

К вопросу о природе и лечении дисменорреи.

Приват-доцента А. П. Николаева.

Хотя дисменоррея и представляет собою достаточно частое и, кстати сказать, весьма тягостное для трудящейся женщины заболевание, однако природа ее далеко неполно выяснена; поэтому и в лечении этого заболевания царит полный, так сказать, произвол, полипрагмазия, эмпиризм; успех же лечения обычно минимальный.

С давних пор предложена классификация дисменорреи, основанная, якобы, на учете первопричины этого заболевания и выделяющая следующие формы дисменорреи: 1) воспалительную, 2) механическую (Марион, Симс), 3) нервно-психическую (Мейер, Руегг, Дик) и психотравматическую (Эдельберг), 4) перепончатую. За последнее время к этим четырем основным формам добавили еще две: 5) инфантильно-гипопластическую (конституциональную) (Винтер, М. Гирш, Р. Шредер) и 6) эндокринно-химическую (Ашнер).

Рассматривая эту классификацию, нетрудно понять и согласиться, что она чрезвычайно искусственна, далеко не соответствует действительной природе заболевания, возводит дисменоррею в роль самостоятельного заболевания, в то время как она есть лишь *симптом* и, наконец, вообще является излишней, т. к. если исключить воспалительную дисменоррею, как форму действительно самостоятельно существующую, то все остальные формы можно легко и справедливо свести к одной единственной форме—эндокринно-химической.

В самом деле, возьмем для примера инфантильно-гипопластическую форму дисменорреи. Согласно Ашнеру в большинстве случаев дисменорреи мы имеем дело „со стройными, тонкими индивидуалами, принадлежащими к инфантильно-астенически-гипопластическому типу, обычно с остроугольной антефлексированной маткой и стенозом внутреннего маточного зева“... Инфантильная матка отличается незначительной величиной своего тела по сравнению с шейкой, значительной атрофией с развитием межлужочной ткани и понижением тургора. Во время месячных маленькое, мышечно-слабое тело матки должно развивать большую силу сокращений, чтобы прогнать массу отделяющейся крови через чрезмерно длинный, узкий канал шейки, весьма часто к тому же резко перегнутый вследствие остроугольной антефлексии.

Естественно, что при этих условиях должны развиваться особенно сильные и частые сокращения матки, подобно тому как это имеет место при сокращениях других полостных органов, напр., желудка, пузыря, мочеочников, кишек,—сокращениях, которые нередко также сопровождаются более или менее интенсивными болями. В этих случаях раздражение вегетативных нервов передается через спинной мозг в зрительный бугор, а корой воспринимается, как болевое ощущение.

Гинопластическая матка имеет вообще недоразвитую, неполноценную, слабую мускулатуру и поэтому должна особенно усиленно, долго и часто безрезультатно сокращаться, чтобы прогнать скопляющуюся в полости кровь. С другой стороны, количество крови, подлежащее удалению через узкий шейный канал, при гинопластической матке весьма значительно, ибо, вследствие слабости тонуса матки, выделение крови значи-

тельно усилено и не ограничивается, как в норме, энергичными сокращениями матки. Кроме того, при инфантильных и гипопластических матках часто обращает на себя внимание „густота“ крови, „кروشковатость“ ее, наличие в ней мелких, а иногда и более крупных кусочков преградиварной слизистой.

Что же является первопричиной всех этих явлений, сопровождающихся дисменореей, в качестве симптома?

Недоразвитие половых органов и связанная с этим их особая форма и слабость мускулатуры зависит, как нам сейчас известно, благодаря работам Ашгейма и Цондека, от недостатка яичникового гормона, стимулирующего к росту и тонизирующего матку.

Недостаточность же гормональной функции яичников в свою очередь зависит скорее всего от функциональной дефективности передней доли гипофиза.

Недостаточность яичникового гормона обуславливает также слишком малую, недостаточную продукцию тех триптических ферментов, назначение которых способствовать быстрому и полному расплавлению слизистой матки. Сохранение, вследствие этой ферментативной недостаточности, неизмененных компактных кусочков слизистой, с большим усилением проталкиваемых мышечно-несостоятельной маткой через суженный, удлиненный, перегнутый канал шейки, обуславливает особенную интенсивность болей в полной аналогии с таковыми при продвижении инородного тела в перистальтирующем органе (*dysmenorrhoea membranacea*).

