

УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Для студентов медицинских институтов

---

Л. Н. Василевская, В. И. Грищенко,  
Н. В. Кобзева, В. П. Юровская

# ГИНЕКОЛОГИЯ

*Под редакцией проф.*

**Л. Н. ВАСИЛЕВСКОЙ**

Допущено Главным управлением учебных заведений  
Министерства здравоохранения СССР  
в качестве учебника  
для студентов медицинских институтов



Москва «Медицина» 1985

ББК 57.1  
Г49  
УДК 618.1(075.8)

Л. Н. ВАСИЛЕВСКАЯ, В. И. ГРИЩЕНКО, Н. В. КОБЗЕВА,  
В. П. ЮРОВСКАЯ, Г. Г. ХЕЧИНАШВИЛИ, Д. В. КАН, В. М. СТРУ-  
ГАЦКИЙ

Рецензенты: В. И. АЛИПОВ, проф., дир. Научно-иссле-  
дательского института акушерства и гинекологии АМН СССР;  
Г. К. СТЕПАНКОВСКАЯ, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии  
Киевского медицинского института; А. П. КИРЮЩЕНКОВ, проф.,  
зав. каф. акушерства и гинекологии I ММИ им. И. М. Сеченова.

Г  $\frac{4123000000-292}{039(01)-85}$  212—85

© Издательство «Медицина», Москва, 1985

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние годы в гинекологии достигнуты значительные успехи, обусловленные прогрессом в области патологической физиологии, эндокринологии, генетики, фармакологии и других медицинских дисциплин. Внедрение новых методов исследования, изучение роли специфических гормональных рецепторов привело к бурному развитию гинекологической эндокринологии. В связи с этим особенно большие успехи были достигнуты в диагностике и терапии такой патологии, как нарушение менструального цикла, предопухолевые заболевания эндометрия, нейроэндокринные синдромы и др.

Современные исследования в области микробиологии, аллергологии, патофизиологии значительно обогатили такой раздел гинекологии, как воспалительные процессы женских половых органов. В самостоятельную дисциплину, тесно связанную с общей гинекологией, выделилась гинекология детей и подростков. Значительно расширились представления о гормональнозависимых заболеваниях матки и молочных желез.

Благодаря современным методам диагностики стало возможным раннее распознавание предопухолевых и опухолевых процессов женских половых органов. Прогресс в области экспериментальной и клинической фармакологии позволяет в настоящее время широко использовать гормональные препараты как для дифференциальной диагностики функциональных и органических заболеваний половых органов, так и для их лечения. Наряду с медикаментозными средствами большое распространение получили в настоящее время различные методы физиотерапии. Успешно разработана система реабилитации и восстановительного лечения при многих гинекологических заболеваниях, что позволяет сохранять репродуктивную функцию у больных с различными формами патологии половых органов.

Значительные успехи достигнуты в области этиологии, патогенеза, диагностики и лечения бесплодного брака. Прогрессивно развивается проблема контрацепции, основанная на использовании современных внутриматочных и гормональных средств.

Таким образом, нет ни одной области в гинекологии, которая в настоящее время постоянно не обогащалась бы новыми результатами экспериментальных и клинических исследований. Все это ставило перед авторским коллективом настоящего учебника сложную задачу. С одной стороны, в учебнике было необходимо осветить основы физиологии и патологии женских половых органов, а с другой — необходимо было включить достижения фундаментальных медицинских исследований, которые в значительной степени изменили наши представления об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и терапии многих заболеваний половых органов у женщин. Эта трудность усугублялась еще и тем,

что по многим вопросам имеются различные точки зрения. В связи с этим при подготовке учебника прежде всего был использован богатый опыт и лучшие традиции отечественной гинекологии, получившие отражение в ранее издававшихся учебниках [Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., 1977, и др.].

В настоящий учебник включены главы «Неотложные состояния в гинекологии», «Гинекологические заболевания детей и подростков», «Дисгормональные заболевания молочных желез» и «Заболевания мочевыделительной системы у женщин».

Учебник написан в соответствии с новой комплексной учебной программой по гинекологии для студентов лечебного, педиатрического, стоматологического и санитарно-гигиенического факультетов медицинских институтов. Авторы учебника имеют большой опыт преподавания гинекологии на перечисленных факультетах: проф. Л. Н. Васильевская — на лечебном и стоматологическом факультетах ММСИ им. Н. А. Семашко, проф. В. И. Грищенко — на лечебном факультете Харьковского медицинского института, проф. Н. В. Кобзева — на педиатрическом факультете Ленинградского педиатрического института, проф. В. П. Юровская — на педиатрическом и санитарно-гигиеническом факультетах Ростовского-на-Дону медицинского института. Кроме указанных авторов, в работе над учебником принимали участие проф. Г. Г. Хечинашвили — автор главы «Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины»; проф. Д. В. Кан и канд. мед. наук В. М. Стругацкий, написавшие разделы, посвященные соответственно заболеваниям мочевыделительной системы у женщин и принципам и методам лечения гинекологических заболеваний.

Авторы с благодарностью примут все критические замечания по содержанию настоящего учебника.

Проф. Л. Н. Васильевская



## ВВЕДЕНИЕ

Гинекология (от *gynē* — женщина, *logos* — учение, наука) — область клинической медицины, изучающая анатомо-физиологические особенности женской половой системы, ее болезни и разрабатывающая методы профилактики и диагностики, терапии и восстановительного лечения. Современная гинекология и акушерство составляют единую клиническую дисциплину.

Сведения о гинекологии встречаются уже в рукописных памятниках Индии, Древнего Египта, Греции, в лечебниках славянских народов, но до середины XVIII века излагались в основном отдельные клинические наблюдения, которые позднее были обобщены и описаны как нозологические формы заболевания.

Первым крупным русским ученым акушером-гинекологом был «медицины доктор повивального искусства» проф. Нестор Максимович Максимович-Амбодик (1744—1812). Н. М. Максимовичем-Амбодиком написано оригинальное руководство по акушерству «Искусство повивания или науки о бабичьем деле», в котором освещены вопросы анатомии, физиологии, патологии женского организма и гигиены женщины.

Большой исторический интерес представляет указание Н. М. Максимовича-Амбодика на необходимость хирургического лечения внематочной беременности, о которой в тот период врачи имели весьма отдаленное представление. Н. М. Максимович-Амбодик обладал также большими познаниями в области венерических заболеваний.

В течение длительного времени гинекология являлась лишь частью хирургии и только с XIX века в связи с успехами физиологии, хирургии, эндокринологии, патоморфологии она начала выделяться в самостоятельную научную дисциплину.

Первое в России гинекологическое отделение при акушерской клинике Петербургской медико-хирургической академии было открыто в 1842 г. Постепенно гинекологические клиники и соответствующие отделения начали создаваться и в других университетах и больницах.

Важную роль в развитии гинекологической науки в России сыграл Антон Яковлевич Крассовский (1821—1898). А. Я. Крассовский — ученик Н. И. Пирогова, с 1858 г. заведовал кафедрой акушерства и женских болезней в Петербургской медико-хирургической академии. В 1862 г., в доантисептический период, он произвел первую в России успешную овариотомию. В 1868 г. им была опубликована монография «Об овариотомии». А. Я. Крассовский явился основоположником отечественной оперативной гинекологии. Он воспитал многочисленных учеников, крупных ученых акушеров-гинекологов: К. Ф. Словянского, М. И. Горвица и др. А. Я. Крассовским в 1887 г. было основано первое в России Петербургское акушерско-гинекологическое общество, в этом же году



Н. М. Максимович-Амбодик  
(1744—1812)

ных с внематочной беременностью. Им были разработаны хирургические методы лечения опухолей яичников, удаления узлов миомы матки, экстирпации матки по поводу опухолей, создания искусственного влагалища. В. Ф. Снегирев разработал и внедрил новые методы консервативного лечения гинекологических больных: капельное вливание, постоянные орошения и горячие спринцевания влагалища, лучевую терапию при злокачественных опухолях матки. Его монография «Маточные кровотечения» до настоящего времени является настольной книгой акушеров-гинекологов.

В 1887 г. В. Ф. Снегиревым было организовано Московское общество акушеров-гинекологов. Им была воспитана целая плеяда крупных ученых акушеров-гинекологов, таких, как Ф. А. Александров, А. П. Губарев, С. К. Лесной, М. Г. Сердюков, Д. Л. Черниховский и др.

Другим ярким представителем отечественной гинекологии является Дмитрий Оскарович Отт (1855—1929). С 1893 г. он был директором Повивального института в Петербурге (ныне Институт акушерства и гинекологии АМН СССР).

Д. О. Отт вошел в историю как создатель нового направления в оперативной гинекологии. Он усовершенствовал методику многих гинекологических операций, разработал методику влагалищного подхода при полостных операциях, важное место в лечении гинекологических больных отводил физическим факторам. Д. О. Отт воспитал несколько поколений врачей, многие из которых (Л. И. Бубличенко, В. В. Преображенский, А. Ф. Пальмов, Л. Л. Окинчиц, А. Э. Мандельштам, А. Н. Серебров и др.) стали известными учеными.

Александр Петрович Губарев (1855—1931) — крупный отечественный гинеколог, начал свои исследования в области изучения анатомического строения клетчатки малого таза под руководством В. Ф. Снегирева. Вначале он возглавлял акушерско-гинекологическую кафедру Гарту-

под его руководством начал выходить «Журнал акушерства и женских болезней».

Представителем московской школы гинекологов является Владимир Федорович Снегирев (1847—1916). В. Ф. Снегирев был одним из основоположников русской научной и оперативной гинекологии, основателем кафедры гинекологии Московского университета. В 1896 г. он открыл специальный Гинекологический институт усовершенствования врачей на Девичьем поле. Научные исследования В. Ф. Снегирева оказали большое влияние на развитие не только отечественной, но и мировой науки. Он защитил диссертацию на тему «Лечение позаматочных внутрибрюшных кровотечений», в которой дал обоснование и привел результаты хирургического лечения боль-



А. Я. Красовский (1821—1898)



В. Ф. Снегирев (1847—1916)

ского университета, а затем работал в гинекологической клинике Московского университета. Основные исследования А. П. Губарева были посвящены хирургическому лечению многих гинекологических заболеваний. Впервые в России им была выполнена радикальная операция при раке матки. Много внимания он уделял асептике (применение резиновых перчаток во время операции, масок и пр.), осуществил удаление регионарных лимфатических узлов при раке вульвы, разработал экстраперитонеальный подход при операциях по поводу гнойников малого таза, проводил операции при опущении половых органов, мочевых свищах. Эти работы в области оперативной гинекологии принесли А. П. Губареву мировую известность. Им выпущены руководства «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии», «Медицинская гинекология или гинекология практического врача». Длительное время А. П. Губарев был председателем Московского акушерско-гинекологического общества. На протяжении своей жизни он воспитал не одно поколение врачей. Многие из его учеников (М. С. Александров, Г. Г. Гамбаров, Д. А. Гудим-Левкович и др.) стали впоследствии руководителями кафедр акушерства и гинекологии.

Большой вклад в развитие отечественной гинекологии внес Викторин Сергеевич Груздев (1866—1938). В. С. Груздев — талантливый ученый, выдающийся клиницист и педагог, до 1931 г. был руководителем кафедры акушерства и женских болезней в Казанском университете. Ему принадлежит одно из лучших руководств по акушерству и женским болезням. В. С. Груздев провел обстоятельные анатомо-физиологические исследования женских половых органов.

Заслуженным авторитетом пользовались крупные ученые акушеры-гинекологи Н. М. Побединский (1861—1923), Г. П. Гентер (1881—1937),

Г. М. Писемский (1862—1937), К. К. Скробанский (1874—1946), М. С. Малиновский (1880—1976) и др.

М. С. Малиновский — выдающийся ученый, Герой Социалистического Труда, академик АМН СССР, заслуженный деятель науки. В течение многих лет заведовал кафедрой акушерства и гинекологии I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова, был директором Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ СССР (Москва). М. С. Малиновский является основоположником физиологического направления в акушерстве и гинекологии. Им опубликовано более 100 научных трудов, в том числе монографии, учебники и руководства. Среди учеников М. С. Малиновского более 40 профессоров и докторов медицинских наук, возглавляющих кафедры и институты акушерства и гинекологии.

Л. С. Персианинов (1908—1979) — академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии, почетный член многих национальных обществ акушеров-гинекологов, являлся директором Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии МЗ СССР и заведующим кафедрой акушерства и гинекологии I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова. Л. С. Персианинов был выдающимся ученым, крупным организатором здравоохранения, им опубликовано более 400 научных работ, в том числе 26 монографий и руководств для врачей и студентов. Труды Л. С. Персианинова, посвященные актуальным проблемам охраны материнства и детства, явились выдающимся вкладом в развитие советской медицинской науки. Под его руководством выполнено 47 докторских и большое число кандидатских диссертаций. 36 его учеников заведуют кафедрами акушерства и гинекологии и клиниками научно-исследовательских институтов в различных городах нашей страны.

Вопросы охраны материнства и детства постоянно находились и находятся в центре внимания Коммунистической партии и Советского государства. После Великой Октябрьской социалистической революции Советское правительство во главе с В. И. Лениным провозгласило охрану материнства и детства первоочередной государственной задачей. При Наркомате социального обеспечения был создан отдел охраны материнства и младенчества, осуществлявший все мероприятия, связанные с охраной здоровья матери и ребенка.

В период индустриализации и коллективизации народного хозяйства все больше женщин вовлекалось в общественное производство. Потребовалось строительство большого количества дошкольных учреждений. Особое внимание было уделено оказанию медицинской помощи работницам промышленных предприятий.

В период коллективизации сельского хозяйства началось широкое развитие сети учреждений охраны материнства и детства на селе: увеличилось число консультаций для беременных, колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов, стала развиваться выездная акушерско-гинекологическая служба.

Особенно быстрыми темпами стали расти учреждения охраны материнства и детства после издания постановлений ЦИК и СНК СССР в 1936 г. «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи



М. С. Малиновский (1880—1976)



Л. С. Персианинов (1908—1979)

роженцам, установлении государственной помощи многосемейным, расширения сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах».

В 1940 г. медицинская помощь в городах была оказана 95,2%, а в сельской местности — 67% беременных и рожениц. Одновременно с расширением поликлинической и коечной сети значительно увеличилась численность врачебных кадров.

Великая Отечественная война прервала дальнейшее развитие гинекологической помощи в стране. Тысячи акушеров-гинекологов были призваны в армию и стали военными хирургами. Украинскому акушеру-гинекологу проф. В. П. Буйко, работавшему врачом партизанского отряда и замученному фашистами, посмертно присвоено звание Героя Советского Союза. Несмотря на тяжелое положение в стране, в 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания „Мать героиня” и учреждения ордена „Материнская слава” и медали „Медаль материнства”».

В 1955 г. был опубликован Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения аборт», который предоставил женщине право самой решать вопрос о материнстве. Отмена запрещения абортов явилась следствием непрерывного роста сознательности и культурного уровня нашего народа.

В соответствии с директивами XX съезда КПСС Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1956 г. «Об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам» всем работаю-

шим представляется отпуск в 112 дней. В случае патологической беременности или родов, многоплодной беременности отпуск после родов увеличился до 70 дней.

В 1973 г. опубликовано постановление Совета Министров СССР «Об улучшении обеспечения пособиями по беременности и родам и по уходу за больным ребенком», по которому всем работающим женщинам пособие выдается в размере полного заработка независимо от трудового стажа. Кроме того, было увеличено число дней, на которые выдавался больничный лист по уходу за больным ребенком.

Забота о матери и ребенке нашла яркое выражение в решениях XXIV, XXV и XXVI съездов КПСС. В соответствии с решениями этих съездов партии были приняты постановления «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» (1960), «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» (1981). Увеличение отпускаемых средств на здравоохранение способствовало улучшению стационарной, поликлинической и специализированной помощи. К 1975 г. в стационарах насчитывалось 280 тыс. коек для беременных, родильниц и более 165 тыс. гинекологических коек, женских консультаций было более 10 тыс., число акушеров-гинекологов достигло 47 тыс. Во многих республиках были созданы кафедры акушерства и гинекологии, институты усовершенствования врачей, деятельность которых была направлена на улучшение качества акушерско-гинекологической помощи в СССР.

Становление гинекологии как науки в нашей стране относится к 20—40-м годам текущего столетия. В научно-исследовательских институтах и на кафедрах акушерства и гинекологии было начато изучение кардинальных вопросов гинекологии. Еще в 40-е годы были проведены первые работы, позволившие установить наличие различных рецепторов в матке и их связь с ЦНС, а также изменения функционального состояния нервной системы при нормальном и нарушенном менструальном цикле. Несколько позднее был изучен патогенез многих нейроэндокринных синдромов (склерокистозные яичники, предменструальный, посткастрационный и климактерический синдромы, синдром послеродовой недостаточности гипофиза и др.), что позволило осуществлять адекватное лечение. Широкое развитие получила гинекологическая эндокринология. Установлена связь нарушений в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка при таких дисгормональных заболеваниях, как миома матки, эндометриоз, что дало возможность проведения более широкого консервативного лечения у этих групп гинекологических больных.

В последние годы благодаря успехам, достигнутым в области физиологии, эндокринологии, иммунологии и др., более глубокую разработку получили вопросы, связанные с изучением воспалительных процессов в половой системе женщины. Благодаря внедрению в гинекологическую практику тепловидения были созданы предпосылки для более ранней диагностики воспалительных и опухолевых заболеваний внутренних половых органов. Успешно развивается иммунология воспалительных процессов.

В настоящее время получены новые данные, касающиеся проблемы

бесплодия. Значительное развитие получили вопросы современной контрацепции.

Большие успехи достигнуты в области гинекологической онкологии. Снизилась заболеваемость раком шейки матки, разработаны современные принципы и методы лечения гиперпластических и предраковых процессов, а также рака эндометрия.

Комплексное лечение хорионэпителиомы с применением химиотерапии позволило не только излечивать ранее безнадежных больных, но и восстановить у многих из них репродуктивную функцию.

Более широкое распространение получили пластические операции на матке, микрохирургические операции, осуществляемые на маточных трубах, хирургическое лечение опухолей половой системы при наличии у больных тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний (приобретенные и врожденные пороки сердца, гипертоническая болезнь II—III стадии) в условиях гипербарической оксигенации.

Быстрому развитию гинекологии как науки во многом способствовало создание проблемных комиссий при Академии медицинских наук СССР, которые наряду с планированием проводят дальнейшую разработку основных проблем гинекологии. Большой вклад вносят исследования, проводимые в научно-исследовательских институтах акушерства и гинекологии и на одноименных кафедрах.

## АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Известно, что репродукция, или воспроизводство, является одной из важнейших функций женского организма. Согласно учению крупнейшего советского физиолога А. А. Ухтомского, любая функция организма осуществляется после обязательного образования в ЦНС доминирующего очага возбуждения. При осуществлении репродуктивной функции в женском организме происходит последовательная смена четырех фаз (доминант). Первая фаза связана с формированием так называемой половой доминанты, благодаря которой создаются условия, способствующие оплодотворению яйцеклетки и наступлению беременности. После наступления беременности начинается вторая фаза, необходимая для правильного развития плодного яйца. Эта фаза определяется как доминанта беременности, или гестационная доминанта. В конце беременности начинается формирование третьей фазы, связанной с наступлением родовой доминанты, необходимой для осуществления родового акта. Наконец, четвертая фаза развития репродуктивного процесса наступает после окончания родов. Она связана со вскармливанием потомства, поэтому наступающая при ней доминантная установка получила название лактационной доминанты.

В настоящей главе рассматриваются вопросы, имеющие отношение к образованию и действию половой доминанты. Что же касается трех остальных доминантных установок, непосредственно связанных с течением беременности, родов и периода лактации, то они достаточно подробно рассмотрены в учебнике по акушерству.

В процессе формирования половой доминанты наряду с возникновением в ЦНС доминирующего очага возбуждения в женском организме происходит ряд изменений, которые следует рассматривать как подготовку, необходимую для наступления беременности.

У большинства высших животных наблюдается периодическое формирование половой доминанты и так же проявляется связанная с доминантной установкой так называемая репродуктивная активность, необходимая для полового сближения самки и самца. Такая периодичность может быть обусловлена сменой сезонов (времен года), изменением условий внешней среды, особенностями питания и воздействием ряда других факторов, которые определяют нейрогормональную активность гипоталамо-гипофизарной системы и продукцию половых гормонов. В свою очередь от гормонального статуса во многом зависят сексуальное поведение и сексуальная восприимчивость самок и самцов. Среди самок некоторых животных периодически возникающие сексуальная восприимчивость и половое влечение проявляются наступлением особого состояния, именуемого течкой. Ко времени течки в яичнике созревают фолликулы с яйцеклетками и наступает готовность к разрыву фолликулов (готовность к овуляции).



У женщин возникновение половой доминанты и периодической готовности к наступлению беременности внешне проявляется в виде менструальных кровотечений, указывающих на циклические сдвиги, происходящие в организме в целом и особенно в половых органах. Эти периодические изменения объединены под названием менструального цикла. Следует подчеркнуть, что в противоположность животным сексуальная восприимчивость и половое влечение у человека (как у мужчин, так и у женщин) проявляются независимо от сезона, а у женщин не связаны с той или иной фазой менструального цикла.

Изменения, происходящие в половых органах во время нормального менструального цикла, рассматриваются в данной главе под углом зрения так называемой функциональной анатомии, объединяющей в единое целое структуру и функцию ряда органов. И действительно, обнаруживаемые во время различных фаз менструального цикла сдвиги как в строении, так и в деятельности половых органов настолько тесно связаны и взаимообусловлены, что разделить их не представляется возможным. Кроме того, вопросы функциональной анатомии половых органов тесно увязываются с изменениями гормонального баланса, обнаруживаемыми в динамике менструального цикла.

Важно отметить, что особенности функциональной анатомии половых органов во многом определяются возрастом женщины, о чем приводятся сведения в разделе «Анатомо-физиологические особенности половых органов женщины в различные возрастные периоды» настоящей главы. В этом разделе рассматриваются также данные о влиянии внешней среды и некоторых генетических факторов на развитие и функцию половых органов женщины.

## МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ И ЕГО РЕГУЛЯЦИЯ

Для здоровой небеременной женщины характерно периодическое появление, как правило, необильных и непродолжительных кровотечений из половых путей, известных под названием менструаций (от *menstruus* — месячный), или регул. Периодическое наступление менструаций связано со сложными и многообразными циклическими изменениями в деятельности половой системы и всего организма. Поэтому весь комплекс циклически происходящих процессов в женском организме, внешне проявляющийся в виде периодически наступающих менструаций, получил название менструального цикла.

Каждый нормальный менструальный цикл является подготовкой организма женщины к беременности. Зачатие и беременность наступают обычно в середине менструального цикла после овуляции (разрыв зрелого фолликула) и выхода из яичника готовой к оплодотворению яйцеклетки. Если в этот период оплодотворение не происходит, неоплодотворенная яйцеклетка погибает, а подготовленная для ее восприимчивости слизистая оболочка матки отторгается и начинается менструальное кровотечение. Таким образом, появление менструации свидетельствует об окончании сложных циклических изменений в организме женщины, направленных на подготовку к возможному наступлению беременности.

В клинической практике принято исчислять начало менструального цикла с первого дня очередной менструации, а продолжительность каждого цикла определяют от начала одной и до начала другой (последующей) менструации. Такое определение начала и окончания менструального цикла у женщин обусловлено тем, что менструальное кровотечение является одним из наиболее четких внешних проявлений циклических изменений, происходящих в организме женщины.

Нормальная продолжительность менструального цикла колеблется от 21 до 35 дней и у большинства женщин в среднем составляет 28 дней. Причиной менструального кровотечения является отторжение слизистой оболочки матки, сопровождающееся вскрытием кровеносных сосудов. При этом отделяется так называемый функциональный (поверхностный) слой слизистой оболочки. Продолжительность каждого менструального кровотечения при нормальном менструальном цикле в среднем равна 3—4 дням и зависит от многих факторов, в первую очередь от скорости регенерации эндометрия. Кровопотеря обычно небольшая и в среднем (за все дни менструации) составляет около 50—100 мл.

В гинекологии принято говорить о так называемой менструальной функции женщины. Под этим подразумеваются особенности течения ряда менструальных циклов на протяжении определенного периода или нескольких периодов жизни. Начало менструальной функции (появление первых менструаций — *menarche*) в средней полосе нашей страны отмечается в 12—14-летнем возрасте. В течение последующих лет завершается становление менструальной функции, которая осуществляется в дальнейшем без перерывов в течение 23—28 лет репродуктивного периода жизни женщины. Прекращение менструаций в виде так называемой физиологической аменореи наблюдается у женщин во время беременности и у многих из них после родов в период кормления ребенка грудью. В течение переходного, или пременопаузального, периода жизни женщины начинается постепенное угасание менструальной функции и она полностью прекращается в период старения женского организма (климакс).

Регуляция менструальной функции осуществляется сложным нейро-гуморальным путем. Согласно современным представлениям, циклические сдвиги в организме женщины, связанные с осуществлением менструальной функции, происходят при обязательном участии пяти важнейших звеньев (уровней) регуляции: 1) кора головного мозга; 2) подкорковые центры, расположенные преимущественно в области гипоталамуса; 3) придаток мозга — гипофиз; 4) половые железы — яичники; 5) периферические органы (маточные трубы, матка и влагалище). Эти органы являются так называемыми органами-мишенями, так как они благодаря наличию особых гормональных рецепторов наиболее четко реагируют на действие половых гормонов, вырабатываемых в яичниках во время менструального цикла. Гормоны взаимодействуют с цитозольными рецепторами, стимулируя синтез рибонуклеопротеидов, способствуют размножению клеток или торможению их роста.

Циклические функциональные изменения, происходящие в организ-



ме женщины, условно объединены в несколько групп. Это изменения в системе гипоталамус — гипофиз, яичниках (яичниковый цикл), матке и в первую очередь в ее слизистой оболочке (маточный цикл). Наряду с этим происходят циклические сдвиги во всем организме женщины, известные под названием менструальной волны. Они выражаются в периодических изменениях деятельности ЦНС, обменных процессов, функции сердечно-сосудистой системы, терморегуляции и др.

На рис. 1 приведена схема регуляции менструального цикла с указанием всех пяти звеньев, участвующих в этом процессе.

Кора головного мозга осуществляет регулирующее и корригирующее влияние на процессы, связанные с развитием менструальной функции. Через кору головного мозга осуществляется влияние внешней среды на нижележащие отделы нервной системы, участвующие в регуляции менструального цикла. Результаты клинических наблюдений и экспериментальных исследований на животных убедительно показывают, что различные психогенные факторы способны вызвать значительные изменения в деятельности органов женской половой системы и, в частности, могут быть причиной разнообразных нарушений менструального цикла. Точная локализация центров в коре головного мозга, регулирующих функцию органов половой системы, до сих пор не установлена.

Гипоталамус является отделом промежуточного мозга и при помощи ряда нервных проводников (аксонов) соединен с различными отделами головного мозга, благодаря чему осуществляется центральная регуляция его активности. Кроме того, гипоталамус содержит рецепторы для всех периферических гормонов, в том числе яичниковых (эстрогены и прогестерон). Следовательно, гипоталамус представляет собой своего рода передаточный пункт, в котором осуществляются сложные взаимодействия между импульсами, поступающими в организм из окружающей среды через ЦНС, с одной стороны, и влияниями гормонов периферических желез внутренней секреции — с другой.

В гипоталамусе располагаются нервные центры, обеспечивающие регуляцию менструальной функции у женщин. Под контролем гипоталамуса находится деятельность придатка мозга — гипофиза, в передней доле которого выделяются гонадотропные гормоны, оказывающие воздействие на функцию яичников, а также другие тропные гормоны, регулирующие активность ряда периферических эндокринных желез (кора надпочечников и щитовидная железа).

Система гипоталамус—гипофиз объединена тесными и сложными анатомическими и функциональными связями. Она представляет собой целостный функциональный комплекс, который играет важную роль в регуляции менструального цикла.

Контролирующее действие гипоталамуса на переднюю долю аденогипофиза осуществляется посредством секреции нейрогормонов, представляющих собой низкомолекулярные полипептиды.

Нейрогормоны, стимулирующие освобождение тропных гормонов гипофиза, называются рилизинг-факторами (от release — освобождать), или либеринами. Наряду с этим существуют также нейрогормо-

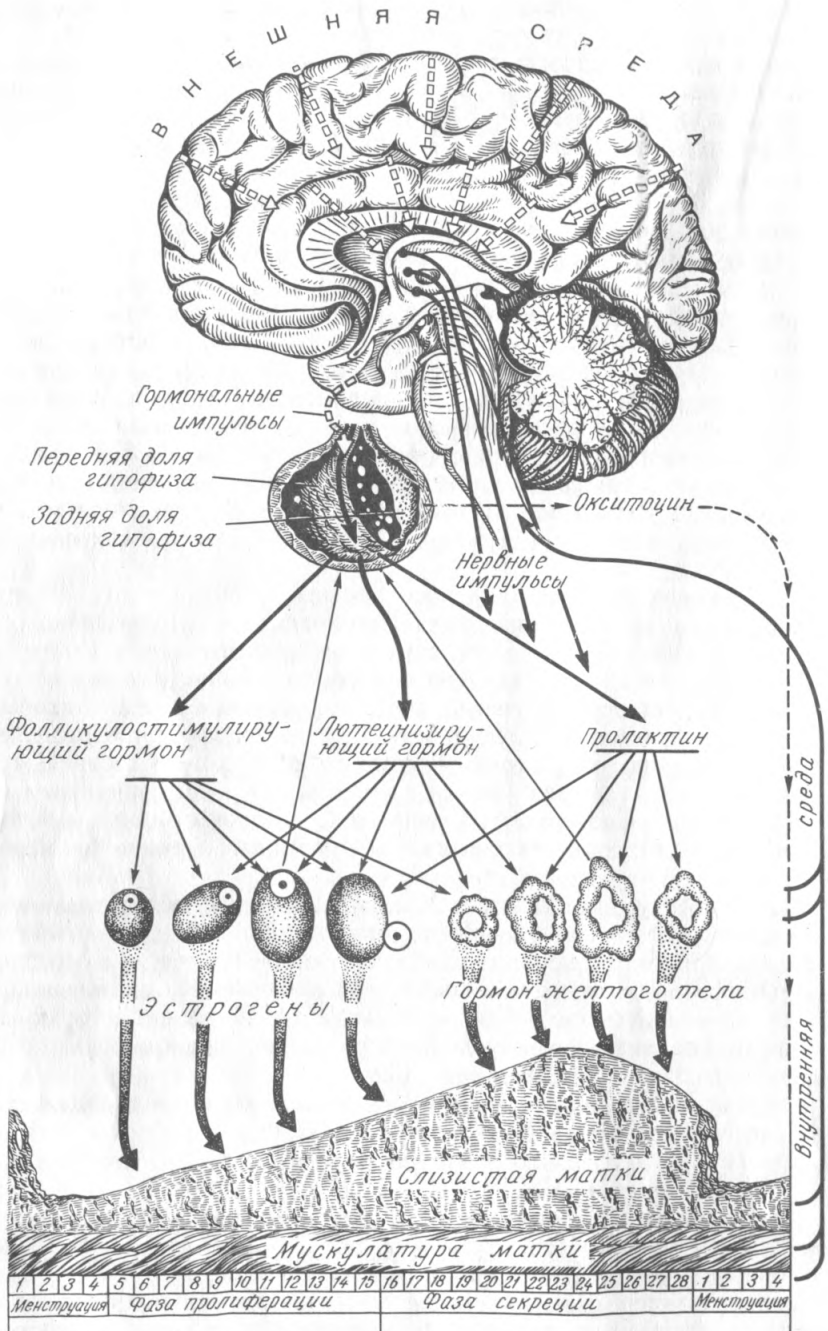


Рис. 1. Схема регуляции менструального цикла.

нов. Они участвуют в индукции сократительной деятельности гладкой мускулатуры, особенно матки, и прямого отношения к регуляции менструального цикла не имеют.

**Яичники** — женские половые железы (гонады) являются парными органами и выполняют в основном две важнейшие функции: 1) в них происходит периодическое созревание фолликулов и в результате овуляции (разрыв фолликула) освобождается зрелая женская половая клетка; 2) в яичниках продуцируются две разновидности стероидных женских половых гормонов: эстрогены и прогестерон. Кроме того, яичниками в небольшом количестве продуцируются и мужские стероидные половые гормоны — андрогены. Оба указанных процесса, происходящих в яичниках, тесно взаимосвязаны, непосредственно зависят от периодически изменяющейся гормональной активности аденогипофиза, а также являются обязательными компонентами, необходимыми для выполнения женским организмом менструальной и репродуктивной функций.

Яичники покрыты плотной соединительнотканной оболочкой, под которой располагается корковый слой, содержащий так называемую герминальную паренхиму с большим количеством фолликулов. Глубже коркового слоя располагается мозговой слой, содержащий кровеносные сосуды и нервные элементы. К 20-недельному сроку беременности у плодов женского пола завершаются дифференцировка герминативных клеток — овогоний и превращение их в примордиальные (первичные) фолликулы, содержащие половые клетки, — овоциты.

Первоначально в яичниках имеется огромное количество примордиальных фолликулов, большая часть которых в процессе дальнейшего развития плода атрезирована. Ко времени рождения девочки в обоих яичниках насчитывается около 500 млн. примордиальных фолликулов. Атрезия первичных фолликулов продолжается и к началу подросткового периода их количество уменьшается почти вдвое.

С наступлением половой зрелости под влиянием гонадотропных гормонов аденогипофиза вокруг овоцитов разрастаются так называемые зернистые клетки и образуется вторичный фолликул (малый зрелый фолликул). Дальнейшее развитие вторичного фолликула приводит к образованию третичного, или везикулярного, фолликула, содержащего полость, заполненную жидкостью, и подросший овоцит, представляющий собой самую крупную клетку в организме диаметром 0,1 мм (большой зрелый фолликул).

Внутренняя поверхность фолликула покрыта несколькими рядами гранулезных клеток, которые под влиянием гонадотропинов гипофиза продуцируют стероидные гормоны. Вокруг каждого фолликула располагаются две соединительнотканые оболочки — внутренняя и наружная. Гранулезные клетки и внутренняя оболочка фолликула являются местом биосинтеза стероидных гормонов яичника.

Периодически, в соответствии с продолжительностью менструального цикла, происходит созревание очередного фолликула. Всего за весь репродуктивный период жизни женщины происходит созревание около 400 фолликулов. Созревший фолликул достигает диаметра 2 см. Давление внутри фолликула повышается и под влиянием комбинированного

ны, ингибирующие освобождение тропных нейрогормонов и называемые статинами.

Гипоталамус вырабатывает шесть релизинг-факторов, приводящих к освобождению в передней доле гипофиза соответствующих тропных гормонов: 1) соматотропный релизинг-фактор (СРФ), или соматолиберин; 2) аденокортикотропный релизинг-фактор (АКТГ-РФ), или кортиколиберин; 3) тиреотропный релизинг-фактор (ТРФ), или тиреолиберин; 4) фолликулостимулирующий релизинг-фактор (ФСГ-РФ), или фоллиберин; 5) лютеинизирующий релизинг-фактор (ЛРФ), или люлиберин; 6) пролактиносвобождающий релизинг-фактор (ПРФ), или пролактолиберин. Из перечисленных релизинг-факторов три последних (ФСГ-РФ, ЛРФ и ПРФ) имеют прямое отношение к осуществлению менструальной функции. С их помощью происходит освобождение в аденогипофизе трех соответствующих гормонов, называемых гонадотропинами, так как они оказывают действие на гонады — половые железы.

Из факторов, ингибирующих освобождение в аденогипофизе тропных гормонов, т. е. из числа статинов, к настоящему времени обнаружены только два: 1) соматотропинингибирующий фактор (СИФ), или соматостатин, и 2) пролактинингибирующий фактор (ПИФ), или пролактостатин. Из них непосредственное отношение к регуляции менструальной функции имеет только ПИФ.

Гипоталамические нейрогормоны (либерины и статины) попадают в гипофиз через его ножку и портальные сосуды.

**Гипофиз** состоит из двух долей: передней — аденогипофиза и задней — нейрогипофиза. В передней доле гипофиза имеются ацидофильные, базофильные и хромофобные клетки. В настоящее время считают, что соматотропный гормон (СТГ) продуцируется ацидофильными клетками. Базофильные клетки секретируют тиреотропный гормон (ТТГ), а также фолликулостимулирующий (ФСГ) и лютеинизирующий (ЛГ) гонадотропины. Предполагается, что этими же клетками продуцируется аденокортикотропный гормон (АКТГ).

ФСГ и ЛГ являются высокомолекулярными гликопротеидами (молекулярная масса 30 000—40 000). ФСГ стимулирует развитие и созревание фолликула в одном из яичников (иногда в обоих). Под комбинированным воздействием ФСГ и ЛГ происходит разрыв зрелого фолликула, или овуляция. После овуляции под преобладающим воздействием ЛГ из элементов фолликула (соединительнотканной оболочки и выстилающих его внутреннюю поверхность гранулезных клеток) образуется желтое тело. Проллактин способствует продукции желтым телом гормона прогестерона.

Секреция гонадотропных гормонов в передней доле гипофиза осуществляется двояким образом: непрерывно на относительно низком уровне и циклически в соответствии с фазами менструального цикла.

В задней доле придатка мозга (нейрогипофиз) происходит периодическое накопление гормонов вазопрессина и окситоцина. Оба гормона секретируются гипоталамусом и транспортируются в нейрогипофиз. Механизм водно-солевого обмена связан с действием указанных гормо-

воздействия гонадотропинов ФСГ и ЛГ, а также благодаря рефлекторному воздействию окситоцина и протеолитических ферментов стенка его в области свободного края (обращенного в брюшную полость) разрывается — наступает овуляция.

Незадолго до овуляции происходит первый мейоз, т. е. редукционное деление яйцеклетки. После овуляции яйцеклетка из брюшной полости попадает в маточную трубу, в ампулярной части которой наступает второе редукционное деление (второй мейоз). После овуляции под влиянием преимущественного воздействия ЛГ наблюдаются дальнейшее разрастание гранулезных клеток и соединительнотканых оболочек фолликула и накопление в них липидов, что приводит к образованию желтого тела<sup>1</sup>.

Процесс развития желтого тела принято делить на четыре фазы: пролиферации, васкуляризации, расцвета и обратного развития. Ко времени обратного развития желтого тела начинается очередная менструация. В случае наступления беременности желтое тело продолжает развиваться (до 16 нед).

В гранулезных клетках, внутренней теке и некоторых других клеточных образованиях, в оболочке фолликула под влиянием ФСГ и ЛГ вырабатывается ряд стероидных половых гормонов: эстрогены, гестагены и андрогены, метаболизм которых осуществляется преимущественно в печени. Эстрогены, представлены в виде трех классических фракций: эстрадиол, эстрон и эстриол. Гестагены состоят из прогестерона и 17 $\alpha$ -гидроксипрогестерона. Андрогены представлены дегидроандростероном, андростендионом и тестостероном.

Эстрогены (от oestrus — течка) при введении кастрированным самкам белых мышей вызывают у них течку — состояние, аналогичное наступающему у некастрированных самок при спонтанном созревании яйцеклетки.

Под влиянием эстрогенов у девочек развиваются вторичные половые признаки в виде типичного для женщин распределения подкожного жирового слоя, характерной формы таза, увеличения молочных желез, роста волос на лобке и в подмышечных впадинах. Кроме того, эстрогены способствуют росту и развитию половых органов, особенно матки; под их влиянием происходят рост малых половых губ, удлинение влагалища и увеличение его растяжимости, а также изменяется характер секреции желез шеечного канала, наступает пролиферация эндометрия и влагалищного эпителия и др. Эстрогены оказывают значительное влияние на обменные процессы и на терморегуляцию. Под воздействием эстрогенов обмен веществ протекает с преобладанием катаболизма (задержка в организме натрия и воды, усиленная диссимилиация белков), а также наблюдается понижение температуры тела, в том числе базальной (измеряемой в прямой кишке).

Гестагены (от gesto — носить, быть беременной) способствуют нормальному развитию беременности. Гестагены, вырабатываемые главным образом желтым телом яичника, играют большую роль в

<sup>1</sup> Секреция желтым телом прогестерона осуществляется под влиянием пролактина гипофиза.

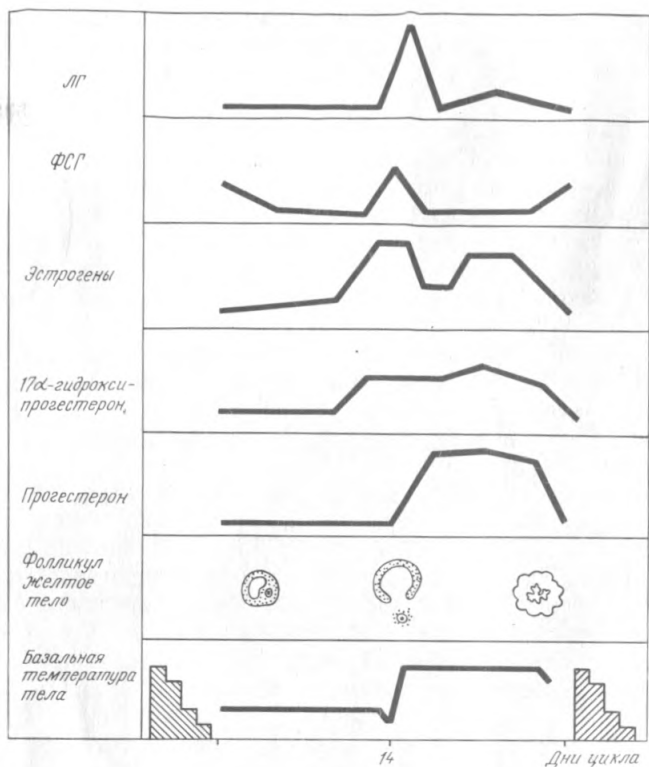


Рис. 2. Гормональные взаимоотношения при нормальном менструальном цикле (Keller, 1981).

циклических изменениях эндометрия, наступающих в процессе подготовки матки к имплантации оплодотворенной яйцеклетки. Под влиянием гестагенов подавляются возбудимость и сократительная способность миометрия при одновременном увеличении его растяжимости и пластичности. Гестагены вместе с эстрогенами играют большую роль во время беременности в подготовке молочных желез к предстоящей лактационной функции после родов. Под влиянием эстрогенов происходит пролиферация молочных ходов, а гестагены действуют главным образом на альвеолярный аппарат молочных желез.

Гестагены в противоположность эстрогенам обладают анаболическим эффектом, т. е. способствуют усвоению (ассимиляции) организмом веществ, в частности белков, поступающих извне. Наряду с указанным выше анаболическим эффектом гестагены обуславливают небольшое повышение температуры тела, особенно базальной.

Андрогены (от andros — мужчина), или мужские половые гормоны, в избыточном количестве вызывают у женщины признаки омужествления, или маскулинизации. Андрогены, вырабатываемые в небольшом количестве яичниками в так называемых гилюсных клетках,



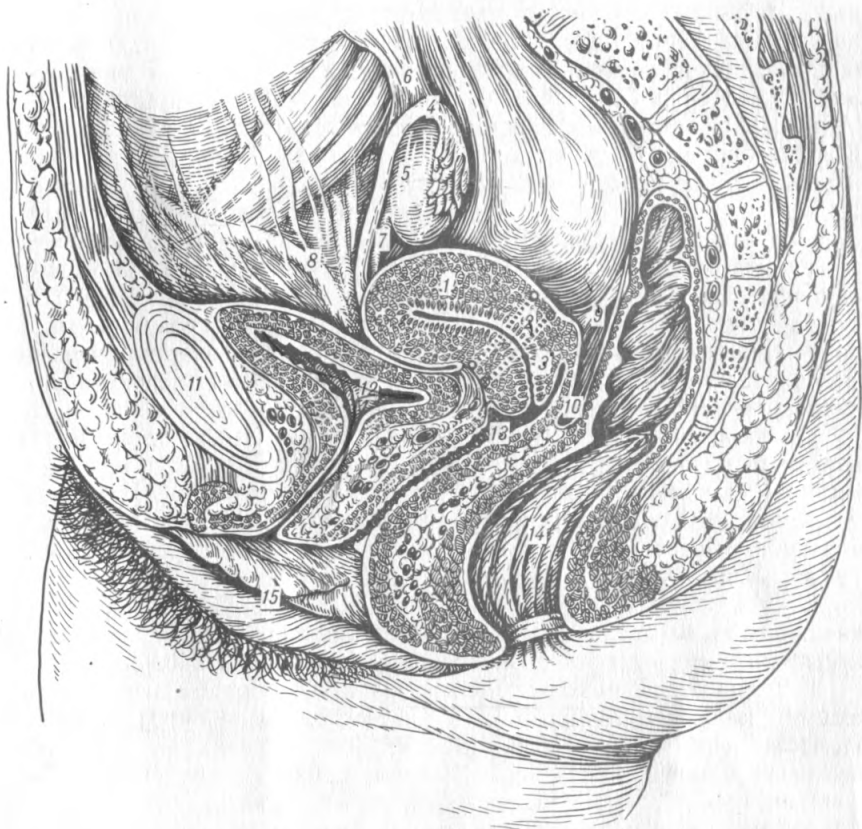


Рис. 3. Сагиттальный разрез малого таза женщины (схема).

