевают глубокие изменения до полной атрофии их фолликулярного аппарата включительно. Указанные процессы в яичниках сопровождаются изменением их внутренней секреции, каковым изменением данная группа авторов и склонна объяснять благоприятное влияние x-лучей на фибромиомы матки. Другая группа авторов стоит на точке зрения прямого воздействия x-лучей на самую опухольную ткань. Как в пользу того, так и в пользу другого взгляда у нас имеются данные и экспериментальные, и клинического характера. Это дало повод третьей группе авторов объяснять эффект x-лучей при фибромиомах как их влиянием на яичники, так и прямым воздействием на опухольную ткань.

Стараясь, в свое время, выяснить экспериментальным путем указанный вопрос, я, в ряде опытов на кроличихах, подвергал изолированной рентгенизации один рог матки животного с последующим микроскопическим исследованием как этого рога, так и контрольного,

а равно и яичников, и вынес убеждение, что рентгенизация, применяемая с целью лечения маточных фибромиом, действует не только через яичники, но и непосредственно на матку, именно, на слизистую ее оболочку, вызывая атрофию последней и тем самым влияя на уничтожение одного из главных припадков этой болезни, кровотечений.

В своей лекции, ограниченной временем, я не могу коснуться вопроса о современной рентгенотерапии фибромиом матки во всей его полноте. Должен, однако, отметить, что, благодаря все более совершенствующейся в настоящее время технике рентгенизации, дающей возможность применять у больных колоссальные дозы, до 1500 х, без вреда для них, благодаря, затем, прочно установившимся взглядам на показания и противопоказания к применению рентгенизации в каждом отдельном случае, лечение маточных фибромиом х-лучами открывает гинекологу широкие перспективы, подавая надежду излечить болеющую женщину, не только не подвергая ее опасности погибнуть от хирургического ножа, но и не причиняя ей ни физических, ни душевных переживаний, связанных с операцией. Впрочем и этот метод лечения не лишен крупных недостатков, каковым, напр., является его дороговизна.

В заключение считаю необходимым сказать, что для лечения столь часто встречающегося у женщин заболевания, каковым являются маточные фибромиомы, мы обладаем в настоящее время целым арсеналом средств. Индивидуализация применения в каждом отдельном случае того или иного из этих средств составляет нелегкую задачу практического врача, который при выборе его должен учесть множество обстоятельств, как-то: возраст больной, величину и топографические особенности опухоли, быстроту ее роста, сопутствующие ей припадки, свои чисто-технические возможности, социальное положение заболевшей и т. п., и только после строгого учета всех наличных данных избрать подходящий способ лечения *).

*) Уже после прочтения настоящей лекции в литературе появились указания на блестящие результаты, получаемые от лечения фибромиом матки радиумом. Способ этот был испробован и в нашей клинике, причем дал весьма хороший эффект,—если не в смысле уменьшения объема опухолей или их исчезновения, то в смысле устранения сопутствующих фибромиомам кровотечений. И. К.