Описывая далее тип женщин, наиболее часто страдающих дисменореей, Ашнер отмечает еще следующие характерные черты: „дисгармония пигментации и гипертрихоз, в виде темных волос, светлых глаз, пушка над губой и волосатости *lineae albae*, а нередко и более сильных степеней гипертрихоза“...

Дисгармония пигментации, гипертрихоз, известный *вирилизм* в типе (мужеподобное лицо, хорошее развитие мускулатуры, узкие бедра, „мужской“ таз) — все это есть обычно лишнее доказательство дисфункции яичников, сопровождающейся уменьшением выработки их гормона.

К этому следует добавить, что у инфантильных и гипопластических женщин обычно значительно понижен порог нервной возбудимости; поэтому то раздражение, которое со стороны нормальной нервной системы не вызывает никакой болевой реакции, инфантиличка или гипопластичка могут воспринимать как сильное болевое ощущение и соответственно реагировать на него.

Естественно, что подобным неполноценным конституциональным типам свойственна общая неустойчивость всей нервной системы и психики. Поэтому и особая форма дисменорреи, описанная Эдельбергом под именем психотравматической, встречается наичаще у представительниц неполноценного конституционального типа, ибо они более склонны к душевным травмам.

Характерно, что дисменоррея весьма часто бесследно проходит после первой же беременности, а иногда вообще после начала половой жизни, т. е. когда гормональная деятельность яичников достигнет своего полного расцвета и оказывает соответственное влияние на весь половой аппарат.

Таким образом, и механическая, и нервно-психическая, и инфантильно-гипопластическая, и перепончатая формы дисменорреи могут быть

В конечном итоге сведены к недостаточности гормональных влияний яичников, т. е., следовательно, к форме эндокринно-химической.

Если так, то и лечение различных форм дисменорреи должно быть единообразным и сводиться к эндокринно-химическому воздействию на организм. Местное лечение в подавляющем большинстве случаев не дает эффекта и, наоборот, при нервно-психической неустойчивости подобных больных, фиксируя их внимание на половой сфере и на безуспешности местных мероприятий, может лишь ухудшить состояние больной.

Психотерапия, в частности гипноз (Геренштейн, Дик, Николаев), дает в некоторых случаях хороший эффект, однако, чаще всего лишь там, где мы имеем чистую невропсихическую форму дисменорреи (патологический условный рефлекс).

В некоторых случаях, где специальными исследованиями возможно установить повышение возбудимости автономной (парасимпатической) нервной системы или наличие симптомов спазмофилии (Гирш),—там иногда дает прекрасный эффект подавление *vagus'a* атропином (в пилюлях, подкожно) и хлористым кальцием (повышающим тонус *sympatricus'a*).

В большом числе случаев, однако, все мероприятия остаются безрезультатными.

Между тем логика подсказывает путь, на который надо попытаться встать при лечении дисменорреи. Недостаточность яичникового гормона, которую мы делаем ответственной в большинстве случаев за дисменоррею, должна быть устранена путем обильного подвоза недостающего гормона. Простейший и доступнейший способ к этому—введение больной больших количеств гормона, содержащегося, как известно, в моче беременных женщин. Методика крайне проста: 50,0 кипяченой мочи от беременной на сносях, смешанные с 50,0 отвара ромашки, вводятся больной в *rectum* ежедневно в течение 1—3-х месяцев.