1 — тело матки; 2 — перешеек, или истмическая часть матки; 3 — шейка матки (незаштрихованными кружочками и пунктиром между ними обозначен уровень гистологического внутреннего зева; кружочками с крестиками и пунктиром между ними обозначен анатомический внутренний зев; участок матки на расстоянии между двумя пунктирными линиями рассматривается как ее перешеек); 4 — маточная труба; 5 — яичник; 6 — связка, подвешивающая яичник; 7 — собственная связка яичника; 8 — круглая связка матки; 9 — крестцово-маточная связка; 10 — прямокишечно-маточное углубление (дугласово пространство); 11 — лонное соединение; 12 — мочевой пузырь; 13 — влагалище; 14 — прямая кишка; 15 — большие и малые половые губы.

способствуют росту волос в подмышечных впадинах и на лобке, а также развитию клитора и больших половых губ. Андрогены, подобно гестагенам, обладают анаболическим свойством.

Все изложенные выше циклические изменения, происходящие в гипоталамусе, передней доле гипофиза и яичниках, в настоящее время принято обозначать как яичниковый цикл. В течение этого цикла осуществляются сложные взаимоотношения между гормонами передней доли гипофиза и периферическими половыми (яичниковыми) гормонами. Схематически эти взаимоотношения изображены на рис. 2, из которого видно, что наибольшие изменения в секреции гонадотроп-

ных и яичниковых гормонов происходят во время созревания фолликула, наступления овуляции и образования желтого тела. Так, ко времени наступления овуляции наблюдается наибольшая продукция гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ). С созреванием фолликула, овуляцией и отчасти с образованием желтого тела связана продукция эстрогенов. К продукции гестагенов прямое отношение имеет образование и нарастание активности желтого тела.

Под влиянием указанных яичниковых стероидных гормонов изменяется базальная температура; при нормальном менструальном цикле отмечается ее отчетливая двухфазность. В течение первой фазы (до овуляции) температура несколько десятых долей градуса ниже 37°C. В течение второй фазы цикла (после овуляции) температура поднимается на несколько десятых градуса выше 37°C. Перед началом очередной менструации и особенно в процессе ее базальная температура вновь падает ниже 37°C.

Матка представляет собой полый гладкомышечный орган, подразделяемый на три части: тело (corpus), перешеек (isthmus) и шейку (cervix uteri). В обычных условиях матка располагается в пределах малого таза, тело ее отклонено кпереди относительно оси таза — anteversio uteri; нормальный перегиб между телом и шейкой матки с образованием тупого угла, открытого кпереди — anteflexio uteri (рис. 3).

Стенка матки состоит из трех слоев: наружного серозного, являющегося висцеральным листком брюшины (perimetrium); среднего мышечного (myometrium) и внутреннего слизистого (endometrium).

Различают три маточных зева: наружный, обращенный в просвет влагалища, и два внутренних — анатомический и гистологический. Полость матки и соответственно ее тело ограничены снизу гистологическим внутренним зевом. На 7—10 мм ниже него находится анатомический внутренний зев. Участок матки, расположенный между двумя указанными образованиями, называется перешейком, или истмической частью матки.

Во время беременности (при сроках 8—16 нед) в связи с ростом плодного яйца происходит «развертывание» просвета перешейка матки до уровня анатомического внутреннего зева; при этом область гистологического внутреннего зева отходит в стороны и бывший перешеек сливается со стенкой тела матки, образуя вместе с ней единое плодовместилище. Таким образом, во время беременности граница между телом и шейкой матки формируется на уровне нижней части бывшего перешейка. Именно поэтому указанный отдел матки и получил название анатомического внутреннего зева (анатомическая граница между телом и шейкой матки). Гистологический внутренний зев получил свое название потому, что слизистая оболочка перешейка, расположенная выше анатомического внутреннего зева, имеет почти такое же гистологическое строение, как и слизистая оболочка тела матки.

Наибольшие анатоμο-функциональные изменения во время беременности обнаруживаются в матке. Достаточно отметить, что к концу беременности (перед родами) масса матки увеличивается более чем в 20 раз, а объем ее полости возрастает в 500 раз! Матка является

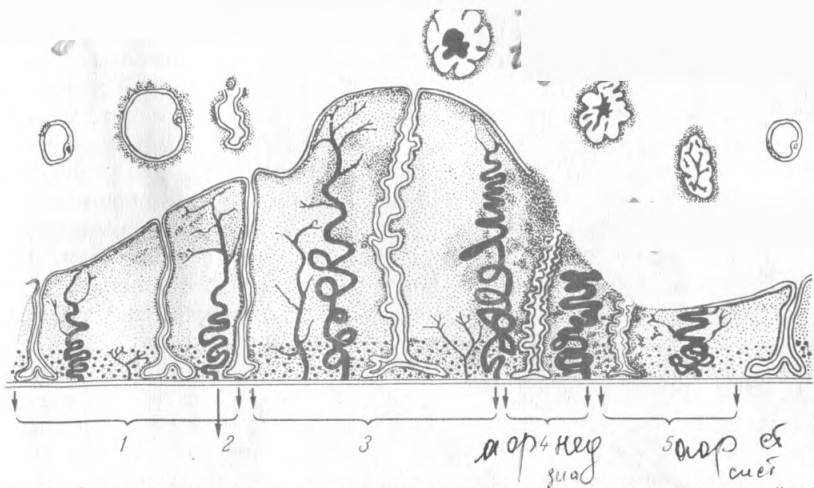


Рис. 4. Взаимоотношения между изменениями в яичниках и слизистой оболочке матки в течение нормального менструального цикла.

1 — созревание фолликула в яичнике — фаза пролиферации в эндометрии; 2 — овуляция; 3 — образование и развитие желтого тела в яичнике — фаза секреции в эндометрии; 4 — обратное развитие желтого тела в яичнике, отторжение эндометрия — менструация; 5 — начало созревания нового фолликула в яичнике — фаза регенерации в эндометрии.

основным органом-мишенью, на который воздействуют яичниковые половые гормоны.

В связи с процессом репродукции матка последовательно выполняет три основные функции: менструальную, необходимую для подготовки органа и особенно слизистой оболочки к беременности; функцию плодместилища для обеспечения оптимальных условий развития плода и плодизгоняющую функцию в процессе родов.

Изменения в строении и функции матки в целом и особенно в строении и функции эндометрия, наступающие под воздействием яичниковых половых гормонов, описываются под названием м а т о ч н о г о ц и к л а. В течение маточного цикла наблюдается последовательная смена четырех фаз циклических изменений в эндометрии: 1) пролиферации; 2) секреции; 3) десквамации (менструации); 4) регенерации. Первые две фазы рассматриваются как основные. Именно поэтому нормальный менструальный цикл принято называть двухфазным. Известной границей между указанными двумя основными фазами цикла является овуляция. Имеется четкая зависимость между изменениями, происходящими в яичнике до и после овуляции, с одной стороны, и последовательной сменой фаз в эндометрии — с другой (рис. 4).

Первая основная фаза пролиферации эндометрия начинается после завершения регенерации слизистой оболочки, отторгнувшейся во время предшествующей менструации. В регенерации участвует так называемый функциональный (поверхностный) слой эндометрия, который возникает из донецков желез и стромы базальной части слизистой оболочки. Начало указанной фазы непосредственно связано с возрастающим воздействием на слизистую оболочку матки эстрогенов,

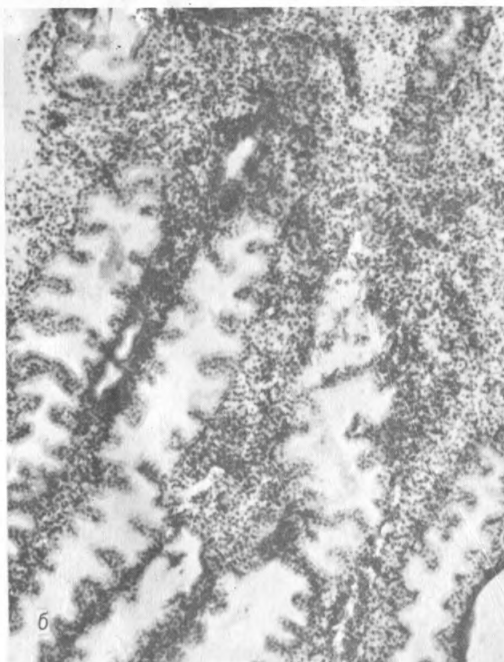


Рис. 5. Эндометрий в различные фазы менструального цикла.

а — пролиферация; б — секреция.

продуцируемых зреющим фолликулом. В начале фазы пролиферации железы эндометрия узкие и ровные (рис. 5, а). По мере нарастания пролиферации железы увеличиваются в размерах и начинают слегка извиваться. Максимально выраженная пролиферация эндометрия происходит к моменту полного созревания фолликула и овуляции (к 12—14 дням 28-дневного цикла). Толщина слизистой оболочки матки к этому времени достигает 3—4 мм. На этом фаза пролиферации заканчивается.

Вторая основная фаза секреции желез эндометрия начинается под влиянием быстро нарастающей активности гестагенов, вырабатываемых в возрастающем количестве желтым телом яичника. Железы эндометрия все больше извиваются и заполняются секретом (рис. 5, б). В эпителии желез обнаруживаются отложения гликогена. Строма слизистой оболочки матки отекает, ее пронизывают спирально извитые артериолы. В конце фазы секреции просветы желез эндометрия приобретают пилообразную форму и в них обнаруживается еще большее количество секрета; одновременно в железистых

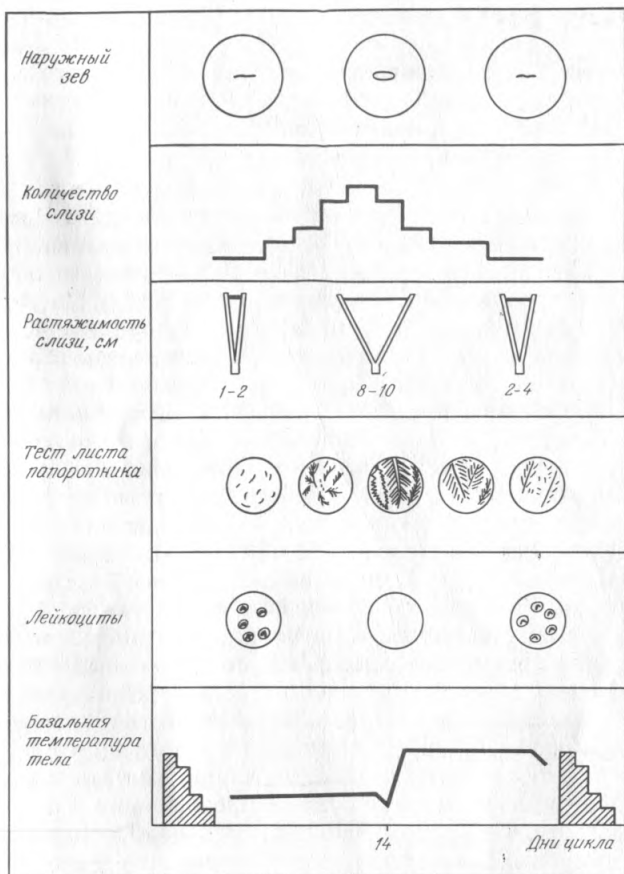


Рис. 6. Изменения в наружном зеве шейки матки и в шейной слизи в течение нормального менструального цикла (Keller, 1981).

эпителиальных клетках возрастает содержание гликогена. Кроме того, в строме эндометрия в это время появляются так называемые псевдодецидуальные клетки. Именно к этому времени слизистая оболочка матки оказывается полностью подготовленной к восприятию оплодотворенной яйцеклетки.

Если после овуляции не происходит оплодотворения яйцеклетки и соответственно не наступает беременность, желтое тело начинает претерпевать обратное развитие, что приводит к резкому снижению в крови содержания эстрогенов и прогестерона. Вследствие этого в эндометрии появляются очаги некроза и кровоизлияний. Затем функциональный слой слизистой оболочки матки отторгается и начинается очередная менструация, которая является третьей фазой менструального цикла — фазой десквамации, продолжающейся в среднем около 3—4 дней. Ко времени прекращения менструального кровотока

ния наступает четвертая (заключительная) фаза цикла — фаза регенерации, продолжающаяся 2—3 дня.

Описанные выше фазовые изменения в структуре и функции слизистой оболочки тела матки являются наиболее достоверными проявлениями маточного цикла. Вместе с тем о наличии этого цикла можно также судить и по изменениям в шейке матки (рис. 6). Установлено, что в середине менструального цикла, а точнее говоря, во времени наступления овуляции наблюдается отчетливо выраженное зияние наружного зева шейки матки. Одновременно обнаруживаются связанные с овуляцией изменения некоторых физических и химических свойств слизи, продуцируемой железами слизистой оболочки шеечного канала. Так, например, по мере нарастания пролиферации количество слизи в шеечном канале постепенно возрастает, она становится все более проницаемой для света (т. е. увеличивается ее прозрачность) и растяжимый (захваченная пинцетом слизь растягивается в виде нити длиной до 8—10 см). Внешний вид наружного зева шейки матки в подобных условиях напоминает зрачок. Появление симптома «зрачка» обычно свидетельствует о высокой продукции эстрогенов яичниками.

По мере приближения срока овуляции и под влиянием возрастающей активности эстрогенов одновременно с указанными выше физическими свойствами изменяется и химическая характеристика слизи шеечного канала. Это выражается в появлении так называемого симптома арборизации. После высушивания на воздухе шеечной слизи, нанесенной в виде мазка на предметное стекло, в препарате выпадают кристаллы хлорида натрия. В начале первой и в конце второй фаз цикла эти кристаллы располагаются аморфно. Что же касается более позднего периода первой фазы и раннего периода второй фазы, то в это время, особенно к началу овуляции, кристаллы хлорида натрия располагаются в виде арборизированных или особых древовидных фигур, по своей внешней форме очень напоминающих лист папоротника. Отсюда и возникло название соответствующего симптома — «лист папоротника».

При микроскопии окрашенных мазков шеечной слизи в препаратах на ранних этапах первой фазы и поздних этапах второй фазы цикла обнаруживаются нейтрофильные лейкоциты. По мере приближения овуляции число лейкоцитов в мазке становится все меньше и они исчезают ко времени наступления овуляции. Это явление, по-видимому, связано с повышением содержания и активности эстрогенов к середине цикла, когда под влиянием этих гормонов максимально выражены процессы пролиферации слизистой оболочки шеечного канала, что приводит к снижению проницаемости стенок подлежащих сосудов для форменных элементов крови.

Описанные изменения шейки матки и свойств шеечной слизи имеют большое биологическое значение, так как облегчают попадание сперматозоидов через шеечный канал в полость матки, а оттуда в маточные трубы.

После наступления овуляции и образования желтого тела все указанные выше изменения в шейке матки и в шеечной слизи довольно быстро претерпевают обратное развитие: зияние наружного зева шейки

матки исчезает (наружный зев вновь смыкается), количество слизи в шейном канале заметно уменьшается, она становится густой, мутной (малопрозрачной) и ее растяжимость понижается. Одновременно наблюдается постепенное исчезновение феномена арборизации. При микроскопии окрашенного мазка из шейной слизи вновь обнаруживаются нейтрофильные лейкоциты.

К органам-мишеням, реагирующим на действие половых гормонов яичника, относится также влагалище, особенно его слизистая оболочка, покрытая плоским многослойным эпителием. Основой эпителиального покрова является первый слой базальных клеток, примыкающих к базальной мембране слизистой оболочки. Остальные слои располагаются над слоем базальных клеток и по направлению к поверхности слизистой оболочки подразделяются на клетки парабазального, промежуточного и поверхностного слоев. На обнаружении во влагалищных мазках слушающихся с поверхности слизистой оболочки клеток трех указанных слоев и основан широко используемый в настоящее время метод гормональной, или эксфолиативной, кольпоцитологии. Метод позволяет осуществлять качественное (но не количественное) определение насыщенности организма женщины эстрогенами и косвенно гестагенами.

У здоровых женщин в репродуктивном периоде жизни при отсутствии воспалительных заболеваний половых органов отделяемое влагалища имеет «молочный» цвет. В зависимости от фазы менструального цикла в мазках из влагалища обнаруживается попеременное преобладание клеток либо поверхностного либо промежуточного слоев. Обнаружение в мазке преимущественно поверхностных полигональных клеток с пикнозом ядер свидетельствует о нарастании содержания в организме эстрогенных гормонов, что наблюдается в предовуляционный период нормального менструального цикла. После овуляции под возрастающим влиянием гормона желтого тела содержание в мазке поверхностных клеток заметно уменьшается и начинают преобладать клетки промежуточного слоя, имеющие продолговатую форму и более крупные ядра.

Обнаружение в мазке необычно большого количества поверхностных клеток рассматривается как патологическое явление и свидетельствует о чрезмерном насыщении организма женщины эстрогенными гормонами, что отмечается при различных гинекологических заболеваниях, сопровождающихся дисбалансом половых гормонов. Наоборот, почти полное отсутствие поверхностных и промежуточных клеток и обнаружение в мазке клеток парабазального слоя с небольшими размерами цитоплазмы и крупным ядром у женщин репродуктивного возраста свидетельствует о выраженном дефиците эстрогенов.

В регуляции менструальной функции большое значение имеет осуществление принципа так называемой обратной связи между гипоталамусом, передней долей гипофиза и яичниками (рис. 7). Принято рассматривать два типа обратной связи: негативную и позитивную. При негативном типе обратной связи продукция центральных нейрого르몬ов (рилизинг-факторов) и гонадотропинов аденогипофиза подавляется гормонами яичников, вырабатываемыми



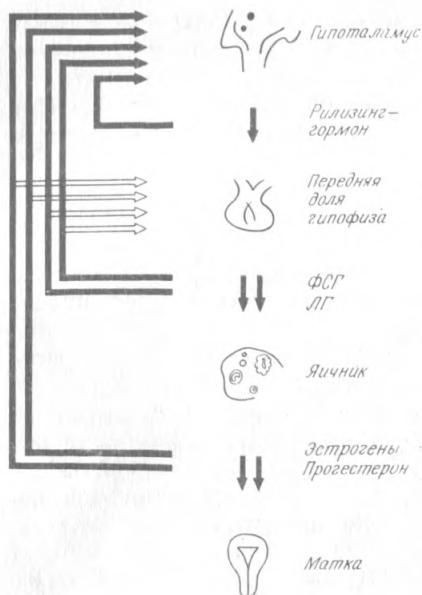


Рис. 7. Механизмы прямой и обратной связи при регуляции функций половых органов женщины.

в больших количествах. При положительном типе обратной связи выработка рилизинг-факторов в гипоталамусе и гонадотропинов в гипофизе стимулируется низким содержанием в крови яичниковых гормонов. Осуществление принципа негативной и позитивной обратной связи лежит в основе саморегуляции функции системы гипоталамус — гипофиз — яичники.

В настоящее время установлено, что функция половых органов женщины связана не только с воздействием половых гормонов, но и с влиянием ряда других биологически активных соединений. Эти соеди-

нения, вступая в сложные взаимодействия, во многом определяют особенности репродуктивной функции женского организма и, в частности, оказывают большое влияние на течение менструального цикла. К таким биологически активным соединениям следует в первую очередь отнести простагландины, представляющие собой ненасыщенные гидроксированные жирные кислоты, которые обнаруживаются практически во всех тканях и жидкостях организма. Установлено, что простагландины принимают активное участие в регуляции репродуктивной функции человека и животных, начиная с зачатия и кончая родовым актом. Так, например, начало менструального кровотечения (фаза десквамации) обусловлено сокращением матки, которое связано с высвобождением простагландинов из эндометрия и их поступлением через кровь в миометрий. Простагландины участвуют также в регулировании овуляции путем стимулирования в середине цикла выделения аденогипофизом ЛГ, без которого, как известно, невозможен разрыв фолликула, т. е. наступление овуляции. Кроме того, простагландинам приписывается ингибирующее влияние на стероидогенез в желтом теле яичника. Увеличение содержания простагландинов в матке во второй фазе цикла ведет к обратному развитию желтого тела. Наконец, хорошо известна роль простагландинов в регуляции сократительной деятельности матки в родах.

В регуляции менструального цикла, помимо простагландинов, активно участвуют и биогенные амины (дофамин, серотонин и норадреналин). Дофамин и норадреналин способствуют продукции гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ) путем воздействия на гипоталамус, стимулируя выделение в нем соответствующих рилизинг-факторов. Серотонин, как правило, угнетает высвобождение гонадотропинов и



тем самым блокирует овуляцию. Кроме того, серотонин стимулирует продукцию гипофизарного гормона пролактина. Не менее важную роль в регуляции менструального цикла играют надпочечники и щитовидная железа. Нарушение функции этих эндокринных желез, как правило, сопровождается изменениями менструальной функции.

**Гигиенические правила, соблюдаемые во время менструации.** Во время менструации женщина должна соблюдать определенные правила личной гигиены. При несоблюдении этих правил создаются условия, благоприятствующие инфицированию матки, внутренняя часть которой представляет собой раневую поверхность, образующуюся после десквамации функционального слоя эндометрия. Такое инфицирование может прежде всего произойти при половом акте. Поэтому одно из основных гигиенических правил заключается в прекращении половых сношений на время менструального кровотечения и в течение ближайших дней после его окончания. Из этих же соображений не рекомендуется в этот период производить спринцевание влагалища.

В течение всего времени менструации женщина должна употреблять марлевые с ватой прокладки и не менее 2 раз в сутки совершать туалет наружных половых органов (подмывание теплой водой с мылом).

Во время менструации рекомендуется избегать больших физических нагрузок, не допускать перегревания или охлаждения организма. Нарушение указанных правил может привести к возникновению опасных осложнений (маточное кровотечение). Во избежание попадания загрязненной воды во влагалище, а из влагалища в вышележащие отделы половой системы во время менструации женщина не должна принимать ванны; мыться можно только под душем. /

#### АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Возрастные функциональные особенности половой системы женщины находятся в тесной зависимости от ряда факторов. Большое значение имеют прежде всего периоды жизни женщины. Принято различать следующие периоды: 1) период антенатального, или внутриутробного, развития; 2) период детства (от момента рождения до 9—10 лет); 3) пубертатный, или период полового созревания (с 9—10 до 15—16 лет); 4) подростковый период (от 16 до 18 лет); 5) период половой зрелости, или репродуктивный (от 18 до 40 лет); 6) период менопаузы, или переходный (от 41 года до 50 лет); 7) период старения, или постменопаузы (с момента стойкого прекращения менструальной функции).

Во внутриутробном периоде происходят закладка, развитие и созревание всех органов и систем плода, в том числе и половой системы. В антенатальном периоде происходят закладка и эмбриональное развитие яичников, являющихся одним из важнейших звеньев в регуляции функции половой системы женского организма в процессе постнатального онтогенеза.

На ранних этапах развития зародыша женского пола (до 8-недель-

ного срока беременности) в эмбриональных зачатках будущих яичников возникают примордиальные герминативные клетки, называемые овогониями. По мере прогрессирования беременности овогонии дифференцируются в овоциты, а затем в первичные, или примордиальные, фолликулы. Первоначально в яичниках плода образуется несколько миллионов примордиальных фолликулов. В дальнейшем, ко времени рождения девочки, их число уменьшается до 400 000—500 000.

В течение антенатального периода разнообразные факторы (интоксикации, острые и хронические инфекции, ионизирующая радиация, медикаментозные средства и пр.) могут оказывать повреждающее (эмбриопатическое, тератогенное) воздействие на эмбрион или плод, вызывая пороки развития различных органов и систем, в том числе и половых органов. Такие врожденные аномалии развития могут приводить к нарушению специфических для женского организма функций. Нарушения эмбрионального развития, возникающие под воздействием перечисленных выше факторов, могут сопровождаться повреждением различных звеньев регуляции менструального цикла. В результате этого у девочек в период полового созревания могут возникать различные нарушения менструальной, а в дальнейшем и репродуктивной функции.

В период детства наблюдается относительный покой половой системы. Только в течение нескольких первых дней после рождения девочки под влиянием прекращения воздействия плацентарных стероидных гормонов (преимущественно эстрогенов) у нее могут развиваться явления так называемого полового криза (кровянистые выделения из влагалища, нагрубание молочных желез). В детстве происходит постепенный рост органов половой системы, однако при этом сохраняются типичные для этого возраста особенности: преобладание размеров шейки матки над размерами тела, извитость маточных труб, отсутствие зрелых фолликулов в яичниках и др. В период детства отсутствуют вторичные половые признаки.

Период полового созревания характеризуется относительно быстрым ростом органов половой системы и в первую очередь матки (преимущественно ее тела), появлением и развитием вторичных половых признаков, формированием женского типа скелета (особенно таза), отложением жира по женскому типу, ростом волос вначале на лобке, а затем в подмышечных впадинах. Наиболее ярким признаком пубертатного периода является наступление первых менструаций (менархе). Как уже отмечалось, у девочек, проживающих в средней полосе нашей страны, первые менструации, как правило, появляются в возрасте 12—14 лет. В дальнейшем в течение  $1/2$ —1 года менструации иногда имеют нерегулярный характер, а многие менструации протекают без овуляции (ановуляторные циклы). Появление и становление менструальной функции происходят под влиянием циклической секреции рилизинг-факторов гипоталамуса, гонадотропных гормонов гипофиза и стероидных гормонов яичников. Гормоны яичников оказывают соответствующее влияние на слизистую оболочку матки, вызывая в ней характерные циклические изменения (пролиферация, секреция, десквамация).

Подростковый период известен еще под названием переходного,

так как в это время происходит переход к наступлению периода половой зрелости — расцвету функции органов половой системы женщины.

**Период половой зрелости** является наиболее продолжительным. Вследствие регулярного созревания фолликулов в яичниках и овуляции с последующим развитием желтого тела в этот период в женском организме создаются все необходимые условия для наступления беременности. Наиболее четко выраженными показателями нормального функционирования половой системы женщины в период половой зрелости являются специфические циклические изменения, наступающие в ЦНС, яичниках и матке, что внешне проявляется в виде регулярных менструаций.

**Период пременопаузы** характеризуется переходом от состояния половой зрелости к прекращению менструальной функции и наступлению старости. В этот период у женщин нередко развиваются различные расстройства менструальной функции, причиной которых являются возрастные нарушения центральных механизмов, регулирующих функцию половых органов.

**Период старения** характеризуется полным прекращением менструаций, инволюцией половых органов и общим старением женского организма.

Частота гинекологических заболеваний тесно связана с возрастными периодами жизни женщины. Так, в период детства сравнительно часто возникают воспалительные заболевания наружных половых органов и влагалища. Период полового созревания отличается часто встречающимися дисфункциональными маточными кровотечениями и другими нарушениями менструальной функции. В период половой зрелости часто встречаются воспалительные заболевания половых органов, нарушения менструального цикла различного генеза, кисты половых органов, бесплодие. В конце этого периода возрастает частота доброкачественных и злокачественных опухолей половых органов. В пременопаузальном периоде все реже встречаются воспалительные процессы, зато значительно повышается частота опухолевых процессов и нарушений менструальной функции (климактерические кровотечения). В период постменопаузы чаще, чем раньше, встречаются опущения и выпадения половых органов и опухолевые процессы, особенно злокачественного характера. Возрастная специфичность гинекологических заболеваний в основном определяется анатомо-физиологическими особенностями женского организма, присущими отдельным периодам жизни.

## **Глава II**

### **ПРОПЕДЕВТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ТЕРАПИИ**

Диагностика и терапия гинекологических заболеваний невозможны без правильной оценки данных анамнеза и основных клинических проявлений заболеваний женских половых органов.

Обследование гинекологических больных складывается из опроса (анамнестические данные) и объективного обследования больных.

## СИСТЕМА ОПРОСА (СБОР АНАМНЕЗА)

При сборе анамнеза необходимо выяснение следующих данных.

1. Паспортные данные. Вначале следует получить общие сведения о больной: фамилия, имя, отчество, возраст, профессия, семейное положение, условия труда и быта.

2. Жалобы больной. Выясняют, что заставило женщину обратиться к врачу.

3. Наследственность. Обращается внимание на возможность наследственных заболеваний у ближайших родственников со стороны матери и отца.

4. Перенесенные заболевания. При расспросе о перенесенных детских инфекциях, экстрагенитальных и гинекологических заболеваниях обращается внимание на время их возникновения, длительность течения, возможные рецидивы заболевания, их влияние на функции половых органов, особенности лечебных мероприятий в условиях стационара и поликлиники. Уточняется, не было ли хирургических вмешательств; при их наличии выясняется характер операции.

5. Функции половой системы. Подробно собираются данные о специфических функциях женского организма: менструальной, половой, репродуктивной, секреторной.

6. Функции органов, связанных с половыми органами в анатомическом и функциональном отношении. Выясняются функции мочевыводящих путей и прямой кишки.

7. История настоящего заболевания. Заканчивается опрос выяснением истории настоящего заболевания, которая анализируется в хронологическом порядке.

Ввиду того что некоторые разделы анамнеза имеют важное значение для гинекологической клиники, остановимся несколько подробнее на этих данных.

**В о з р а с т.** Многие гинекологические заболевания специфичны для определенного возраста. В детстве (до 8 лет) нередко возникают вульвовагиниты. Период полового созревания может сопровождаться нарушением становления менструальной функции, в том числе ювенильными маточными кровотечениями. В период половой зрелости наиболее часто наблюдаются воспалительные заболевания внутренних половых органов. В пременопаузе нарушения важнейших звеньев регуляции менструального цикла нередко сопровождаются дисфункциональными маточными кровотечениями, предраковыми и раковыми заболеваниями половой системы. В старческом возрасте часто встречаются опущения и выпадения половых органов.

**У с л о в и я т р у д а и б ы т а.** Профессия, условия труда и быта больной требуют детального изучения, так как иногда они являются причинами тех или иных заболеваний и могут способствовать возникновению рецидива. Уточняются характер работы больной, возможные профессиональные вредности (вибрация, запыленность на производстве, поднятие тяжестей, различные химические вредности, переохлаждение, перегревание, ионизирующие излучения и др.), работа в ночное время, санитарно-гигиенические условия на производ-

стве. Неблагоприятные условия быта могут способствовать возникновению ряда заболеваний женских половых органов (поднятие тяжестей, переохлаждение, перегревание, особенно вскоре после родов, аборт и др.) и утяжелять их течение.

**П и т а н и е.** Полноценное питание, получаемое в детском возрасте, способствует правильному развитию девочки-подростка, своевременному появлению менструаций, а в дальнейшем и нормальной репродуктивной функции. Как переизбыток, так и значительное ограничение приема пищи отрицательно сказываются на специфических функциях женского организма. Регулярное, с достаточно высокой энергетической ценностью питание, содержащее необходимое количество белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов, является одним из условий нормального функционирования многих органов и систем женского организма.

При опросе необходимо также получить сведения о вредных привычках (алкоголизм, курение, наркомания и др.), непереносимости некоторых лекарственных средств (аллергические реакции).

Основными жалобами гинекологических больных являются кровотечения, боли, бели, нарушения репродуктивной функции. Целесообразно при изучении этих жалоб ограничиться вначале краткими сведениями, а затем перейти к выяснению особенностей специфических функций женского организма.

**М е н с т р у а л ь н а я ф у н к ц и я.** Вначале уточняют время появления первой менструации (менархе), установились ли менструации сразу или через какой-то промежуток времени, продолжительность менструального кровотечения, наличие белей, ритмичность появления менструации, изменились ли менструации после начала половой жизни, родов, абортов, характер менструаций во время настоящего заболевания, когда была последняя менструация и ее особенности (см. главу IV).

Менструальная функция является важнейшей функцией репродуктивной системы женщины и свидетельствует как о полноценности самой системы, так и о здоровье женщины в целом. Поэтому характеристике менструальной функции придается первостепенное значение при расспросе гинекологической больной.

При выяснении особенностей менструальной функции необходимо обращать внимание на следующие моменты: а) в каком возрасте появились первые менструации и каков был их характер; б) через какой промежуток времени установился регулярный менструальный цикл; в) какова продолжительность менструального цикла; г) сколько дней продолжается менструация и каково количество теряемой крови; д) изменился ли характер менструального цикла после начала половой жизни, абортов, родов и т. д.; е) когда была последняя нормальная менструация; ж) изменился ли характер менструального цикла в связи с данным гинекологическим заболеванием.

В настоящее время в связи с акселерацией — ускорением полового созревания — первые менструации у девочек в средней полосе нашей страны появляются в среднем в 12—13 лет. Более раннее начало менструаций (11 лет и раньше) может свидетельствовать о преждевремен-

ном половом созревании или о развитии гормонально-активной опухоли яичника. При появлении менструаций в 15 лет и позже можно думать об инфантилизме (недоразвитости) половых органов.

Обычно ритмичный менструальный цикл устанавливается через несколько месяцев от момента появления первой менструации. Затянувшийся период становления цикла (6 мес и более) обычно свидетельствует о неполноценности системы его регуляции, что часто наблюдается при недоразвитии половых органов.

У большинства женщин менструальный цикл продолжается 28—30 дней. В некоторых случаях этот цикл бывает укороченным (23—25 дней) или, наоборот, удлинненным (свыше 30 дней). Такие менструальные циклы, если они не сопровождаются нарушениями функции репродуктивной системы (бесплодие и др.), считаются вариантами физиологической нормы.

Важное значение имеет оценка продолжительности менструации и количества теряемой крови. Обычно менструация длится от 3 до 5 дней, а количество теряемой крови не является значительным (отсутствуют сгустки крови). Укорочение или удлинение менструального кровотечения, а также появление скудных или обильных менструаций является симптомом ряда гинекологических и общих заболеваний организма.

Изменения менструального цикла после аборт и родов обычно возникают вследствие развития воспалительных заболеваний или нейроэндокринных нарушений. Такие больные подлежат детальному клиническому и лабораторному обследованию.

Все многообразные нарушения менструальной функции можно свести к следующим основным видам: аменорея и гипоменструальный синдром, меноррагии, метроррагии и альгодисменорея.

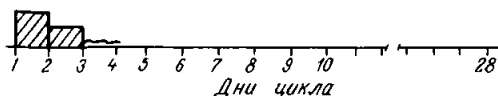
**А м е н о р е я** — отсутствие менструаций — может наблюдаться до периода полового созревания, во время беременности и лактации. Эти виды аменореи представляют собой физиологическое явление. В противоположность физиологической различают так называемую патологическую аменорею, которая возникает у женщин в период половой зрелости и связана с возникновением общих и гинекологических заболеваний различного генеза.

**Г и п о м е н с т р у а л ь н ы й с и н д р о м** выражается в ослаблении (гипоменорея), укорочении (олигоменорея) и урежении (опсоменорея) менструаций (рис. 8). Обычно он возникает при тех же заболеваниях, что и патологическая аменорея.

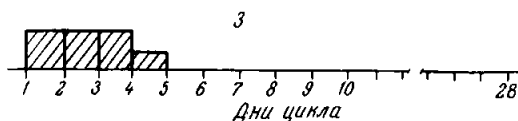
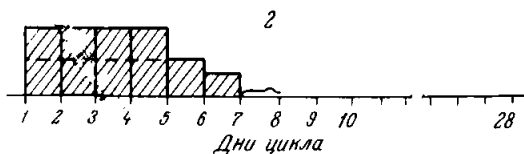
**М е н о р р а г и я** — кровотечение, связанное с менструальным циклом. Меноррагии носят циклический характер и проявляются увеличением кровопотерь во время менструаций (гиперменорея), большей продолжительностью менструальных кровотечений (полименорея) и нарушениями (укорочениями) их ритма (пройоменорея). Сравнительно часто эти нарушения сочетаются. Возникновение меноррагий может зависеть как от снижения сократимости матки вследствие развития воспалительных процессов (эндо- и миометриты), опухолей (миома матки), так и от нарушений функции яичников, связанных с неправильным созреванием фолликулов, желтого тела или же с отсутствием овуляции (см. главу IV).

Рис. 8. Менограмма.

1 — при гипоменорее; 2 — при гиперменорее; 3 — при физиологической кровопотере.



**Метроррагия** — ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом и обычно возникающие при различных видах расстройств функции яичников вследствие нарушения процессов овуляции (дисфункциональные маточные кровотечения), развитии подслизистой миомы матки, раке тела и шейки матки, гормонально-активных опухолях яичника и некоторых других заболеваниях.



**Альгодисменорея** — болезненная менструация. Обычно боли сопровождают начало менструального кровотечения, реже наблюдаются на протяжении всей менструации. Болезненные менструации являются следствием недоразвития половых органов (инфантилизм), неправильного положения матки, эндометриоза, воспалительных заболеваний внутренних половых органов и др.

**Половая функция.** При изучении половой функции выясняют вопросы, связанные с началом половой жизни, наличием полового влечения (либидо) и чувства удовлетворения (оргазм). Отсутствие или ослабление полового влечения и удовлетворения наблюдается у женщин при инфантилизме, после перенесенных либо сопутствующих тяжелых экстрагенитальных или гинекологических заболеваний. Далее уточняют, не отмечается ли нарушений половой функции: а) болезненность при половых сношениях; б) контактные кровотечения; в) затруднение или невозможность полового акта.

Болезненность при половых сношениях наблюдается при хронических воспалительных заболеваниях, гипоплазии половых органов, позадишеечном эндометриозе, вагинизме (заболевания нервно-психического характера).

Контактные кровотечения после полового сношения могут быть обусловлены хрупкостью тканей шейки матки, что наблюдается при раке шейки матки. Иногда такие кровянистые выделения отмечаются при псевдоэрозиях и кольпитах.

Затруднение или невозможность полового акта возникает при рубцовом сужении влагалища и его аномалиях.

При характеристике половой функции необходимо выяснить, применяет ли женщина противозачаточные средства, предохраняется ли она от беременности или нет. Если женщина предохраняется от беременности, то выясняют способ контрацепции (механические,

химические, внутриматочные средства, оральные контрацептивы). Уточнение характера средств контрацепции может способствовать выяснению некоторых причин, связанных с нарушениями менструального цикла. Так, при приеме гормональных противозачаточных средств появление межменструальных кровянистых выделений бывает связано с самим характером гормонального препарата, а не с другими причинами. При использовании внутриматочных средств (ВМС) иногда наблюдаются усиление и увеличение продолжительности менструаций и др.

**Репродуктивная функция.** Характеристика репродуктивной функции женщины имеет важное значение для распознавания гинекологических заболеваний. Вначале выясняют, когда после начала половой жизни возникла беременность. При недоразвитии половых органов первая беременность обычно наступает через несколько лет. Затем следует уточнить количество беременностей, их течение и исходы. Особое внимание обращается на осложнение беременности, родов и послеродового периода, характер лактации. Выясняют число аборт, при каких сроках беременности производилось ее прерывание, были ли осложнения во время и после аборта. Осложненное течение послеродового периода и аборта является частой причиной воспалительных заболеваний половых органов и бесплодия.

Травмы мягких тканей родовых путей (шейки, влагалища) могут в дальнейшем повести к ряду заболеваний. Так, разрывы шейки могут способствовать ее деформации с последующим выворотом слизистой оболочки канала шейки матки, что в дальнейшем может явиться благоприятным фоном для развития предраковых состояний шейки матки. Вследствие плохо восстановленных разрывов влагалища возможно развитие в пожилом возрасте опущений и выпадений половых органов.

**Секреторная функция.** Эта функция является важным показателем состояния женских половых органов. У здоровой женщины секрет выделяется различными органами половой системы (маточные трубы, матка, влагалище, преддверие влагалища) и служит для физиологического увлажнения слизистых оболочек. При многих гинекологических заболеваниях происходит количественное или качественное изменение секрета. Патологические выделения из половых органов женщины носят название белей.

Бели могут быть как симптомом гинекологических заболеваний, так и проявлением патологических процессов, не связанных непосредственно с половой системой. Важное практическое значение приобретает вопрос об установлении источника повышения секреции, что необходимо для топической диагностики и лечения. Бели могут быть связаны с патологией различных отделов половых органов: наружных половых органов, влагалища, шейки и тела матки, маточных труб. В связи с этим различают вестибулярные, влагалищные, шеечные, маточные и трубные бели.

Вестибулярные бели чаще всего бывают обусловлены воспалительными процессами наружных половых органов или больших желез преддверия влагалища. Нередко они наблюдаются при воспали-



тельных заболеваниях вышележащих отделов половой системы, при которых вульва вовлекается в воспалительный процесс вторично.

**Влагалищные бели** наиболее распространены. Повышенная секреция влагалища может быть обусловлена местной инфекцией, глистной инвазией (в детском возрасте), наличием инородного тела во влагалище, возникновением мочеполовых и кишечно-половых свищей, экстрагенитальными заболеваниями (диабет, сердечно-сосудистая патология и др.).

Для изучения влагалищных выделений используют бактериологический (исследование окрашенных мазков) и культуральный (культивирование влагалищной микрофлоры на питательных средах) методы. Для практических целей обычно бывает достаточно проведения бактериоскопического исследования влагалищных выделений, которое позволяет установить вид возбудителей. В сомнительных случаях производят посевы.

На основании бактериоскопии влагалищных мазков принято различать четыре степени чистоты влагалищного содержимого. При I степени во влагалищных мазках обнаруживают палочки молочнокислого брожения (палочки Дедерлейна), эпителиальные клетки; реакция влагалищного содержимого кислая. Для II степени чистоты характерно наличие умеренного количества влагалищных палочек, имеются клетки плоского эпителия, единичные лейкоциты. Реакция влагалищной среды слабокислая. III степень чистоты характеризуется появлением кокковой флоры, увеличивается число лейкоцитов, влагалищные палочки почти не встречаются. Реакция влагалищной среды слабощелочная. IV степень чистоты характеризуется разнообразной кокковой флорой — большим количеством лейкоцитов, отсутствием влагалищных палочек. Реакция среды щелочная. I и II степень чистоты влагалища наблюдается у здоровых женщин репродуктивного возраста. III и IV степень чистоты влагалища обычно свидетельствует о воспалительном процессе.

**Шеечные бели** занимают второе место по частоте (после влагалищных белей). Важное значение в происхождении шеечных белей имеют воспалительные процессы (цервициты острые, подострые и хронические), разрывы шейки матки, опухоли (рак), полипы слизистой оболочки канала шейки матки. Шеечные бели имеют слизисто-гнойный характер.

**Маточные бели** могут быть обусловлены: 1) острыми эндометритами (специфическими и неспецифическими); 2) подслизистой миомой матки; 3) полипами слизистой оболочки матки; 4) злокачественными опухолями (рак эндометрия). Обычно маточные бели жидкие, могут быть с примесью гноя (при эндометрите) или крови (при раке).

**Трубные бели** встречаются сравнительно редко и являются следствием периодического истечения жидкости, накопившейся в маточной трубе, через отверстие в ней, нередко в сравнительно большом количестве. Подобные истечения могут быть связаны с возникновением первичного рака маточной трубы или с развитием так называемого профлюирующего гидросальпинкса.

Иногда бели, главным образом влагалищные, могут быть связаны с развитием тяжелых экстрагенитальных заболеваний. Патогенез белей

обусловлен тем, что при длительном течении тяжелого заболевания уменьшается содержание гликогена в эпителии влагалища. Вследствие этого наблюдается массовая гибель лактобактерий, выделяющих молочную кислоту, которая способствует самоочищению влагалища. Тем самым создаются условия для размножения патогенной и условно-патогенной микробной флоры с возникновением стойкого воспалительного процесса.

Патологические процессы в половой системе нередко вызывают изменение функции мочевого пузыря и прямой кишки. Это обусловлено топографоанатомической близостью этих систем, общностью васкуляризации, лимфообращения и иннервации.

Мочевыводящая система тесно связана с половой системой генетически (обе системы происходят из мочеполовой пазухи). Возникающие гормональные нарушения в половой системе приводят к соответствующим нарушениям в мочевыводящей системе. Травмы половых органов, воспалительные и опухолевые процессы нередко затрагивают и соседние с ними органы малого таза. При опущении и выпадении стенок влагалища и матки также часто отмечаются дизурические явления.

Нередко гинекологические больные жалуются на запоры. Причины их весьма разнообразны. Запоры могут иметь функциональный и органический характер, например при сдавлении прямой кишки опухолью яичника, матки. В свою очередь при запорах возможно нарушение проницаемости кишечной стенки, вследствие чего микробы из кишечника (кишечная палочка) попадают во внутренние половые органы, вызывая воспалительный процесс.

Основной жалобой гинекологических больных являются боли. Возникновение и характер болевых ощущений тесно связаны с состоянием ЦНС, особенностями иннервации половых органов и степенью раздражения нервных рецепторов. Импульсы, возникающие при раздражении рецепторного аппарата половых органов, поступают в ЦНС (таламус, кора головного мозга), где преобразуются в болевые ощущения.

Симптом болей имеет большое клиническое и диагностическое значение и требует тщательной оценки. Боли у гинекологических больных отличаются большим разнообразием по степени, характеру локализации, времени появления и т. д. При опросе уточняются локализация болей (гипогастральная, надлонная, паховая, пояснично-крестцовая), характер (ноющие, схваткообразные, тянущие, давящие), интенсивность (сильные, умеренные, слабые), иррадиация (в пояснично-крестцовую, гипогастральную область, нижние конечности, область наружных половых органов, прямой кишки).

Интенсивность болевых ощущений находится в связи с особенностями нервной системы, эмоциональным состоянием женщины, степенью вовлечения в патологический процесс нервных окончаний, растяжением висцеральной брюшины, обменными нарушениями в очаге воспаления и рядом других факторов. Наиболее сильные боли обычно возникают при тех гинекологических заболеваниях, которые осложнены воспалением париетальной брюшины (острые сальпингоофориты, перекручивание

ножки кисты яичника), сдавлением раковым инфильтратом нервных стволов малого таза.

В известной степени интенсивность болей зависит от специфичности воспалительного процесса. При гонорейном воспалении придатков матки боли в острой стадии бывают интенсивными и длительными. Воспаление придатков матки и брюшины туберкулезной этиологии характеризуется сравнительно небольшими болями даже при значительном распространении патологического процесса.

По характеру болевого симптома и иррадиации болей можно судить о заболевании ургентного характера. Так, интенсивные, схваткообразные боли в паховой области, иррадиирующие в область прямой кишки, часто появляются в случае прервавшейся трубной беременности. При скоплении в брюшной полости значительного количества крови нередко происходит раздражение нервных окончаний, расположенных в диафрагме. У таких больных появляется френикус-симптом — боли в правом или левом плече. Схваткообразные боли, как правило, отмечаются при рождении подслизистого узла миомы матки.

Менее характерна для гинекологических заболеваний локализация болей. Обычно они возникают внизу живота, в пояснично-крестцовой и паховой области. При заболеваниях матки боли появляются в нижней части живота. При хронических воспалительных заболеваниях придатков матки отмечаются постоянные ноющие боли, локализующиеся главным образом в боковых отделах нижней части живота. При загибе матки кзади (ретрофлексия) боли локализуются в области спины, поясницы, крестца. Боли внизу живота, сопровождающиеся ощущением давления на низ, наблюдаются у больных с выпадением стенок влагалища и матки.

В диагностике гинекологических заболеваний большое значение имеет время появления болей. Боли, регулярно возникающие в середине менструального цикла, могут быть связаны с овуляцией (овуляторные боли). Появление прогрессирующих болей во второй половине цикла, продолжающихся в течение 1-го, а иногда и 2-го дня менструации, характерно для эндометриоза. Боли, возникающие во время полового акта, чаще обусловлены хроническим воспалительным процессом придатков матки или позадишеечным эндометриозом. Боли, возникающие в половой системе, нередко влияют на функцию смежных органов (мочевой пузырь и прямая кишка), нарушая ее.

Из форм распространения или отражения болевых ощущений наибольшее практическое значение имеют иррадиация и реперкуссия. Под иррадиацией болей подразумевается их распространение из определенного сегмента спинного мозга в соседние сегменты, в результате чего болевое ощущение охватывает более обширную область.

Реперкуссия представляет собой отражение раздражения из менее возбудимой области в более возбудимую, вследствие чего боль может ощущаться в области здорового органа, связанного общностью иннервации с патологическим очагом. При возникновении болей возможно развитие гипералгезии (повышенная возбудимость тактильных рецепторов).

Иннервация матки находится в связи с XI—XII грудными и с III—

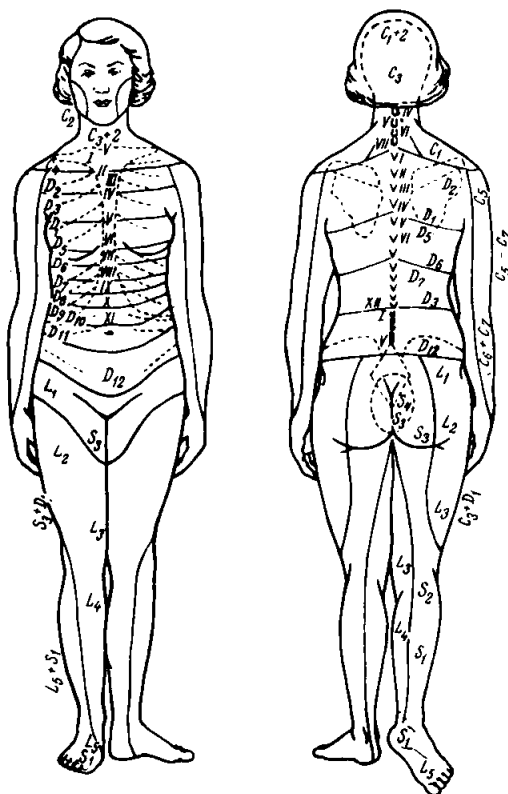


Рис. 9. Распределение кожной чувствительности соответственно сегментам спинного мозга (зоны Захарьина—Геда).

В крестцовыми сегментами (рис. 9) позвоночного столба, поэтому отраженные боли при патологических изменениях этого органа появляются в нижней части спины, пояснице, иногда в подчревной области. При заболеваниях яичников и маточных труб боли ощущаются в нижней части спины, в пояснице, паховой и подчревной областях.

Опрос гинекологической больной заканчивается уточнением времени возникновения заболевания, связи начала его с различными моментами (переохлаждение, переутомление, менструация и др.). Затем выясняют патогенез заболевания, прогрессирование тех или иных симптомов,

появление дополнительных признаков, особенности лечебных мероприятий.

В результате подробного опроса больной можно сделать предварительное ориентировочное заключение о возможном характере заболевания. Для уточнения диагноза приступают к объективным методам исследования.

#### ОБЩИЕ И СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Объективное обследование больных складывается из общего исследования состояния организма в целом и специального исследования (гинекологического).

**Общее объективное исследование.** Начинается с изучения типов конституции, которые находятся в тесной зависимости от функции нервной, эндокринной и других систем организма.

Наряду с нормальным телосложением принято различать следующие его типы: 1) инфантильный; 2) гиперстенический (пикнический); 3) интерсексуальный; 4) астенический (рис. 10).

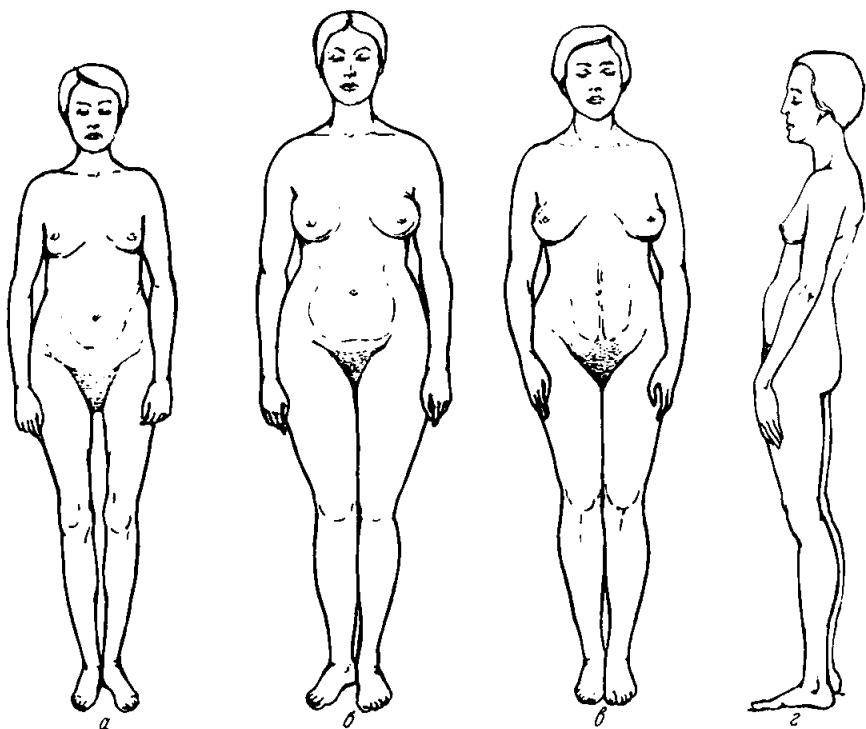


Рис. 10. Основные типы телосложения женщин.

а — инфантильный; б — гиперстенический; в — интерсексуальный; г — астенический.

Для гиперстенического типа характерен невысокий (средний) рост, длина ног по сравнению с длиной туловища незначительна. Кифоз спины мало выражен, поясничный лордоз расположен высоко, плечевой пояс относительно узок. Подкожный жировой слой развит хорошо. Специфические функции женского организма в большинстве случаев не изменены.

При инфантильном типе может иметь место как общий (универсальный), так и половой (генитальный) инфантилизм без общих признаков недоразвития. Инфантильный тип характеризуется небольшим ростом, недоразвитием молочных желез, общеравномерносуженным тазом. Первая менструация нередко наступает позже обычного срока, а менструации характеризуются нерегулярностью и болезненностью.

Астеническому типу присуща анатомическая и функциональная слабость всей мышечной и соединительнотканной систем. У женщин астенического типа отмечаются расслабление мышечного и соединительнотканного аппарата тазового дна и промежности, нередко усиление, удлинение и болезненность менструаций.

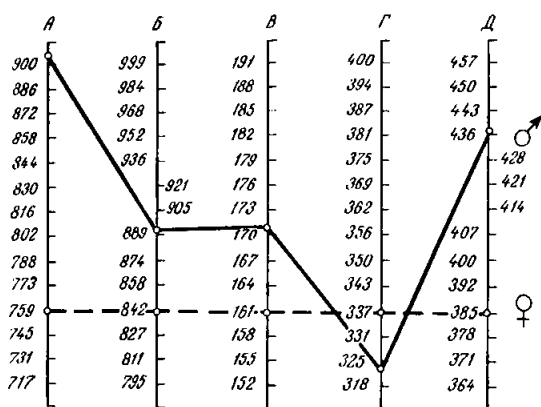


Рис. 11. Морфограмма.

Прерывистая линия — «идеальные» размеры женщины ростом 161 см, сплошная линия — средние размеры здорового мужчины ростом 171 см.

А — окружность грудной клетки во время выдоха; Б — расстояние между большим вертелом и полом (нижний размер); В — рост; Г — расстояние между большими вертелами бедер; Д — расстояние между плечевыми костями на уровне больших бугорков.

Интерсексуальный тип характеризуется недостаточной дифференцировкой пола, особенно вторичных половых признаков. Этому типу женщин присущи физические и психические признаки, свойственные мужскому организму. У женщин интерсексуального типа волосяной покров сильно развит, нередко по мужскому типу, черты лица напоминают мужские, половые органы часто гипопластичны.

Между указанными основными типами конституции существуют различные переходные варианты, которым присущи комбинации отдельных признаков, свойственных различным типам телосложения.

Клиническое течение гинекологических заболеваний во многом обусловлено типологическими особенностями больной, зависящими от ее высшей нервной деятельности. Это важно для понимания психогенных расстройств функций половой системы женщины. Больные сильного, уравновешенного типа обычно скупы на жалобы, не склонны к преувеличению своих болезненных ощущений и относительно сдержанно реагируют на выявленное у них заболевание. Женщины сильного, но не уравновешенного типа, обнаруживая определенную сдержанность в изложении жалоб и в оценке своего состояния, отличаются повышенной возбудимостью, часто проявляют раздражительность и нетерпеливость. Больные слабого типа склонны к преувеличению своих страданий, предъявляют большее число разнообразных жалоб, весьма раздражительны, недоверчивы, боязливы, пессимистичны.

В диагностике эндокринных нарушений важное значение имеют антропометрические исследования больных, а также оценка характера и степени развития у них половых признаков. Предложена специальная техника антропометрических измерений, основанная на определении: 1) окружности грудной клетки (во время выдоха) под молочными железами; 2) высоты большого вертела от пола; 3) роста; 4) расстояния между большими вертелами бедра; 5) расстояния между плечевыми костями (плечами) на уровне больших бугорков и других биометрических показателей. Для определения этих параметров используют сантиметровую ленту, ростомер и тазомер. Морфограмма здоровой женщины представляет собой горизонтальную

линию, на которую наносятся данные антропометрических измерений (рис. 11).

Степень развития жировой ткани и ее распределение в значительной степени зависят от функции эндокринных желез. Для поражения гипоталамической области характерно так называемое фартучное ожирение. Жировая ткань в избытке откладывается в области тазобедренных суставов («галифе»), верхней трети плеча. При синдроме Кушинга жировая клетчатка располагается на лице, туловище, спине и животе. Климактерическое ожирение, возникающее в результате выраженного ослабления функции яичников, характеризуется отложением жировой клетчатки на плечах, в области VII шейного, I и II грудных позвонков, а также на груди, животе, бедрах.

Важное клиническое значение имеют те или иные особенности распределения волосяного покрова тела. Различают следующие разновидности оволосения: 1) lanugo; 2) оволосение, свойственное лицам обоего пола; 3) оволосение, характерное для одного пола.

Lanugo — нежное оволосение, напоминающее пушок, покрывает кожу плода и новорожденного и обычно исчезает через несколько дней после рождения.

Нормальное оволосение у женщин отмечается в области лона и в подмышечных впадинах. Степень выраженности его зависит от гормональной активности яичников, надпочечников, а также от чувствительности волосяных фолликулов к действию андрогенов.

Чрезмерное оволосение тела называется гипертрихозом (hypertrichosis). При этом наблюдается выраженное оволосение на местах, характерных для женского организма (лобок, большие половые губы, подмышечные впадины). Под гирсутизмом (hirsutismus) понимают усиленное оволосение по мужскому типу. У женщин при наличии гирсутизма наблюдается рост волос на лице, межгрудной борозде, околососковых кружках, средней линии живота. Вирилизм (virilismus) — совокупность признаков, наблюдающихся у женщин и характеризующихся появлением мужских черт, вызванных действием андрогенов.

При осмотре кожи отмечают ее цвет, который в основном зависит от состояния кровеносных сосудов и пигментации. Бледность кожных покровов, как правило, бывает обусловлена малокровием. Депигментация кожи, как и гиперпигментация, связана с нарушением функции эндокринных желез. Так, депигментация кожи бывает обусловлена снижением продукции гормона меланостимулина (при нарушении функции гипофиза). Гиперпигментация (темная окраска кожи) отмечается при недостаточной функции коры надпочечников (аддисонова болезнь).

Состояние внутренних органов исследуется после общего осмотра. Производится измерение артериального давления, определяются характер пульса, частота дыханий в минуту. Осуществляются перкуссия и аускультация сердца, легких.

В обязательном порядке должно быть произведено исследование молочных желез. Их недоразвитие характерно для инфантилизма. При пальпации обращают внимание на консистенцию и наличие уплотнений.



Рис. 12. Поверхностная пальпация живота.



Рис. 13. Глубокая пальпация живота.

Обнаружение плотных образований, особенно в верхненаружном квадранте, требует проведения дополнительного, более углубленного, обследования (маммография и др.) и исключения злокачественного новообразования.

При осмотре живота обращается внимание на его размеры, конфигурацию, вздутие, симметричность, участие в акте дыхания, наличие свободной жидкости в брюшной полости. При необходимости производится измерение окружности живота сантиметровой лентой.

Пальпация брюшной стенки имеет большое практическое значение, особенно для установления патологических новообразований (рис. 12, 13). Напряжение передней брюшной стенки является важным симптомом раздражения брюшины и наблюдается при остром воспалении придатков матки, тазовом и диффузном перитоните.

Перкуссия дополняет пальпацию и помогает определить границы отдельных органов, контуры опухолей, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Аускультация живота имеет большое диагностическое значение после чревосечения (диагностика пареза кишечника), при продувании маточных труб (оценка их проходимости).

**Специальные (гинекологические) исследования.** Начинается с осмотра наружных половых органов. При осмотре обращают внимание на выраженность оволосения в области лобка и больших половых губ, возможные патологические изменения (отечность, опухоли, атрофия, пигментация и др.), высоту и форму промежности (высокая, низкая, корытообразная), ее разрывы и их степень, состояние половой щели (сомкнута или зияет), опущение стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании). При раздвигании половой щели необходимо обратить внимание на окраску слизистой оболочки вульвы, осмотреть состояние наружного отверстия уретры, парауретральных ходов, выводных протоков больших желез преддверия влагалища, обратить внимание на характер влагалищного отделяемого (рис. 14). После



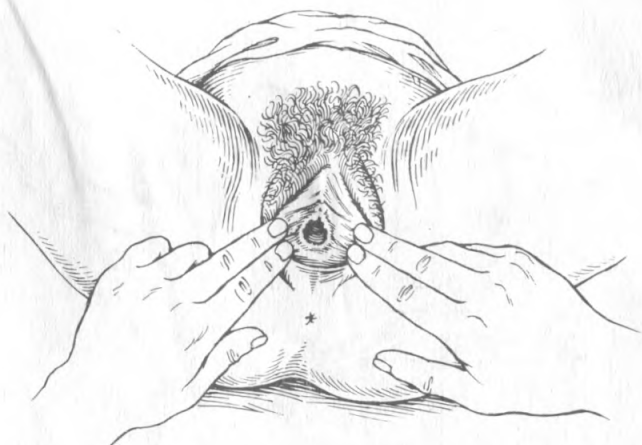


Рис. 14. Осмотр вульвы.

осмотра наружных половых органов следует осмотреть анальную область (наличие трещин, геморроидальных узлов и др.).

После осмотра наружных половых органов приступают к исследованию с помощью зеркал, которое имеет очень большое значение в гинекологии для выявления патологических изменений влагалища и шейки матки. Осмотр с помощью влагалищных зеркал помогает своевременно выявить предраковые заболевания шейки матки и начальные проявления рака, а также диагностировать ряд других форм патологии. Поэтому исследование женщин с помощью зеркал является обязательной составной частью каждого гинекологического обследования.

Влагалищное исследование производится путем введения II и III пальцев во влагалище. При этом представляется возможным определить ширину входа во влагалище, состояние промежности, мышц тазового дна, длину влагалища, глубину влагалищных сводов, длину и состояние влагалищной части шейки матки, тела матки и придатков (положение, величина, консистенция, подвижность, болезненность и др.). Это исследование может также дать представление о состоянии стенок таза (костные экзостозы).

Ректальное исследование производят II пальцем. Оно помогает составить представление о состоянии шейки матки, паравагинальной и параректальной клетчатки, установить изменения в прямой кишке (сужение, сдавление опухолью, инфильтрация стенок и др.). К этому исследованию прибегают также у больных, не живших половой жизнью (при сохраненной девственной плеве). Ректовагинальное исследование выполняется введением II пальца во влагалище, а III пальца — в прямую кишку. Это комбинированное исследование целесообразно применять при подозрении на патологические изменения парамет-

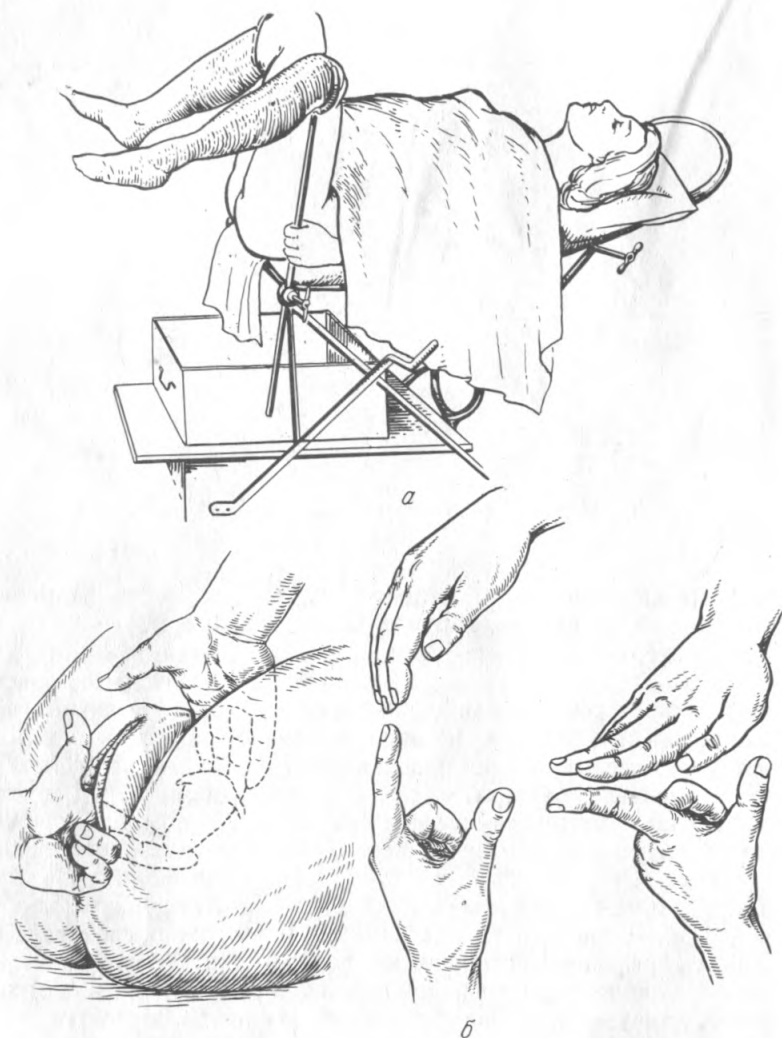


Рис. 15. Гинекологическое исследование.

а — положение женщины на гинекологическом кресле; б — положение пальцев при бимануальном исследовании.

ральной клетчатки и прямокишечно-маточных мышцах. Исследование выполняется в гинекологическом кресле (рис. 15).

Инструментальные методы исследования включают осмотр влагалища и влагалишной части шейки матки с помощью зеркал (см. выше), зондирование матки, пункцию брюшной полости через задний свод влагалища, биопсию (чаще всего шейки матки), получение содержимого полости матки.

Рис. 16. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища (схема).

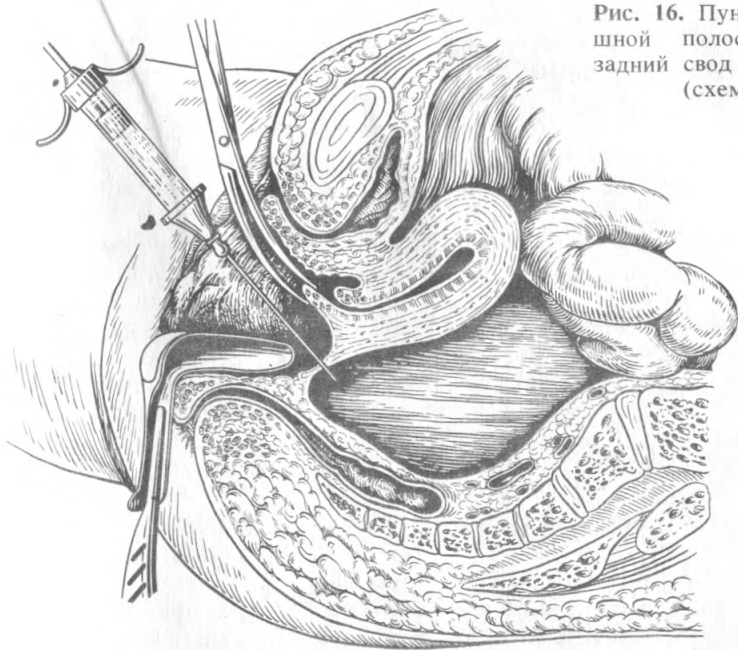
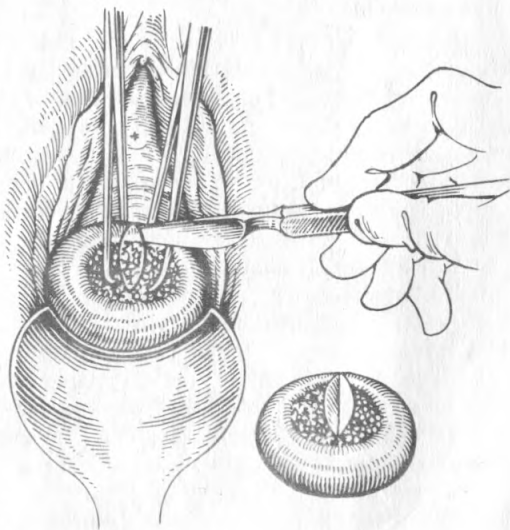


Рис. 17. Биопсия шейки матки (схема).

Зондирование матки осуществляется маточным зондом — металлическим стержнем длиной 20—25 см, оканчивающимся закругленным утолщением. Зондирование, которому предшествует определение положения матки, позволяет установить имеющиеся в полости матки деформации (полипы, подслизистые узлы), пороки развития (перегородка, двурогость и др.), длину полости матки, заращение внутреннего зева шейки матки.



Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища (рис. 16) осуществляют толстой иглой длиной не менее 12 см, с косо срезанным концом. Такое исследование, как правило, проводят с целью дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и воспалением придатков матки.

Объектом биопсии — прижизненного иссечения небольшого участка ткани для микроскопического исследования — чаще всего является шейка матки. Показаниями к биопсии матки чаще всего служат различные патологические процессы, особенно при подозрении на их злокачественность. Значительно реже прибегают к биопсии вульвы и стенок влагалища. Биопсия шейки матки заключается в иссечении скальпелем клиновидного участка, включающего как всю поврежденную, так и часть неизменной ткани (рис. 17).

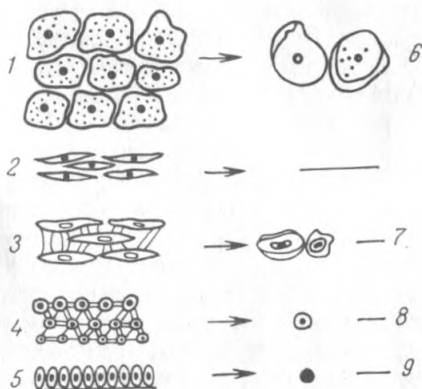
**Хромодиагностика** — метод, позволяющий выполнить прицельную биопсию. С помощью зеркал обнажают шейку матки и очищают от слизи, затем подводят к шейке матки тампон, обильно смоченный раствором Люголя. Через 1 мин тампон удаляют и оценивают окраску тканей. Неизменный эпителий, содержащий достаточное количество гликогена, равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет. Патологические участки вследствие недостаточного содержания гликогена раствором Люголя не окрашиваются и выделяются на коричневом фоне в виде более светлых пятен различных оттенков — от светло-коричневых до совершенно не окрашенных. Содержание гликогена в эпителии влагалища подвержено физиологическим колебаниям. Поэтому при данной пробе следует учитывать не столько цвет, сколько неравномерность окраски ткани. Реакция считается йодположительной при получении равномерного темно-коричневого окрашивания и йоднегативной при наличии отдельных более светлых участков. Это исследование должно производиться всем женщинам, впервые обратившимся к акушеру-гинекологу.

**Раздельное диагностическое выскабливание** и е слизистой оболочки канала шейки матки и тела матки проводят для выяснения состояния слизистой при различных доброкачественных и злокачественных процессах (гиперпластические процессы, предраковые изменения, рак и др.). Для выполнения раздельного выскабливания шейку матки обнажают зеркалами и фиксируют пулевыми щипцами, затем зондируют полость матки, уточняют положение матки и ее длину, затем с помощью виброрасширителя или расширителя Гегара расширяют канал шейки матки. Далее в полость матки вводят кюретку небольшого размера и производят движением ее от дна матки до внутреннего зева последовательное выскабливание слизистой оболочки всех стенок матки. Затем приступают к выскабливанию слизистой оболочки шеечного канала. Полученные соскобы помещают раздельно в сосуды с формалином и отправляют для гистологического исследования. Операция раздельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки и полости матки выполняется в стационаре.

**Аспирационная биопсия** осуществляется с помощью шприца Брауна, на который надевается специальный наконечник, вводимый в полость матки без расширения канала шейки матки. Путем аспирации из области дна, углов или других отделов матки удается получить небольшое количество свободно отделяющегося эндометрия, который наносят на предметное стекло и легким движением другого стекла делают мазок. Затем его окрашивают и исследуют под микроскопом.

Рис. 18. Строение слизистой оболочки влагалища (схема).

1 — роговой слой; 2 — зернистый слой; 3 — поверхностный остистый слой; 4 — глубокий остистый слой; 5 — цилиндроклеточный слой; 6 — поверхностная клетка; 7 — интерстициальная клетка; 8 — пара-базальная клетка; 9 — базальная клетка.



**Аспирационный кюретаж** производится путем введения в полость матки специальной полой кюретки диаметром 3—5 мм со щелевидным отверстием на дистальном конце

сбоку. Кюретка соединяется с вакуум-насосом или другим аппаратом, создающим отрицательное давление. Аспирационный метод получения эндометрия имеет существенные преимущества перед инструментальным выскабливанием матки, так как не травмирует ткани и может быть применен повторно на протяжении менструального цикла. Как аспирационная биопсия, так и аспирационный кюретаж возможны в амбулаторных условиях.

В последние годы применяются специальные методы цитологического исследования — фазово-контрастная микроскопия и люминесцентно-микроскопический метод. С помощью фазово-контрастной микроскопии исследуют нативные (неокрашенные) препараты с целью диагностики гинекологических заболеваний (нарушения функции яичников, рак и др.). Для ранней диагностики рака шейки и тела матки применяется люминесцентная микроскопия. Распознавание атипических клеток основывается на морфологических особенностях и характере их свечения. Нормальные клетки плоского многослойного эпителия характеризуются темно-зеленым свечением протоплазмы и светло-зеленым свечением ядер. Атипическим клеткам свойственно ярко-красное или оранжевое свечение протоплазмы и светло-желтый цвет ядер.

**Тесты функциональной диагностики.** Для оценки функционального состояния яичников широко используют цитологическое исследование влагалищных мазков, изучение состояния слизи канала шейки матки, измерение базальной температуры. Цитологическое исследование влагалищных мазков основано на определении в них отдельных видов клеток эпителия (рис. 18). В соответствии со структурой слизистой оболочки влагалища в мазках могут встречаться следующие виды клеток: поверхностные, ороговевающие, промежуточные, парабазальные и базальные. У женщин репродуктивного возраста при двухфазном овуляторном менструальном цикле во влагалищном мазке встречаются в различных соотношениях поверхностные и промежуточные клетки. При выраженной эстрогенной недостаточности в мазке появляются парабазальные клетки. На оценке количественного соотношения поверхностных ороговевающих клеток и общего числа

поверхностных клеток основано вычисление кариопикнотического индекса (КПИ). КПИ характеризует эстрогенную насыщенность организма. В течение фолликулярной фазы нормального менструального цикла КПИ составляет 25—30%, во время овуляции — 60—70%, в фазе развития желтого тела — 25—30%. При введении эстрогенных препаратов КПИ повышается, поэтому его вычисление может служить контролем при проведении гормональной терапии.

При цитологическом исследовании различают следующие типы влагалищных мазков: эстрогенный, прогестероновый, смешанный, регрессивный, андрогенный и воспалительный. Наиболее характерно для эстрогенного типа мазка преобладание поверхностных клеток с небольшим пикнотическим ядром.

При прогестероновом типе мазка наблюдаются преимущественно промежуточные клетки, образующие скопления.

Смешанный тип мазка характеризуется различным сочетанием поверхностных и промежуточных клеток. Подобный тип мазка встречается в менопаузе.

В мазке регрессивного типа обнаруживаются преимущественно парабазальные клетки, что наиболее характерно для постменопаузы.

Андрогенный тип мазка характеризуется сочетанием промежуточных, парабазальных и базальных клеток с очень небольшим количеством поверхностных клеток. Этот тип мазка наблюдается при некоторых опухолях надпочечника и андрогенпродуцирующей опухоли яичника.

При воспалительном типе мазка (кольпитах) могут обнаруживаться кокки, трихомонады, грибы, лейкоциты; эпителиальные клеток мало. Отмечаются дистрофические изменения в ядре, протоплазме клетки.

Исследование секрета канала шейки матки имеет большое диагностическое значение. С этой целью на протяжении менструального цикла в динамике изучают симптом «зрачка» и симптом «листа папоротника».

**С и м п т о м « з р а ч к а ».** В первой фазе овуляторного менструального цикла наружное отверстие шеечного канала начинает расширяться и в нем появляется прозрачная стекловидная слизь. Эти явления достигают максимума к моменту овуляции. Во второй фазе цикла зев постепенно закрывается; при этом уменьшается и продукция слизи. Симптом «зрачка» оценивают следующим образом: отрицательный (—), слаболожительный (+), положительный (++), резкоположительный (+++).

Симптом «зрачка» отражает продукцию эстрогенов яичниками и сильнее всего выражен в период овуляции (+++). Отсутствие симптома «зрачка» свидетельствует о слабом эстрогенном воздействии, а длительно резковыраженный симптом — о гиперэстрогении.

**С и м п т о м « л и с т а п а п о р о т н и к а ».** Этот симптом основан на кристаллизации шеечной слизи, нанесенной на предметное стекло. После обнажения с помощью зеркал шейки матки пинцетом или корнцангом берут содержимое шеечного канала и наносят его на предметное стекло в виде кружка. Кристаллизация солей шеечной слизи происходит в присутствии муцина под действием эстрогенов. Симптом



Рис. 19. Симптом кристаллизации слизи канала шейки матки («лист папоротника»).

«листа папоротника» можно установить между 7-м и 20—21-м днем нормального менструального цикла; наивысшего развития симптом достигает к моменту овуляции (рис. 19). Степень выраженности симптома «листа папоротника», как и симптома «зрочка», определяют знаками плюс и минус.

Весьма простым и информативным методом определения эстрогенной насыщенности организма является симптом натяжения слизи. Для этого корнцангом берут слизь шеечного канала и путем разведения браншей определяют ее эластичность (растяжимость). Натяжение слизи более 6—8 см свидетельствует о достаточной эстрогенной насыщенности. Таким образом, с помощью подсчета КПИ, определения симптомов «зрочка», «листа папоротника» и натяжения слизи шеечного канала можно достаточно точно судить о продукции яичниками эстрогенов.

С помощью теста базальной температуры можно определить, произошла ли овуляция. При нормальном (овуляторном) менструальном цикле в течение его первой фазы базальная температура не поднимается выше  $36,8^{\circ}\text{C}$ . Перед овуляцией наблюдается снижение ее до  $36,2$ — $36,3^{\circ}\text{C}$ , а после овуляции базальная температура в течение всей второй фазы цикла находится на уровне  $37,1$ — $37,4^{\circ}\text{C}$  со снижением перед менструацией до исходных показателей. При недостаточности второй фазы цикла, обусловленной дефицитом прогестерона, базальная температура находится на более низком уровне ( $37$ — $37,1^{\circ}\text{C}$ ) и держится всего 3—4 дня вместо 8—10. В случае отсутствия овуляции базальная температура имеет монофазный характер (рис. 20).



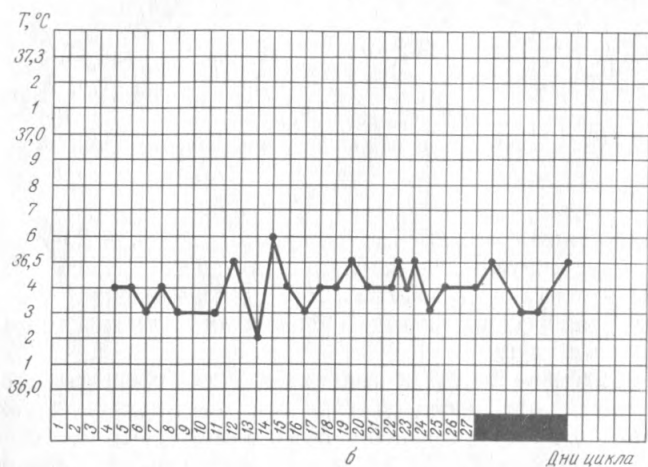
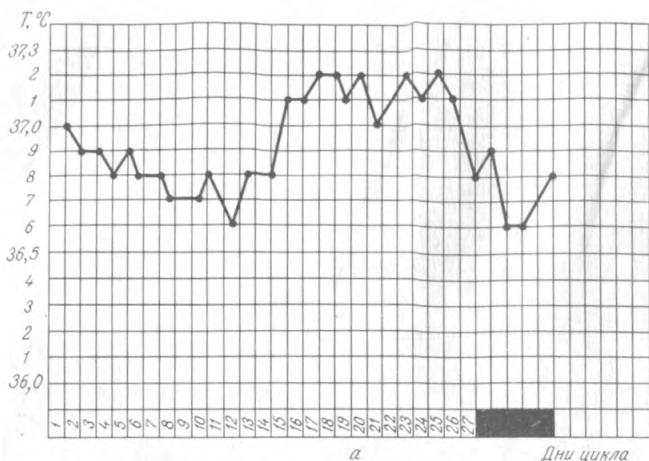


Рис. 20. Базальная температура.

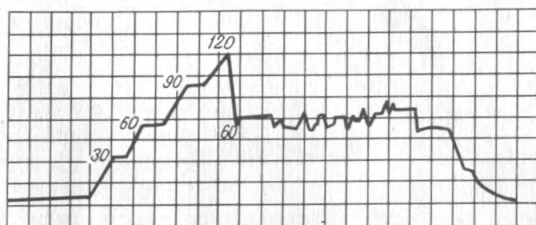
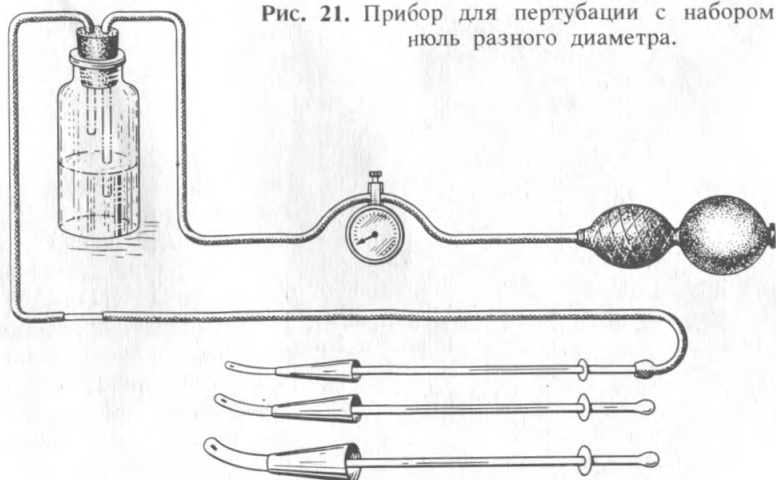
а — двухфазный цикл — подъем температуры во второй фазе; б — ановуляторный цикл — монофазная температура.

**Методы изучения проходимости маточных труб.** Для определения проходимости маточных труб чаще всего используют методы пертубации, гидротубации и гистеросальпингографии.

**Продувание маточных труб (пертубация)** производится следующим образом. В канал шейки матки под контролем манометра с помощью специального устройства нагнетают воздух с перерывами в 15—20 с. Давление в системе постепенно повышают до 20 кПа (150 мм рт. ст.). Допустимый максимум 24 кПа (180 мм рт. ст.). Если в течение  $1\frac{1}{2}$ —1 мин давление не падает, проба считается отрицательной (трубы непроходимы). На рис. 21 приведен прибор для продувания (пертубация) маточных труб, на рис. 22 — примеры трубных кимограмм.



Рис. 21. Прибор для пертубации с набором канюль разного диаметра.



а



б

Рис. 22. Трубные кимограммы.

а — при проходимых трубах после кратковременного спазма; б — при непроходимых трубах.

Кимографическая пертубация позволяет выявить проходимость или непроходимость маточных труб, их спазм или стенозирование. Для получения пневмокимограмм пользуются специальным аппаратом. Наилучшим временем для проверки проходимости труб является начало второй фазы менструального цикла. Противопоказания к пертубации: острые и подострые воспалительные заболевания половых органов, III—IV степень чистоты влагалища, опухоли матки и придатков, общие инфекционные болезни, заболевания сердечно-сосудистой системы.

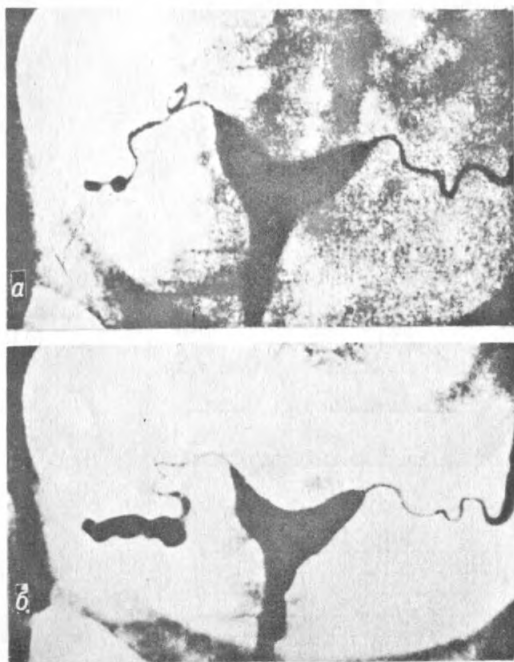


Рис. 23. Цервикогистерограммы.

а — на 12-й день цикла; б — на 24-й день цикла.

Гидротубация — введение в маточные трубы (через полость матки) изотонического раствора хлорида натрия под давлением не выше 26,7 кПа (200 мм рт. ст.). При проходимых маточных трубах давление жидкости, определяемое по показаниям манометра по достижении определенной величины, начинает снижаться. При непроходимых трубах давление возрастает.

Метросальпингография (гистеросальпингография) позволяет определить состояние матки и маточных труб. Исследова-

ние проводится с рентгеноконтрастными растворами (йодолипол, кардиотраст и др.).

При изучении рентгенологической картины матки у больных с нормальным менструальным циклом установлено, что она зависит от фазы этого цикла. В фолликулярной фазе нормального цикла обнаруживается повышенный тонус мускулатуры матки. На гистерограммах полость матки имеет вид удлинненного треугольника с выраженной «талией» по бокам вследствие втянутости боковых линий. На гистерограммах, произведенных в прогестероновой фазе цикла, обнаруживаются расширенная полость тела матки, сглаженная «талия», что свидетельствует о пониженном тоне тела матки.

Характерны также изменения рентгенологической картины истмического отдела матки на протяжении менструального цикла. Так, в фолликулярной фазе цикла истмический отдел матки расширен (4—5 мм) и укорочен. В прогестероновой фазе менструального цикла истмический отдел, наоборот, резко сужен (рис. 23).

Сократительная деятельность маточных труб также зависит от фазы менструального цикла. В первой фазе тонус труб повышен, во второй — понижен; перистальтика при этом становится ритмичной. Поэтому для определения функционального состояния маточных труб рентгенологическое исследование следует проводить во второй фазе менструального цикла.

Метросальпингография является ценным методом в диагностике пороков развития матки (рис. 24), выявления проходимости и анатоми-

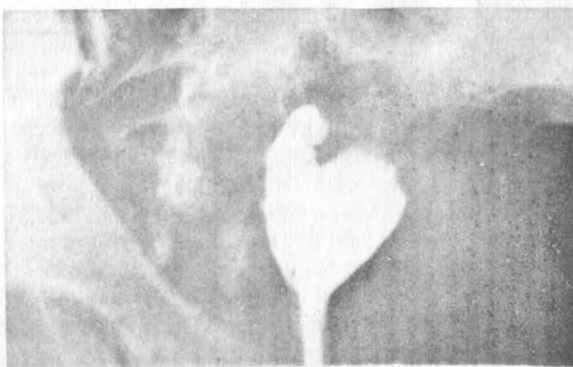
**Рис. 24.** Гистеросальпингограмма. Порок развития матки.



**Рис. 25.** Гистеросальпингограмма. Маточные трубы проходимы.



**Рис. 26.** Гистерограмма. Подслизистый узел миомы матки (дефект наполнения).



ческого состояния маточных труб (рис. 25), дифференциальной диагностике полипов, рака эндометрия, подслизистых миоматочных узлов (рис. 26) и многих других заболеваний.

Противопоказаниями к метросальпингографии являются инфекционные заболевания, общие и местные воспалительные процессы (грипп, ангина, тромбофлебит, фурункулез и др.), воспалительные заболевания женских половых органов в острой и подострой стадии, III и IV степень

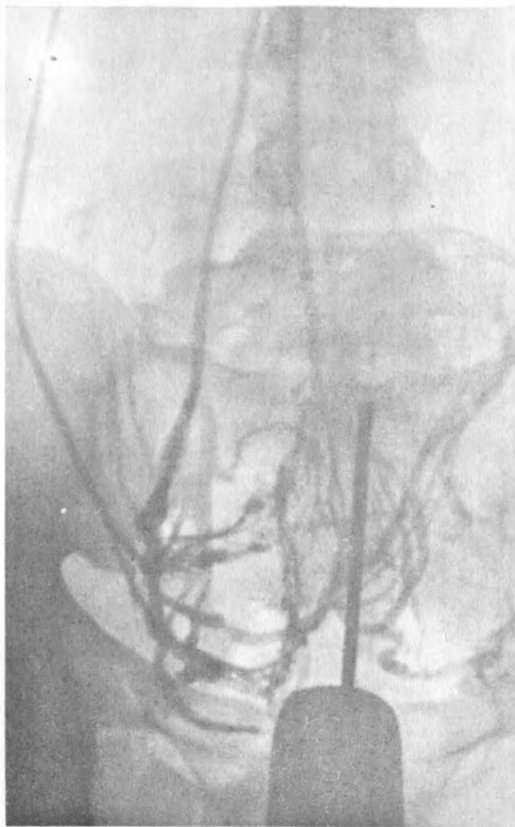


Рис. 27. Внутриматочная флебография. Бедные сосудами зоны соответствуют расположению миоматозных узлов.

чистоты влагалища, предположение о наличии беременности, повышенная чувствительность к препаратам йода.

**Внутриматочная флебография.** По характеру заполнения контрастным веществом венозной сети позволяет судить о расположении и размерах миоматозных узлов. Малососудистые зоны характерны для межмышечной локализации миоматозного узла, симптом «кольца» характерен для подбрюшинного узла. Данный метод исследования может быть с успехом применен с целью дифференциальной диагностики между опухолью яичников и опухолью матки (рис. 27).

**Пневмоперитонеография** органов малого таза дает возможность определить контуры матки и яичников. Этот метод исследования используют для диагностики подбрюшинных миоматозных узлов, опухолей и склеротических изменений яичников.

Иногда с целью уточнения диагноза прибегают к метросальпингографии в сочетании с пельвиографией, что позволяет более точно определить локализацию опухоли и составить представление о ее взаимосвязи с окружающими тканями.

**Кольпография** дает представление о величине, форме, емкости, наличии порока развития или атрезии влагалища.

Большую диагностическую ценность при нарушениях менструальной функции может представить **краниография**. Рентгенологическое исследование черепа позволяет судить о нарушениях гипоталамо-гипофизарной системы. Особенно важным в гинекологии является изучение области турецкого седла. Малые размеры его свидетельствуют о врожденном недоразвитии гипофиза. При опухоли гипофиза (аденома) отмечаются симптомы деструкции турецкого седла.