Для иллюстрации привожу следующий случай:

Б-ая Л., 23-х лет. Замужем 7 мес. *Menses* начались с 16 л., чрезвычайно болезненные, скудные с большим количеством мелких и крупных кусочков слизистой. Во время месячных 6-ая в течение 3—4-х дней превращается в полного инвалида; принуждена лежать в постели и ни на минуту не освобождается от жесточайших болей, доводящих ее до состояния психоза: 6-ая рвет на себе волосы, кусает руки, бьется головой о кровать и т. п. Брюнетка с заметными усиками над верхней губой, смуглая. Рост волос на лобке по женскому типу, но весьма обилен. Некоторый гипертрихоз на ногах. Выраженная астеничка, очень узкие бедра. При вагинальном исследовании: влагалище узкое, длинное; шейка на нормальной высоте; своды, особенно задний, очень глубоки; влагалищная часть удлиненной цилиндрической формы. Тело матки в состоянии резкой *anteflexio*; наружный зев точечный. Придатки уклонены от нормы не представляют. Б-ой произведено расширение и выпрямление шеечного канала за несколько дней до очередных *menses*. Применены большие дозы белладонны в суппозиториях. Успеха никакого: наступившие *menses* попрежнему невыносимо болезненны. По окончании *menses* начато лечение уриной (50,0 кипяченой мочи беременных на 9—10 мес. + 50,0 отвара ромашки). Прделано вследствие неаккуратности 6-ой лишь 18 сеансов. Следующие месячные совершенно безболезненны, с выделением нормального вида жидкой крови без примеси кусочков слизистой; 6-ная перенесла *menses* на ногах за обычной работой.

Прослежено еще пять последующих менструальных периодов, протекших также без каких бы то ни было значительных неприятных ощущений. Менструации 6-го и 7-го месяцев после проведения лечения снова становятся болезненными (хотя и не в прежней степени). Повторено лечение уриной (28 сеансов)—полный успех, *menses* снова совершенно безболезненны. Наблюдение ведется 3-й месяц.

Интерес данного случая перепончатой дисменорреи, заключается в том, что как тип больной, имеющий большое сходство с описанием Ашнера, так и успех примененной терапии вполне подтвердили высказанную выше точку зрения на основную причину дисменорреи вообще и перепончатой дисменорреи—в частности. Причину эту мы склонны видеть в дисфункции яичников, ведущей к слабости маточной мускулатуры, ее гипотонусу, к известной степени инфантилизма, к недостаточности выработки протеолитических ферментов, необходимых для расплавления слизывающейся слизистой и, наконец, к определенным изменениям в нервной психической деятельности организма.

Цель настоящей заметки я буду считать достигнутой, если предложенный мною метод лечения дисменорреи будет более широко проверен на подходящих случаях и результаты его применения будут опубликованы.

Из гинекологической клиники Киевского Института для усовершенствования врачей. (Директор—проф. В. Л. Лозинский).

К вопросу о подкожном применении пилокарпина при послеоперационной задержки мочеиспускания.

Ассистента О. Белиц.

Послеоперационная, равно как и послеродовая ишурия представляет собою очень неприятное осложнение, так как все обычно применяемые при этом средства—тепло на мочевой пузырь, инстиляции 10% борного глицерина в пузырь (метод Corbineaux), liq. kalii acetici per os, инъекции 1,0—2,0 25% magnesiaе sulfur. под кожу (метод Войташевского), внутривенные инъекции 5,0—10,0 40% уротропина (по Vogt'y)—нередко дают отказ или же вызывают мочеиспускание через много часов и, таким образом, принуждают прибегать к катетеру. Что же касается катетеризации, то этот способ признается всеми чреватый осложнениями и должен быть применяем, по словам Дитерихса, лишь как ultimum refugium.

Вполне понятным является в последние годы стремление некоторых авторов найти новый путь в неблагоприятной борьбе с послеоперационной ишурией. В настоящее время имеется уже целый ряд сообщений о хороших результатах, полученных при ишурии от пилокарпина. Прежде чем перейти к дальнейшему изложению, в целях всестороннего освещения вопроса, следует несколько остановиться на физиологии акта мочеиспускания и на причинах, вызывающих послеоперационную задержку мочеиспускания.

Двигательные нервы мочевого пузыря подходят к нему тремя путями (P. Müller): 1) верхний путь—симпатические нервы—n.n. hypogastrici, являющиеся моторными нервами для сфинктера пузыря; 2) нижний путь—парасимпатические нервы—n.n. pelvici, которые являются моторными нервами для детрузора пузыря, и, наконец, 3) соматические n.n. pudendi, иннервирующие поперечно-полосатый m. sphincter externus,