**Лимфография** позволяет выявить увеличение и изменение

Рис. 28. Кольпоскоп с фотоприставкой.

структуры лимфатических узлов, а также дифференцировать метастазы в лимфатические узлы от воспалительных изменений.

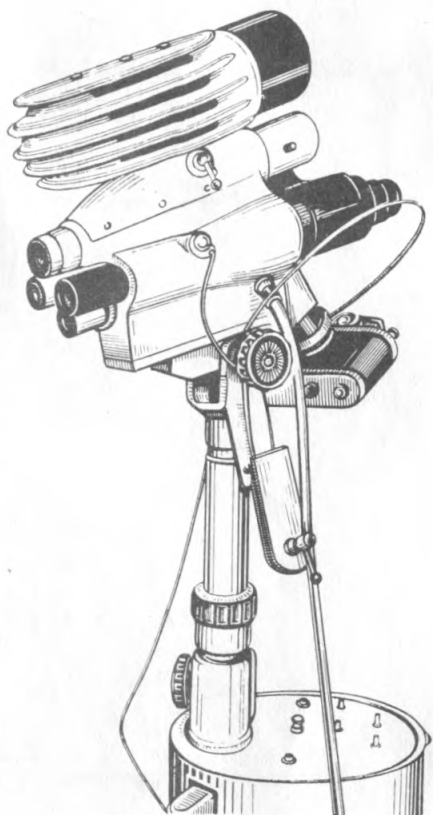
**Эндоскопические методы исследования.** Производится осмотр внутренних половых органов с помощью специальных оптических инструментов и приборов. В гинекологической практике применяются следующие основные эндоскопические методы: кольпоскопия, цервикоскопия, перитонеоскопия, кульдоскопия и гистероскопия.

**Кольпоскопия** — осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки с помощью бинокулярной или монокулярной лупы, снабженной осветительным прибором и дающей возможность увеличения обследуемого участка в 30 раз и более (рис. 28). Кольпоскопия позволяет выявить изменения кровеносных сосудов и участков шейки матки. Этот метод играет большую роль в ранней диагностике рака шейки матки. Диагностическая ценность этого исследования повышается при проведении расширенной кольпоскопии (осмотр после обработки шейки матки 3% раствором уксусной кислоты или раствором Люголя). Использование этого метода позволяет взять прицельную биопсию из йоднегативных участков.

**Микроскопическая кольпоскопия (кольпомикроскопия)** — кольпоскопия под большим увеличением (в 80—280 раз) с помощью контактного объектива и с предварительным окрашиванием области исследования.

**Цервикоскопия** — метод осмотра слизистой оболочки канала шейки матки с помощью цервикоскопа. Способствует выявлению предраковых изменений эндоцервикса и проведению прицельной биопсии.

**Гистероскопия** — метод исследования внутренней поверхности матки с целью выявления патологических изменений эндометрия. С помощью гистероскопии можно установить гиперплазию и полипоз эндометрия, подслизистую миому матки, внутренний эндометриоз, пороки развития матки, рак эндометрия. Данный метод исследования



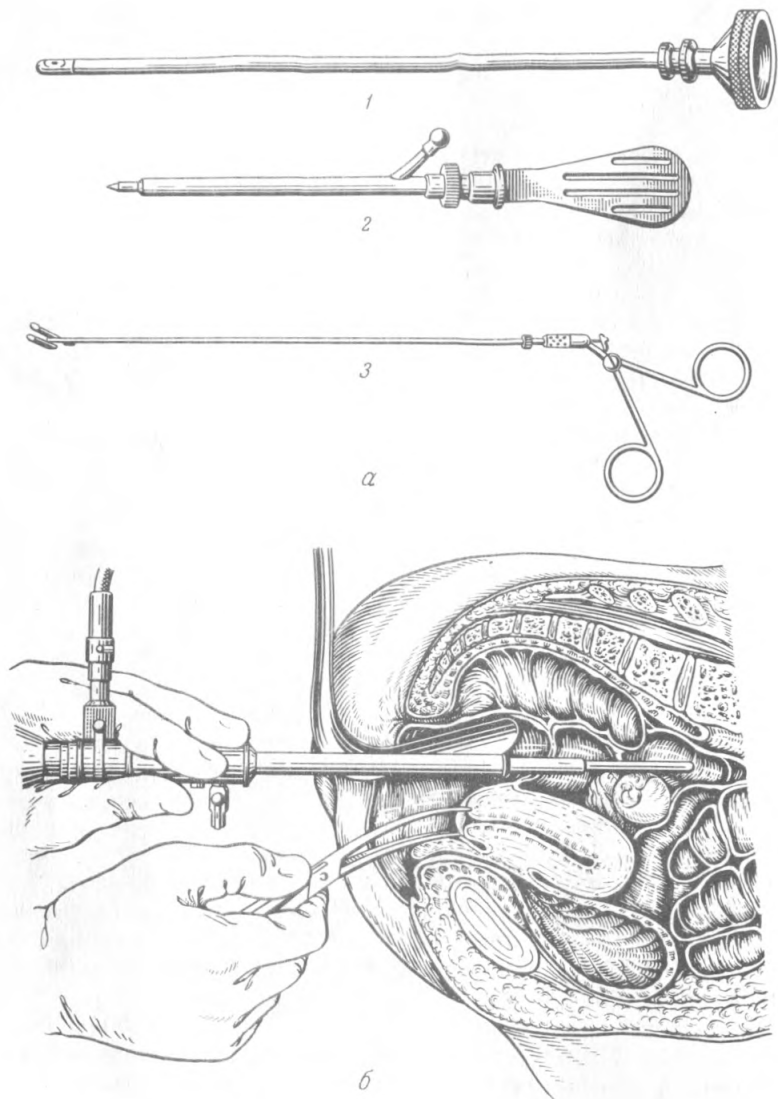


Рис. 29. Инструментарий для эндоскопического исследования.  
 а: 1 — оптическая система; 2 — трокар с боковым каналом для вдувания воздуха; 3 — щипцы-кусачки для пробной биопсии; б — кульдоскопия.

позволяет следить за эффективностью проводимого лечения, благодаря чему у некоторых больных можно отказаться от повторных диагностических выскабливаний матки.

**Перитонеоскопия** (лапароскопия) — эндоскопический метод исследования, с помощью которого производится осмотр орга-

нов малого таза и брюшной полости оптическим инструментом, введенным в брюшную полость через отверстие в передней брюшной стенке (рис. 29). Данный метод способствует уточнению локализации опухоли, характера воспалительного процесса, обнаружению спаечного процесса, диагностике внематочной беременности, начальных форм эндометриоза, некоторых форм трубного бесплодия и т. д.

**К у л ь д о с к о п и я** — осмотр органов малого таза с помощью оптического инструмента, введенного в брюшную полость через задний свод влагалища.

Оперативные вмешательства с помощью лапароскопии проводятся при: 1) стерилизации (коагуляция маточных труб, наложение танталовой скобки или шва); 2) рассечении и коагуляции спаек в малом тазу; 3) коагуляции эндометриоидных очагов; 4) пункции ретенционных образований яичников; 5) коагуляции ткани яичника у больных с апоплексией.

Противопоказания к эндоскопическим методам исследования являются тяжелое состояние больной, пороки сердца в стадии декомпенсации, стенокардия, недавно перенесенный инфаркт миокарда, резко выраженные склеротические изменения сосудов мозга и сердца у лиц преклонного возраста, особенно при наличии гипертонической болезни, тяжелые заболевания легких с нарушением их функций, фиксированная ретрофлексия матки, обширный спаечный процесс в брюшной полости, опухолевые образования, выполняющие весь малый таз.

**У л ь т р а з в у к о в о е и с с л е д о в а н и е** (эхография) является одним из наиболее современных и распространенных методов неинвазивной диагностики. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов половой системы женщины основана на использовании физического феномена, сущность которого состоит в том, что излучаемый генератором ультразвуковой пучок (сигнал) при отражении от тканей, отличающихся друг от друга своей плотностью, изменяется. Отраженная часть ультразвукового луча попадает на преобразователь и превращается в электрические колебания, хорошо видимые на экране электронно-лучевой трубки. Это дает возможность воспроизвести структурные особенности исследуемого органа и определить его размеры. С помощью специальных приборов получают улучшенное изображение структуры органа.

Противопоказаний данный метод не имеет. Ультразвуковая диагностика незаменима при ожирении, напряженной брюшной стенке, ее болезненности, метеоризме, узком влагалище. Специальной подготовки эхография не требует. Для лучшей визуализации внутренних половых органов исследование производится при наполненном мочевом пузыре.

Основным показанием к ультразвуковому исследованию в гинекологии является уточнение данных о размерах матки и яичников (рис. 30). Эхография позволяет получить информацию о врожденных аномалиях развития внутренних половых органов. При наличии внутриматочной патологии (сращения, гиперпластические процессы, подслизистая миома матки, рак эндометрия) на эхограммах выявляются соот-



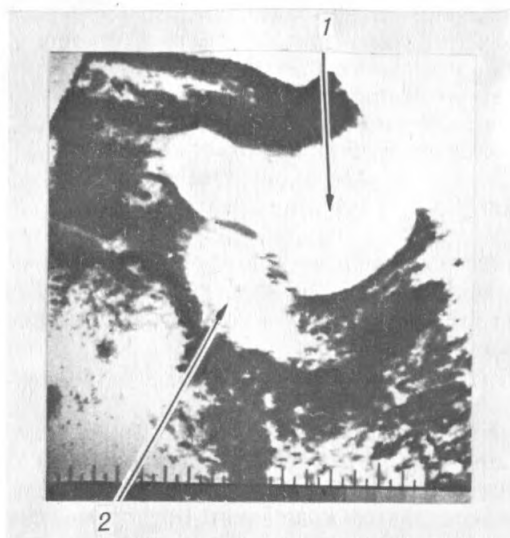
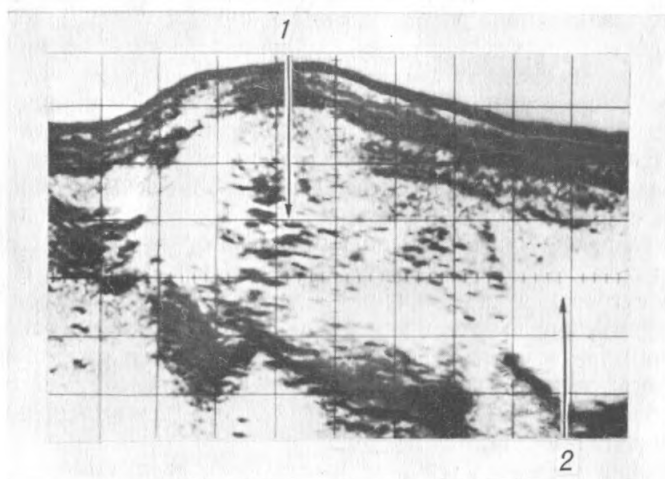


Рис. 30. Эхография. Нормальные размеры матки.  
1 — мочевого пузыря; 2 — матка.

Рис. 31. Эхограмма.  
1 — вторичные изменения в миоматозно-измененной матке; 2 — мочевого пузыря.



ветствующие эхо-структуры. Эхография подтверждает наличие ВМС в полости матки, а также определяет его локализацию.

При ультразвуковом исследовании миом матки получают различные варианты эхограмм, зависящие от размеров, локализации узлов и характера морфологических изменений в опухоли (рис. 31). Эхография помогает провести дифференциальную диагностику миомы матки и беременности. Большую диагностическую ценность ультразвуковое исследование имеет при выявлении объемных процессов в придатках матки (киста, кистома, рак).

Т е п л о в и д е н и е — метод регистрации инфракрасного излуче-



ния, полученного с различных участков человеческого тела. Наиболее часто тепловидение используют в диагностике заболеваний молочной железы, воспалительных процессов и новообразований половых органов.

**Диагностическое чревосечение** (лапаротомия) производится, как правило, в тех случаях, когда все примененные методы исследования не позволили поставить точный диагноз.

**Гормональные пробы.** Применяются для выявления причин нарушения менструальной функции и уровня поражения системы гипоталамус — гипофиз — яичники — матка. Они помогают проведению дифференциальной диагностики и выбору рациональной терапии. С этой целью ставятся пробы, стимулирующие или подавляющие функцию отдельных звеньев системы регуляции менструального цикла. Иногда проводят комбинированные пробы, основанные на сочетании стимуляции деятельности одной эндокринной железы и подавлении функции другой.

**Проба с рилизинг-фактором.** Применяется с ФСГ-РГ и ЛГ-РГ. Основным показанием к проведению этой пробы является выяснение вопроса о поражении гипофиза в основном при аменорее центрального генеза. При патологических изменениях гипофиза (опухоль, некроз) пробы с ФСГ-РГ и ЛГ-РГ являются отрицательными, поскольку стимулирующее воздействие не может дать ответной реакции со стороны гипофиза в виде усиления продукции ФСГ и ЛГ. Если пробы с рилизинг-гормонами свидетельствуют о нормальной функции гипофиза, то аменорея центрального генеза обусловлена поражением гипоталамуса.

Оценка пробы с рилизинг-гормонами проводится на основании изучения содержания в крови ФСГ и ЛГ с помощью радиоиммунных методов.

**Проба с ФСГ.** Используется для определения функционального состояния яичников (при аменорее, задержке полового развития и др.). Обычно для этого используют пергонал (75 ЕД ФСГ и 75 ЕД ЛГ). После введения пергонала (5000 ЕД в течение 10 дней) определяют содержание эстрогенов в крови и следят за динамикой функциональных показателей (КПИ, симптомы «зрчка», «листа папоротника», натяжение слизи). При нормальной функции яичников проба положительная.

**Проба с хориогонином.** Применяется для уточнения состояния яичников. Хориогонин назначают в течение 5 дней внутримышечно по 1500—5000 ЕД. Результаты оценивают по повышению содержания прогестерона в крови и базальной температуре свыше 37°С. Если яичники способны функционально реагировать на стимулирующее влияние хориогонина, после его введения усиливается образование гормона желтого тела, что свидетельствует о центральном генезе нарушений. Отрицательные результаты пробы подтверждают первичную неполноценность яичников.

**Проба с прогестероном.** Используется в основном, чтобы исключить маточную форму аменореи. Проба считается положительной, если через 2—3 дня после 6—8-дневного внутримышечного

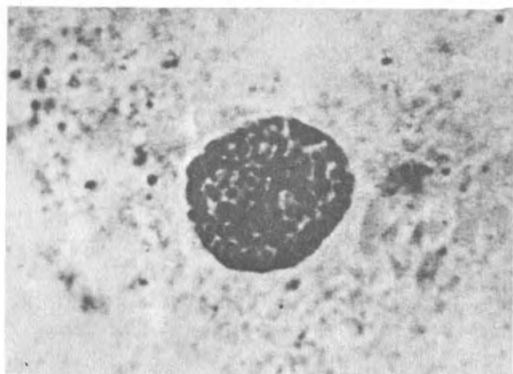


Рис. 32. Тельце полового хроматина в эпителии фетального влагалища.

введения прогестерона (10 мг в день) у больной появляется менструальноподобное кровотечение. Положительная проба с прогестероном не только позволяет исключить маточную форму аменореи, но и указывает на достаточную эстрогенную активность яичников. Отрицательная

проба свидетельствует о глубоком поражении эндометрия или о наличии слабой эстрогенной стимуляции.

**Проба с эстрогенами и прогестероном.** Проводится после отрицательной пробы с прогестероном. Больной в течение 10—14 дней вводят один из эстрогенных препаратов, а затем назначают прогестерон в течение 8 дней. Положительная проба (появление менструальноподобной реакции) исключает маточную форму аменореи и свидетельствует о недостаточной эндокринной функции яичников.

Для определения функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы и ее резервных способностей важную роль играет проба с комбинированными эстроген-гестагенными препаратами (бисекурин, нон-овлон и др.). Препараты этой группы назначают по 21-дневной схеме в течение 3 мес. После отмены приема препаратов при хорошем состоянии гипоталамо-гипофизарной системы возникает эффект отдачи, в результате которого отмечается овуляция. Отсутствие ответной реакции после отмены препарата указывает на нарушение гипоталамо-гипофизарной системы.

**Проба с кломифеном.** Кломифен является стимулятором овуляции. Его назначают по 50—100 мг в день с 5-го по 10-й день менструального цикла. При положительной реакции прием препарата сопровождается повышением секреции ФСГ и ЛГ, в результате чего происходит овуляция.

**Проба с кортизоном или дексаметазоном.** Применяется с целью определения источника повышенного содержания андрогенов. Проба основана на угнетении секреции АКТГ. Дексаметазон назначают по 0,5 мг 4 раза в день в течение 2 дней. Резкое снижение экскреции 17-кетостероидов свидетельствует о надпочечниковом генезе гиперандрогении.

**Проба с АКТГ.** Проводится для определения функционального состояния коры надпочечников. Введение АКТГ (по 40 ЕД внутримышечно в течение 2 дней) вызывает резкое повышение содержания 17-кетостероидов мочи при надпочечниковом генезе заболевания и незначительное повышение — при яичниковом.

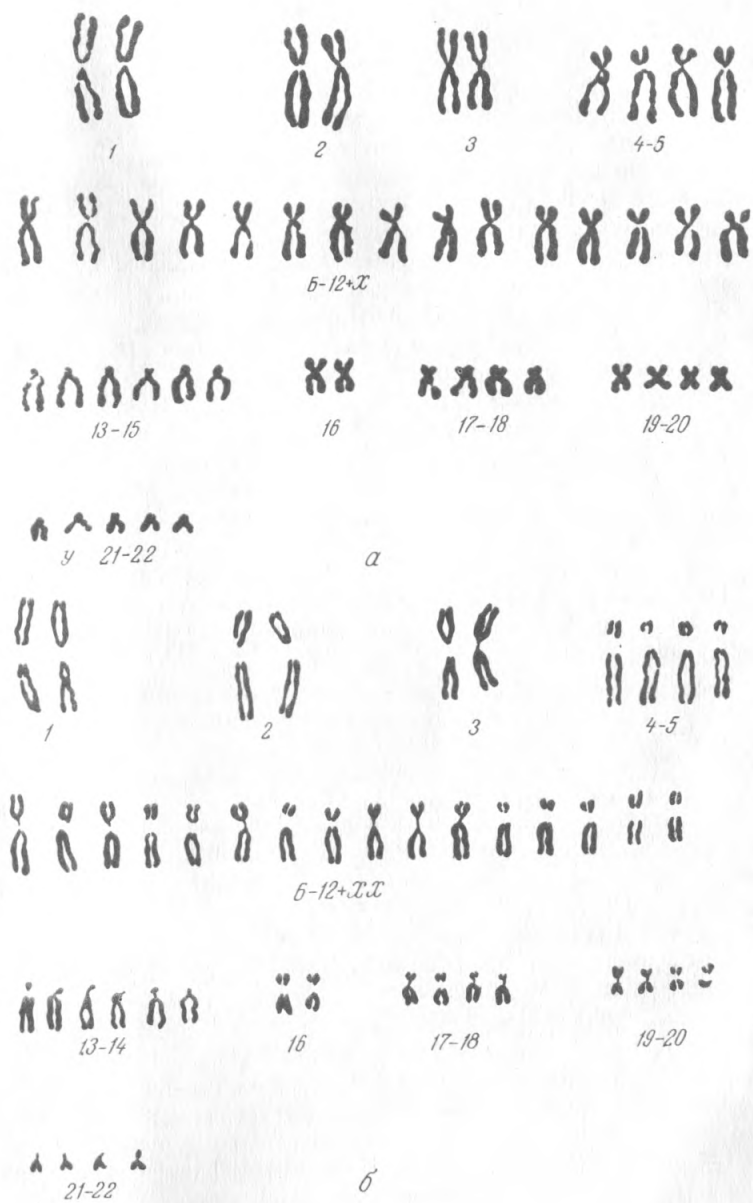


Рис. 33. Хромосомы человека.  
 а — мужской кариотип; б — женский кариотип.

**Медико-генетические методы исследования.** В настоящее время в крупных городах нашей страны организованы специальные медико-генетические консультации, в которых происходит обследование больных с различными формами наследственной патологии. Контингент нуждающихся в медико-генетическом консультировании определяется врачами женских консультаций и гинекологических стационаров. Медико-генетическому обследованию в первую очередь должны подвергаться больные с задержкой полового развития, адреногенитальным синдромом, первичной аменореей и др.

Медико-генетические исследования дают возможность распознавать анатомические и функциональные дефекты гонад, а также диагностировать и классифицировать ряд нарушений экстрагенитального и полового развития организма человека. С этой целью осуществляется: а) клинко-цитогенетические методы исследования, предусматривающие определение полового хроматина (рис. 32), проведение хромосомного анализа, установление кариотипа (рис. 33); б) генеалогические методы, включающие изучение характера наследования определенного признака (признаков) или оценки вероятности его появления в будущем у членов изучаемой семьи, основанной на выявлении родственных связей (родословной) и прослеживании признака (признаков) среди всех родственников; в) биохимические методы, дающие возможность при наследственных нарушениях обмена обнаружить недостаточность того или иного фермента (аминокислоты) или диагностировать энзиматозный блок.

#### **ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Лечение гинекологических заболеваний — сложный процесс, включающий три последовательных и тесно взаимосвязанных звена — вторичную профилактику (предупреждение рецидивов и прогрессирования заболевания), собственно терапию (устранение или ослабление патологического процесса) и медицинскую реабилитацию (полное восстановление всех функций организма, нарушенных вследствие болезни). Обязательным условием успешности лечебных мероприятий является строгое соблюдение следующих принципиальных положений.

1. Правильность, полнота и четкая формулировка диагноза с указанием клинической формы заболевания, его стадии, наличия и характера осложнений. Диагноз должен отражать этиологию, патогенез и клинику заболевания.

2. Учет психологических особенностей личности больной, течения заболевания, включая преморбидный фон.

3. Плановость и поэтапная последовательность лечебных мероприятий.

4. Динамическая оценка результатов лечения и обязательный анализ причин его безуспешности или недостаточной клинической эффективности.

5. Онкологическая настороженность.

6. Этиологическая, патогенетическая и симптоматическая обоснованность выбранных лечебных средств.

7. Комплексность лечебных мероприятий.

Комплексной является терапия, компоненты которой относятся к различным видам лечебных средств. Последние подразделяются на оперативные (хирургические) и неоперативные (консервативные), включающие медикаментозные (лекарственные) и немедикаментозные.

**Лекарственные средства.** Наиболее часто в гинекологии применяют антибактериальные (антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны), гормональные, кровоостанавливающие, болеутоляющие, десенсибилизирующие, антианемические, антисептические препараты, ферменты протеолитического и гиалуронидазного действия, биостимуляторы, включая бактериальные мукополисахариды (пирогенал, продигозан), а также витамины, преимущественно А, группы В, С, Е, Р и фолиевую кислоту. Широкое применение находят седативные и транквилизирующие препараты, которые целесообразно назначать прерывистыми курсами по 10—12 дней с 2—3-месячными перерывами. При туберкулезе половых органов используют общепринятые туберкулостатические препараты, при злокачественных новообразованиях половых органов — цитостатические медикаментозные средства.

Специфической особенностью антибактериального лечения в гинекологии является его проведение в период менструации с целью вторичной профилактики. В соответствии с характером микрофлоры и ее чувствительностью к антибиотикам в настоящее время расширяются показания к назначению полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов и аминогликозидов с обязательным достижением высокой и продолжительной концентрации препарата в очаге поражения.

Комбинации антибиотиков обычно применяют при тяжелом течении заболевания, когда не уточнен диагноз и неизвестен возбудитель, а также при смешанных инфекциях.

В настоящее время в гинекологии применяют следующие основные группы антибиотиков: полусинтетические пенициллины (метициллин, оксациллин, ампициллин), цефалоспорины (цепорин и др.), макролиды (эритромицин), линкомицин, фузидин, ристомидин, рифамицин, аминогликозиды (канамицин, гентамицин), противогрибковые (нистатин, леворин).

Гормональную терапию, показания к которой в гинекологии многообразны, условно подразделяют на заместительную, блокирующую, стимулирующую и поддерживающую.

Заместительная гормонотерапия применяется при гипофункции яичников разного генеза. Различают циклическую гормонотерапию, которая основана на циклическом применении эстрогенных и гестагенных препаратов соответственно фазам менструального цикла. При выраженном половом инфантилизме и аменорее заместительная гормонотерапия может состоять из двух этапов. Первый этап подготовительный. Он заключается в первоначальном введении только эстрогенных препаратов. С этой целью применяются различные эстрогенные препараты в течение 20 дней с 10-дневными перерывами. Проводят

несколько курсов такого лечения до появления менструальноподобной реакции. Затем проводится второй этап заместительной терапии, состоящей из циклического применения эстрогенов (в течение 10—12 дней) и гестагенов (в течение 8 дней). При недостаточности функции желтого тела может применяться заместительная терапия только гестагенами, которые назначают за 8—10 дней до начала менструации.

Гормонотерапия, блокирующая функцию яичников, основана на подавлении циклических изменений в них путем воздействия на гипоталамо-гипофизарную систему. Для этого чаще всего используют комбинированные эстроген-гестагенные препараты (нон-овлон, бисекурин и др.), которые применяют с 5-го по 25-й день менструального цикла. Используют также «чистые» гестагены (туринал и др.), назначаемые в непрерывном режиме. Эти препараты применяют для лечения эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов, предрака эндометрия и при другой патологии.

Стимулирующая гормонотерапия основана на прямой или опосредованной стимуляции функции яичников. Стимулирующий эффект вызывают препараты гонадотропных гормонов (пергонал, хориогонин), а также кломифен (кломистилбегид). Применение стимулирующей терапии требует большой осторожности, так как при длительном и неконтрольном ее проведении возможно возникновение синдрома гиперстимуляции яичников, который проявляется болями в животе, увеличением размеров яичников вплоть до апоплексии и даже некроза.

Поддерживающая терапия основана на применении небольших доз половых гормонов с целью нормализации вегетативно-сосудистых и эмоционально-психических расстройств, возникших в результате снижения функции яичников, но не нормализации репродуктивной функции. Поддерживающая терапия показана в основном при климактерическом синдроме и при синдроме истощения яичников.

У многих больных наблюдается побочное действие ряда лекарственных препаратов. Это нередко вынуждает ограничивать применение лекарственных средств даже в тех случаях, когда их эффективность при лечении гинекологических заболеваний достаточно высока. Кроме того, при некоторых патологических процессах, особенно при их длительном течении, клинический результат медикаментов недостаточен. Разумное ограничение лекарственных препаратов и включение в лечебный комплекс ряда немедикаментозных средств позволяет не только избежать отрицательного побочного действия фармакологических препаратов, уменьшить количество вводимых медикаментозных средств, но и оказать положительное влияние на неспецифическую резистентность организма больной, повышая клиническую результативность терапии.

**Рациональное лечебное питание.** Рациональность питания заключается прежде всего в его сбалансированности, т. е. в адекватной состоянию организма энергетической ценности пищи, количества белка при соблюдении определенных взаимоотношений между многочисленными незаменимыми пищевыми факторами. Несбалансированное питание может иметь следствием такие изменения в состоянии организма женщины, которые провоцируют, закреп-

ляют или усиливают патологические процессы (воспаление, снижение гормональной активности яичников и др.), а также активируют клинические проявления сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Поэтому рационализация питания — существенный компонент любого лечения в гинекологии. Особое значение имеет снижение энергетической ценности пищи при избыточной массе тела, в первую очередь при алиментарном ожирении. Существенную роль играет витаминизация блюд в осенне-зимний период. При нарушениях принципов рационального питания возникает необходимость в диетотерапии — определенного режима приема пищи и специального пищевого рациона. Особенности лечебного питания обусловлены в основном характером сопутствующих экстрагенитальных заболеваний.

**Психотерапия.** Этот метод воздействия должен быть обязательным компонентом каждого комплексного лечения. Одна из важных задач психотерапии — создание условий для правильного отражения в сознании женщины особенностей ее заболевания. С этой целью следует выяснить конкретные ошибки в суждении больной о своем состоянии, которые затем врач должен устранить с помощью логической аргументации, обращая при этом особое внимание на положительную динамику патологического процесса. При длительно текущих гинекологических заболеваниях, часто сопровождающихся изменением психического состояния больной, а также деятельности вегетативной и сердечно-сосудистой систем, может возникнуть необходимость в аутогенной тренировке. Недостаточная эффективность рациональной психотерапии и аутотренинга является показанием к суггестивной психотерапии.

**Лечебный массаж.** Это эффективное средство улучшения кровообращения и лимфотока, активации окислительно-восстановительных процессов и тканевого дыхания, формирования более совершенных защитных и компенсаторных реакций. При нейроэндокринных гинекологических синдромах, эмоционально-невротических расстройствах, обусловленных длительным течением воспалительных заболеваний и нарушений менструальной функции, целесообразен ручной массаж (классический, сегментарный, точечный и др.). При генитальном инфантилизме и гипофункции яичников воспалительного генеза показан вибрационный массаж, проводимый с помощью специальных аппаратов. Специфической разновидностью ручного массажа является гинекологический массаж, заключающийся в механическом воздействии на матку, придатки, брюшину и клетчатку малого таза. Гинекологической массаж показан при генитальном инфантилизме и спаечных процессах в малом тазу, обуславливающих возникновение неправильного положения матки.

**Лечебная физкультура.** Специфической особенностью этого метода лечения является использование в качестве терапевтического фактора естественной функции человека — движения — с целью общеукрепляющего воздействия и специально для восстановления нарушенной деятельности половой системы. Из всех средств лечебной физкультуры в гинекологии наиболее часто назначают гимнастические упражнения, реже — прогулки и дозированную ходьбу (террен-

кур). Лечебная гимнастика включает наряду с дыхательными активные упражнения для мышц спины, корпуса, брюшного пресса, тазового дна и нижних конечностей. Этим достигают улучшения крово- и лимфообращения, в том числе в органах малого таза, стимуляции обменных процессов (общих и местных — в патологическом очаге), повышения тонуса организма и оптимизации психоэмоционального состояния больной. Лечебную физкультуру проводят по тем же показаниям, что и лечебный массаж, нередко сочетая оба средства терапии. Кроме того, лечебная физкультура важна при лечении нейроэндокринных гинекологических синдромов, некоторых расстройств менструальной функции, опущении половых органов, недержании мочи при напряжении, в пред- и послеоперационном периоде, при алиментарном ожирении.

**А у т о г е м о т е р а п и я.** Этот своеобразный метод биостимуляции активизирует функции ретикулогистиоцитарной системы и повышает неспецифический иммунитет. Клинический эффект внутримышечного введения собственной, в том числе гемолизированной, крови больной выражается в противовоспалительном, рассасывающем, болеутоляющем и кровоостанавливающем действии, что наиболее часто используют при разрешающихся подострых и обострившихся хронических воспалительных заболеваниях половых органов, особенно сопровождающихся маточным кровотечением.

**Ф и з и ч е с к и е м е т о д ы л е ч е н и я.** В основе механизма лечебного действия физических факторов наряду с их местным влиянием лежит рефлекторная реакция организма, реализуемая нейрогуморальным путем в виде активной саморегуляции трофических процессов на различных уровнях — от клеточного до организма в целом. Многообразные физические факторы (средства), используемые в гинекологии с лечебной целью, объединяют в две основные группы: 1) факторы естественные (природные): климатотерапевтические, гидротерапевтические, бальнеотерапевтические (минеральные и радоновые воды естественные и искусственные, пелоиды, пелоидоподобные вещества); 2) факторы искусственные (преформированные), созданные путем преобразования одних форм энергии в другие с помощью специальных аппаратов (аппаратная физиотерапия).

**К л и м а т о т е р а п и я** — лечебное использование климатических факторов: воздушной среды (аэротерапия), солнечной радиации (гелиотерапия), морских купаний (талассотерапия). Этот вид лечения способствует повышению устойчивости организма к неблагоприятным условиям внешней среды и улучшению функций половой системы. Климатотерапия является действенным средством вторичной профилактики при рецидивирующих воспалительных заболеваниях половых органов и нейроэндокринных расстройствах, а также эффективным методом медицинской реабилитации, в том числе после хирургического лечения.

**В о д о л е ч е н и е** является непрерывным компонентом общетонизирующих и закаливающих лечебных мероприятий, особенно при нейроэндокринных гинекологических синдромах, расстройствах менструальной функции при гинекологических заболеваниях у детей и



подростков. Наиболее часто в гинекологии используют обливания, обмывания, ванны (общие и местные, включая «тазовые») и души. Положительной особенностью водолечения является возможность проведения процедур в домашних условиях (по рекомендации врача и под систематическим медицинским контролем). По сравнению со многими другими лечебными физическими факторами противопоказания к проведению таких воздействий очень ограничены.

Минеральные и радоновые воды наиболее часто используют при хронических воспалительных заболеваниях внутренних половых органов, спаечных процессах в малом тазу, нарушениях гормональной функции яичников. Сероводородные (сульфидные), хлоридные натриевые (рапа), мышьяксодержащие (мышьяковистые) и углекислые воды усиливают эстрогенную активность яичников, а радоновые воды ее снижают. Специфической для гинекологии особенностью лечебного применения минеральных и радоновых вод является возможность проведения влагилистных орошений, сочетание которых с ваннами значительно повышает эффективность терапии.

**Грязелечение** (пелоидолечение) — наиболее распространенный метод лечения гинекологических заболеваний с использованием естественных факторов. Основные показания к грязелечению: хронические воспалительные процессы внутренних половых органов при неизменной и сниженной гормональной функции яичников, спаечные процессы в малом тазу, генитальный инфантилизм. Клиническая результативность иловых и торфяных лечебных грязей в гинекологии практически одинакова, что открывает большие возможности для внекурортного грязелечения. Специфической методической особенностью грязелечения гинекологических больных является широкое использование влагилистных грязевых тампонов, нередко в сочетании с ректальными.

Пелоидоподобные вещества (парафин, озокерит, глина, нафталанская нефть), как и пелоиды, оказывают обезболивающее, противовоспалительное, рассасывающее, антиспазматическое действие и по направленности влияния на гормональную функцию яичников (стимуляция эстрогенной активности) сходны с лечебными грязями. Поэтому показания к назначению пелоидов и пелоидоподобных веществ практически одинаковы.

Несмотря на то что наиболее благоприятные условия для комплексного применения природных физических факторов создаются на курорте (см. ниже), такой вид терапии следует широко использовать и в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства больной, в том числе в санатории-профилактории, где трудящиеся получают лечебно-оздоровительную помощь без отрыва от производства. Работающие женщины, страдающие теми или иными гинекологическими заболеваниями, имеют первоочередное право на направление в санаторий-профилакторий. Показаниями к этому служат хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов вне стадии обострения процесса, расстройства менструальной функции, не требующие госпитализации, климактерический синдром и др. В санаторий-профилакторий также направляют женщин, неоднократно

находившихся на больничном листе в связи с гинекологическими заболеваниями.

В отличие от естественных имеется широкий выбор современных искусственных лечебных физических факторов, действие которых можно строго дозировать, что повышает эффективность лечения.

Светолечение показано с целью теплового воздействия (видимые и инфракрасные лучи) для получения анальгезирующего, дегидратирующего, десенсибилизирующего и противовоспалительного эффекта (ультрафиолетовые лучи) при стабилизированном и отграниченном (подостром) воспалении внутренних половых органов. В последнем случае светолечение является действенным средством профилактики спаечного процесса в органах малого таза.

В и б р о т е р а п и я при гинекологических заболеваниях в основном проводится с помощью ультразвука, обладающего болеутоляющим, десенсибилизирующим и выраженным дефибрирующим свойствами.

Ультразвуковая терапия наиболее эффективна при хронических воспалительных заболеваниях внутренних половых органов и спаечных процессах в малом тазу. Ультразвуковые воздействия целесообразно сочетать с лекарственными гидротубажами, если целью лечения является устранение непроходимости маточных труб, обуславливающей бесплодие.

Электрoлечение — наиболее распространенный вид так называемой аппаратной физиотерапии в гинекологии. Разнообразие средств электролечения позволяет строго индивидуализировать воздействие, что значительно повышает его результат. Воздействие постоянным электрическим полем высокой напряженности показано при лечении нейроэндокринных гинекологических синдромов.

Переменные электромагнитные поля высокой, ультравысокой (УВЧ) и сверхвысокой (СВЧ) частоты (индуктотермия) применяются преимущественно при воспалительных заболеваниях половых органов. Индуктотермия наиболее эффективна при лечении хронических воспалительных процессов гениталий, а УВЧ- и СВЧ-терапия — при разрешающихся подострых и обострившихся хронических воспалительных заболеваниях. Эти же факторы эффективны в качестве средств профилактики и ранней терапии послеоперационных инфильтратов.

Магнитное поле (постоянное и переменное) используется при тех же заболеваниях, что и УВЧ- и СВЧ-терапия. Кроме того, воздействие магнитных полей может быть применено при эндометриозе и миоме матки.

Токи высокого напряжения наиболее часто применяются в виде местной дарсонвализации, показанной при стойком болевом синдроме воспалительного генеза, генитальном инфантилизме, рецидивирующем кольпите. Больным с хроническим воспалением внутренних половых органов, протекающим на фоне генитального инфантилизма, целесообразно назначение тока надтональной частоты. Диатермию, ранее применявшуюся в гинекологии очень широко, в настоящее время используют только для электрохирургических манипуляций (иссечение, коагуляция ткани и др.).

Токи низкого напряжения находят применение в гинекологии в виде гальванизации и низкочастотной импульсной электротерапии. Гальванизация (лечебное использование постоянного тока) чаще всего является компонентом лекарственного электрофореза. В качестве самостоятельного метода лечения гальванизация показана при нейроэндокринных гинекологических синдромах и расстройствах менструальной функции; в этих случаях нередко проводят эндоназальную гальванизацию.

Импульсные токи низкой частоты (диадинамические, синусоидальные модулированные, флюктуирующие) являются действенным средством болеутоления при стойком болевом синдроме воспалительного генеза. Низкочастотные монополярные импульсные токи прямоугольной формы используют для проведения электросна и центральной электроаналгезии при нейроэндокринных гинекологических синдромах и с целью купирования болей в послеоперационном периоде. Большое значение в гинекологии этот вид терапии получил для стимуляции рецепторов шейки матки. Вследствие возбуждения шейечно-гипоталамо-гипофизарного рефлекса восходящим путем достигается гемостаз при дисфункциональных маточных кровотечениях.

Аэроионы и гидроаэроионы, лечебное применение которых известно под названием аэро- и гидроаэроионотерапии, используют для активации защитно-приспособительных механизмов женского организма с целью предоперационной подготовки, реже при климактерическом синдроме.

В последние годы в гинекологии с целью устранения нейроэндокринных нарушений, терапии болевого синдрома и для обезболивания некоторых операций с успехом применяют и г л о у к а л ы в а н и е (акупунктура). Этот метод основан на раздражении с помощью специальных игл определенных точечно-локализованных участков поверхности тела больной. На эти же точки можно воздействовать и электрическим током (электропунктурная рефлексотерапия). Процедуры должен проводить врач, получивший специальную подготовку.

**С о ч е т а н н а я ф и з и о ф а р м а к о т е р а п и я.** Данный метод включает электрофорез, фонофорез лекарственных веществ и электроаэрозольтерапию. Электрофорез заключается в одновременном воздействии на организм гальванического или импульсного монополярного тока низкой частоты и лекарственного вещества, приобретающего повышенную реакционную способность вследствие введения в ткани в виде ионов. Ведущим компонентом такого воздействия является ток, под влиянием которого возникает выраженный и продолжительный терапевтический эффект при введении в организм очень небольшого количества медикамента. Исключение представляет только электрофорез химиотерапевтических препаратов (антибиотиков и сульфаниламидов), так как небольшие дозы этих веществ каким-либо специфическим свойством не обладают. Электрофорез лекарственных веществ показан при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов, как в подострой стадии, так и в период обострения процесса, при спаечных изменениях в малом тазу, нарушениях менструальной функции и др. Применяют воздействия накожные (область

молочных желез, передней брюшной стенки, крестцового ромба и др.) и внутрисполостные (влагалищные, эндоцервикальные или эндоназальные).

Выбор лекарственного вещества для электрофореза осуществляют дифференцированно. Наиболее широко проводят электрофорез биотических препаратов, которые являются важными факторами регуляции метаболических процессов в организме и активно влияют на его основные функции. Так, при электрофорезе ионы цинка оказывают фибролитическое действие и повышают вегетативный тонус органов малого таза; ионам йода присуще усиление диссимиляционных процессов, выраженное размягчающее влияние на спаянные структуры; ионы магния способствуют релаксации гладкомышечных волокон; ионы кальция усиливают ассимиляционные процессы, повышают проницаемость стенок сосудов. Широко используются болеутоляющие и противовоспалительные свойства ионов амидопирина, анальгина.

Лекарственный электрофорез является эффективным средством терапии эндокринных расстройств, поскольку ионы меди повышают продукцию эстрогенов, а ионы йода и цинка снижают ее и усиливают активность желтого тела. Влияние на продукцию эстрогенов и прогестерона осуществляется на уровне системы гипоталамус — гипофиз.

Описанные методы терапии приобретают особую ценность у гинекологических больных при наличии противопоказаний к назначению гормональных препаратов.

**Ф о н о ф о р е з** (ультрафонофорез) лекарственных веществ заключается в одновременном воздействии на кожу, реже — на слизистую оболочку влагалища ультразвуковых колебаний и медикаментозного препарата, сохраняющего все специфические фармакологические свойства. Основной клинический эффект обусловлен действием ультразвука, который повышает адсорбционные свойства кожи, усиливает терапевтическое воздействие лекарственного средства и позволяет в известной степени локализовать направленное действие его в зоне патологического очага (матка, придатки) или в непосредственной близости от него. Наиболее часто проводят фонофорез гидрокортизона, йодида калия, ихтиола, биологически активных веществ, содержащихся в лечебной грязи и нафталанской нефти. Основными показаниями к фонофорезу являются хронические воспалительные процессы в матке, придатках, тазовой брюшине и клетчатке, а также необходимость реабилитации больных после хирургического лечения, в первую очередь тубэктомии по поводу внематочной беременности.

За исключением аменореи и неотложных состояний (дисфункциональное маточное кровотечение, подострый или обострившийся хронический воспалительный процесс внутренних половых органов, острая боль при невралгии и др.), лечение физическими факторами следует начинать с 5—7-го дня менструального цикла. В другие сроки начало физиотерапии существенно увеличивает вероятность возникновения отрицательных ответных реакций как общего, так и местного характера. Для общей патологической реакции характерны ухудшение самочувствия, возникновение вегетативных эндокринно-сосудистых нарушений (кардиалгия, тахикардия, слабость, головокружение,

повышенная раздражительность, ухудшение сна, лабильность артериального давления и др.), а также клинических признаков активации инфекционного процесса в экстрагенитальных очагах. Местная (в зоне проведения процедур) патологическая реакция при воздействии на область головы и шеи проявляется симптомами транзиторного нарушения мозгового кровообращения. При брюшностеночно-крестцовых, влагалищных и ректальных процедурах возможны ациклические кровянистые выделения из половых путей, появление или усиление болей внизу живота и в крестце, обильные бели, дизурические явления. При воспалительных заболеваниях внутренних половых органов возникают или усиливаются боли, выявляется локальный экссудативный процесс, изменяются гематологические и биохимические показатели крови, свидетельствующие о прогрессировании воспаления. Поэтому при патологической общей или местной реакции на физиотерапию следует уменьшить интенсивность воздействия, а при усилении клинической симптоматики заболевания — заменить используемый лечебный фактор другим или вообще отменить физиотерапию.

Для получения оптимального лечебного эффекта от применения физических факторов целесообразно последовательное проведение серии физиотерапевтических процедур. Этим достигается продолжение вызванных физическим фактором метаболических изменений даже после прекращения его воздействия. Благодаря такому последствию отдаленные результаты лечения, как правило, бывают более выраженными, чем непосредственные. У гинекологических больных период последствия курса лечения преформированными физическими факторами составляет около 2 мес, минеральными ваннами и орошениями — около 4 мес, грязями — около 6 мес. Наиболее выражен период последствия при курортной терапии.

Санаторно-курортное лечение направлено на создание функциональных резервов, повышение защитных и компенсаторных способностей, расширение диапазона адаптационных возможностей организма больной. Санаторно-курортное лечение показано при хронических воспалительных заболеваниях матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки, исключая генитальный туберкулез (в этом случае лечение должно проводиться только в специализированных санаториях), послеоперационных спаечных процессах в малом тазу, фиксированных неправильных положениях матки, генитальном инфантилизме, нарушениях менструальной функции (после исключения обуславливающих их органических заболеваний, кроме хронического воспаления внутренних половых органов), климактерическом синдроме.

Недопустимо направление на санаторно-курортное лечение женщин с симптоматическим диагнозом «бесплодие» без выявления причины отсутствия беременности, «аменорея» — без установления происхождения ее. Максимальная эффективность курортной терапии в гинекологии отмечается при небольшой продолжительности патологического процесса.

Для решения вопроса о показаниях и установления противопоказаний к санаторно-курортной терапии проводят медицинский отбор больных с обязательным участием терапевта. Кроме общих противопоказа-

ний к санаторно-курортному лечению (злокачественные новообразования любой локализации, болезни крови, активные формы туберкулеза легких, органов брюшной полости и брюшины, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации и др.), для гинекологических больных существуют специальные противопоказания. К ним относятся период после аборта (до первой менструации), состояние после операции по поводу злокачественного новообразования. Лечение на грязевых и бальнеологических курортах тепловыми процедурами противопоказано при наличии полипа, кровоточащей псевдоэрозии шейки матки, миоме матки, эндометриозе, кисте яичника, маточном кровотечении, дисфункции яичников, обусловленной органическими заболеваниями нервной и эндокринной систем.

После выявления показаний и исключения противопоказаний к санаторно-курортному лечению прежде всего необходимо правильно выбрать тип курорта. При отсутствии экстрагенитальных заболеваний выбор типа курорта определяется характером патологии половой системы.

Большое значение имеет выбор вида лечения — санаторного или амбулаторного. Затем необходимо определить наиболее благоприятный сезон (время года) для курортного лечения. При гинекологических заболеваниях курортное лечение может быть проведено в любое время года, однако желательно избегать направления на южные курорты в жаркие летние месяцы женщин с климактерическим синдромом и выраженными эмоционально-неврологическими расстройствами.

Большое внимание следует уделять подготовительным лечебно-профилактическим мероприятиям: санации половых путей (лечение кольпита, удаление полипа, лечение псевдоэрозии шейки матки) и экстрагенитальных очагов хронической инфекции.

**К р и о т е р а п и я** — лечебное использование холода с целью создания гипотермии тканей, при которой достигается противовоспалительный, болеутоляющий и гемостатический эффект. Применяется при остром и подостром воспалении внутренних половых органов, дисфункциональных маточных кровотечениях.

**Л у ч е в а я т е р а п и я** — средство лечения злокачественных новообразований женских половых органов. Применяется как самостоятельно, так и в сочетании с оперативным вмешательством.

**Х и м и о т е р а п и я** используется при лечении злокачественных опухолей половых органов (рак яичников, хорионэпителиома и др.). Эти методы лечения более подробно изложены в соответствующих главах.

**Х и р у р г и ч е с к о е л е ч е н и е** заболеваний женских половых органов описано в главе XVI.

Необходимо подчеркнуть, что любые профилактические, терапевтические и реабилитационные мероприятия в гинекологии окажутся недостаточно результативными без постоянного и строгого соблюдения требований медицинской деонтологии. Важнейшим компонентом лечебных мероприятий должны быть наряду с высоким профессионализмом такие нравственные качества врача, как душевность, умение проявлять во взаимоотношениях с больными теплоту, сердечность и

сочувствие. Эффективность консервативной терапии и оперативного лечения во многом зависят от того, удалось ли врачу устранить страх и эмоциональную напряженность больной, ослабить ее отрицательную реакцию перед предстоящей диагностической манипуляцией, терапевтической процедурой или хирургическим вмешательством.

## Г л а в а Ш

### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные процессы составляют 60—65% гинекологических заболеваний (по данным обращаемости в женские консультации). При возникновении воспалительных заболеваний половой системы сравнительно часто нарушаются функции многих органов и систем женского организма. Еще в конце прошлого столетия В. Ф. Снегиревым было высказано мнение, что воспалительные заболевания женских половых органов вовлекают в патологический процесс весь организм женщины.

Различают воспалительные процессы неспецифической и специфической этиологии. К первой группе относят воспалительные процессы, вызванные стафилококками, кишечной палочкой, стрептококками, синегнойной палочкой, ко второй — обусловленные трихомонадами, гонококками, кандидами, вирусами, микоплазмами, хламидиями. Однако подобное деление носит весьма условный характер, так как нередко воспалительные процессы вызываются смешанной инфекцией и поэтому особенности клинической картины заболевания, присущие тому или иному виду возбудителя, стираются.

До недавнего времени основным возбудителем заболеваний женских половых органов септической этиологии был стрептококк. Однако в настоящее время среди возбудителей воспалительных заболеваний половых органов большое распространение получили условно-патогенные стафилококки и грамотрицательные бактерии, преимущественно кишечная палочка, обладающие способностью к быстрой выработке антибиотикоустойчивых штаммов. Реже наблюдаются заболевания, вызванные стрептококками, анаэробными бактериями, в том числе неспорообразующими анаэробами (бактероиды) и синегнойной палочкой.

Причины изменения этиологической структуры воспалительных заболеваний женских половых органов весьма разнообразны. Широкое применение антибиотиков в лечебной практике привело к изменению микробной флоры, вызывающей воспалительный процесс. Появились микробы, резистентные к действию этих препаратов, существенно изменились биологические свойства микроорганизмов, возросли их вирулентность и способность длительно существовать в окружающей среде. Кроме того, совершенствование диагностической техники позволило чаще выявлять истинную причину воспалительного процесса (вирусы, микоплазмы, кандиды и др.).

Воспаление — защитно-приспособительная реакция организма в

ответ на воздействие патогенного раздражителя, направленная на иммобилизацию микроба-возбудителя, его уничтожение и удаление из организма.

В развитии воспалительного процесса различают острую, подострую и хроническую стадии, хотя эта дифференциация не всегда представляется возможной. Хронический воспалительный процесс в свою очередь может протекать с частыми обострениями или в виде рубцово-спаечных изменений в половых органах.

Важнейшим звеном в воспалительной реакции является соединительная ткань. Это прежде всего тучные клетки, содержащие гистамин, серотонин и другие биологически активные вещества, которые повышают проницаемость сосудов, изменяют тонус, регулируют микроциркуляцию. Клеточными элементами, участвующими в воспалительной реакции, являются нейтрофилы, гистиоциты, фибробласты, которые образуют защитные барьеры.

В очаге воспаления происходят сложные биофизические процессы: отмечаются расстройство кровообращения, накопление продуктов тканевого распада, развивается ацидоз, образуются нуклеиновые кислоты, лейкотоксины, в повышенном количестве выделяются гистамин, серотонин, ацетилхолин, брадикинин и другие компоненты кининовой системы, вызывающие повышение сосудистой проницаемости.

Формирование местных воспалительных реакций в тканях женских половых органов определяется свойствами микроба-возбудителя, общим состоянием и иммунологической реактивностью организма больной.

Чаще всего воспалительные заболевания бывают инфекционного происхождения. Значительно реже они развиваются вследствие механических, химических, термических и эндогенных воздействий, что может быть связано с производственными факторами. Однако и в этих случаях к неинфекционному очагу нередко присоединяется микробный фактор, и воспаление приобретает инфекционный характер.

Независимо от вида повреждающего агента (инфекция, ионизирующая радиация, механические травмы и др.) в клеточных и субклеточных структурах очага воспаления обнаруживают общие изменения, характерные для повреждения (альтерации) тканей.

В развитии воспалительной реакции, вызванной действием любого повреждающего фактора, хотя и условно, различают две фазы, протекающие по типу цепной биохимической реакции. Первая фаза — быстрая (немедленная), протекает в течение 5—30 мин и обусловлена нарушением проницаемости венул в результате ферментативного образования серотонина, гистамина, ацетилхолина и других биохимически активных веществ. Вторая фаза — замедленная, развивается в течение 1—8 ч и даже 1—7 сут, обусловлена нарушением проницаемости в связи с воздействием на капилляры кининов, высокомолекулярных глобулинов или других брадикининоподобных веществ. В развитии воспалительной реакции некоторые авторы выделяют еще третью стадию, включающую активацию компонентов фибринолитической системы с агрегацией тромбоцитов, полимеризацией фибрина,



тромбообразованием и расстройством микроциркуляции с последующим фибринолизом и включением факторов, способствующих восстановлению гомеостаза.

Микроб-возбудитель определяет формирование очага воспаления и возникновение начальных процессов заболевания. В хронической же стадии микробный фактор утрачивает свое ведущее значение, и в развитии заболевания начинают преобладать общие функциональные нарушения. Эти изменения наиболее выражены в нервной, эндокринной, сосудистой и некоторых других системах организма, что во многом определяет клиническую картину заболевания.

При изучении особенностей течения воспалительных процессов женских половых органов, а также применения рационального лечения важная роль принадлежит выяснению этиологии воспалительного процесса. У 60—70% больных воспалительный процесс связан с септической микробной флорой, у 15% — с гонорейной, у 8% — с туберкулезной, у 5—10% — с вирусной, кандидозной и микоплазменной инфекцией.

В последние годы произошли определенные изменения в формах и течении воспалительных заболеваний женских половых органов. Очень редко наблюдаются экссудативные формы воспаления (пельвиоперитонит, параметрит), для которых характерно накопление в воспалительном очаге лимфоидных элементов и плазматических клеток. Одной из основных особенностей воспалительных заболеваний женских половых органов является наклонность к хроническому течению воспалительного процесса независимо от его этиологии. Так, острое начало при воспалительном процессе придатков матки наблюдается всего у  $\frac{1}{3}$  больных. Для воспалительного процесса наиболее характерна наряду с большой частотой длительность течения. Воспалительные заболевания часто сопровождаются возникновением стойкого болевого симптома. Не менее характерна наклонность к повторным обострениям и переходу процесса в хроническую форму, что в свою очередь сопровождается нарушением специфических функций женского организма — менструальной, половой, репродуктивной, секреторной. Нередко воспалительные заболевания половых органов служат причиной временной, а иногда и стойкой потери трудоспособности.

В половых органах имеется ряд физиологических барьеров, создающих естественную преграду для проникновения микробов, которые вызывают воспалительный процесс и нарушают репродуктивную функцию женского организма. Благодаря физиологическим барьерам микробы не попадают в половую систему женщины или проникновение их резко ограничивается. Защитные физиологические барьеры меняются с возрастом на протяжении менструального цикла, а также после родов, аборт. Проникновению инфекции во внутренние половые органы препятствует многоступенчатый физиологический барьер, к которому прежде всего относится вульва. Разобщение влагалища с внешней средой происходит вследствие сомкнутого состояния половой щели, однако этот барьер нельзя считать совершенным, особенно у многорожавших женщин, у которых наблюдается зияние половой щели.

Не меньшую роль в ограничении распространения инфекции играет

влагалище, барьерно-защитная функция которого в значительной мере зависит от продукции яичниками половых гормонов. Под влиянием эстрогенов усиливаются процессы десквамации эпителиальных клеток, содержащих большие количества гликогена. В свою очередь палочки Дедерлейна превращают ферментативным путем гликоген в молочную кислоту. Кислая среда влагалища губительно действует на микробы, что ведет к его самоочищению. Слизистая пробка шейки матки и выраженное сужение шейного канала в области внутреннего зева и перешейка также создают преграду для проникновения микробов.

Циклическая отслойка функционального слоя эндометрия, происходящая во время менструации, благоприятствует удалению микробов, попавших в полость матки. Ограничению распространения инфекции способствуют также перистальтическое сокращение труб, мерцание ресничек эпителия, наличие множества слизистых складок, слипание которых ведет к ограничению воспалительного процесса. И, наконец, зародышевый эпителий яичника и внутренняя соединительнотканная оболочка препятствуют проникновению инфекции в этот орган.

Немаловажное значение в защите внутренних половых органов от проникновения инфекции имеют иммунологические факторы, в частности иммуноглобулины класса А и G, которые содержатся в секрете желез эндометрия, шейки, а также в слизистой оболочке влагалища.

#### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКИЕ НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

##### Вульвит (vulvitis)

Вульвит — воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Первичный вульвит возникает в результате травмы с последующим инфицированием травмированных участков. Возникновению травмы может способствовать зуд наружных половых органов, наблюдаемый при диабете, гельминтозах, недержании мочи, кожных заболеваниях (пиодермия, фурункулез) и др. (вульвит, вульвовагинит у девочек — см. главу IV).

Вторичный вульвит у женщин возникает при наличии воспалительного процесса во внутренних половых органах. Патологические выделения из влагалища, шейки матки нарушают эпителиальный покров вульвы и тем самым создаются благоприятные условия для проникновения микробов (стафилококки, кишечная палочка, стрептококки и др.). Предрасполагающим к развитию вульвита фактором является гипофункция яичников.

**К л и н и к а.** Различают острый и хронический вульвит. Острый процесс сопровождается отеком тканей, диффузной гиперемией, гнойными выделениями, гиперемией области паховых складок, внутренней поверхности бедер, иногда увеличением паховых лимфатических узлов, куда в основном оттекает лимфа из наружных половых органов. Нередко вульвит сочетается с острыми кондиломами, расположенными в области половой щели и заднего прохода.

Больные предъявляют жалобы на жжение и зуд наружных половых

органов, особенно после мочеиспускания, гнойные выделения, боли при движениях. При поражении вульвы кишечной палочкой выделения жидкие с неприятным запахом, желтовато-зеленого цвета, при стафилококковом поражении бели густые, желто-белого цвета.

**Хронический** вульвит характеризуется зудом, жжением, гиперемией, но эти проявления заболевания носят стертый характер.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз основывается на данных анамнеза (действие производственной пыли, нарушение правил половой гигиены, химические и физические воздействия), анализе жалоб, результатах гинекологического осмотра, данных бактериоскопического и бактериологического исследований отделяемого вульвы. Диагноз подтверждается при **кольпоскопии**.

**Л е ч е н и е.** Комплексное, включает применение местных и общеукрепляющих средств. Показано лечение сопутствующих заболеваний (диабет, гнойничковые поражения, гельминтозы, цервицит), на фоне которых нередко развивается вульвит.

При остром вульвите необходимо соблюдать постельный режим, воздерживаться от половой жизни, 2—3 раза в день проводить туалет наружных половых органов теплым (36—37°C) раствором перманганата калия (1:10 000), теплым настоем ромашки (1 столовую ложку ромашки залить стаканом кипятка и настоять в течение 20 мин), 2—3% раствором борной кислоты. Можно применять примочки с раствором фурацилина (1:5000) 3—4 раза в течение дня; при сильном зуде вульву смазывают 5% анестезиновой мазью. При вульвите, вызванном условно-патогенными микробами, следует назначать местно фуразолидон с полимиксина М сульфатом в порошке вместе с лактозой.

При подостром течении рекомендуются сидячие ванночки с перманганатом калия или настоем ромашки 2—3 раза в день по 10 мин.

**П р о г н о з.** Благоприятный.

**П р о ф и л а к т и к а.** Соблюдение правил личной гигиены, лечение общих заболеваний, кольпита и цервицита.

### **Бартолинит (bartholinitis)**

Бартолинит — воспаление большой железы преддверия влагалища. Вызывается стафилококками, кишечной палочкой, стрептококками, протеем, реже гонококками, трихомонадами, микоплазмами и другими микроорганизмами.

**К л и н и к а.** Микробы могут поражать выводной проток железы (каналikulит), а также непосредственно железу. При каналikulитах (нередко гонорейной этиологии) общее состояние женщины страдает мало. Вокруг наружного отверстия выводного протока железы отмечается валик красного цвета; при надавливании на проток выделяется капелька гноя, которую берут для бактериоскопического исследования. При закупорке выводного протока возникает псевдоабсцесс железы. При ложном абсцессе появляются припухлость овоидной формы на границе средней и нижней трети больших половых губ, гиперемия, синюшность, кожа над припухлостью подвижна. Ложный абсцесс выпячивает наружную или, чаще, внутреннюю поверхность большой

Рис. 34. Абсцесс большой железы преддверия влагалища.



половой губы, распространяется на малую половую губу и закрывает вход во влагалище (рис. 34). Температура обычно субфебрильная, отмечаются боли при ходьбе.

**Лечение.** При каналикулитах в острой стадии рекомендуются антибактериальная терапия, пузырь со льдом, который прикладывают на 1 ч с перерывами по 30 мин 3—4 раза. При улучшении состояния на 3—4-й день на область патологического очага назначают УФ-лучи, УВЧ или микроволны сантиметрового диапазона. При псевдоабсцессе производится операция: вскрывают проток большой железы преддверия влагалища, выворачивают слизистую оболочку и подшивают ее к слизистой вульвы. На следующий день после операции предпочтительно назначить магнитную терапию, что способствует более быстрому заживлению раны. Такое комплексное лечение позволяет исключить применение в послеоперационном периоде антибиотиков, сохранить функцию железы и снизить число рецидивов.

Проникновение микробов в паренхиму железы и окружающую клетчатку ведет к возникновению истинного абсцесса большой железы преддверия влагалища. Абсцесс обычно вызывается смешанной микробной флорой.

**Клиника.** Общее состояние больной тяжелое, температура повышена, отмечается припухлость большой и малой половых губ, которая постепенно увеличивается, имеется резкая болезненность, особенно при ходьбе, пальпация абсцесса вызывает сильную боль, при значительном скоплении гноя отмечается флюктуация. Возможно самопроизвольное вскрытие абсцесса; при этом общее состояние улучшается, температура снижается, однако вскоре возникает рецидив.

**Лечение.** При возникновении истинного абсцесса большой железы преддверия влагалища показано срочное оперативное вмешательство. Над опухолью в области наружной поверхности большой половой губы производится крестообразный разрез до нижнего полюса

гнояника с последующим рыхлым дренированием, что ограничивает попадание микробов во влагалище. Одновременно назначаются антибиотики. В «холодной» стадии прибегают к энуклеации железы вместе с ее протоком.

### Кольпит (colpitis)

Кольпит — воспаление слизистой оболочки влагалища. Неспецифический кольпит может быть вызван стафилококком, кишечной палочкой, стрептококком и др. Нередко кольпит обусловлен смешанной инфекцией, а также трихомонадами (см. «Трихомониаз»).

Предрасполагающими к развитию кольпита факторами могут быть снижение эндокринной функции яичников, наблюдаемое при хроническом воспалении придатков, в пубертатном и старческом возрасте, нарушение целостности эпителиального покрова, патологические выделения из канала шейки матки со вторичным вовлечением в воспалительный процесс влагалища и др.

Воспалительная реакция может быть как очаговой, так и диффузной, нередко распространяясь на влагалищную часть шейки матки и вульву.

**К л и н и к а.** Основным признаком кольпита являются серозно-гноевидные бели, которые характерны как для острой, так и для хронической стадии заболевания. При остром кольпите больные предъявляют жалобы на зуд и жжение в области влагалища, вульвы, усиление болей и жжения при мочеиспускании. В хронической стадии эти явления стихают.

**Д и а г н о с т и к а.** При осмотре влагалища с помощью ложкообразного зеркала и подъемника в острой стадии заболевания отмечается гиперемия слизистой оболочки, она покрыта серозным или гнойным налетом, при дотрагивании кровотоцит. При тяжелом течении обнаруживаются дефекты эпителия в виде ярко-красных участков неправильной формы (colpitis maculosa) либо имеются точечные участки инфильтрации сосочкового слоя влагалища, возвышающиеся над поверхностью (colpitis granulosa). В хронической стадии гиперемия слизистой оболочки мало выражена, количество белей становится незначительным. Кольпоскопическое исследование позволяет более точно определить характер изменений слизистой оболочки влагалища и установить диагноз. Бактериоскопические, а иногда и бактериологические исследования содержимого влагалища, уретры, канала шейки матки, выводных протоков больших желез преддверия позволяют решить вопрос об этиологии воспалительного процесса (рис. 35).

**Л е ч е н и е.** При наличии неспецифического кольпита проводится общее и местное лечение. Местная терапия заключается в туалете наружных половых органов и спринцевании влагалища раствором перманганата калия, ромашки, сульфата цинка и др. Во влагалище вводят тампоны, смоченные галаскорбином, сблипиховым маслом. При выраженных признаках воспаления или резистентности к лечению в ряде случаев местно могут быть применены антибиотики, однако только после предварительного определения чувствительности к ним



Рис. 35. Люминесцентно-микроскопическое исследование при остром кольпите. Видны большое количество лейкоцитов и клетки отслоившегося влагалищного эпителия.

рит, грязи), витамины (А, группы В, С, Р и др.), десенсибилизирующие препараты.

Обязательному лечению подлежат сопутствующие гинекологические заболевания; благодаря этому нормализуется содержание гликогена в эпителии влагалища и развивается нормальная влагалищная флора.

Атрофический кольпит (colpitis atrophica). Встречается в период менопаузы. Больные предъявляют жалобы на бели с примесью крови, иногда зуд в области наружных половых органов. При осмотре в зеркалах и с помощью кольпоскопа на атрофичной бледной слизистой оболочке, чаще в области сводов и боковых стенок влагалища, обнаруживают трещины, участки, лишенные эпителиального покрова, которые легко кровоточат от прикосновения. При инфицировании влагалища появляются диффузная или очаговая гиперемия, сероватые налеты, гноевидные выделения.

Лечение. Стенки влагалища осторожно раздвигают с помощью небольших зеркал и производят спринцевание настоем ромашки или обрабатывают влагалище перекисью водорода. После этого вводят во влагалище тампоны с антибактериальными препаратами и синэстром. Лечение осуществляется в течение недели и более.

### **Зуд половых органов (pruritus genitalis)**

Зуд вульвы может быть обусловлен различными причинами и, как правило, является не самостоятельным заболеванием, а симптомом ряда патологических процессов. Зуд вульвы может быть вызван следующими причинами: а) действием внешних раздражителей: инфекции, загрязнения (воздействие пылевых частиц на производственных предприятиях), термических (особенно охлаждения) и механических (грубое белье, онанизм и пр.) факторов, химических раздражителей (сильнодействующие лекарственные препараты); б) действием раздра-

жителей со стороны внутренних половых органов: бели (влагалищные, щечные), злоупотребление спринцеваниями влагалища, раздражение кожи наружных половых органов мочой при наличии мочеполювых свищей; в) заболеваниями внутренних органов и обменными расстройствами: сахарный диабет, гепатит (сопровождающийся желтухой), хронический нефрит (с явлениями азотемии), некоторые заболевания кроветворных органов (пернициозная анемия, лейкомия, лимфогранулематоз), а также нарушения функции эндокринных желез (гипер- и гипотиреоз, гиперпролактинемия, гипофункция половых желез). Зуд может явиться следствием ряда психогенных факторов (страх перед операцией, сильное нервное потрясение и др.). Чаще всего зуд вульвы психогенного характера возникает у впечатлительных неуравновешанных женщин.

При выяснении причин зуда вульвы весьма существенное значение имеет возраст больных. При зуде у подростков чаще всего следует думать о наличии вульвовагинита или грибковом поражении. При зуде вульвы, возникшем у женщин репродуктивного возраста, можно предположить наличие диабета и других экстрагенитальных заболеваний. Зуд у женщин в период менопаузы чаще всего является следствием резкого снижения содержания эстрогенов в организме, что обуславливает трофические изменения половых органов (особенно наружных). Зуд, впервые возникший в период менопаузы, почти всегда свидетельствует о глубоких нейроэндокринных изменениях наружных половых органов.

**К л и н и к а.** При осмотре вульвы отмечаются гиперемия, отек. При длительном существовании зуда появляются ссадины, трещины, иногда язвенные поражения вследствие расчесов и воспалительных наслоений.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз основывается на изучении анамнеза и клинических проявлений заболевания. При кольпоскопии уже в ранних стадиях можно обнаружить незначительные эксфолиации, сухость кожи; при появлении белей поверхность вульвы становится влажной с белесоватым оттенком. При пальпации больших и малых половых губ отмечается более плотная консистенция этих образований по сравнению с нормой.

При установлении диагноза во всех случаях необходимо прежде всего исключить способствующие зуду или сопровождающиеся им общие и местные заболевания.

**Л е ч е н и е.** Прежде всего необходима терапия основного заболевания. Наибольшие трудности представляет лечение при неврогенном зуде. Из общих мероприятий показаны: психотерапия, гипноз, бромиды, седативные и снотворные препараты. Большое внимание уделяется соблюдению правил личной гигиены, рекомендуется туалет половых органов настоем ромашки 2—3 раза в день. Зудящие поверхности смазывают мазью «Оксикорт», гидрокортизоновой или преднизолоновой.

В ряде случаев производят новокаиновую блокаду. В особо упорных случаях прибегают к хирургическому вмешательству — резекции половых нервов.

## Вагинизм (vaginismus)

Вагинизм — неврогенное заболевание, при котором половая жизнь становится невозможной ввиду судорожного сокращения *mm. bulbosavernosus, levator ani* и мышц передней брюшной стенки. Вагинизм может развиваться при воспалительном процессе вульвы, влагалища или является чисто неврогенным заболеванием, возникающим после грубой попытки к половому сношению, при импотенции у мужа и т. д. Подобное сокращение мышц может произойти и при гинекологическом исследовании, особенно у молодых женщин.

При кольпите и вульвите показано противовоспалительное лечение, при неврогенной форме заболевания — психотерапия, гипноз, лечение импотенции у мужа.

## Эндоцервицит (endocervicitis)

Эндоцервицит — воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Возбудителем являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, энтерококки, гонококки, вирусы, кандиды. Возникновению эндоцервицита способствуют разрывы шейки матки, происшедшие во время родов, аборт, заболевания других отделов половой системы (кольпиты, сальпингоофориты, псевдоэрозии шейки матки и др.).

**К л и н и к а.** В острой стадии больные предъявляют жалобы на появление слизисто-гнойных или гнойных белей, иногда тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице. Повышения температуры обычно не наблюдается. При осмотре с помощью зеркал отмечаются гиперемия вокруг наружного зева и мутные (примесь лейкоцитов) выделения из канала шейки матки.

В хронической стадии больные жалоб не предъявляют, редко отмечают выделение слизистого характера из половых путей. При длительном течении заболевания шейка матки гипертрофируется, нередко возникает псевдоэрозия.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на данных клинической картины и кольпоскопии (рис. 36). Реже приходится прибегать к цитологическому и морфологическому исследованию биоптата, полученного из наиболее измененного участка.

**Л е ч е н и е.** В острой стадии назначают антибиотики или сульфаниламидные препараты, спринцевание 2%, а в хронической стадии 5% раствором бикарбоната натрия или эвкалипта, ванночки из протаргола, колларгола, электрофорез цинка (эндоцервикально). При возникновении эндоцервицита на фоне разрывов шейки матки, после противовоспалительного лечения показана пластическая операция шейки матки. Характер вмешательства зависит от особенностей травмы шейки матки.

**П р о г н о з.** Благоприятный.

**Истинная эрозия шейки матки (erosio vera).** Истинная эрозия — отсутствие покровного эпителия на том или ином участке влагалищной части шейки матки, которое встречается сравнительно редко и преимущественно в старшем возрасте. Воспалительные процессы, неосторож-



Рис. 37. Микроскопическая картина истинной эрозии. Покровный эпителий шейки отсутствует. Видна воспалительная инфильтрация подлежащей ткани.



ное исследование могут привести к десквамации плоского многослойного эпителия и возникновению истинной эрозии шейки матки, выявляемой при гинекологическом исследовании. Истинная эрозия существует относительно недолго (до 10 дней) и вскоре покрывается плоским многослойным эпителием. Истинная эрозия имеет неправильно округлую форму, ярко-красный цвет, при дотрагивании легко кровоточит, расположена ниже уровня многослойного плоского эпителия; по периферии иногда определяется край отслоившегося эпителия; дно представляет собой соединительную ткань с многочисленными субэпителиальными сосудами, отечную, с выраженной мелкоклеточной инфильтрацией лейкоцитами (рис. 37). Истинная эрозия может эпителизироваться полностью либо покрыться цилиндрическим эпителием с образованием псевдоэрозии.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на данных клинической картины, кольпоскопии, цитологического исследования. Реже приходится прибегать к морфологическому исследованию биоптата, полученного из наиболее измененного участка шейки матки. У пожилых женщин следует в первую очередь исключить рак шейки матки.

**Л е ч е н и е.** При истинных эрозиях сводится к терапии сопутствующих заболеваний, которые способствовали их возникновению. Местно применяют тампоны с облепиховым маслом, рыбьим жиром, спринцевания 2% раствором бикарбоната натрия.

**П р о г н о з:** Благоприятный.

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

### Эндометрит (*endometritis*)

Возникновению эндометрита (воспаление слизистой оболочки матки) способствуют осложненные аборты, роды, диагностическое выскабливание матки, гистеросальпингография и другие внутриматочные вмешательства. Некоторую предрасполагающую роль в развитии

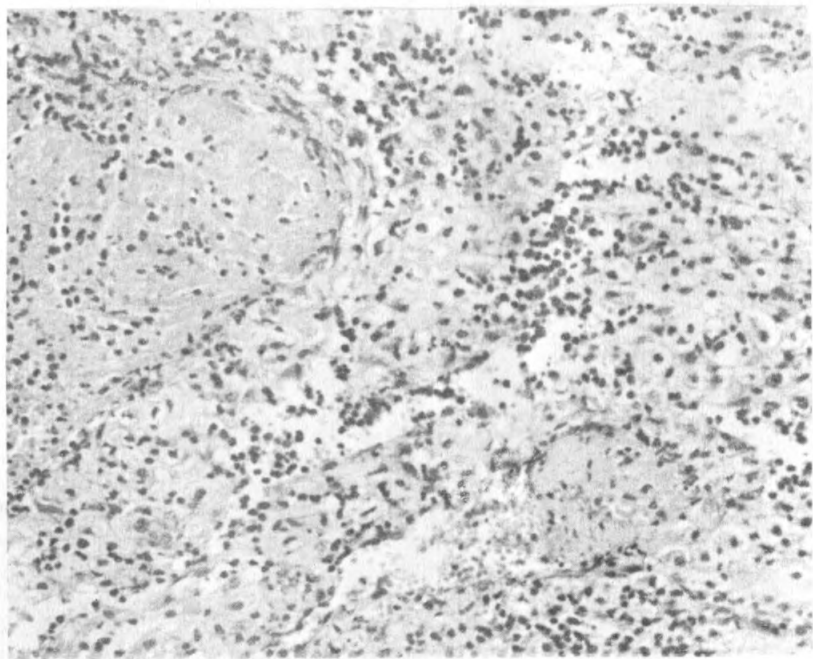


Рис. 38. Микроскопическая картина при остром эндометрите. Перигландулярная лейкоцитарная инфильтрация.

эндометрита могут играть внутриматочные контрацептивы. При этом заболевании поражаются функциональный и базальный слой слизистой оболочки матки. Воспалительный процесс может распространиться на всю слизистую либо носит очаговый характер. При тяжелом эндометрите в процесс вовлекается и мышечный слой, поражение которого также может быть диффузным и очаговым.

При морфологическом исследовании эндометрия обнаруживаются воспалительные инфильтраты, состоящие преимущественно из плазматических клеток и лимфоидных элементов, небольшого числа лейкоцитов и гистиоцитов (рис. 38).

**К л и н и к а.** Отмечаются повышение температуры, боли внизу живота и в паховых областях, слизисто-гнойные жидкие выделения, иногда с неприятным запахом (кишечная палочка); эпителиальный покров на некоторых участках эндометрия может быть десквамирован, в результате чего к гнойным выделениям присоединяются кровянистые. Нарушение отторжения патологически измененного эндометрия во время менструации обуславливает характерный симптом гиперполименореи. При влагалищном исследовании определяется слегка увеличенная болезненная матка мягкой консистенции. При отторжении функционального слоя может происходить и удаление находящихся в нем микробов, вследствие чего иногда наступает самоизлечение. Наиболее часто воспалительный процесс по лимфатическим капиллярам и

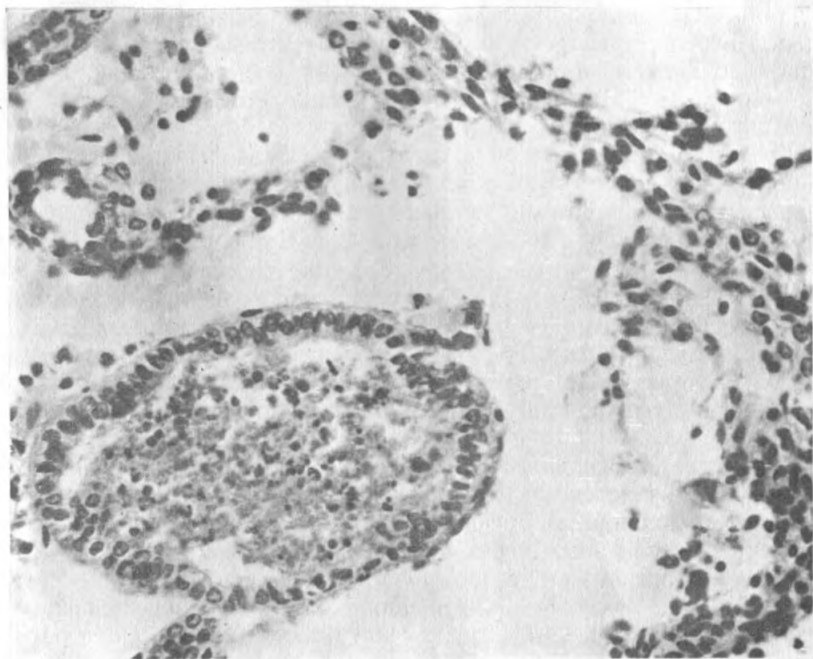


Рис. 39. Микроскопическая картина при хроническом эндометрите. Скопления лимфоидных и плазматических клеток вокруг желез, склероз стромы.

сосудам распространяется на мышечный слой (эндомиометрит) и окружающую клетчатку.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание болезни обычно не представляет затруднений. Анамнестические данные (внутриматочное вмешательство, некроз подслизистого узла), повышение температуры, болезненность матки при исследовании, гнойные выделения из нее и циклические нарушения менструального цикла позволяют поставить правильный диагноз. Бактериоскопические и бактериологические исследования содержимого из полости матки дают возможность определить микробную флору (до антибиотикотерапии). Изменение гематологических показателей характерно для воспалительного процесса.

**Л е ч е н и е.** При остром эндометрите назначаются постельный режим, холод на низ живота, антибиотики и сульфаниламиды (дозы индивидуальны в зависимости от тяжести процесса, длительности заболевания, чувствительности к антибиотикам), болеутоляющие (салицилат натрия, ацетилсалициловая кислота, амидопирин, анальгин и др.), седативные (настойка пустырника, бромкамфора, настойка и экстракт валерианы) и десенсибилизирующие (димедрол 0,05 г на ночь) средства, витамины, нормализующие проницаемость сосудистой стенки (рутин по 0,02 г 3 раза в день, аскорбиновая кислота по 0,25 г 4 раза в день в течение 3—4 нед); при кровянистых выделениях назначают средства, сокращающие матку (эрготал по 0,001 г 2—3 раза в день, хинин по 0,15 г 3 раза в день).

**Хронический эндометрит.** При длительном течении воспалительный процесс нередко распространяется на мышечный слой; при этом мышечные клетки постепенно заменяются соединительной тканью (эндомиометрит). Матка становится более плотной, увеличенной. Бели носят слизисто-гнойный характер. Отмечаются боли внизу живота, в крестце и пояснице, часто появляются длительные и обильные менструации (гиперполименорея), реже — ациклические кровотечения. Ограничивается подвижность матки вследствие воспаления покрывающей ее брюшины и сращений с соседними органами (периметрит).

**Д и а г н о с т и к а.** Характерные анамнестические данные, клиническая картина, а также результаты исследования содержимого полости матки и соскоба эндометрия позволяют поставить правильный диагноз. Хроническому эндометриту обычно сопутствуют длительно текущие сальпингоофориты. При диагностическом выскабливании матки находят скопление лейкоцитов и другие признаки воспалительной реакции (рис. 39).

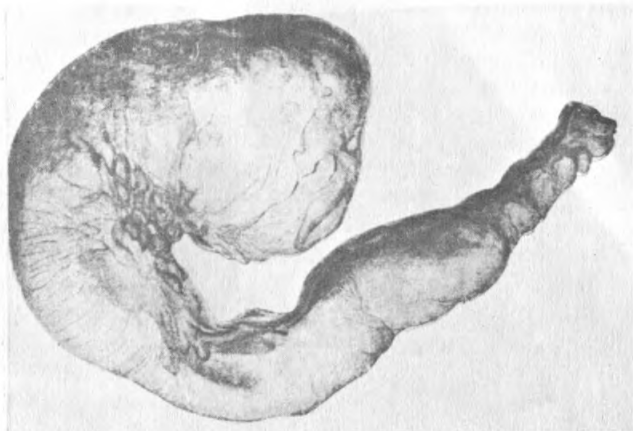
**Л е ч е н и е.** Основными лечебными факторами при хроническом эндометрите является физиобальнеотерапия, назначаемая с целью улучшения гемодинамики органов малого таза, стимуляции сниженных функций яичников и эндометрия, а также повышения иммунологической реактивности организма. Наиболее часто применяют преформированные физические факторы (микроволны сантиметрового диапазона, магнитное поле УВЧ, ультразвук в импульсном режиме, электрофорез меди, цинка); эффективны лечебные грязи, озокерит, парафин, сульфидные, радоновые воды (ванны, орошения). При сопутствующей гипопункции яичников показана циклическая гормонотерапия. Кроме того, назначают аскорутин, димедрол, супрастин, пипольфен, седуксен. Во время менструации показаны антибиотики широкого спектра действия.

### **Сальпингоофорит (salpingoophoritis)**

Сальпингоофорит — воспаление придатков матки — относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям половой системы. Возникает обычно восходящим путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего в связи с осложненными родами и абортами, а также нисходящим — из смежных органов (червеобразный отросток, прямая и сигмовидная кишка) или гематогенным путем.

Воспалительный процесс начинается в слизистой оболочке, распространяясь и на другие слои маточной трубы. Экссудат, образовавшийся в результате воспалительного процесса, скапливаясь в полости трубы, изливается в брюшную полость, нередко вызывая спаечный процесс вокруг трубы, закрывая просвет ее ампулы, а затем и отверстия маточного отдела трубы. Непроходимость трубы ведет к образованию мешотчатого воспалительного образования. Скопление в полости трубы серозной жидкости носит название гидросальпинкса. Гидросальпинкс может быть как односторонним, так и двусторонним. При тяжелом течении сальпингита, высокой вирулентности микроорганизмов появляется гнойное содержимое в трубе и возникает пиосальпинкс (рис. 40). При пиосальпинксе в малом тазу образуются спайки с

Рис. 40. Пиосальпинкс (макропрепарат).



кишечником, сальником, мочевым пузырем. У  $\frac{2}{3}$  больных воспалительный процесс с маточной трубы переходит на яичник (сальпингоофорит).

К л и н и к а. Начало сальпингоофорита может быть острым, подострым и хроническим. Для острого сальпингоофорита характерны боли внизу живота и в пояснице, повышение температуры, дизурические и диспепсические явления, изменения крови, присущие воспалительному процессу, выраженные в той или иной степени процессы экссудации и инфильтрации в области придатков матки и окружающих тканей.

Симптомы острого сальпингоофорита могут быть выражены в различной степени, что обусловлено вирулентностью возбудителя и реактивностью организма.

Выраженность болевых ощущений связана с обширностью распространения воспалительного процесса по брюшине. Чем больше вовлекается в воспалительный процесс брюшина, тем более выражена болевая реакция. Степень увеличения придатков матки зависит от выраженности гиперемии, экссудации, инфильтрации тканей лейкоцитами, а также от вовлечения в патологический процесс окружающих тканей.

Иногда острый сальпингоофорит имеет стертую клиническую картину, в то время как в придатках наблюдаются выраженные изменения вплоть до нагноения. В других случаях воспалительный процесс протекает тяжело с резко выраженными клиническими проявлениями, особенно при пиосальпинксе. Наблюдаются высокая температура, озноб, резкая боль внизу живота, симптомы раздражения брюшины, выраженные изменения со стороны крови (увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ).

Для хронической стадии процесса характерны уплотнение, ограничение подвижности, нерезко выраженная болезненность придатков при их смещении вследствие ~~эпидидимического~~ процесса (рис. 41 и 42). Хроническое воспаление придатков матки, особенно рецидивирующее, как правило, сопровождается нарушением функций нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочевыделительной систем. Хрониче-

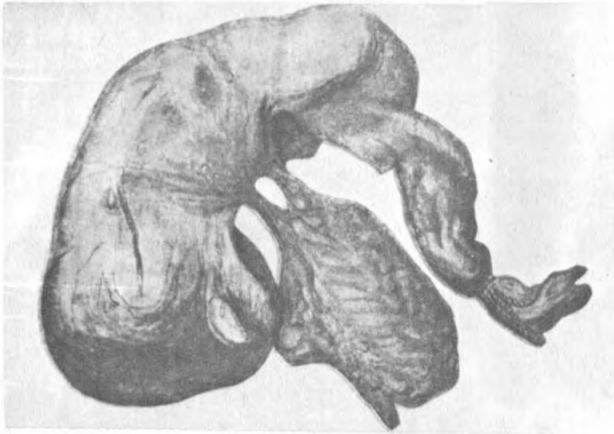


Рис. 41. Хроническое воспаление придатков матки (макропрепарат) (по И. М. Старовойтову).

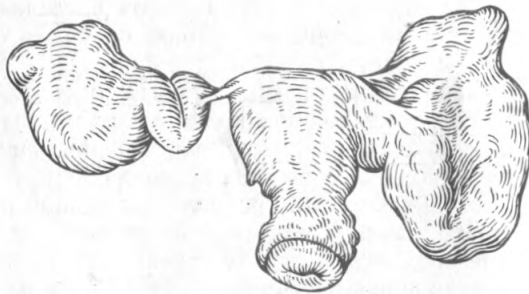


Рис. 42. Тубоовариальная киста и гидросальпинкс (по И. М. Старовойтову).

ский сальпингоофорит протекает длительно, нередко с обострениями. Обострение может быть обусловлено усилением патогенных свойств возбудителя или вторичным инфицированием либо факторами неспецифического характера, связанными с переохлаждением, перегреванием, переутомлением, перенесенным гриппом и другими причинами, ослабляющими защитные силы организма. В результате длительного течения воспалительного процесса у таких больных нередко возникает трубное бесплодие.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз воспаления придатков матки основывается на данных анамнеза, особенностях клинического проявления заболевания, увеличении придатков матки с одной или двух сторон, изменении гематологических показателей и др. Иногда значительные сложности возникают при решении вопроса о причинах обострения хронического воспалительного процесса. У одних больных обострение обусловлено активацией аэробной инфекции или реинфекцией, у других — бывает тесно связано с воздействием неспецифических факторов (табл. 1).

Воспаление придатков матки в острой стадии чаще всего приходится дифференцировать от аппендицита (табл. 2), при хроническом течении заболевания — от трубного аборта. Иногда возникают трудности

Т а б л и ц а 1. Некоторые критерии дифференциальной диагностики вариантов обострения хронического сальпингоофорита (по В. И. Бодяжиной и В. М. Стругацкому)

Клинико-лабораторный показатель	Варианты патогенеза обострения	
	преобладание признаков, присутствующих воспалению	преобладание изменений в ЦНС
<p>Длительность заболевания</p> <p>Болевые ощущения до обострения заболевания</p> <p>Аналгезирующий эффект при предшествующих обострениях заболевания (антибиотики, десенсибилизирующие препараты, производные салициловой кислоты и пирозолона)</p> <p>Самочувствие</p> <p>Трудоспособность</p> <p>Эмоционально-невротические расстройства</p> <p>Зона иррадиации болевых ощущений в период обострения заболевания (наиболее типичные варианты)</p> <p>Температура аксиллярная</p> <p>Температура базальная</p> <p>Симптомы раздражения брюшины</p> <p>Боли при пальпации передней брюшной стенки</p> <p>Боли при пальпации по ходу крупных сосудов (аорта, нижняя полая вена) и сопровождающих нервных сплетений</p> <p>Экссудативный процесс в придатках матки</p> <p>Боли при пальпации придатков матки</p> <p>Боли при смещении матки</p> <p>Боли при пальпации стенок таза и передней поверхности крестца (проекция нервных стволов и сплетений)</p>	<p>В основном до 5 лет</p> <p>Отсутствуют в течение длительного времени или возникают редко в виде кратковременных болей</p> <p>Выражен</p> <p>Ухудшается только в период обострения заболевания</p> <p>Понижена только в период обострения заболевания</p> <p>Выражены в период обострения заболевания</p> <p>Гипогастральная область</p> <p>Субфебрильная</p> <p>Выше нормы</p> <p>Могут быть выражены</p> <p>Выражены в надлонной или (и) паховых областях</p> <p>Отсутствуют или выражены слабо</p> <p>Определяется</p> <p>Выражены</p> <p>Выражены значительно</p> <p>Обычно отсутствуют</p>	<p>В основном более 5 лет</p> <p>Имеются в течение ряда лет, являются стойкими и часто усиливаются</p> <p>Отсутствует</p> <p>Ухудшение в течение длительного времени</p> <p>Понижена в течение длительного времени</p> <p>Выражены в течение длительного времени. В период обострения заболевания заметно прогрессируют</p> <p>Крестцово-поясничный отдел позвоночника, эпигастральная область, задняя или внутренняя поверхность бедер, анус</p> <p>В пределах нормы</p> <p>То же</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Не выражены или отсутствуют</p> <p>Значительно выражены</p> <p>Отсутствует</p> <p>Выражены незначительно</p> <p>Отсутствуют или выражены незначительно</p> <p>Выражены у большинства больных</p>

Клинико-лабораторный показатель	Варианты патогенеза обострения	
	преобладание признаков, присущих воспалению	преобладание изменений в ЦНС
Иррадиация болей при двуручном исследовании	Отсутствует	Нередко в эпи- и гипогастральную области, в наружные половые органы, бедро, анус
Число лейкоцитов	Незначительно увеличено	В пределах нормы или незначительно уменьшено
Сдвиг формулы нейтрофилов влево	Незначительный	Отсутствует
СОЭ	Умеренно увеличена	В пределах нормы
С-реактивный белок	Определяется	Отсутствует

Т а б л и ц а 2. Дифференциально-диагностические признаки воспаления придатков матки и аппендицита (по И. И. Яковлеву и И. М. Старовойтову)

Признак	Воспаление придатков матки	Острый аппендицит
Начало заболевания	Постепенное, обычно предшествуют признаки гинекологического заболевания в анамнезе, недомогание, боли, бели	Внезапное появление резких болей с иррадиацией в правую подвздошную область и правое подреберье, тошнота, часто рвота
Клинический анализ крови	Умеренное повышение числа лейкоцитов без тенденции к быстрому нарастанию, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное увеличение СОЭ	Лейкоцитоз уже в первые часы заболевания, быстрое нарастание его ( $12-20 \cdot 10^9/\text{л}$ ) с выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево
Данные влагалищного исследования	Наличие болезненного образования с одной или обеих сторон от матки, резкая болезненность при попытке смещения матки	Болезненное образование не определяется, при пальпации заднего свода боли нет, смещения шейки матки безболезненны
Симптомы Ровзинга, Щеткина—Блюмберга, Ситковского, напряжение мышц передней брюшной стенки	Отсутствуют или нерезко выражены. Симптом Щеткина—Блюмберга и локальное напряжение мышц передней брюшной стенки могут иметь место	Все симптомы выражены отчетливо
Симптом Промптова (локализация боли при ректальном исследовании)	Чувствительность позадиаточного углубления незначительна, приподнимание матки резко болезненно	Болезненность в области позадиаточного углубления, приподнимание матки почти безболезненно
Изменения в состоянии больных при дальнейшем наблюдении	Постепенное затихание острых явлений под влиянием противовоспалительного общего и местного лечения (антибиотики, лед на низ живота, свечи с белладонной, покой)	Все признаки заболевания прогрессируют, общее состояние ухудшается, нарастают явления перитонита



при дифференциации острого воспаления придатков матки от перекрута ножки опухоли яичника. Для последнего характерны внезапное начало заболевания, отсутствие указаний в анамнезе на воспалительный процесс в придатках матки, обнаружение в области придатков опухолевидного образования округлой формы, болезненного при перемещении.

Параметральный воспалительный инфильтрат отличается от сальпингоофорита более плотной консистенцией; инфильтрат переходит на стенку малого таза, слизистая оболочка влагалища под инфильтратом неподвижна.

Лечение. В острой стадии заболевания то же, что и при остром эндометрите. При подостром процессе проводится УВЧ-терапия, широко применяется электрофорез кальция, магния, цинка. Для повышения защитных сил организма показаны аутогемотерапия, инъекции алое, ФиБС, цолвивитамин. При необходимости назначают дезинтоксикационную терапию (гемодез, реополиглюкин, 0,85% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, плазма).

Лечение острых и подострых воспалительных процессов проводится в стационаре.

Основная цель терапии хронического сальпингоофорита в стадии ремиссии заключается в достижении обезболивающего и фибринолитического эффекта, а также восстановлении функции эндокринной, нервной, сосудистой и других систем.

Лечение хронического сальпингоофорита в стадии ремиссии, при наличии остаточных явлений перенесенного воспаления, а также при обострении хронического сальпингоофорита без признаков активации аутоинфекции осуществляется в женской консультации.

В зависимости от клинических проявлений заболевания назначаются те или иные префермированные физические факторы. Микроволны сантиметрового или дециметрового диапазона предпочтительнее назначать больным при наличии частых обострений, диадинамические или синусоидальные модулированные токи, электрофорез амидопирин, ультразвук — при стойком болевом симптоме. Выраженный спаечный процесс служит показанием к назначению электрофореза протеолитических ферментов, меди.

При нарушении гормональной активности яичников в стадии ремиссии проводится коррекция гормональными и негормональными препаратами. Антибактериальная терапия в этот период не проводится, так как роль микробов в хронической стадии заболевания минимальна или совсем отсутствует.

**Прогноз.** Чаше всего благоприятный, однако возможно распространение воспалительного процесса на брюшину малого таза, что может осложнить течение заболевания.

**Воспалительные мешотчатые образования придатков матки** (пиосальпинкс, абсцесс яичника, tuboовариальные образования). Больные с мешотчатыми образованиями придатков матки подлежат хирургическому лечению. Вопрос об объеме вмешательства решается во время операции. Обычно удаляют гнойные мешотчатые образования. Подготовка больных к операции отличается некоторым своеобразием и обычно продолжается не более 7—10 дней. Антибиотики и сульфанил-

амиды перед операцией не вводятся, так как капсула, имеющаяся на перечисленных образованиях, создает преграду для проникновения лекарственных препаратов. Широко применяются переливания плазмы, альбумина, реополиглобина, глюкозы. Назначаются антигистаминные препараты. Одновременно больные получают симптоматическую терапию, сердечные средства, витамины.

Иногда воспалительный процесс с матки и придатков переходит на брюшину, покрывающую матку (периметрит). Различают две формы периметрита: слипчивую и экссудативную. В острый период заболевания клинические симптомы этих форм поражения сходны. У больных повышается температура, появляются жажда и сухость языка, общее недомогание, головная боль, учащается пульс, отмечаются боли внизу живота, напряжение передней стенки живота.

При влагалищном исследовании обнаруживают инфильтрат, окутывающий матку. При пальпации матка болезненна, инфильтрат имеет тугоэластическую консистенцию, болезнен.

### Пельвиоперитонит (pelvioperitonitis)

Пельвиоперитонит — воспаление брюшины малого таза — может быть вызван стафилококком, кишечной флорой (эшерихии, энтерококки), стрептококком, гонококком и другими аэробными и анаэробными микробами или смешанной инфекцией. Возникновению пельвиоперитонита способствует снижение защитных сил организма.

Воспаление брюшины малого таза — вторичный воспалительный процесс, развивающийся как осложнение воспаления матки и придатков, пиосальпинкса или пиовара. В зависимости от характера экссудата различают серозно-фибринозный и гнойный тазовый перитонит.

Для серозно-фибринозной формы характерно развитие спаечного процесса, сравнительно быстрое отграничение воспаления. При гнойном пельвиоперитоните происходит скопление гноя в позадиматочном углублении.

**К л и н и к а.** Заболевание начинается остро с повышением температуры до 30—39°C, учащается пульс, появляются сильные боли внизу живота, симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Часто бывает тошнота, рвота, боли при мочеиспускании и дефекации. В крови отмечаются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. При влагалищном исследовании, которое бывает часто затруднено из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки, в малом тазу непосредственно за маткой определяют инфильтрат, выпячивающий задний свод влагалища.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на характерных клинических проявлениях заболевания и обнаружении инфильтрата кзади от матки, выпячивающего задний свод влагалища. С целью установления возбудителя пельвиоперитонита производят микроскопическое исследование жидкости, полученной путем пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

**Л е ч е н и е.** При своевременно начатом и правильно проводимом

лечении перечисленные симптомы сравнительно быстро становятся менее выраженными и постепенно исчезают. При прогрессировании процесса наблюдается ухудшение общего состояния, симптомы перитонита нарастают и может развиться разлитой перитонит.

**Прогноз.** В большинстве случаев пельвиоперитонит заканчивается выздоровлением. Значительно реже, при вирулентной инфекции и ослаблении защитных сил организма, может возникнуть диффузный перитонит.

Особую форму пельвиоперитонита представляет абсцесс прямокишечно-маточного кармана брюшины, который может возникнуть при разрыве пиосальпинкса, пиовара, перфорации матки при внебольничном аборте, нагноении гематомы при нарушенной трубной беременности.

Начало заболевания типично для пельвиоперитонита (боли внизу живота, повышенная температура, озноб, напряжение мышц передней брюшной стенки и др). Состояние больной быстро ухудшается, нарастают симптомы пельвиоперитонита. При ректовагинальном исследовании определяется инфильтрат полушаровидной формы, выпячивающий задний свод влагалища. Инфильтрат не переходит на боковые стенки малого таза. Консистенция инфильтрата в начале заболевания плотноватая, а при появлении гноя определяется характерная флюктуация.

При пельвиоперитоните, вызванном кишечной палочкой, экссудат имеет серозно-гнойный характер с запахом кала; для стафилококковой и стрептококковой инфекции типичен гнойный и серозно-гнойный экссудат. При нагноении заматочной гематомы в гное имеется примесь крови.

Анамнестические данные (длительность воспалительного процесса, указания на внебольничный аборт, признаки, характерные для внематочной беременности), а также результаты влагалищного исследования и пункции заднего свода позволяют поставить правильный диагноз.

### **Параметрит (parametritis)**

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки. Возбудителями параметрита являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, анаэробная инфекция.

Предрасполагающими к возникновению параметрита факторами (вне беременности) могут быть расширение канала шейки матки, диагностическое выскабливание, операции на шейке матки, введение ВМС, осложненное травматизацией стенок матки, удаление интралигаментарно расположенной опухоли, что создает благоприятные условия для проникновения инфекции в параметральную клетчатку. Микробы могут попадать в нее различными путями, но чаще всего по лимфатическим сосудам из матки. В зависимости от топографии клетчатки малого таза параметриты делят на передние, боковые и задние. Наиболее часто встречаются боковые параметриты, при которых воспалительный процесс сверху ограничивается верхним отделом широкой связки, снизу — нижним отделом кардинальных связок, сбоку — стенкой

малого таза. При боковом параметрите инфильтрат располагается рядом с боковой поверхностью матки и переходит на боковую поверхность стенки таза; при этом происходит сглаживание бокового свода влагалища и слизистая оболочка под инфильтратом быстро теряет подвижность.

При переднем параметрите инфильтрат определяется спереди от матки, сглаживая передний свод; инфильтрат может распространяться на предпузырную клетчатку и переднюю брюшную стенку.

Воспаление клетчатки между маткой и прямой кишкой описывается как задний параметрит. Инфильтрат плотно охватывает прямую кишку, нередко вызывая сужение ее просвета.

Воспаление всей клетчатки малого таза носит название пельвиоцеллюлита (pelviocellulitis).

В течении параметрита различают три стадии: инфильтрации, экссудации и уплотнения экссудата. В начальной стадии воспаления отмечаются расширение сосудов, периваскулярный отек и мелкоклеточная инфильтрация клетчатки. В стадии экссудации происходит массивный выход из сосудистого русла лейкоцитов и других форменных элементов крови, инфильтрат доходит до стенок таза. Если экссудат нагнаивается, возникает гнойный параметрит, который может сопровождаться прорывом гноя, чаще в прямую кишку или мочевого пузыря.

Если в воспалительный процесс вовлекается мочевого пузырь или прямая кишка, появляются признаки цистита, проктита. СОЭ и количество лейкоцитов увеличены, происходит сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Воспалительный экссудат богат фибриногеном. При превращении фибриногена в фибрин инфильтрат приобретает значительную плотность.

**К л и н и к а.** Наиболее ранним симптомом параметрита являются боли внизу живота, которые предшествуют появлению инфильтрата; они носят постоянный характер и иррадируют в крестец и поясницу. Вскоре повышается температура до 38—39°C; отмечают учащение пульса, головные боли, жажда, сухость во рту. При влагалищном исследовании определяется только резко выраженная болезненность матки. На 3—4-й день обнаруживают отклонение матки здоровую сторону или вверх. Отделить ее от инфильтрата невозможно, он становится плотным, неподвижным, крестцово-маточные связи четко не определяются. При распространении процесса больная принимает вынужденное положение (на стороне поражения нога согнута в тазобедренном суставе).

При нагноении параметральной клетчатки состояние резко ухудшается, температура принимает гектический характер, появляется озноб, значительно нарастает лейкоцитоз, увеличивается сдвиг нейтрофилов влево, резко повышается СОЭ. Нагноение параметрального инфильтрата и прорыв гнойника в мочевого пузырь диагностируют на основании исследования мочи и цистоскопии. Прорыв гнойника в прямую кишку устанавливают на основании обнаружения гноя в каловых массах и данных ректоскопии. Важным дифференциально-диагностическим



Рис. 36. Кольпоскопическая картина при цервиците.

(к стр. 84)

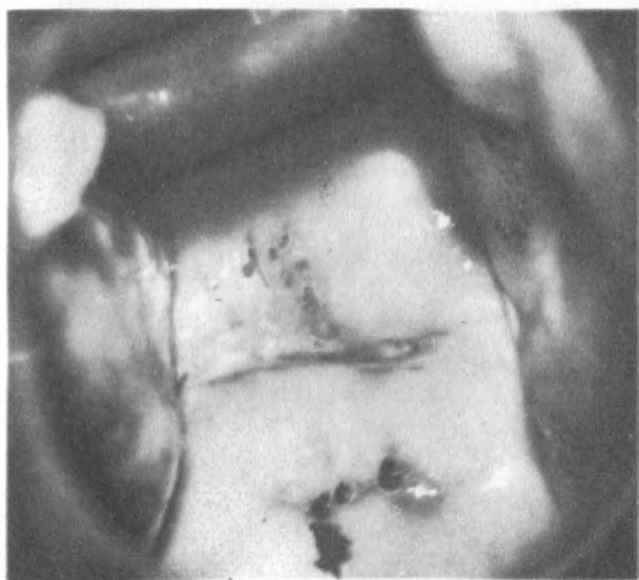


Рис. 77. Кольпоскопическая картина эндометриоза шейки матки.

(к стр. 198)

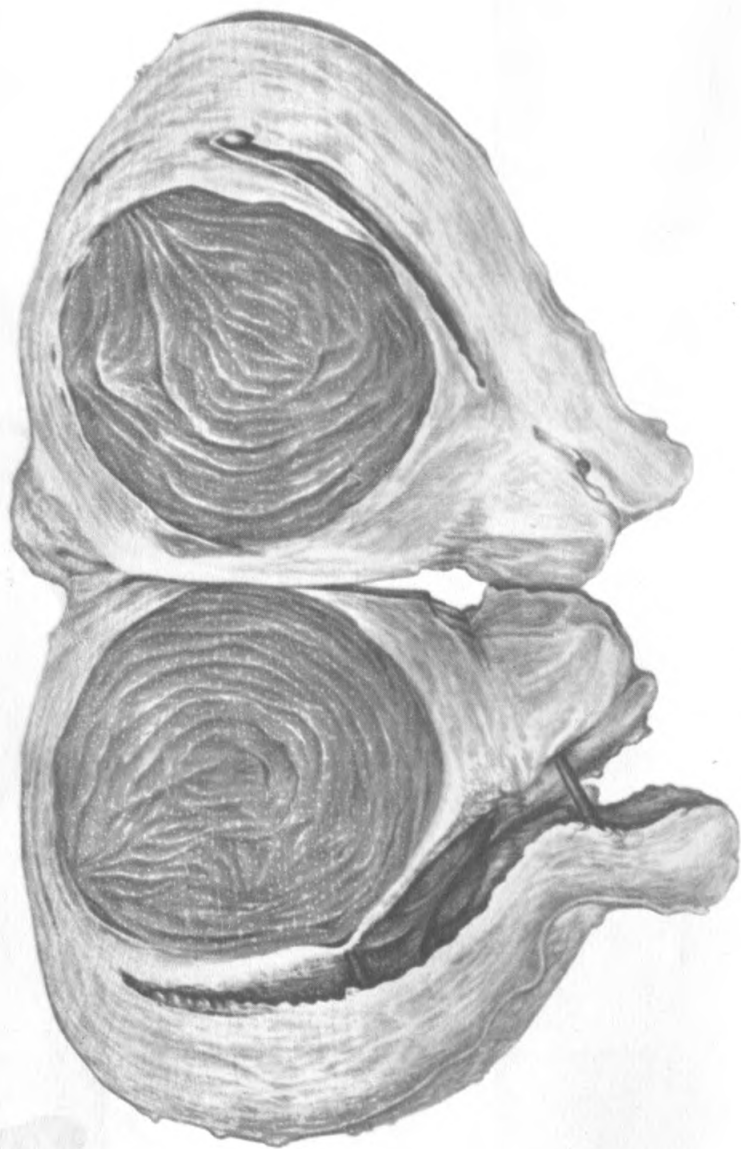


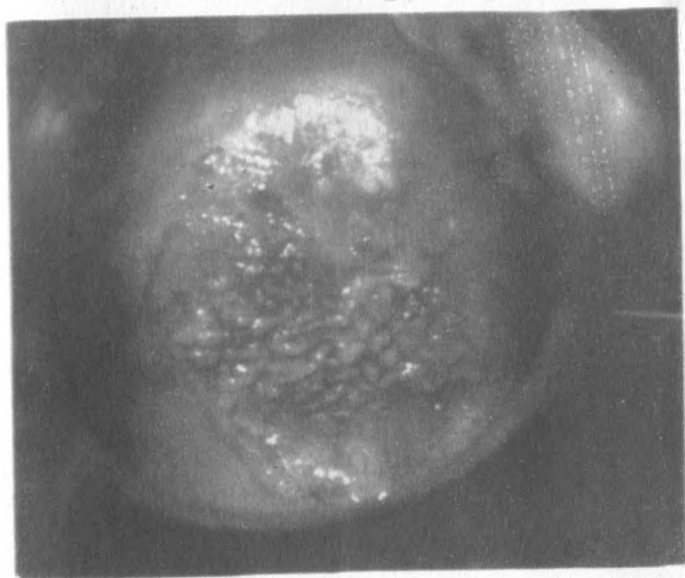
Рис. 69. Некроз узла миомы матки.

(к стр. 185)



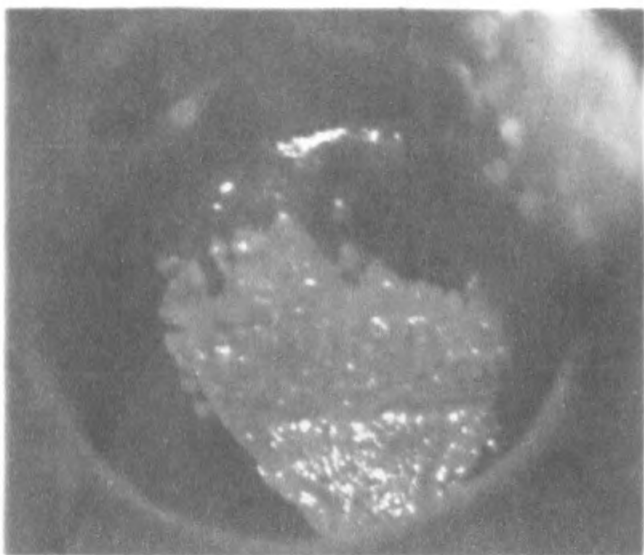
**Рис. 81.** Крауроз и лейкоплакия вульвы.

(к стр. 211)



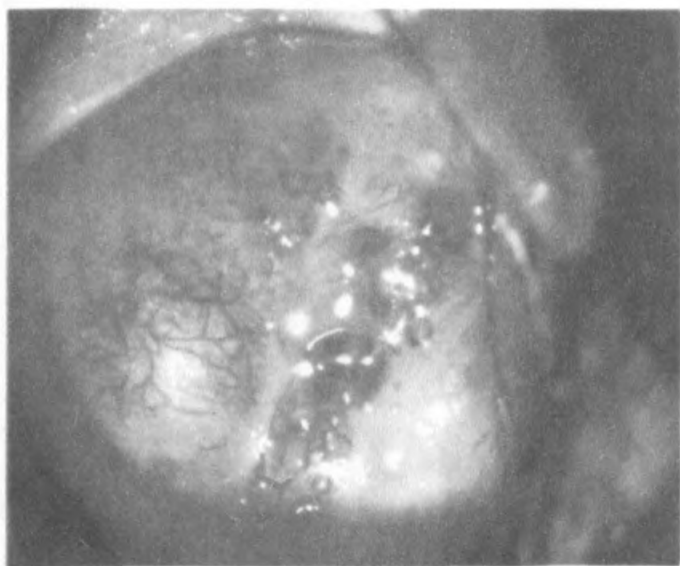
**Рис. 82.** Кольпоскопическая картина псевдоэрозии шейки матки.

(к стр. 215)



**Рис. 83.** Кольпоскопическая картина псевдоэрозии при обработке шейки матки раствором Люголя.

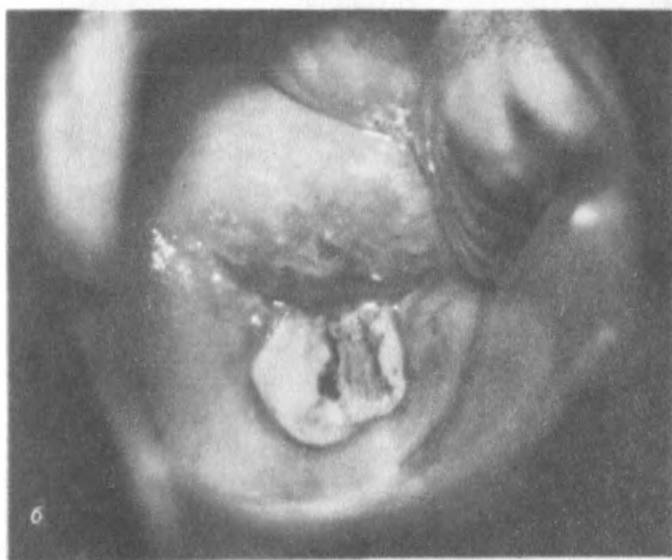
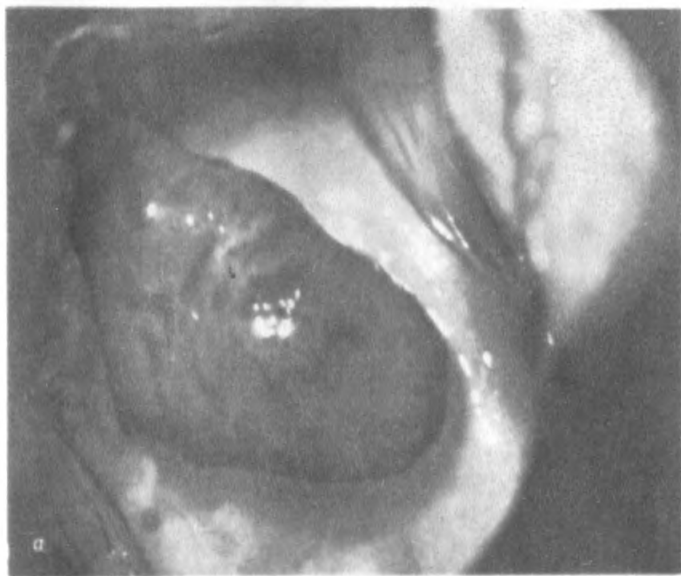
*(к стр. 216)*



**Рис. 84.** Кольпоскопическая картина железистой псевдоэрозии шейки матки.

*(к стр. 216)*

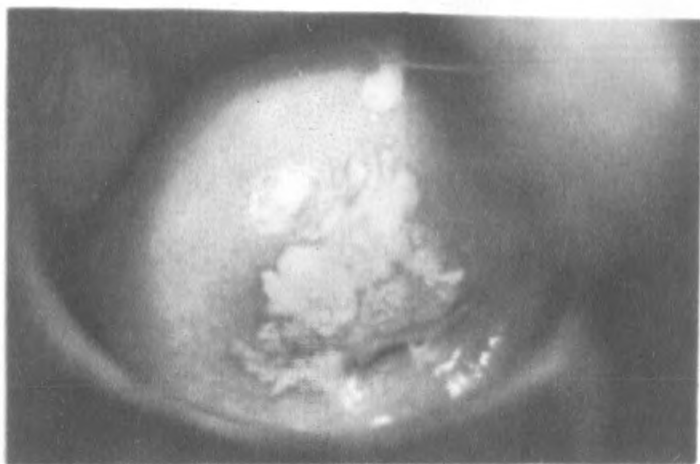




**Рис. 87.** Полипы шейки матки.

а — родившийся фиброзный полип; б — полип шейки матки с эпидермизацией.

(к стр. 216)



**Рис. 88.** Кольпоскопическая картина лейкоплакии шейки матки.

(к стр. 217)



*a*



*б*

**Рис. 90.** Папиллома шейки матки.

*a* — кольпоскопическая картина;  
*б* — микроскопическая картина.

(к стр. 218)

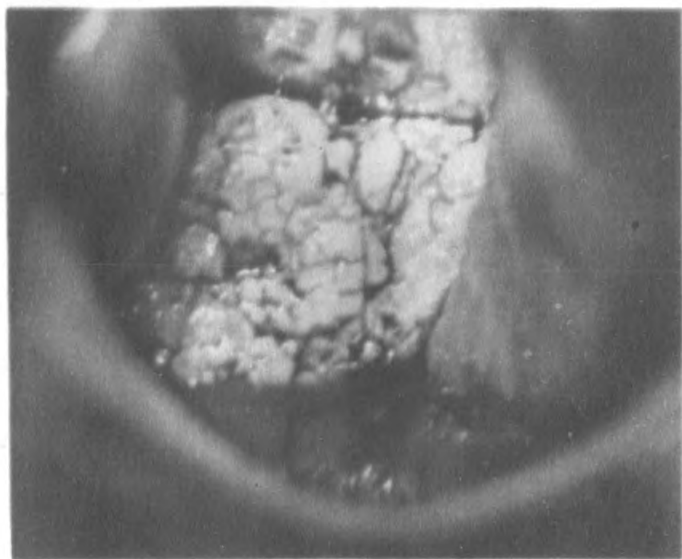


Рис. 93. Кольпоскопическая картина рака шейки матки.  
(к стр. 225)

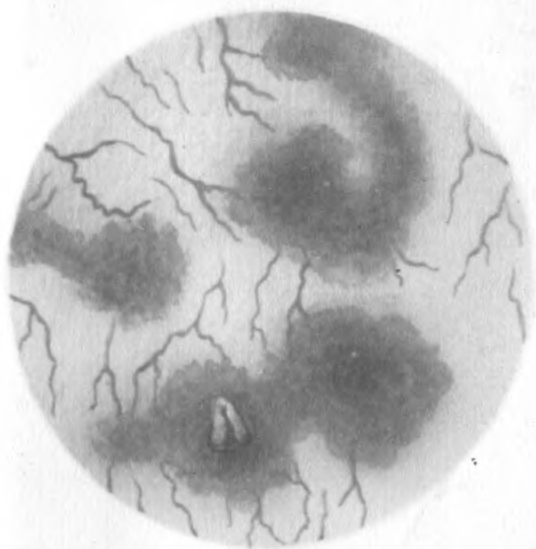
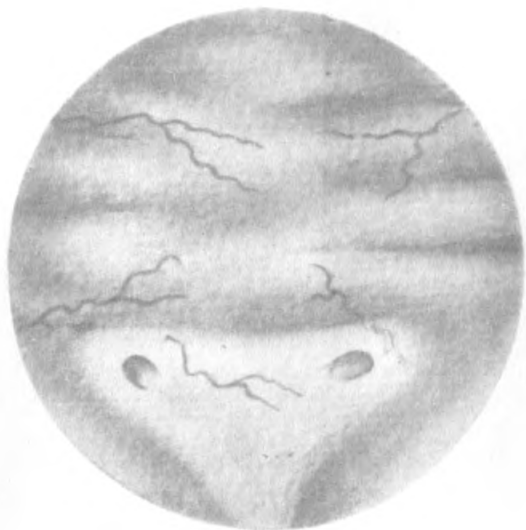
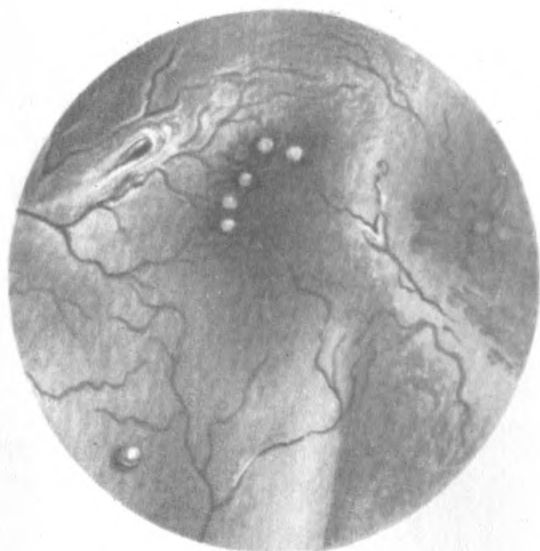


Рис. 157. Цистоскопическая картина хронического цистита.  
(к стр. 382)



**Рис. 158.** Цистоскопическая картина после-  
лучевого цистита.

*(к стр. 383)*



**Рис. 159.** Цистоскопическая картина цисталгии.

*(к стр. 384)*

признаком параметрита является притупление перкуторного тона над верхней передней подвздошной остью на стороне поражения.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на данных анамнеза (предшествующие выкидыши, роды, внутриматочные вмешательства, гинекологические операции) и ректовагинального исследования. Чаще всего параметрит приходится дифференцировать от экссудативного пельвиоперитонита (табл. 3).

**Л е ч е н и е.** При нагноении инфильтрата производят его пункцию через свод влагалища в месте наиболее низкого расположения гнояника. Получение гноя является показанием к вскрытию абсцесса и дренированию параметрия.

**П р о г н о з.** Благоприятный.

Т а б л и ц а 3. Дифференциально-диагностические признаки пельвиоперитонита и параметрита (по Л. И. Бубличенко)

Признаки	Пельвиоперитонит	Параметрит
<b>Свойства экссудата</b>		
Расположение Границы	Высокое у тела матки Определенные снизу и с боков, неясные сверху	Низкое у шейки матки Наоборот
Отношение к костям таза	Не достигает	Непосредственно переходит на кости таза, прилегает к ним
Отношение к сводам влагалища	Слизистая оболочка свода свободно смещается	Подвижность ограничена
Консистенция	Уплотняется медленно	Быстро затвердевает
<b>Клинические признаки</b>		
Болезненность	Значительная	Небольшая
Признаки раздражения брюшины (метеоризм, тошнота, рвота)	Имеются	Отсутствуют
Пульс	Учащен	Соответствует температуре
Температура	Умеренная, непостоянная	Постоянного типа

**Лечение воспалительных заболеваний.** Терапия пельвиоперитонита и параметрита должна быть комплексной и в то же время строго индивидуальной. Основу лечения составляют общеукрепляющие, антибактериальные, десенсибилизирующие, дезинтоксикационные и симптоматические средства, а также физиотерапевтические процедуры; иногда приходится прибегать к хирургическому вмешательству. Лечение проводится в стационарных условиях.

В начале заболевания терапия должна быть направлена на возможно быструю стабилизацию воспалительного процесса, нормализацию пульса, артериального давления, а также функций кишечника и мочевого пузыря.

Для возбуждения перистальтики кишечника применяют гипертонические клизмы, прозерин и другие средства. После ликвидации пареза

кишечника назначают высококалорийную пищу дробными дозами (5—6 раз в день), кислые напитки (клюквенный морс, чай с лимоном), при нарушении функции печени рекомендуется творог. Проводится санация полости рта.

При анемии следует применять препараты железа (феррокаль от 2 до 6 таблеток в день после еды; ферроплекс по 8—9 таблеток в сутки, гемостимулин по 2 таблетки 3 раза в день, лактат железа по 1 таблетке 3 раза в день после еды и др.).

**Антибактериальная терапия.** С целью воздействия на возбудителей применяют антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны. Разовая, суточная и курсовая дозы устанавливаются в зависимости от тяжести процесса, переносимости тех или иных препаратов и данных антибиотикограммы. Вначале обычно применяют антибиотики широкого спектра действия, а после определения чувствительности микробной флоры к антибиотикам назначают наиболее эффективные препараты. При недостаточной эффективности лечения или отсутствии ее через 5—7 дней антибиотик заменяют.

При тяжелых формах заболевания предпочтительнее пользоваться антибактериальными препаратами, в комплексе воздействующими на аэробную и анаэробную инфекцию (гентамицин в сочетании с пенициллином и метронидазолом, длительность лечения 15—20 дней).

Для предупреждения развития дисбактериоза, кандидоза назначают нистатин (по 250 000 ЕД 4 раза в день) или леворин (по 200 000 ЕД 4 раза в день).

**Десенсибилизирующие средства.** При длительно текущем воспалительном процессе назначают антигистаминные препараты: димедрол (по 0,05 г 2 раза в день), супрастин (по 0,025 г 2—3 раза в день).

**Дезинтоксикационная терапия.** Для борьбы с интоксикацией рекомендуется введение жидкости в количестве 2—3 л (гемодез, реополиглюкин, глюкозоновокаиновая смесь, глюкоза, изотонический раствор хлорида натрия) с учетом выраженности интоксикации, диуреза, наличия отеков под контролем содержания электролитов (калий, натрий) в крови.

**Симптоматическое лечение.** При наличии болей назначают свечи с белладонной, анальгин. В острой стадии воспалительного процесса при раздражении брюшины применяют лед на низ живота в течение 3 дней (по 2 ч в день с перерывами на 1 ч).

**Физиотерапевтическое лечение.** Применяется, начиная с подострой стадии воспалительного процесса (электрофорез меди, цинка, калия и др.). В хронической стадии назначают парафин, озокерит, грязи и бальнеолечение.

**Хирургическое лечение.** С целью уточнения характера экссудата и последующего оперативного вмешательства производят пункцию заднего свода влагалища. При получении гноя его извлекают шприцем, а затем вводят антибиотики. Такое лечение осуществляют при позадиматочном абсцессе и нагноившемся заднем параметрите.

При выпячивании заднего свода, а иногда и задней стенки влага-

лица показано срочное вскрытие свода с введением дренажа. Обычно это дает хорошие результаты. После перехода процесса в подострую стадию постепенно начинают действовать физическими факторами (УФ-лучи, УВЧ). В хронической стадии возможно применение электрофореза меди, цинка, ультразвука, грязелечения.

При перитоните, возникшем вследствие разрыва пиосальпинкса, пиовара, тубовариального гнойного воспаления, а также при частых длительных обострениях, не поддающихся консервативному лечению, показано хирургическое лечение. Объем оперативного вмешательства (удаление пораженных придатков, матки с придатками) зависит от стадии заболевания. У молодых женщин такие вмешательства по возможности должны носить щадящий характер; в более пожилом возрасте проводят радикальные операции.

**Профилактика воспалительных заболеваний.** В основном заключается в борьбе с внебольничными абортами. Большую роль играет повседневная санитарно-просветительная работа среди женщин.

При острых воспалительных процессах в наружных половых органах и влагалище показано освобождение от работы до исчезновения острых явлений, однако лечение должно проводиться в амбулаторных условиях до полного излечения.

При острых и подострых воспалительных процессах в матке, придатках, параметрии, при пельвиоперитоните лечение осуществляется в стационаре обычно в течение 2—4 нед, после чего выдается листок нетрудоспособности и женщину направляют в женскую консультацию, где решается вопрос об ее дальнейшем лечении и трудоспособности (учитываются условия труда, сменность работы, возможность продолжения лечения в амбулаторных условиях, необходимость санаторно-курортного лечения).

В хронической стадии заболевания, особенно с частыми обострениями воспалительного процесса, противопоказаны большая физическая нагрузка, работа, связанная с вибрацией, переохлаждением, перегреванием. Эта группа больных нуждается в длительной реабилитации, направленной на восстановление трудоспособности и репродуктивной функции.

#### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

К специфическим воспалительным заболеваниям женских половых органов относятся трихомониаз, гонорея, кандидоз, кольпит вирусной этиологии, микоплазмоз, туберкулез женских половых органов.

##### **Трихомониаз (trichomoniasis)**

Трихомониаз — инфекционное заболевание, вызываемое влагалищной трихомонадой. У человека паразитируют три разновидности трихомонад: влагалищная, кишечная и ротовая (рис. 43). Половые органы и мочевыводящие пути поражаются только влагалищной трихомонадой.

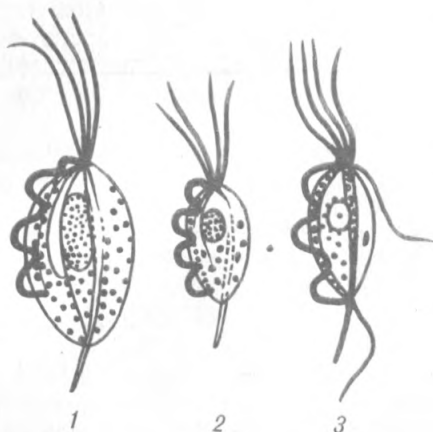


Рис. 43. Трихомонады (схема по Уэнричу).

1 — влагалищная; 2 — кишечная; 3 — родовая.

Трихомониаз является одним из наиболее распространенных специфических воспалительных заболеваний и составляет 40% среди амбулаторных гинекологических больных. Трихомониазом страдают 60—70% женщин, имеющих бели.

Трихомониаз передается половым путем. Заражение девочек может произойти в момент прохождения плода по инфицированным

родовым путям матери, а также контактным путем при попадании выделений из половых путей больной матери, если она спит в одной постели с девочкой.

Трихомонады представляют собой простейшие, относящиеся к классу жгутиковых. Имеют овальную или грушевидную форму и размеры в среднем 20—30 мкм. На переднем конце тела паразита имеются четыре свободных жгутика, а сбоку расположена так называемая волнообразная мембрана, с помощью которых осуществляются движения трихомонад. Размножается трихомонада путем деления на две или четыре клетки.

Воспаление, возникающее под воздействием трихомонад, следует рассматривать как протозойно-бактериальное, так как наряду с трихомонадами в нем участвуют кокки, грибы, что следует учитывать при лечении.

**К л и н и к а.** Инкубационный период длится от 3—5 до 20—30 дней. Различают острые простые, гранулезные и макулезные трихомонадные кольпиты, подострые и хронические формы.

Наиболее часто трихомонады поражают влагалище, реже — мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, выводные протоки больших желез преддверия влагалища, само преддверие, слизистую оболочку канала шейки матки, придатки. Для трихомониаза, как и для гонореи, характерна многоочаговость поражения.

Основными проявлениями заболевания служат обильные жидкие пенные бели серо-желтого цвета, которые вызывают зуд и жжение в области наружных половых органов.

Клиническая картина во многом зависит от функциональной активности яичников. При возникновении заболевания на фоне их гипофункции наблюдаются картина острого процесса, многоочаговость поражения. При достаточной гормональной функции яичников чаще поражается только влагалище, воспалительные изменения выражены слабее, картина заболевания носит стертый характер, нередко отмечается трихомонадоносительство.



При простом остром трихомонадном кольпите возникают зуд наружных половых органов, отек вульвы и влагалища. Слизистая оболочка стенок влагалища и влагалищной части шейки матки гиперемирована, легко кровоточит, покрыта гнойными выделениями. Бели являются экссудатом кровеносных и лимфатических сосудов, расположенных в стенке влагалища. Выделения имеют гнойный характер и неприятный запах. Пенистый характер выделений обусловлен присутствием особого газообразующего микрококка.

При остром гранулезном кольпите слизистая оболочка влагалища и шейки матки имеет зернистый характер. Гранулезные точки резко гиперемированы и не исчезают при надавливании.

Для макулезного кольпита наиболее характерно появление красных пятен, возвышающихся над слизистой оболочкой влагалища и шейки матки. Эти участки, содержащие расширенные кровеносные сосуды, при прикосновении кровоточат. При подострой стадии клиническая картина носит стертый характер, наблюдаются нерезко выраженная гиперемия влагалища и небольшое количество отделяемого.

При хроническом трихомонадном кольпите воспалительные изменения влагалища и шейки матки мало выражены.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на клинических проявлениях заболевания и обнаружении трихомонад. При бактериоскопическом исследовании мазков, окрашенных по Граму, обычно обнаруживают трихомонад. Особенно легко их найти в нативном препарате. Трихомонады во влагалище обычно обнаруживаются при IV и III степени чистоты влагалища. При отрицательном результате бактериоскопического исследования и подозрении на трихомонадный кольпит проводят бактериологическое исследование. В качестве вспомогательного метода выявления трихомонад прибегают к люминесцентной микроскопии. В последние годы более широко применяется кольпоскопия для обнаружения гранулезного и макулезного кольпита.

При многоочаговости поражения особенно тщательно должно проводиться обследование больной для исключения гонореи. При заболевании, вызванном трихомонадами и гонококками, клиническая картина, присущая той и другой инфекции, изменяется, однако чаще преобладает картина трихомониаза.

При трихомониазе иммунитет отсутствует, что может привести к рецидивам заболевания, а также к реинфекции. Источником ее чаще всего являются нелеченые мужчины-трихомонадоносители. Иногда рецидивы возникают вследствие наличия трихомонад в лакунах, криптах, парауретральных ходах, куда медикаментозные средства не всегда проникают.

**Л е ч е н и е.** Одновременно проводится лечение жены и мужа. Кроме специфической терапии назначаются средства, влияющие на сопутствующую микрофлору. Основным, наиболее эффективным, средством лечения трихомониаза является метронидазол (трихопол, флагил). Препарат назначают внутрь; при этом он быстро всасывается и обладает высокой активностью.

Схема лечения: 1-й день — 0,5 г трихопола 2 раза с интервалом 12 ч; 2-й день — 0,25 г 3 раза в день; интервалы между приема-

ми 8 ч. В последующие 4 дня назначают по 0,25 г препарата 2 раза в день (через 12 ч).

Назначают метронидазол и по другой схеме: 0,25 г препарата утром и вечером во время или после еды в течение 10 дней. После предварительного спринцевания перманганатом калия на ночь во влагалище вводят свечу или таблетку, содержащую 0,5 г метронидазола.

В последние годы для лечения трихомониаза применяют препарат фазижин (группа имидазола), который назначается в течение одного дня по 1 таблетке (0,5 г) 4 раза в день во время или после еды.

Препараты группы метронидазола противопоказаны при заболеваниях крови и ЦНС. Их не следует применять в ранние сроки беременности (до 8—10 нед).

Побочное действие проявляется тошнотой, рвотой, редко переходящей лейкопенией, головокружением, иногда возникает явление аллергии.

Местное лечение особенно тщательно проводится при непереносимости противотрихомонадных препаратов и при длительно текущих, упорных формах заболевания. После введения зеркала во влагалище сухим тампоном или смоченным 2% раствором борной кислоты удаляют патологический секрет, затем во влагалище вводят осарсол в сочетании с борной кислотой (по 0,25 г), слегка втирая порошок в стенки. Местное лечение осарсолом повторяют после менструации в течение двух последующих менструальных циклов. При лечении осарсолом возможны побочные явления: дерматиты, невриты, тошнота, рвота, диспепсические расстройства.

При наличии уретрита промывают уретру раствором перманганата калия 1:2000, после чего в нее вводят 5% раствор осарсола или 30% раствор альбуцида.

При обнаружении трихомонад в прямой кишке больной назначают свечи, содержащие по 0,3 г осарсола и борной кислоты. Вводят после опорожнения кишечника в течение 10 дней по одной свече. Девочки, страдающие трихомониазом, не допускаются в детские учреждения (детские сады, ясли, интернаты) до излечения.

Контроль излеченности осуществляется в течение 2—3 менструальных циклов после проведенного лечения. Мазки берутся на 1—3-й день после менструации.

Предупреждение трихомониаза заключается в борьбе с беспорядочной половой жизнью. Лечение обоих супругов является обязательным.

### Гонорея (gonorrhoea)

Гонорея — венерическая болезнь, вызываемая гонококками. Среди специфических воспалительных заболеваний женских половых органов гонорейная инфекция наблюдается у 5—25% больных, занимая второе место после трихомониаза. Возраст большинства женщин, больных гонореей, 21—40 лет.

Основной путь заражения гонореей половой и в очень небольшом проценте случаев оно происходит внеполовым путем (через различные предметы обихода — белье, губки, полотенце). Заражение девочек

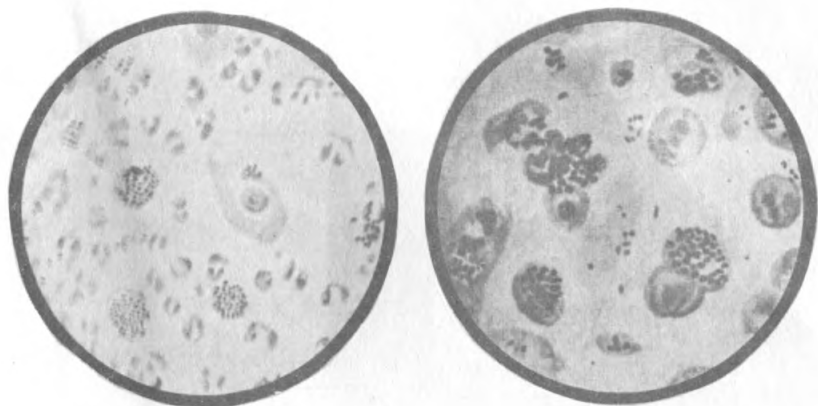


Рис. 44. Гонококки.

возможно еще во внутриутробном периоде, когда гонококки попадают в организм плода во время его прохождения по родовым путям.

Гонококк относится к грамотрицательным парным коккам, по форме напоминает кофейные зерна, которые вогнутой поверхностью обращены друг к другу (рис. 44). Микробы располагаются группами, преимущественно внутриклеточно в лейкоцитах, реже внеклеточно в глубине тканей, а также могут находиться на поверхности эпителиальных клеток. При электронно-микроскопическом исследовании у гонококка выявляются фестончатая клеточная стенка, двухконтурная цитоплазматическая мембрана, мелкозернистая цитоплазма с большим количеством рибосом, нуклеоид с нитями ДНК (рис. 45).

Широкое применение антибиотиков привело к изменениям морфологии и биологических свойств гонококка: появились устойчивые гигантские L-формы, плохо поддающиеся действию пенициллина, а также грамположительные формы гонококка. Особо важное эпидемиологическое значение имеет фагоцитоз гонококка трихомонадами, так как пенициллин не действует на гонококка, находящегося внутри трихомонады.

Размножение гонококка происходит путем деления пополам (диплококк) или на четыре части (тетракокк), реже путем почкования.

Гонококк не образует экзотоксина. При гибели гонококка выделяется эндотоксин, который вызывает дегенеративно-деструктивные изменения в тканях, развитие спаечных процессов и др.

Гонорея характеризуется преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов.

Врожденного и приобретенного иммунитета к гонорее не имеется. Поэтому переболевшие могут заболеть повторно, обычно реинфекция протекает так же остро, как и при первичном заражении.

Гонорея значительно изменяет реактивность организма, вызывая угнетение некоторых показателей неспецифической защиты (комплемент, лизоцим, бактерицидная активность сыворотки) и иммунологи-

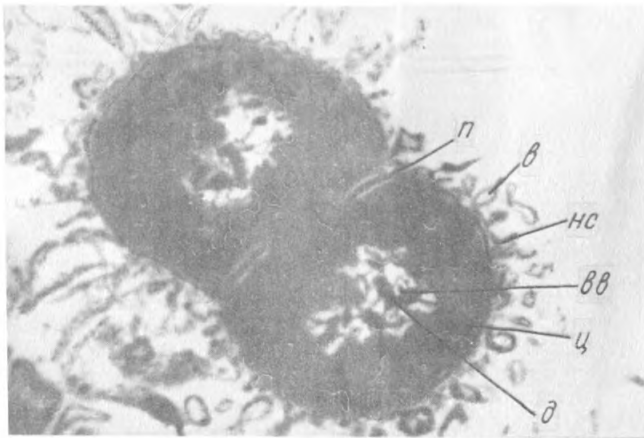


Рис. 45. Ультраструктура гонококка (объяснение в тексте).

ческой реактивности. Снижение уровня иммуноглобулинов у больных гонореей связано со специфической этиологией воспаления и отсутствием иммунитета при этой инфекции.

Большое значение имеет классификация гонореи, в основу которой положены топографоанатомический и клинический принципы (рис. 46).

Топографоанатомическая классификация:

1. Гонорея восходящая.
2. Гонорея мочевыделительной системы.
3. Гонорея ректальная.
4. Гонорея метастатическая.

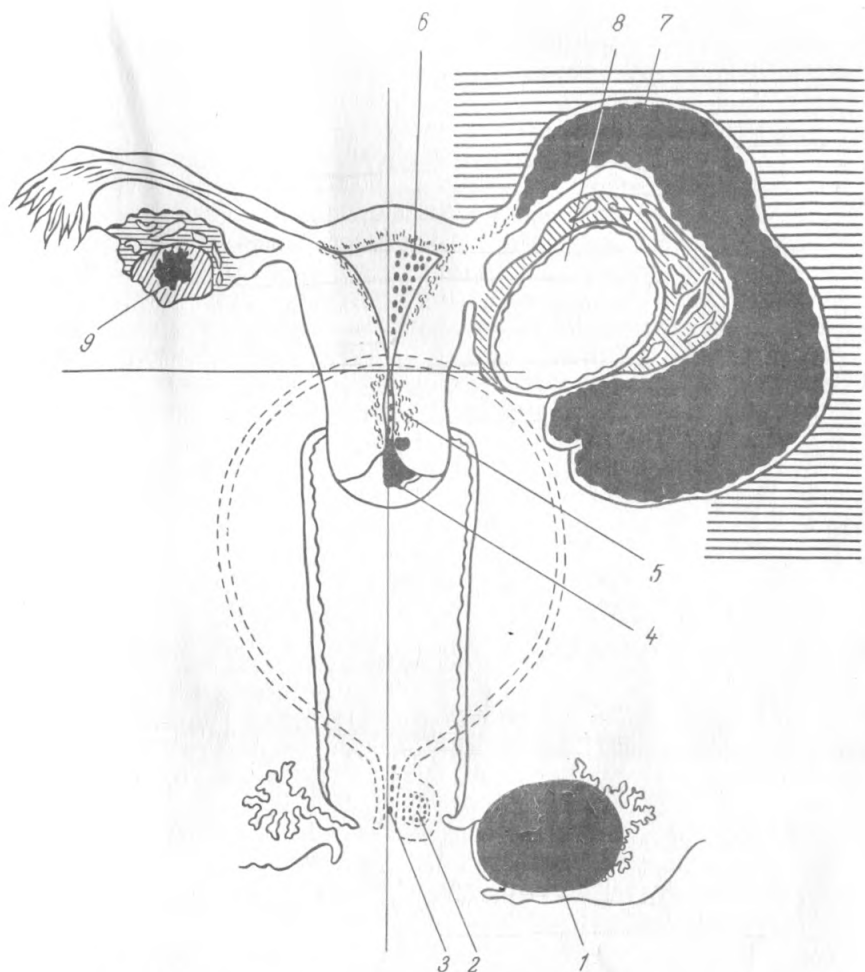
У женщин преимущественно наблюдается гонорея наружных половых органов и только у 20—25% отмечается восходящая гонорея.

Воспалительный процесс гонорейной этиологии в мочевыделительной системе локализуется преимущественно в уретре. Поражение гонококком прямой кишки, как правило, носит вторичный характер. Оно протекает в виде проктита, парапроктита и обнаруживается у 45% больных гонореей. При метастатической форме (редкой) наблюдаются артриты, полиневриты, остеомиелиты, гонококковый сепсис и др.

По клиническому течению различают свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея в свою очередь делится на острую, подострую и торпидную.

К свежей острой гонорее относят воспалительные процессы, возникшие не более 2 нед назад, к подострой — воспалительные процессы, давность которых составляет 2—8 нед. Для свежей торпидной формы характерно стертое начало и течение воспалительного процесса; при этом в скудном отделяемом из уретры и шейки обнаруживаются гонококки.

К хронической гонорее относят заболевания продолжительностью свыше 2 мес. Однако границы, разделяющие эти формы заболевания, носят весьма условный характер.



**Рис. 46.** Типичная локализация очагов гонореи у женщины.

Слева нормальные половые органы, справа — изменения в органах при гонорее: 1 — воспаление большой железы преддверия влагалища; 2 — парауретральный абсцесс; 3 — уретрит; 4 — псевдоэрозия шейки матки; 5 — эндоцервицит; 6 — эндометрит; 7 — пиосальпинкс; 8 — пиовар; 9 — желтое тело.

Для гонореи типична многоочаговость поражения. Наиболее часто (в 60—90%) встречается торпидная форма. Подобное вялое течение гонореи наблюдается и у супруга. Важным фактором стертого течения гонореи является гипофункция яичников. Второй особенностью течения гонореи является то, что она протекает как смешанная инфекция, обусловленная сочетанием гонококков и трихомонад (70—80%), стафилококков, стрептококков (20—22%), гонококков и вирусов (4—6%).

Существуют два пути распространения гонорейной инфекции:

восходящий — уретра, шейка матки, эндометрий, трубы, брюшина и гематогенный — проникновение гонококков в кровяное русло. Наиболее часто инфекция распространяется первым путем, особенно при менструации.

**Гонорейный уретрит.** Отмечается у 71—96% больных гонореей и чаще — у нерожавших женщин. Инкубационный период длится от 3—5 дней до 3—4 нед.

**К л и н и к а.** У большинства больных свежий гонорейный уретрит протекает со стертой клинической картиной: отмечаются неприятные ощущения в области уретры, жжение, незначительные боли. При выраженной картине гонорейного уретрита дизурические явления являются основным симптомом. Наблюдаются частое болезненное мочеиспускание, императивные позывы, рези при мочеиспускании, которые свидетельствуют о воспалительном процессе в мочевом пузыре. Слизистая оболочка уретры гиперемирована, отечна, из наружного отверстия уретры появляются гноевидные выделения. При пальпации через переднюю стенку влагалища определяется по ходу уретры плотный валик, иногда с четкообразными утолщениями. Однако острые явления воспаления благодаря анатомическим особенностям женского мочеиспускательного канала (уретра короткая, почти без изгибов, относительно широкая и хорошо растяжимая) стихают сравнительно быстро и в дальнейшем больные не предъявляют жалоб на расстройства мочеиспускания.

**Д и а г н о с т и к а.** Для установления диагноза исследуют содержимое уретры. Для этого из нее берут желобоватым зондом каплю гноя и наносят на предметное стекло. Мазок фиксируют трехкратным быстрым проведением над огнем горелки, после чего окрашивают метиленовым синим и по Граму. Если выделения из уретры незначительны, следует осторожно провести легкий массаж уретры указательным пальцем, введенным во влагалище. Наряду с бактериоскопическим производят и бактериологическое исследование.

**Гонорейный парауретрит.** Парауретральные протоки расположены на нижней полускружности входа в уретру (протоки Скина). Иногда парауретральные ходы открываются на боковых стенках уретры. При гонорее протоки поражаются у 3—15% женщин.

**К л и н и к а.** При свежей гонорее устья парауретральных протоков отечны, гиперемированы, болезненны при исследовании. При надавливании со стороны влагалища появляется гнойное отделяемое, в котором находятся гонококки. При закрытии устья может образоваться ложный абсцесс, который иногда опорожняется и вновь рецидивирует. При остром гонорейном поражении парауретральных протоков больные предъявляют жалобы на боли в области уретры. При хроническом течении заболевания жалобы отсутствуют.

**Гонорейный бартолинит.** Нередко гонококк поражает большую железу преддверия влагалища. Гонорейное воспаление самой железы, как правило, носит вторичный характер, поскольку первично поражается ее выводной проток (каналикулит).

**К л и н и к а.** Отмечаются гиперемия, отечность протока, около наружного отверстия, расположенного на границе средней и нижней

третьей большой половой губы, обнаруживают округлые участки гиперемии (гонорейные пятна). Однако гиперемия устья протока может быть вызвана и другими возбудителями (трихомонады, стафилококки, стрептококки). Закупорка выводного протока приводит к его растяжению и проток начинает приобретать овальную форму. В случае присоединения неспецифической инфекции возникает псевдоабсцесс большой железы преддверия влагалища.

Истинный абсцесс с вовлечением в процесс окружающей клетчатки развивается редко.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на характерных жалобах больших, клинической картине заболевания и данных бактериоскопических и бактериологических исследований. Для взятия мазка из канала большой железы преддверия влагалища прибегают к следующему приему: II палец вводят во влагалище, а I — располагают на наружной поверхности большой половой губы на границе средней и нижней ее третей и производят надавливание на губы двумя пальцами. Выделившийся при этом секрет берут стерильной петлей для исследования.

**Гонорейный эндоцервицит (цервицит).** Гонорейный эндоцервицит встречается у 80% женщин, больных свежей гонореей и часто сочетается с гонорейным уретритом. В канале шейки матки имеются благоприятные условия для жизнедеятельности гонококков: щелочная среда шейечного секрета, цилиндрический эпителий, отсутствие подслизистого слоя, наличие глубокорасположенных ветвящихся желез. Все это способствует проникновению в глубь шейки матки и размножению гонококков, а также переходу острой стадии в хроническую. Хронический цервицит ведет к развитию гипертрофии шейки матки.

**К л и н и к а.** Проявления хронического цервицита весьма скудны. Обычно наблюдаются тупые боли в поясничной области, слизистогнойные выделения из канала шейки матки. Шейка значительно уплотнена, нередко на ее поверхности образуются кисты желез шейки матки (кисты Набота). В остром периоде заболевания больные ощущают тяжесть внизу живота, боли в области крестца. Слизистая оболочка канала шейки матки гиперемирована, отечна, разрыхлена, отмечаются слизисто-гнойные выделения из наружного зева шейки матки. На задней губе шейки матки вследствие мацерации может возникнуть истинная эрозия, которая быстро покрывается цилиндрическим эпителием с образованием ложной эрозии.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на соответствующей клинической картине и обнаружении возбудителя в выделениях. Для выявления гонококка шейку матки протирают ватным тампоном, вводят в канал пинцет со сдвинутыми браншами (на 0,5—1 см выше наружного зева) и берут секрет для исследования.

**Гонорейный проктит.** Гонорейное воспаление прямой кишки наблюдается у 40—45% больных, страдающих гонореей наружных половых органов. Инфицирование прямой кишки чаще всего происходит вследствие затекания через задний проход гнойных выделений из влагалища. Гонококки поражают преимущественно слизистую оболочку нижнего отдела прямой кишки.

**К л и н и к а.** В большинстве случаев заболевание протекает стерто, некоторые женщины жалуются на тенезмы, жжение, боли в области заднего прохода, особенно во время дефекации. При остром гонорейном проктите отмечаются гиперемия, отек слизистой оболочки, мелко-клеточная инфильтрация, возникает десквамация эпителиальных клеток с образованием небольших эрозий.

**Д и а г н о с т и к а.** Гонорейный проктит может быть диагностирован после бактериоскопического и бактериологического исследования секрета. Для этого прямую кишку промывают 60—80 мл теплого (38—39°C) изотонического раствора хлорида натрия из кружки Эсмарха. Промывную жидкость собирают в стакан. Гнойные или слизистые нити пинцетом наносят тонким слоем на предметное стекло, фиксируют препарат и окрашивают метиленовым синим и по Граму. Другую часть материала отправляют на посевы.

**Восходящая гонорея.** По клиническим симптомам и последствиям является наиболее тяжелой формой заболевания. Однако в последние годы стертое течение значительно чаще стало встречаться не только при гонорее нижнего отдела половой системы, но и при восходящей гонорее. Это обстоятельство значительно осложнило раннее выявление заболевания и своевременное начало лечения. Принято выделять три формы восходящей гонореи: эндометрит, сальпингоофорит и пельвиоперитонит.

**Гонорейный эндометрит.** Поражение слизистой оболочки тела матки. Гонококки попадают в эндометрий из канала шейки матки, вызывая вначале воспалительный процесс функционального, а затем базального слоя эндометрия. При тяжелом течении заболевания воспалительный процесс распространяется и на прилегающие слои миометрия (эндомиометрит).

**К л и н и к а.** Больные предъявляют жалобы на жидкие гнойно-серозные бели, нередко сукровичного характера, тупые боли внизу живота и в крестце, повышение температуры. Предрасполагающими к возникновению гонорейного эндометрита факторами являются роды, аборт и менструация. Заболевание часто протекает стерто, с нерезко выраженной общей реакцией. Однако при задержке гнойного содержимого в полости матки, что чаще наблюдается у нерожавших женщин, возникает бурная реакция: недомогание, головная боль, повышение температуры до 38—39°C. Очередная менструация запаздывает вследствие нарушения в эндометрии пролиферативных и секреторных превращений, обретает длительный, обильный, а иногда и адиклинический характер. При влагалищном исследовании определяют слегка увеличенную матку, болезненную при пальпации. У некоторых больных воспалительный процесс с эндометрия может распространяться на придатки и брюшину малого таза.

При гонорейном эндометрите, так же как и при других формах восходящей гонореи, часто наблюдается несоответствие между увеличением СОЭ и количеством лейкоцитов: СОЭ повышена, а количество лейкоцитов увеличено незначительно. Одновременно наблюдаются эозинофилия и лимфоцитоз.

**Гонорейный сальпингоофорит.** Это заболевание характерно для



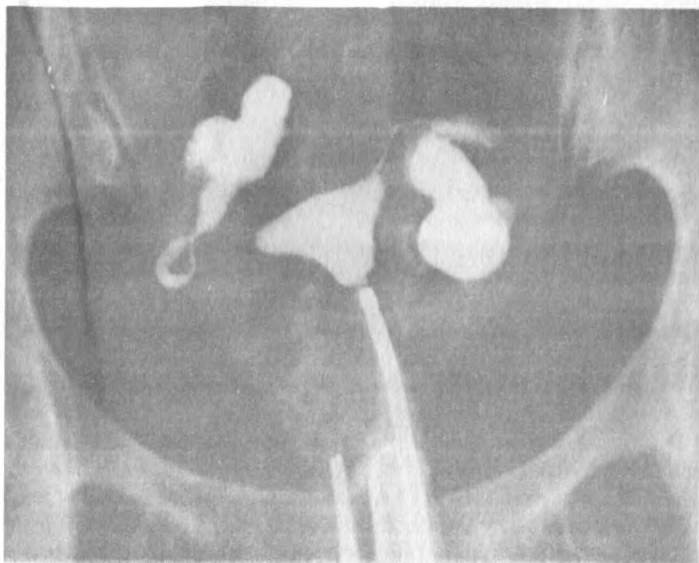


Рис. 47. Гистеросальпингография при двустороннем гидросальпинксе.

второго этапа распространения инфекции. Происходит поражение маточных труб с последующим вовлечением в воспалительный процесс яичников. Гонорейный сальпингоофорит чаще имеет двусторонний характер.

**К л и н и к а.** В острой стадии заболевания наблюдаются боли внизу живота, озноб, повышение температуры. При попадании гонококка в маточные трубы вначале возникает катаральный сальпингит: гиперемия и отек складок слизистой оболочки трубы, накопление лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток. Консистенция стенки маточной трубы в начальных стадиях воспалительного процесса изменяется мало. При закрытии просвета ампулярного и маточного концов трубы она принимает ретортообразную форму и возникает гидросальпинкс (рис. 47). По мере прогрессирования процесса изменения в трубе становятся более грубыми, происходят слушивание эпителия, образование язвенных поверхностей, склеивание складок трубы. Трубы утолщены, извиты. В воспалительный процесс вовлекаются все слои трубы, они становятся плотными, ригидными. Может возникнуть пиосальпинкс.

В хронической стадии чаще встречаются катаральные и нодозные сальпингиты. Для нодозных сальпингитов характерно четкообразное изменение труб, хорошо заметное при гистеросальпингографии.

**Гонорейный оофорит.** Заболевание обычно возникает после поражения маточной трубы. Переход воспаления на яичник происходит контактным либо лимфатическим путем. Проникновение гонококков в фолликул или желтое тело может привести к возникновению абсцесса



Рис. 48. Спаечный процесс в малом тазу.

яичника. Измененные в связи с воспалением маточные трубы и яичники, тесно прилегая друг к другу, образуют единый воспалительный конгломерат. Если стенка, образованная между этими органами, разрушается, возникает трубно-яичниковая киста, размеры, формы и содержимое которой весьма разнообразны. При наличии пиосальпинкса и пиовара в малом тазу наблюдается выраженный спаечный процесс с кишечником, сальником, мочевым пузырем (рис. 48).

**Гонорейный пельвиоперитонит.** Заболевание представляет собой третий этап распространения восходящей инфекции. Развитие тазового перитонита обусловлено попаданием возбудителей инфекции с содержимым маточных труб на брюшину малого таза. Наряду с этим возможно и лимфогенное распространение инфекции.

Различают открытый и закрытый пельвиоперитонит. При открытой форме воспалена брюшина малого таза, а в остальной брюшине развивается реактивное воспаление. При закрытой форме воспалительный процесс в малом тазу изолирован от здоровых органов вследствие сращения и спаек.

**К л и н и к а.** Для гонорейного пельвиоперитонита характерно внезапное и быстрое развитие заболевания: появляются тошнота, рвота, резкие боли внизу живота, иррадиирующие в мезо- и эпигастрий, усиливающиеся при перемене положения тела. Отмечаются мышечная защита, симптом Щеткина—Блумберга в нижних отделах живота, задержка стула, газов, температура повышается до 38—39°C, пульс учащен. Для этого заболевания типично образование многочисленных спаек между органами малого таза, что приводит к ограничению воспалительного процесса, поэтому разлитой перитонит развивается редко.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на клинических проявлениях заболевания и обнаружении гонококков в мазках, взятых из уретры, шейки матки или других очагов инфекции. Диагноз гонорей с достоверностью может быть поставлен только при обнаружении гонококков,

поэтому лабораторным методам исследования в диагностике этого заболевания придается первостепенное значение.

В современных условиях трудности диагностики гонореи заключаются в том, что гонококк во многом изменил свои морфологические свойства, увеличилась частота стертых форм заболевания, в том числе и при восходящем процессе. Кроме того, сопутствующая гонококку микробная флора (стафилококки, трихомонады, вирусы) во многом затрудняет этиологическую и клиническую диагностику этой инфекции.

При подозрении на гонорею следует учитывать: 1) возникновение дизурических явлений и белей после начала половой жизни, повторного брака, случайного полового контакта; 2) наличие гонореи у мужа в настоящее время или в прошлом; 3) возникновение эндоцервицита у женщины с первичным бесплодием, особенно в сочетании с уретритом, двусторонним воспалением выводящих протоков больших желез преддверья, влагалища; 4) наличие двустороннего сальпингоофорита в сочетании с эндоцервицитом у небеременевшей женщины.

Бактериологический метод исследования заключается в посевах секрета уретры, шейки матки и других отделов половой системы, прямой кишки на асцит-агар и асцит-бульон, в результате чего можно получить культуру гонококков. В настоящее время широкое распространение получили так называемые транспортные среды, которые позволяют сохранить гонококков в течение определенного времени с момента взятия материала до его посева на селективные среды. Бактериологический метод исследования позволяет обнаружить гонококков значительно чаще, чем бактериоскопический. Культуральный метод имеет преимущество и в отношении выявления L-форм гонококка, которые на питательных средах могут снова переходить в исходную форму, т. е. приобрести характерные морфологические и биологические свойства этого микроорганизма.

Большое значение в диагностике гонореи, особенно ее первично-хронических форм, принадлежит методам провокации, в основе которых лежит искусственное создание условий усиленного кровообращения, вследствие чего гонококки можно обнаружить на поверхности слизистых оболочек с помощью обычных методов лабораторной диагностики. К методам провокации относятся: 1) химический — смазывание слизистой оболочки уретры 1—2% раствором и канала шейки матки 5% раствором протаргола; 2) механический — массаж уретры через заднюю ее стенку; 3) биологический — внутримышечное введение гоновакцины в количестве 500 млн. микробных тел; 4) алиментарный — применение острой и соленой пищи; 5) физиологический — менструация; 6) термический — воздействие на органы малого таза в течение 3 дней физическими факторами (грязи, озокерит, парафин, переменное магнитное поле ВЧ или УВЧ и др.).

Наиболее эффективна комплексная провокация: алиментарная, химическая и биологическая. Обычно провокацию проводят в последние дни менструации или в первые дни после ее окончания. Мазки и посевы отделяемого из очагов поражения берут через 24, 48 и 72 ч, посевы — через 72 ч. Диагноз гонореи ставят лишь после обнаружения гонококков.

**Л е ч е н и е.** Должно быть комплексным. Оно включает анти-

Т а б л и ц а 4. Антибактериальная терапия гонореи

Препарат	Периодичность введения препарата и его способ	Доза препарата		
		разовая	курсовая	
			при свежей острой гонорее	при свежей торпидной, восходящей и хронической гонорее
Пенициллин	Через 3—4 ч внутримышечно	Первая инъекция 600 000 ЕД, последующие — по 300 000 ЕД	3 млн. ЕД	4,2—6 млн. ЕД
Ампициллин	Через 4 ч внутрь	0,5 г	2 г	3,4—4,5 г
Левомецетин	В первые 2 сут 6 раз в день через равные промежутки времени с ночным перерывом 7—8 ч, далее 4 раза в день внутрь	0,5 г	6 г	7—10 г
Олететрин, тетраолеан	В первые сутки 5 раз в день, далее 4 раза в день с ночным перерывом 8 ч внутрь	Первый прием 0,5 г (500 000 ЕД), последующие — по 0,25 г (250 000 ЕД)	4 г (4 млн. ЕД)	7 г (7 млн. ЕД)
Эритромицин	Первые 2 дня 6 раз в день, далее 5 раз в день внутрь	0,4 г (400 000 ЕД)	8,8 г (8,8 млн. ЕД)	12,8—14 г (12,8—14 млн. ЕД)
Канамидин	Через 12 ч внутримышечно	0,5 г (500 000 ЕД)	2 г (2 млн. ЕД)	3—6 г (3—6 млн. ЕД)
Сульфадиметоксин	3 раза в сутки через равные промежутки времени внутрь	Первые 2 дня 1,5 г, в дальнейшем 1 г	14—15 г	18—20 г

П р и м е ч а н и я

1. При свежей торпидной, восходящей и хронической гонорее пенициллин на ночь вводят с аутокровью большой (5 мл).
2. При свежей торпидной, восходящей и хронической гонорее антибактериальную терапию проводят одновременно с иммуноотрапией (гоновакцина, пирогенал и др.).
3. Сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (сульфадиметоксин и др.) показаны при непереносимости антибиотиков или безуспешности лечения ими.

бактериальную, иммуностимулирующую и местную противовоспалительную терапию. Лечение острой гонореи всегда проводится в стационаре. Назначают постельный режим в течение всего лихорадочного периода, лед на низ живота с перерывами в течение первых 3 дней, механически и химически щадящую диету (исключить острое, соленое), обильное питье, контроль за функцией кишечника (простокваша, чернослив, свекла, при необходимости вазелиновое масло по 1 столовой ложке 3 раза в день), туалет наружных половых органов (с применением слабого раствора перманганата калия).

Лечение гонореи проводится пенициллином. Отсутствие эффекта от пенициллинотерапии наблюдается у 8—10% больных. В таких случаях назначают другие антибиотики (табл. 4). Гонококки остаются чувствительными к полусинтетическим пенициллинам, которые эффективны у 99% больных. При смешанной инфекции применяют антибиотики широкого спектра действия, нитрофураны. При тяжелых формах гонореи, восходящей гонорее, смешанной инфекции возможно применение одновременно нескольких антибактериальных препаратов. При свежей торпидной форме, хронической гонорее показана антибиотикотерапия с одновременной иммунотерапией.

Для повышения эффективности лечения необходимо сочетать антибиотики с сульфаниламидами. Кроме того, сульфаниламиды пролонгированного действия показаны при отсутствии эффекта антибиотикотерапии и непереносимости этих препаратов, особенно при наличии смешанной инфекции.

С дезинтоксикационной целью внутривенно вводят гемодез или реополиглюкин. При тяжелых состояниях нередко возникает гипокалиемический метаболический и дыхательный ацидоз, что служит показанием к назначению раствора Рингера, препаратов калия. В комплекс противовоспалительного лечения включают витамины группы В, С, Р, препараты, предупреждающие развитие кандидоза (леворин, нистатин), десенсибилизирующие средства (димедрол, супрастин).

По мере стихания воспалительного процесса назначают физиотерапевтические процедуры (УФ-облучение, токи УВЧ, электрофорез меди, цинка).

У больных с тяжелым пельвиоперитонитом при отсутствии эффекта от проводимой в течение 12—48 ч комплексной противовоспалительной терапии показана лапароскопия с целью дренирования брюшной полости и исключения разрыва пиосальпинкса. Через микроиригатор ежедневно вводят в брюшную полость до 700 мл жидкости (изотонический раствор хлорида натрия с 0,25% раствором новокаина одновременно с антибиотиками). Дренажи удаляют на 4—5-е сутки. Дренирование брюшной полости наряду с комплексной противовоспалительной терапией повышает эффективность лечения. В случае отсутствия положительной реакции после дренирования брюшной полости в течение 6—12 ч показана лапаротомия.

Ценным методом лечения гонореи является иммунотерапия, повышающая иммунологическую реактивность организма. Для этой цели применяют аутогемотерапию, гоновакцину, пирогенал, продиоизан и другие препараты. Аутогемотерапия заключается во введении 3—5 мл

венозной крови больной, постепенно увеличивая объем крови до 10 мл. Инъекции делают внутримышечно через 1—2 дня (всего 5—6 инъекций).

При стихании острого процесса назначают гоновакцину, которая показана также при восходящей гонорее, торпидном и хроническом течении заболевания, безуспешном лечении антибиотиками. Начальная доза препарата составляет 200 млн. микробных тел. Каждая последующая доза может быть увеличена на 250 млн. Максимальная доза не должна превышать 2 млрд. микробных тел. Вводится гоновакцина внутримышечно через 2—3 дня (всего 6—8 инъекций). Гоновакцину можно применять местно: 100 млн. микробных тел под слизистую оболочку уретры и 200 млн. под слизистую оболочку канала шейки матки. Местное введение гоновакцины из-за опасности выраженной реакции допускается только в стационаре.

Введение пирогенала начинают с 25—50 МПД (минимальная пирогенная доза), внутримышечно, увеличивая каждую последующую дозу на 25—50 МПД, но не более 1000 МПД однократно. Обычно устанавливают дозу, вызывающую повышение температуры до 37,5—38°C. При выраженной общей и местной реакции увеличивать дозу не следует. Препарат вводят через 2—3 дня (курс лечения 12—16 инъекций).

Продигиозан назначают в дозе 10—15 мкг внутримышечно, увеличивая дозу до 25—50 мкг (разовая доза не более 75 мкг). Внутримышечное введение продигиозана осуществляется через 4—5 дней (на курс лечения 3—4 инъекции).

При гипертонической болезни, диабете иммуностимулирующие препараты должны применяться в меньших дозах. Показателем эффективности иммунотерапии является повышение в крови содержания гамма-глобулинов.

**Местное лечение.** Этот вид лечения противопоказан при острой гонорее. Его проводят в зависимости от локализации воспалительного процесса. При гонорейном уретрите промывают уретру раствором перманганата калия не ранее чем через час после последнего мочеиспускания. После этого в уретру инстиллируют 3—5 мл 1—2% раствора протаргола (удержать 2—3 мин). Через 10 мин больная должна помочиться. Процедуру повторяют через 2 дня. При хроническом гонорейном уретрите смазывают уретру 1—2% раствором протаргола.

При обнаружении гонококков в парауретральных протоках проводят электрокоагуляцию.

При гонорейном цервиците в подострой стадии применяют влагалышние ванночки из 3—5% раствора протаргола. Процедуру (5—10 мин) проводят ежедневно. При хроническом цервиците канал шейки матки после обработки 10% раствором гидрокарбоната натрия смазывают 3—5% раствором протаргола один раз в 3 дня.

Лечение при воспалении большой железы преддверия влагалыша проводится по тем же принципам, что и при воспалении, вызванном другими микробами.

При гонорейном проктите назначают протаргол в виде свечей (0,02 г) или микроклизм (50 мл 2—3% раствора) при температуре 36—37°C. В хронической стадии смазывают слизистую оболочку прямой кишки 2—3% раствором протаргола.

Лечение гонореи внутренних половых органов не имеет специфических отличий от применяемых методов терапии при септических воспалительных процессах.

К хирургическому вмешательству прибегают при наличии пиосальпинкса, пиовара, а также tuboовариальных образований.

Больным, ведущим беспорядочную половую жизнь, в отношении которых не выявлен источник заражения, следует провести превентивное противовоспалительное лечение в условиях стационара.

**К р и т е р и и з л е ч е н н о с т и.** После проведенного лечения и при отсутствии гонококков в мазках, взятых на 2—4-й день менструации в течение трех последующих менструальных циклов, женщин перестает быть источником заражения и ее можно, снять с учета.

### Кандидоз (candidosis)

К воспалительным заболеваниям специфической этиологии в последние годы относят кандидоз. Кандидоз — заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами. Возникновение его может быть обусловлено: 1) экзогенными факторами, способствующими проникновению грибковой флоры в организм и снижающими общую реактивность женского организма; 2) эндогенными факторами, ведущими к снижению сопротивляемости организма (длительно текущие заболевания); 3) патогенностью грибов, вызывающих дисбактериоз, который в свою очередь может являться результатом длительной антибиотикотерапии.

Микробы, входящие в состав нормальной микрофлоры здорового человека, осуществляют ряд положительных функций: участвуют в синтезе витаминов В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>12</sub>, К, Е, подавляют размножение патогенных и условно-патогенных микробов и, являясь одним из звеньев общей неспецифической защиты макроорганизма, подавляют иммунные реакции. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* редко и в небольшом количестве обнаруживаются на слизистых оболочках полости рта, органов мочеполовой системы и в фекалиях клинически здоровых людей. При снижении иммунологической реактивности организма вследствие длительной антибиотикотерапии в динамическом равновесии между микробами-ассоциантами возникает дисбактериоз, а затем и кандидоз.

Дрожжеподобных грибов рода *Candida* насчитывается 80 видов, однако для медицинской микологии существенное значение имеют лишь некоторые из них. Грибы рода *Candida* — одноклеточные организмы относительно большой величины (несколько микронов), овальной, округлой, иногда овально-вытянутой формы. Образуют псевдомицелий (нити из удлинённых клеток), бластоспоры (клетки-почки, находящиеся на перетяжках псевдомицелия), а некоторые — хламидоспоры (споры с плотной двойной оболочкой) (рис. 49). Заражение кандидозом может происходить во все возрастные периоды, включая внутриутробный.

Развитию кандидоза способствуют повреждения слизистых оболочек, нарушение углеводного (сахарный диабет) и белкового обмена, гипо- и авитаминозы, нерациональное применение антибиотиков.

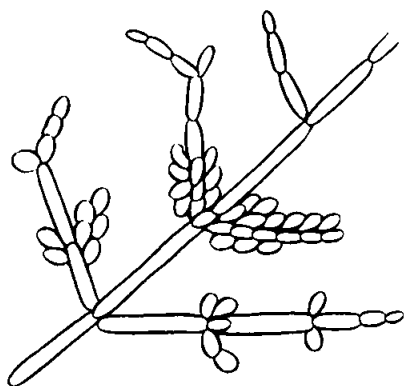


Рис. 49. *Candida albicans*. Цепочечный рост. Хламидоспора на концах нитей (Реброва Р. И., 1979).

Например, применение метронидазола (трихопола) и его производных, широко используемых для лечения трихомоноза, благоприятствует росту заболеваемости кандидозами. Длительное и нерациональное применение противотрихомонадных препаратов может спровоцировать развитие кандидозного вульвовагинита, особенно у женщин с обменными и эндокринными нарушениями.

и сопутствующими гинекологическими заболеваниями.

Грибы рода *Candida* оказывают непосредственное стимулирующее влияние на возбудителей бактериальных инфекций, а также приводят к снижению чувствительности бактерий к антибиотикам и другим химиотерапевтическим препаратам.

Различают кандидамикоз вульвы, влагалища, матки и придатков матки.

**Кандидозный вульвит.** Для этого заболевания характерна гиперемия кожи вульвы и слизистой оболочки преддверия влагалища. На коже вульвы возникают везикулы, затем эрозии, сливающиеся между собой и покрывающиеся корочками, что сопровождается зудом и жжением.

**Д и а г н о с т и к а.** Обнаружение возбудителя в отделяемом язвенных поверхностей служит подтверждением кандидозного кольпита.

**Л е ч е н и е.** Смазывание вульвы 1% раствором генцианового фиолетового либо 1% раствором эозина, либо 1% раствором метиленового синего. Можно применять раствор Люголя, 2% раствор йода. Пораженные участки обрабатывают 5% раствором нистатина, 10–20% раствором буры в глицерине. Одновременно применяют антигистаминные препараты, поливитамины.

**Кандидозный кольпит.** В настоящее время встречается наиболее часто. Отмечаются жжение, зуд, боли во влагалище, бели. При осмотре стенок влагалища обнаруживают гиперемии, отек слизистой оболочки влагалища, налеты белого цвета творожистого характера; при снятии налетов обнажаются эрозированные участки.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на обнаружении возбудителя в мазках, взятых с пораженных участков.

**Л е ч е н и е.** Местная терапия (аналогична лечению кандидозного вульвита) в сочетании с энтеральным назначением нистатина или леворина (500 000 ЕД 3–4 раза в день на протяжении 3 нед). Декамин предпочтительно применять при лечении поверхностных кандидозов у женщин (на слизистой оболочке влагалища). Препарат в виде 1% мази наносят на очаг поражения 1–2 раза в день в течение 1–3 нед. При молочнице декамин применяют в виде карамели (0,15 мг) под язык до



полного рассасывания. Одновременно назначаются антигистаминные препараты, поливитамины, общеукрепляющая терапия.

**Кандидозный эндоцервицит.** В острой стадии наблюдаются гиперемия, отек слизистой оболочки канала шейки матки, нередко истинная эрозия, тягучие бели. Эндоцервицит, как правило, сопровождается кольпитом. В хронической стадии все эти проявления заболевания носят стертый характер.

**Диагностика и лечение.** Те же, что и при кандидозном кольпите.

**Кандидозный эндометрит** встречается редко, обычно после септического эндометрита, при котором больная получала большие дозы антибиотиков.

**Клиника.** Проявление заболевания сходны с картиной септического эндометрита. Течение длительное.

**Диагностика.** Основывается на обнаружении возбудителя в соскобе эндометрия либо в отделяемом полости матки.

**Лечение.** Такое же, как при кандидозном эндоцервиците, кольпите.

**Кандидозный сальпингонефрит.** Встречается крайне редко. Клиническая картина заболевания сходна с таковой при воспалении придатков матки септической этиологии.

**Лечение.** Аналогично применяемому при кольпите, эндометрите. При сочетании трихомоноза и кандидоза лечение следует проводить комплексно с использованием трихопола и нистатина. Показаны также средства общеукрепляющей, десенсибилизирующей и стимулирующей терапии.

**Профилактика.** После проведения антифунгицидной терапии рекомендуются ацидофильные молочные продукты и молочный сахар (по 5—10 г в сутки). Нормализация влагалищной микрофлоры достигается введением во влагалище культуры лактобацилл.

## **Вирусные заболевания**

В последние годы среди воспалительных процессов женских половых органов вирусные заболевания стали встречаться сравнительно часто. Воспалительные заболевания женских мочеполовых органов обычно вызываются двумя группами вирусов. Поражение матки, маточных труб и мочевого пузыря вызывает вирус герпеса, поражение шейки матки и уретры — уrogenитальный вирус.

**Вирусная уrogenитальная инфекция.** Венерическое заболевание, передающееся преимущественно половым путем. Наиболее часто встречаются цервициты и уретриты вирусной этиологии. Вирусы представляют собой мелкие круглые образования величиной от 0,2 до 0,5 мкм. Располагаются в виде одиночных или, реже, многочисленных цитоплазматических включений и элементарных телец, окрашивающихся по Романовскому—Гимзе в красноватый или синеватый цвет.

При заболеваниях вирусной этиологии в отделяемом из уретры и канала шейки матки или совсем не находят микробов, или их обнаруживают в очень небольшом количестве, поэтому их трудно рассмотреть как

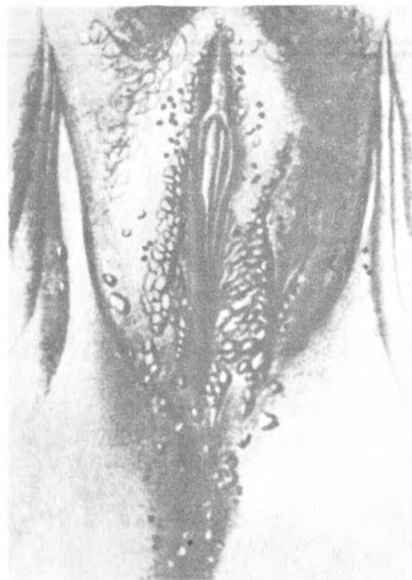


Рис. 50. Остроконечные кондиломы наружных половых органов.

возбудителей воспалительного процесса. В таких случаях следует предположить вирусную этиологию воспаления.

**К л и н и к а.** Характеризуется гиперемией и отечностью канала шейки матки, уретры и серозными или серозно-гнойными выделениями. При вульвовагинитах и цервицитах, вызванных вирусом герпеса, на слизистой оболочке и коже пораженного участка в начале заболевания отмечаются множественные везикулы, которые держатся 2—8 дней. Затем они вскрываются и обнажаются язвенные поверхности с серовато-желтым налетом. Заболевание продолжается в среднем 2—4 нед.

Основные жалобы больных сводятся к появлению белей и болей, интенсивность которых зависит от степени распространения патологического процесса.

Характерно для вирусной инфекции одновременное поражение шейки матки, уретры, конъюнктивы глаза, нередко суставов, кожи в области промежности и вульвы. Вирус герпеса может вызвать также воспаление матки, труб и мочевого пузыря.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание заболевания крайне затруднено. Обнаружение герпетических везикул и язвочек в области вульвы, влагалища, шейки матки способствует уточнению диагноза. Для заболевания вирусной этиологии характерны скудная бактериальная флора или отсутствие патогенных микробов в половых органах, длительное существование остаточных явлений воспалительного процесса (после проведенного лечения), отсутствие эффекта антибактериальной и обычной противовоспалительной терапии.

С диагностической целью применяются реакция связывания компонента (РСК), реакция торможения гемагглютинации (РТГА) и метод флюоресцирующих антител. Важное значение в диагностике имеют морфологические и вирусологические исследования соскобов с пораженных участков.

**Л е ч е н и е.** Для лечения цервицита, уретрита, а также кожных высыпаний в области вульвы и промежности вирусной этиологии рекомендуется применение интерферона. При цервиците мазь вводится в виде тампонов. Процедуры проводятся до 6 раз ежедневно в течение 2 нед. Можно применять УФ-облучение и смазывание пораженных участков метиленовым синим.

**Остроконечные кондиломы.** Возбудителем остроконечных конди-

лом является фильтрующийся вирус. Кондиломы могут быть в виде одиночных, лепесткообразных, с заостренным концом образований, однако чаще всего имеют множественный характер и напоминают цветную капусту (рис. 50). Локализуются остроконечные кондиломы в области вульвы, шейки матки, слизистой оболочки влагалища, промежности, области заднего прохода. Особенно выраженное разрастание кондилом наблюдается при беременности. При диагностике этого заболевания в первую очередь следует исключить широкие кондиломы сифилитического происхождения, поэтому таким больным необходимо ставить реакцию Вассермана.

**Л е ч е н и е.** Смазывают остроконечные кондиломы 50% интерфероновой мазью, что приводит к их отпадению на 5—7-й день. Небольшие кондиломы присыпают резорцином с борной кислотой (в равных количествах) или после смазывания окружающих непораженных участков вазелином наносят 25% раствор йодофиллинового спирта. При отсутствии эффекта прибегают к оперативному вмешательству, диатермокоагуляции или криохирургии. Нередко после родов кондиломы исчезают без лечения.

### **Микоплазмоз (mycoplasmosis)**

В последние годы значительно возросла роль микоплазм в этиологии воспалительных заболеваний женских половых органов. Микоплазмы — наиболее мелкие микроорганизмы, обитающие на слизистых оболочках рта, дыхательных путей, нижних отделов мочеполовых путей. При воспалительных заболеваниях половых органов женщины эти микроорганизмы поражают влагалище, шейку матки, эндометрий, маточные трубы. Микоплазмы распространяются половым путем и часто обнаруживаются у больных гонореей, трихомонозом, являясь сопутствующей флорой.

**К л и н и к а.** Картина заболевания мочеполовых органов женщины, вызванного микоплазмами, мало отличается от проявлений сальпингитов, кольпитов, цервицитов другой этиологии. Однако инфекция, обусловленная микоплазмами, протекает преимущественно латентно, стерто, со скудной клинической симптоматикой.

**Д и а г н о с т и к а.** Основными методами лабораторной диагностики микоплазмозов являются выделение чистой культуры микоплазм на питательных средах и установление их вида. Чаще микоплазмы обнаруживаются во влагалище и несколько реже в канале шейки матки.

**Л е ч е н и е.** Наиболее эффективны антибиотики: тетрациклин, мономицин, канамицин, левомицетин, линкомицин. Антибиотики вводятся внутримышечно и применяются местно в виде порошка (тетрациклин). Антибактериальную терапию сочетают с применением ультразвука. При необходимости курс лечения повторяют.

### **Урогенитальные хламидиозы**

В последние годы все большее внимание клиницистов привлекают урогенитальные хламидиозы, которые представляют собой распространенную инфекционную патологию, передающуюся половым путем.

Хламидии — образования округлой формы диаметром от 1 до 1,5 нм. Они имеют клеточную стенку с цитоплазматической мембраной, располагаются внутриклеточно в виде скоплений или диффузно. Обитают в парауретральных протоках.

Заболевания половой системы, вызванные хламидиями, часто рецидивируют и нередко принимают хроническое течение. У женщин эта патология иногда приводит к первичному и вторичному бесплодию.

Благоприятствуют распространению урогенитальных хламидиозов беспорядочная половая жизнь, отсутствие в гинекологических и урологических клиниках должного эпидемиологического надзора за больными хламидиозами, недостаточные осведомленность врачей о данной инфекции и оснащение лабораторий для распознавания хламидий.

**К л и н и к а.** Обычно наблюдаются скудные выделения из уретры или влагалища, зуд в мочеиспускательном канале, в области наружных половых органов, боли в паховых областях, промежности, пояснице. Бактериоскопическому исследованию нужно подвергать отделяемое парауретральных протоков.

**Л е ч е н и е.** Назначают тетрациклин или эритромицин в суточной дозе 1—1,2 г в течение 7—14 дней. Можно применять олеандомицин по 1 г в течение 10 дней с одновременным назначением десенсибилизирующих и дезинтоксикационных средств.

### Туберкулез женских половых органов

Туберкулез — общее инфекционное заболевание, одним из местных проявлений которого служит поражение половых органов. Туберкулез половых органов — проявление гематогенного процесса. Источником метастазирования в половые органы может явиться любой туберкулезный очаг: чаще всего легкие, реже почки, суставы, кишечник, лимфатические узлы.

Попадание в организм человека возбудителя инфекции еще не означает развития туберкулезного процесса. В патогенезе туберкулеза значительная роль отводится индивидуальным особенностям организма: состоянию нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, ретикулоэндотелиальной и других систем. Устойчивость организма может быть снижена вследствие различных заболеваний, беременности, родов, лактации. Часто туберкулез половых органов сочетается с инфантилизмом. Возникает туберкулез половых органов обычно в детском возрасте, а впервые проявляется в период полового созревания или позже. Диагностируется заболевание в основном у женщин репродуктивного возраста (20—35 лет).

Туберкулез может поражать все отделы половой системы. Однако по частоте локализации процесса на первом месте стоят маточные трубы (80—90%), затем матка, преимущественно эндометрий (35—50%), яичники (1—12%); значительно реже встречается туберкулез шейки матки, влагалища, вульвы (0,5—9%). Наиболее частое поражение ампулярных отделов маточных труб обусловлено анатомическими особенностями (извилистость, складчатость слизистой оболочки), а

также характером кровоснабжения труб (богатая капиллярная сеть, анастомозы между маточной и яичниковой артериями, создающие условия для замедленного кровотока и оседания микобактерий туберкулеза).

Туберкулез половых органов классифицируют по локализации патологического процесса: придатков, матки, шейки матки, влагалища, вульвы. При каждой форме заболевания в свою очередь выделяют особенности течения — хроническое, подострое, острое. Большое значение имеет обнаружение микобактерий туберкулеза в менструальной крови или в отделяемом шейки матки. Генитальный туберкулез может сочетаться с миомой матки, аденомиозом и некоторыми другими гинекологическими заболеваниями.

**К л и н и к а.** Туберкулез женских половых органов встречается у 0,8—2,2% гинекологических больных. Среди больных с хроническими воспалительными заболеваниями — у 18—25% женщин.

Туберкулезный процесс характеризуется длительным хроническим течением. Часто начало половой жизни ведет к первому обострению латентно протекавшего процесса. Обострение воспалительного процесса и его рецидивы также наблюдаются в связи с ухудшением условий труда, быта, в весенний и осенний периоды.

Острое течение заболевания встречается редко, оно сопровождается высокой температурой, болями в животе, развитием пельвиоперитонита и разлитого (редко) перитонита. Острый и подострый процесс протекает с высоким лейкоцитозом, повышенной СОЭ, палочкоядерным сдвигом влево.

Общие симптомы, наблюдаемые при туберкулезе половых органов, многообразны и сходны с симптомами туберкулеза любой локализации: ухудшение общего состояния, слабость, недомогание, субфебрильная температура, ухудшение аппетита, быстрая утомляемость, повышенная нервная возбудимость, тахикардия, плохой сон, потение по ночам. Больные предъявляют жалобы на боли внизу живота и в поясничной области, бели, нарушение менструального цикла. Бесплодие, в основном первичное, является одним из наиболее характерных симптомов генитального туберкулеза.

Характер и локализация болей при туберкулезе половых органов могут быть разнообразными. Наиболее характерны боли внизу живота тянущего характера, возможны рецидивирующие приступообразные боли. При половом сношении, переохлаждении, физическом напряжении и после применения физических факторов лечения боли могут усиливаться. У девушек болевой симптом нередко является ведущим.

Нарушения менструального цикла при туберкулезе половых органов встречаются у 25—50% больных и зависят от поражения эндометрия и расстройства функции яичников. Нарушения цикла могут проявляться альгодисменореей, гипоменореей, менометроррагиями, первичной и вторичной аменореей.

Как уже было отмечено, одним из наиболее постоянных симптомов туберкулеза половых органов является бесплодие, чаще первичное, реже вторичное. Иногда бесплодие является единственной жалобой больных при обращении к гинекологу. Бесплодие связано не только с

воспалительными изменениями в маточных трубах и яичниках (нарушение процессов овуляции), но и с общей интоксикацией организма.

Наименее постоянным симптомом являются бели, которые чаще всего возникают при поражении шейки матки, влагалища, вульвы.

**Туберкулез придатков матки.** Различают туберкулез придатков матки с незначительными анатомо-функциональными изменениями, выраженными анатомо-функциональными изменениями и наличием туберкулома. Подобное деление туберкулеза придатков матки обусловлено различными морфологическими проявлениями патологического процесса и в первую очередь особой лечебной тактикой при этих формах заболевания. В каждой из перечисленных форм туберкулезного поражения придатков матки выделяют соответствующую фазу воспаления (инфильтрация или рубцевание).

Немаловажное значение имеет определение характера вовлечения брюшины в патологический процесс, что может проявляться в виде рубцово-спаечных изменений либо экссудативной воспалительной реакцией. Нередко туберкулезное поражение придатков сочетается с аналогичным процессом в эндометрии.

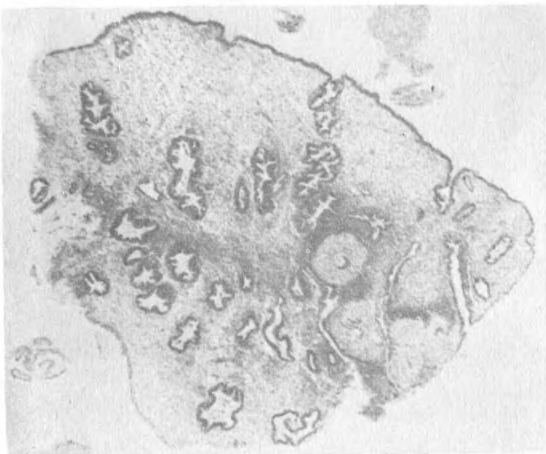
При начальных формах туберкулеза придатков матки у многих больных при двуручном гинекологическом исследовании патологические изменения половых органов не обнаруживаются или отмечаются незначительное увеличение придатков и гипопластическая матка. При прогрессировании процесса воспалительная реакция тканей приводит к формированию больших воспалительных образований. При этой форме заболевания общее состояние больных долго остается удовлетворительным, температура — нормальной или субфебрильной, а картина крови — неизменной. Отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений придатков матки скудным жалобам и общему удовлетворительному состоянию больных. Характерно отсутствие эффекта проводимой противовоспалительной терапии.

Значительно реже заболевание принимает острое течение, сопровождаясь высокой температурой, ознобом, болями внизу живота и явлениями пельвиоперитонита. В более тяжелых случаях при вовлечении в воспалительный процесс смежных органов могут образоваться кишечно-придатковые, кишечно-влагалищные и придатково-пузырные свищи.

При посттуберкулезных формах (клинически излеченный туберкулез придатков матки) определяются гипопластическая матка, уплотненные трубы, спайки в малом тазу, обуславливающие смещение половых органов и бесплодие.

**Туберкулезный эндометрит.** В продуктивной стадии воспаления общее состояние больной не нарушено, размеры матки могут оставаться в пределах нормы, нарушение менструального цикла не наблюдается или возникает меноррагия. Картина крови не изменяется. Туберкулезный эндометрит нередко обнаруживается при диагностическом выскабливании слизистой оболочки тела матки (рис. 51). Характерными морфологическими признаками являются скопление лимфоидных и плазматических клеток, а также отдельно расположенные туберкулезные бугорки.

Рис. 51. Микроскопическая картина туберкулезного эндометрита.



Продуктивная форма поражения эндометрия может иногда перейти в казеозную и сопровождаться разрушением всего слоя эндометрия с частичным поражением мышечной ткани, что ведет к образованию обширных казеозных очагов и склероза. Клинически такая форма проявляется аменореей. Наблюдаются

гипоплазия либо увеличение матки в размерах, деформация или облитерация полости матки за счет рубцов и сращений.

**Туберкулез шейки матки.** Может поражаться как влагалищная часть шейки матки, так и слизистая оболочка канала шейки. У большей части больных одновременно поражается слизистая оболочка шейечного канала и эндометрия. На влагалищной части шейки процесс чаще локализуется вокруг наружного зева. При осмотре с помощью зеркал отмечается увеличение шейки в размере вследствие отека и разрастания соединительной ткани. На шейке матки определяется язва с подрывными краями, на которых расположены бугорковые элементы; дно язвы покрыто серо-желтым налетом, при прикосновении язва кровоточит (контактные кровотоечения). С влагалищной части шейки матки туберкулезный процесс нередко распространяется на слизистую оболочку сводов и стенки влагалища.

**Туберкулез вульвы.** Эта форма встречается крайне редко. Специфические язвы располагаются на внутренней поверхности малых половых губ или в области клитора. Характерной особенностью их является выраженная болезненность.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание туберкулеза женских половых органов представляет большие трудности. Диагноз основывается на данных анамнеза, объективного гинекологического исследования больной и специальных дополнительных методах исследования (обзорная рентгенограмма легких и брюшной полости, биконтрастная гинекография, гистеросальпингография, туберкулинодиагностика, иммунодиагностика, серологическое, бактериологическое и бактериоскопическое исследования выделений из влагалища, канала шейки матки, менструальной крови, гистологическое изучение биоптата, полученного при диагностическом выскабливании матки и во время операции).

Особое значение в постановке диагноза имеет тщательно собранный анамнез. Большое внимание следует обращать на возраст больной, так как генитальный туберкулез выявляется чаще всего у женщин в возрасте от 20 до 30 лет. Кроме выяснения контактов с больными туберкулезом,

особенно в детском возрасте, необходимо обратить внимание на имевшиеся в прошлом симптомы ранней туберкулезной интоксикации и другие проявления первичного туберкулеза (скрофулодерма, плеврит, перитонит, фликтена, периферический лимфаденит), затяжные пневмонии и плевриты, бронхоаденит, частые простудные заболевания. При обследовании больных необходимо обращать внимание на сухость кожных покровов, наличие рубцов, свищей на коже, возможные деформации скелета.

При гинекологическом исследовании в случае туберкулезного воспаления обнаруживаются болезненные уплотненные, с неровной поверхностью придатки матки и выраженные спайки в малом тазу. Матка может быть обычной величины или уменьшенной в размере, реже увеличенной. В случаях распространенных форм туберкулеза половых органов при ректовагинальном исследовании определяются значительные воспалительные конгломераты, состоящие из спаянных между собой придатков, тела матки, петель кишечника, сальника, как правило, малоблезненные при осмотре.

Подозрительными на туберкулез половых органов являются воспалительные процессы, имеющие многолетнюю давность, развившиеся вне связи с послеабортными, послеродовыми, гонорейными процессами, не купирующимися после противовоспалительного лечения, и обостряющиеся под влиянием физиотерапии. Отсутствие указаний на туберкулезные заболевания или контакт с больными не исключает туберкулезную этиологию воспалительного процесса. При наличии болей внизу живота и выраженных анатомических изменениях воспалительного характера у девушек, не живущих половой жизнью, необходимо в первую очередь исключить туберкулез.

Характерной особенностью туберкулеза половых органов является позднее начало менструации (15 лет и позже), а также нарушение менструального цикла (аменорея, гипоменорея, опсоменорея, реже гиперполименорея). Наиболее часто встречается аменорея, причем иногда этот признак является единственным симптомом туберкулезного поражения матки. Вместе с тем даже при тяжелых процессах (казеозные формы) менструальный цикл может оставаться неизменным.

Важное значение в определении этиологии патологического процесса имеют лабораторные методы исследования (посевы ткани эндометрия на микобактерии туберкулеза, биологические методы — заражение морских свинок, цитологические и гистологические исследования эндометрия). Для исследования собирают менструальную кровь на 1—2-й день менструации. Для этого перед ожидаемой менструацией на шейку матки надевают металлический колпачок «Кафка». При отсутствии противопоказаний и сохраненном менструальном цикле в первые часы или за 1—2 дня до менструации, а при аменорее практически в любое время производят диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки и направляют соскоб на гистологическое исследование и посев на микобактерии туберкулеза. Одновременно используют биологический метод диагностики (прививка материала морским свинкам). Выбор момента диагностического выскабливания матки основывается на данных о динамических изменениях туберкулезных бугорков в эндомет-



рии в зависимости от фазы менструального цикла. Установлено, что в первые 7 дней цикла туберкулезные бугорки в слизистой оболочке матки не обнаруживаются, с 7—12-го дня носят единичный изолированный характер и лишь во второй фазе цикла приобретают сливной характер, что обеспечивает большую достоверность гистологического исследования. В тех случаях, когда диагностическое выскабливание противопоказано, производится аспирация эндометрия. Аспират подвергается бактериологическому и цитологическому исследованию.

При туберкулезе придатков матки гистологические, цитологические, бактериологические и биологические методы диагностики дают положительные результаты при сохранении проходимости интрамуральных отделов маточных труб, когда микобактерии туберкулеза могут попадать в полость матки и выделяться с менструальной кровью. Из образований в области придатков удается получить серозное или гнойное содержимое для исследования путем пункции брюшной полости через задний свод влагалища.

Туберкулинодиагностика дает возможность судить об общей реактивности организма больной и степени активности туберкулезного процесса в половых органах (местная реакция). Это осуществляется с помощью подкожного введения туберкулина в дозах 20—100 ТЕ (проба Коха). Можно также вводить туберкулин в слизистую оболочку канала шейки матки в указанных дозах. Реакция на подкожное введение туберкулина оценивается через 24 и 48 ч по клинической картине и данных лабораторных методов исследований. Особое значение придается очаговой (местной) реакции со стороны половых органов, выражающейся в возникновении или усилении болей в животе, появлении белей и кровянистых выделений в межменструальном периоде. После проведения пробы отделяемое из влагалища, канала шейки матки подвергается бактериоскопическому и бактериологическому исследованию.

Очаговой реакции также принадлежит важная роль в диагностике туберкулеза половых органов у женщин. При активном экстрагенитальном туберкулезе подкожные туберкулиновые пробы не проводятся.

Рентгенодиагностика основывается на обнаружении экстрагенитальных очагов специфического процесса, что обуславливает обязательность проведения всем больным рентгенографии легких (для выявления петрификатов, запаянных синусов плевры) и брюшной полости (для обнаружения кальцификации в трубах, яичниках, лимфатических узлах).

Из рентгенологических методов наиболее информативна метросальпингография, позволяющая обнаружить типичные для туберкулеза изменения контуров полости матки и маточных труб. Характерными признаками являются деформация полости матки в результате сращений, частичная или полная облитерация ее полости при длительном течении туберкулезного эндометрита. Нередко наблюдается расширение канала шейки матки, его удлинение и неровность контуров (туберкулезный цервицит).

В связи с большой частотой поражения туберкулезом маточных труб встречаются различные рентгенологические картины. На гистерограммах определяются укороченные трубы за счет заполнения только интерстициального и перешеечного отделов. Трубы теряют свою

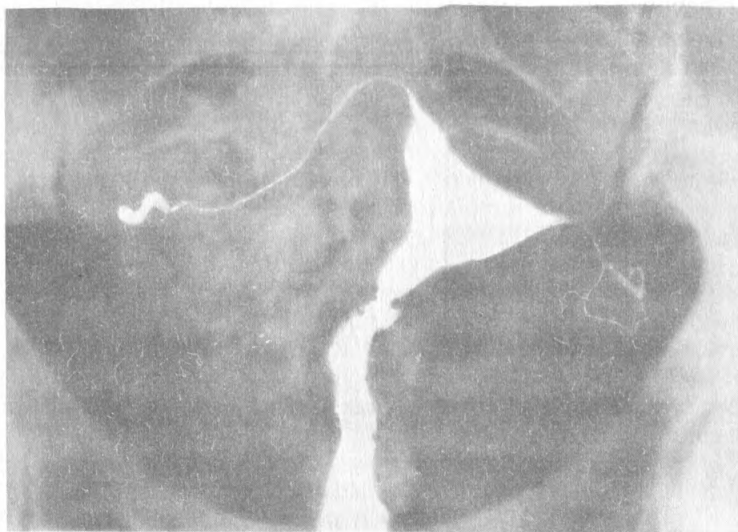


Рис. 52. Гистеросальпингография при туберкулезном сальпингите. Левая труба ригидна, укорочена.

эластичность, становятся ригидными, просвет их расширяется, реже сужается. При туберкулезном поражении труб рентгенологическая картина может различаться, однако общей чертой является ригидность труб. Все многочисленные рентгенологические картины при туберкулезном сальпингите можно свести к следующим наиболее характерным изменениям (рис. 52—54): 1) маточные трубы с гладкими или неровными контурами, с облитерацией в ампулярном или истмическом отделе, с небольшими расширениями на конце в виде лукович или булавы; 2) ригидные маточные трубы («остекленевшие») с гладкими контурами просвета, вытянутые и выпрямленные; 3) маточные трубы с контурами, похожими на четки, бусы или сегменты, т. е. с множественными стриктурами в ампулярном и истмическом отделах; 4) маточные трубы с умеренным сактосальпинксом и дивертикулоподобным расширением.

В тех случаях, когда перечисленные выше методы исследования не дают четкого представления о состоянии внутренних половых органов, особенно при трубно-яичниковых воспалительных образованиях, выраженном спаечном процессе, показана биконтрастная гинекография, рентгенопневмопельвиграфия или перитонеоскопия. При рентгенопневмопельвиграфии выявляют нечеткие контуры внутренних половых органов, яичники нередко находятся в едином конгломерате с маточными трубами. Характерным признаком перенесенного туберкулеза половых органов является кальциноз маточных труб, яичников и лимфатических узлов малого таза.

Известное значение для выявления туберкулеза половых органов имеет лимфография, особенно в тех случаях, когда с помощью

клинико-лабораторных методов исследования не удается поставить правильный диагноз. Лимфография в сочетании с клинико-лабораторными данными позволяет судить о распространенности и этиологии процесса. При поражении лимфатических узлов туберкулезом на лимфограмме выявляют: 1) развитие густой сети лимфатических сосудов и коллатералей вокруг незаполнившихся лимфатических узлов; 2) конгломераты спаянных между собой лимфатических узлов; 3) отсутствие заполнения контрастным веществом отдельных групп лимфатических узлов.

В затруднительных случаях диагностики, особенно у девушек, не следует забывать о возможности использования пробного лечения. С этой целью назначают препараты первого ряда (ГИНК + ПАСК в оптимальных дозах в течение 2—3 нед). Положительный эффект, т. е. исчезновение интоксикации, уменьшение экссудативных и инфильтративных процессов в очаге воспаления, в значительной степени свидетельствует о специфичности процесса. Пробная терапия в ряде случаев позволяет выявить больных с такими клиническими формами туберкулеза половых органов, когда туберкулезная этиология заболевания не может быть установлена бактериоскопическим, гистологическим и другими методами исследования.

В некоторых случаях для диагностики туберкулеза половых органов приходится прибегать к пробной лапаротомии с обязательной биопсией.

Большое значение имеет выделение групп женщин с повышенным риском заболевания ту-

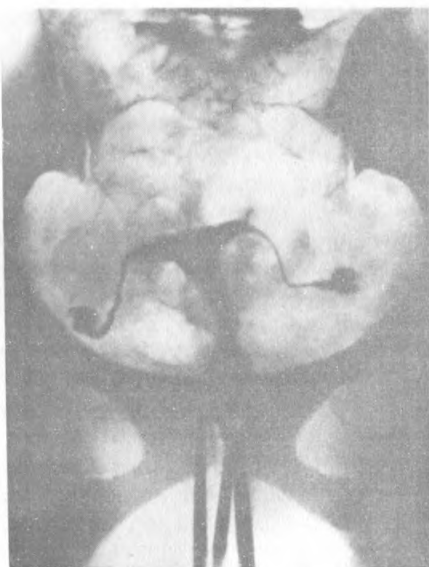


Рис. 53. Гистеросальпингография при туберкулезном салпингите. Матка Т-образной формы, трубы укорочены, ригидны, конечные отделы имеют вид луковиц.



Рис. 54. Гистеросальпингография при туберкулезном салпингите. Трубы непроходимы, гидросальпинкс слева.

беркулезом половых органов. К ним относятся больные с длительно текущим и плохо поддающимся терапии воспалительным процессом придатков и матки, с нарушениями менструального цикла, страдающие бесплодием (особенно первичным), при наличии признаков общего и полового инфантилизма, симптомов интоксикации и ухудшения общего состояния, снижении трудоспособности весной и осенью, контактирующие с носителями возбудителя инфекции, с больными туберкулезом легких или ухаживающие за больными туберкулезом животными, отмечавшие возникновение воспаления придатков матки после начала половой жизни. Клиническая практика показывает, что среди этих больных во многих случаях удается выявить больных туберкулезом половых органов.

**Лечение.** Лечение туберкулеза женских половых органов должно быть комплексным. Выбор режима лечения во многом определяется фазой и длительностью процесса, его течением, возрастом больной, сопутствующими экстрагенитальными и гинекологическими заболеваниями. Основным компонентом лечения, кроме рационального режима труда и отдыха, полноценного питания, является химиотерапия, направленная на подавление интенсивного размножения микобактерий туберкулеза в пораженных органах. Одно из основных условий, обеспечивающих эффективность лечения, — правильно выбранный режим химиотерапии, который включает своевременное начало лечения, выбор наиболее рациональных сочетаний нескольких антибактериальных препаратов, обеспечивающих максимальный терапевтический эффект, применение оптимальных доз каждого препарата, что препятствует возникновению лекарственной устойчивости, регулярность и продолжительность лечения, так как при длительной химиотерапии достигается не только бактериостатическое, но и бактерицидное действие.

У больных туберкулезом женских половых органов очень редко удается выделить микобактерии туберкулеза из отделяемого половых путей, поэтому решить вопрос о лекарственной устойчивости микроба чаще всего не представляется возможным. Поэтому продолжительность применения одной комбинации препаратов и замена другой должны определяться степенью переносимости и клиническим эффектом.

Наиболее целесообразным считается двухэтапное лечение. В течение первого этапа проводят интенсивную химиотерапию: дробное или одноразовое систематическое ежедневное внутривенное или пероральное введение туберкулостатических препаратов. Второй этап — применение химиотерапии только в осенне-весенний период, амбулаторно или в условиях стационара, прерывистым методом.

Основным антибактериальным препаратом является изониазид, который может быть включен во все комбинации антибактериальных препаратов (бенемидин, этамбутол).

При наличии незначительных анатомо-функциональных изменений в половых органах основной курс (первый этап) непрерывной терапии проводят около 3 мес, начиная с назначения изониазида в сочетании с бенемидином или этамбутолом.

Лечение впервые выявленных больных проводится в стационаре

тремя препаратами (изониазид по 0,3 г 2 раза в день, ПАСК по 3 г 4 раза в день и стрептомицин по 500 000 ЕД 2 раза в день внутримышечно) в течение 3 мес.

На втором этапе применяется прерывистый метод введения химиопрепаратов через день или 2 раза в неделю. Продолжительность основного курса антибактериальной терапии от 6 до 12 мес.

При выраженных анатомо-функциональных изменениях в половой системе в фазе инфильтрации осуществляют непрерывную антибактериальную терапию в течение 4—6 мес тройной комбинацией препаратов (изониазид, бенемидин, этамбутол). В дальнейшем (второй этап) лечение проводят прерывистым курсом.

При наличии туберкуломы (казеозный процесс) антибактериальная терапия (изониазид, бенемидин) рассматривается как предоперационная подготовка сроком не более 1—3 мес. После операции больным назначают двойную комбинацию препаратов в течение 3 мес непрерывно и затем еще 3 мес прерывистым курсом.

Необходимо учитывать, что у больных с хроническими формами туберкулеза половых органов, леченных ранее по поводу туберкулеза легких или других систем, чаще наблюдается лекарственная непереносимость. В связи с этим иногда нужно отменять или делать перерывы в приеме того или иного медикамента. При выраженных явлениях непереносимости препаратов, наличии экссудативного процесса в придатках матки, перитонита, недостаточности функции надпочечников прибегают к гормонотерапии (гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон). Срок лечения 3—4 недели. Дозы препаратов постепенно снижают, а затем препарат отменяют совсем. С целью стимуляции функции коры надпочечника можно вводить АКТГ (по 5—10 ЕД 2 раза в сутки внутримышечно).

С целью предупреждения побочных реакций от приема антибактериальных препаратов назначают витамин В<sub>6</sub>, метионин, рутин, глутаминовую, фолиевую и аскорбиновую кислоту.

Для предупреждения образования и уменьшения уже имеющихся спаек, ликвидации болей, улучшения общего состояния применяют биостимуляторы и физические методы лечения: электрофорез, ультразвук, синусоидальные модулированные токи, фонофорез гидрокортизона, грязелечение.

Хирургическое лечение показано в случаях туберкуломы (казеозные очаги) в придатках матки, безуспешной консервативной терапии у больных с пиосальпинксом, tuboовариальными воспалительными образованиями, свищами, резкими болевыми симптомами, обусловленными неправильным положением матки и спаечными изменениями в малом тазу и в случаях сочетания туберкулеза половых органов с неспецифическими заболеваниями половых органов, требующих оперативного вмешательства.

Одним из этапов длительной и непрерывной терапии является санаторное лечение, включающее комплекс мероприятий, способствующих более быстрому и полному выздоровлению больных и их социальной реабилитации. Основные климатические факторы (воздух и солнце) повышают общую сопротивляемость и иммунологическую

устойчивость организма, усиливают репаративные процессы в области туберкулезного очага.

**Трудовая экспертиза.** Больные со свежес выявленными значительными анатомо-функциональными изменениями туберкулезной этиологии в половых органах могут получить листок нетрудоспособности сроком до 10 мес. В случае положительной динамики заболевания, но отсутствия полного рассасывания очага в эти сроки временная нетрудоспособность может быть продлена до 16 мес или больная может быть переведена на временную инвалидность сроком от 6 мес до 1 года. При определении группы инвалидности необходимо учитывать степень активности туберкулезного процесса, предшествующую антибактериальную терапию, а также анатомо-функциональные изменения в пораженном органе.

Больным с активным туберкулезом половых органов противопоказана работа, связанная с переохлаждением, подъемом тяжестей, в ночную смену. Больным, у которых выделены микобактерии туберкулеза, запрещена работа в детских учреждениях, в системе общественного питания, в аптеках.

## Глава IV

### НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Нормальная менструальная функция осуществляется в результате правильного, синхронного взаимодействия важнейших звеньев нейроэндокринной регуляции. В этой системе регуляции различают пять уровней (см. главу I). Большая роль в регуляции менструальной функции принадлежит щитовидной железе и надпочечникам — органам, находящимся под воздействием тропных гормонов гипофиза (ТТГ и АКТГ), а также печени, в которой происходит метаболизм половых гормонов. Нарушения в этой сложной системе регуляции могут происходить на разных уровнях. При этом возникают различные по своему характеру и тяжести расстройства менструального цикла — от маточных кровотечений до аменореи. Нарушения менструальной функции часто влекут за собой снижение репродуктивной функции женщины и ее трудоспособности. Кроме того, при некоторых формах нарушений возникает риск развития предраковых заболеваний и рака эндометрия.

**Этиология и патогенез.** К расстройствам менструальной функции могут привести различные причины: 1) сильные эмоциональные потрясения, психические и нервные заболевания (органические и функциональные); 2) нарушения питания (количественные и качественные), авитаминозы, ожирение различной этиологии; 3) профессиональные вредности (воздействие некоторых химических веществ, радиоактивного излучения); 4) инфекционные и септические заболевания, гонорея, туберкулез, паразитарные болезни; 5) заболевания сердечно-сосудистой и кроветворной систем, печени и др., 6) гинекологические

операции; 7) травмы мочеполовых путей (фистулы); 8) возрастные нарушения развития гипоталамо-гипофизарной области в период полового созревания; 9) инволюционная перестройка гипоталамических центров в пременопаузе.

Механизм возникновения аномалий менструальной функции может значительно варьировать в зависимости от того, на каком уровне нейрогуморальной регуляции или в каком органе половой системы произошло наиболее значительное нарушение. Одни и те же этиологические факторы в зависимости от различных патогенетических особенностей развития заболевания в одном случае могут вызвать патологическое кровотечение, в другом — отсутствие менструаций (аменорея). Поэтому кровотечения и аменорея могут представлять собой не симптомы различных по характеру заболеваний, а быть внешним проявлением единого патологического процесса.

Расстройства менструальной функции могут быть объединены в ряд синдромов, характерных для различных гинекологических заболеваний. Иногда эти нарушения настолько превалируют в клинической картине заболевания, что фактически становятся четко очерченными нозологическими формами (например, дисфункциональные маточные кровотечения).

#### КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Нарушения менструальной функции могут возникать в различные возрастные периоды жизни женщины: во время полового созревания, в период половой зрелости и в пременопаузе. В зависимости от клинических проявлений эти нарушения делятся на три основные группы: 1) аменорея и гипоменструальный синдром; 2) расстройства менструального цикла, связанные с кровотечением; 3) болезненные менструации.

1. Аменорея — отсутствие менструаций в течение 6 мес и более. При аменорее циклические процессы в репродуктивной системе отсутствуют или совершаются на низком уровне. Иногда отмечается сохранение циклических процессов в системе гипоталамус — гипофиз — яичники, но в матке они отсутствуют (маточная форма аменореи).

Для гипоменструального синдрома характерно сохранение циклических процессов в репродуктивной системе, но они протекают на низком уровне. В связи с этим возникают такие нарушения, как уменьшение количества теряемой крови (гипоменорея), укорочение времени менструального кровотечения (олигоменорея) и урежение периодичности менструаций (опсоменорея). Иногда менструации бывают всего несколько раз в год (спаниоменорея).

2. Расстройства менструального цикла, проявляющиеся циклическими и ациклическими кровотечениями (мено- и метроррагии). В зависимости от патогенеза циклические и ациклические нарушения менструальной функции принято делить на две большие группы: а) овуляторные кровотечения, связанные с укорочением фолликулярной или удлинением лютеиновой фазы цикла; б) ановуляторные кровотечения.

В большинстве случаев дисфункциональные маточные кровотечения

бывают ановуляторного характера. Сама же ановуляция (отсутствие овуляции) проявляется в трех основных формах: в виде кратковременной ритмической персистенции фолликула (ановуляторный цикл), длительного существования неопнувшего фолликула (персистенция фолликула) и атрезии нескольких фолликулов.

Циклические и ациклические маточные кровотечения, обусловленные анатомическими изменениями половых органов (миома матки, эндометриоз матки и яичников, рак шейки и тела матки и др.), в группу дисфункциональных маточных кровотечений не включаются.

3. Болезненные менструации (альгодисменорея). Могут быть как функционального, так и органического характера.

### АМЕНОРЕЯ И ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Аменорея может быть как ложной, так и истинной. Под ложной аменореей понимают такое состояние, при котором циклические процессы в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка совершаются нормально, однако наружного выделения менструальной крови при этом не происходит. Чаще всего причиной ложной аменореи является атрезия (заращение) влагалища, канала шейки матки или девственной плевы. Менструальная кровь скапливается во влагалище (гематокольпос), матке (гематометра), нередко забрасывается в маточные трубы (гематосальпинкс) и может даже попадать в брюшную полость.

При истинной аменорее циклические изменения в яичниках, матке, в системе гипоталамус — гипофиз и во всем организме отсутствуют, менструаций нет. Исключением являются больные, у которых отсутствует матка или имеются выраженные патологические изменения в эндометрии, делающие невозможным его циклические изменения. Истинная аменорея может быть как физиологической, так и патологической.

Физиологическая истинная аменорея наблюдается: а) у девочек до периода полового созревания; б) у женщин во время беременности; в) во время лактации; г) в постменопаузе. Аменорея детского возраста (до наступления периода половой зрелости) связана с отсутствием циклических процессов в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка. Аменорея в постменопаузе обусловлена прекращением созревания фолликулов и атрофией эндометрия в результате физиологического старения высших центров регуляции менструальной функции, находящихся в гипоталамусе. Аменорея во время беременности и лактации объясняется торможением системы гипоталамус — гипофиз сначала прогестероном желтого тела, в дальнейшем интенсивной продукцией трофобластом хорионического гонадотропина, а еще позднее выработкой в плаценте стероидных гормонов. В возникновении лактационной аменореи, решающее значение имеет высокий уровень продукции пролактина, стимулирующего секрецию молока молочной железой и угнетающего гонадотропную функцию гипофиза. Лактационная аменорея различной длительности наблюдается у большинства кормящих матерей.



Патологическая истинная аменорея связана с различными нарушениями местного или общего характера. Она возникает при общих тяжелых заболеваниях организма, различных отделах ЦНС, матки и яичников, периферических эндокринных желез, при нарушениях обмена веществ и др.

Различают два вида патологической аменореи: первичную и вторичную.

Патологическую аменорею называют **первичной** при отсутствии менструальной функции у девушек 15—16 лет и старше. Первичная аменорея является сравнительно редким, но наиболее тяжелым нарушением менструальной функции.

У 50—60% больных причинами первичной аменореи являются хромосомная патология и аномалии развития половых органов. Исходя из ведущих этиологических факторов первичную аменорею делят на: а) аменорею вследствие нарушения функции гонад; б) аменорею, обусловленную экстрагонадными причинами.

**Аменорея вследствие нарушения функции гонад** (яичниковая форма аменорей). В зависимости от характера поражения яичников различают: 1) дисгенезию гонад; 2) тестикулярную феминизацию; 3) первичную гипофункцию яичников.

**Дисгенезия гонад.** Эта патология обусловлена главным образом хромосомными аномалиями, хотя может быть связана и с мутацией генов. Различают несколько форм дисгенезии гонад в зависимости от фенотипа и кариотипа больной.

**Типичная форма дисгенезии гонад** (синдром Шершевского—Тернера) характеризуется аномалиями развития гонад, представляющих собой небольшие тяжи в полости таза. Половые органы гипопластичны. На месте расположения яичников имеются тяжи соединительной ткани. Отмечаются дефекты развития костной, сердечно-сосудистой систем и других органов. Кариотип 45X0, иногда с явлениями мозаицизма. Рост женщин обычно низкий, отмечаются аркообразное небо, короткая шея, наличие крыловидных складок на шее, бочкообразная грудная клетка, интеллект снижен незначительно. Половой хроматин уменьшен до 3—10%. Как подгруппу этого синдрома выделяют **стертые формы дисгенезии гонад** со структурными абберациями X-хромосом.

Для «чистой» формы дисгенезии гонад характерен женский фенотип и кариотипы 46XX и 46XY. Гонадальный тяж может содержать недифференцированные клетки, иногда подвергающиеся опухолевому перерождению. Рост больных высокий, вторичные половые признаки почти отсутствуют, имеется скудная растительность на лобке (по женскому типу), матка рудиментарная. Смешанная, или атипичная, форма дисгенезии гонад относится к особой форме интерсексуализма. Для нее характерен женский или, реже, мужской фенотип с интерсексуальным строением наружных половых органов с преобладанием женского типа и различной степенью вирилизации. Цитогенетические исследования позволяют выявить кариотип 46XY или мозаицизм 46XY/45X0. В зависимости от того, какой клон клеток преобладает, на месте яичников можно обнаружить овотестис, овариальный тяж или

дисгенетическое яичко. При этой форме часто происходит злокачественное перерождение неполноценной гонады.

**Тестикулярная феминизация.** Заболевание характеризуется женским фенотипом, нормально развитыми или гипопластичными наружными половыми органами, отсутствием матки и маточных труб. Обычно влагалище оканчивается слепо. Гонадный и генетический пол мужской (46XY), однако гонады вырабатывают большое количество женских половых гормонов. Признаки заболевания проявляются в период полового созревания. Существует угроза опухолевого превращения гонад, которые нередко оказываются в толще половых губ или в паховых каналах.

**Первичная гиподисфункция яичников.** Поражение фолликулярного аппарата может произойти внутриутробно вследствие различной патологии беременности (токсикозы, экстрагенитальные заболевания), в детском возрасте в результате туберкулезного или опухолевого процесса, что приводит к общему и половому инфантилизму, чрезмерному росту больных. Эту форму яичниковой аменореи принято называть евнухоидальной. Степень недоразвития вторичных половых признаков зависит от выраженности эстрогенной недостаточности. Шейка матки часто коническая, характерны гиперантефлексия матки, сужение таза. Продукция гонадотропных гормонов гипофиза повышена, так как она не сдерживается гормонами яичников.

**Аменорея, вызванная экстрагонадными причинами.** Эта патология развивается в связи с: 1) поражением ЦНС и гипоталамо-гипофизарной области; 2) врожденной гиперплазией коры надпочечников; 3) гипотиреозом; 4) деструкцией или отсутствием эндометрия.

При органических поражениях ЦНС первичная аменорея наблюдается довольно редко, однако может возникать при опухолях мозга, хронических менингоэнцефалитах, арахноидитах, хроническом серозном менингите, эпидемическом энцефалите. Сюда относится и психогенная аменорея, связанная с отрицательными эмоциями, умственным и физическим перенапряжением.

Сравнительно редко наблюдается первичная аменорея в результате патологических изменений в гипоталамо-гипофизарной области. Органические изменения гипоталамуса или гипофиза встречаются при таких заболеваниях, как адипозогенитальная дистрофия и синдром Лауренса—Муна—Бидла. Клиническая картина этих заболеваний сходна и выражается в ожирении (с резко выраженным отложением жира в области таза, бедер), дефектах развития скелета, гипоплазии половых органов и аменорее. Адипозогенитальную дистрофию связывают с внутриутробной инфекцией, токсоплазмозом, с инфекцией в детском и юношеском возрасте. Синдром Лауренса—Муна—Бидла — наследственное семейное заболевание, обусловленное генными дефектами. При нем отмечаются резкая умственная отсталость и многочисленные пороки развития. Первичная аменорея вследствие поражения гипоталамуса и гипофиза возможна у женщин с таким наследственным заболеванием, как болезнь Хенда—Шюллера—Крисчена. Для нее характерны карликовый рост, половой инфантилизм, ксантоматоз, остеопороз, несхаранный диабет, эндофтальм. При гиподисфункции всего гипофиза

(гипофизарная кахексия, пангипопитуитаризм) наблюдается карликовость (нанизм) с половым инфантилизмом и аменореей.

При врожденной форме аденогенитального синдрома в коре надпочечников нарушен синтез кортизола за счет дефекта ферментных систем в корковом слое. Вследствие этого повышается продукция АКТГ, развивается гиперпродукция андрогенов, ведущая к вирилизации при наличии женского пола. Заболевание характеризуется появлением признаков женского псевдогермафродитизма сразу после рождения ребенка, увеличением клитора, наличием урогенитального синуса или недоразвитием влагалища, высокой промежностью, недоразвитием половых губ. Развитие внутренних половых органов протекает нормально, несмотря на вирилизацию наружных половых органов.

**М а т о ч н а я ф о р м а п е р в и ч н о й а м е н о р е и.** Патология обусловлена изменениями в эндометрии, степень которых может быть выражена различно: от снижения чувствительности его рецепторов к воздействию половых гормонов до полного разрушения всего эндометрия, чаще всего вследствие туберкулезного процесса.

Таким образом, первичная аменорея может развиваться в результате нарушений любого из звеньев сложной системы регуляции менструальной функции, чаще всего в связи с генетически обусловленной патологией или вследствие задержки развития организма и половой системы под влиянием неблагоприятных условий и повреждающих факторов внешней среды, оказывавших свое воздействие еще до установления менструального цикла.

**Вторичная аменорея** характеризуется прекращением менструаций после того, как они были хотя бы один раз. Вторичная аменорея возникает в результате воздействия повреждающих факторов после установления менструального цикла. Эта форма аменореи чаще встречается у женщин в период половой зрелости, но может развиваться и вскоре после менархе. К развитию аменореи при воздействии тех или иных повреждающих агентов предрасполагают следующие факторы: а) общий и генитальный инфантилизм; б) изменения в организме, связанные с заболеваниями, перенесенными в детстве и пубертатном периоде (туберкулез, тонзиллит, аденовирусные инфекции и др.); в) переутомление и стрессовые реакции; г) генетически обусловленная неполноценность эндокринной и других систем организма.

Вторичная аменорея в зависимости от уровня поражения системы гипоталамус — гипофиз — яичники — матка подразделяется на: 1) гипоталамическую аменорею, связанную с нарушениями в ЦНС; 2) гипофизарную; 3) яичниковую; 4) маточную аменорею.

**Г и п о т а л а м и ч е с к а я а м е н о р е я.** Чаще бывает функционального, реже органического характера. К ней относятся: а) психогенная аменорея, развивающаяся вследствие стрессовых состояний, а также аменорея военного времени; б) сочетание аменореи с галактореей (синдром Киари—Фроммеля), нередко возникающее при патологическом течении беременности, родов, в послеродовом периоде, на почве приема больших доз транквилизаторов. При поражении гипоталамуса уменьшается продукция пролактинингибирующего фактора, снижается секреция гипофизом гонадотропинов и повышается продукция пролак-

тина. Аменорея с гиперпролактинемией может не сопровождаться повышенной продукцией молока; в) «ложная беременность», наблюдаемая у женщин с выраженным неврозом вследствие непреодолимого желания иметь ребенка; г) нервная анорексия, обычно появляющаяся у девушек на почве психической травмы и характеризующаяся отвращением к пище, слабостью, кахексией, пониженным основным обменом, брадикардией. При этой патологии отмечаются вторичные нарушения функции щитовидной железы и коры надпочечников; д) аменорея на почве истощающих заболеваний и интоксикаций, возникающая в результате подавления продукции рилизинг-факторов во время заболевания. Аменорея нередко наступает при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, сахарном диабете, тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы и печени. Иногда гипоталамические расстройства и аменорея сопровождаются анорексией, резким снижением массы тела.

В последние годы увеличилась частота аменореи у девушек, особенно в возрасте 14—16 лет, в результате искусственно вызванного похудения. Резкое ограничение пищи, чрезмерные физические нагрузки, применение слабительных средств приводят к значительному уменьшению массы тела, полностью исчезает аппетит; при прогрессировании заболевания масса тела снижается уже независимо от желания больной и развивается синдром нервной анорексии. Возникшее заболевание отличается упорным рецидивирующим течением, значительными изменениями во всех органах. Наиболее выражены нарушения в репродуктивной системе.

При всех указанных видах гипоталамических нарушений вторично вовлекается в патологический процесс аденогипофиз и снижается его гонадотропная функция, что в свою очередь снижает функцию яичников и приводит к подавлению циклических изменений в эндометрии.

**Г и п о ф и з а р н а я а м е н о р е я.** В основе этой формы аменореи чаще всего лежат органические поражения аденогипофиза. Гипофизарную аменорею можно условно разделить на две группы: 1) аменорея, развивающаяся в результате некротических изменений в ткани аденогипофиза (синдром Шихана, болезнь Симмондса); 2) аменорея, вызванная опухолью гипофиза (болезнь Иценко — Кушинга, акромегалия).

Синдром Шихана (послеродовой гипопитуитаризм) развивается в результате гибели 80—90% ткани аденогипофиза при массивной и неполностью восполненной кровопотере при родах, приводящей к длительному спазму, тромбозу сосудов аденогипофиза с последующим развитием ишемического некроза. Заболевание чаще всего сопровождается резким снижением гонадотропной функции, реже — уменьшением секреции ТТГ и АКТГ.

В зависимости от степени выпадения функции гипофизарных гормонов наблюдаются такие симптомы, как агалактия или гипогалактия, выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах, признаки гипотиреоза, астенизация, гипокортицизм, снижение секреции гонадотропинов и АКТГ.

**Г и п о ф и з а р н а я к а х е к с и я** (болезнь Симмондса) возникает в результате деструкции, некроза аденогипофиза вследствие

развития опухоли, туберкулезного, сифилитического или другого инфекционного процесса. Характеризуется снижением основного обмена, резким истощением, атрофией половых органов, анемией, явлениями гипотиреоза и гипокортицизма.

Аменорея при опухоли аденогипофиза проявляется различной клинической картиной в зависимости от типа клеток, из которых она возникает. Различают; а) ацидофильную аденому, подавляющую гонадотропную функцию гипофиза чрезмерным выделением гормона роста, что приводит к аменорее на фоне гигантизма или акромегалии; б) базофильную аденому, обуславливающую развитие аменореи в сочетании с болезнью Иценко — Кушинга. Базофильные клетки, вырабатывая чрезмерное количество АКТГ, синтезируют мало гонадотропинов. Содержание в крови АКТГ и оксикортикостероидов значительно повышается, экскреция гонадотропинов и эстрогенов находится на низком уровне. Хромобная аденома гипофиза развивается из хромобных клеток, не обладающих секреторной активностью. При этом заболевании наблюдаются разрушение стенок турецкого седла и появление симптомов сдавления окружающих тканей, в частности зрительных нервов. Развитие опухоли сопровождается ожирением, аменореей и бесплодием.

**Яичниковая аменорея.** Различают следующие ее формы: а) преждевременная яичниковая недостаточность (ранний климакс), при которой происходит преждевременное угасание функции часто неполноценных яичников. Клинически это проявляется прекращением менструаций в 30—35 лет; б) склерокистозные яичники (синдром Штейна — Левенталя), характеризующиеся нарушением стероидогенеза в яичниках вследствие неполноценности энзимных систем, это приводит к гиперпродукции андрогенов и подавлению выработки эстрогенов. В корковом и мозговом слоях склерокистозных яичников развиваются соединительная ткань, склероз стенок сосудов и гиперплазия элементов тека-ткани, утолщение белочной оболочки. При раннем проявлении заболевания аменорея может быть и первичной. Наблюдаются бесплодие, ожирение, гипертрихоз, яичники становятся увеличенными и плотными; в) аменорея, связанная с андрогенпродуцирующими опухолями яичников. При развитии этих опухолей (андробластома) в большом количестве синтезируется тестостерон, блокирующий гонадотропную функцию гипофиза. В этих случаях аменорея наступает у женщин с нормальным менструальным циклом. Вначале возникают явления дефеминизации, а затем быстро прогрессирует маскулинизация; г) аменорея вследствие повреждающего действия на ткань яичника ионизирующего излучения, удаления яичников (посткастрационный синдром).

**Маточная форма вторичной аменореи.** Развитие этой формы обусловлено патологией, первично возникающей в эндометрии. К причинам, вызывающим эту форму вторичной аменореи, относятся: а) туберкулезный эндометрит, приводящий к разрушению базального слоя эндометрия; б) травматическое повреждение эндометрия в результате грубого выскабливания матки при искусственном аборте или после родов; в) воздействие на слизистую оболочку

матки настойки йода, радиоактивного кобальта, а также криодеструкция эндометрия. В результате этих причин могут развиваться выраженные рубцовые изменения эндометрия с образованием синехий и облитераций полости матки. При более поверхностном воздействии, когда эндометрий частично сохраняется, его рецепторы теряют способность реагировать на половые гормоны; иными словами, эндометрий становится нечувствительным к гормональной стимуляции. Маточная форма аменореи развивается также после хирургического удаления матки.

**К л и н и к а.** Как следует из всего изложенного, аменорея не является самостоятельным страданием, а представляет собой симптом ряда заболеваний и функциональных расстройств. Поэтому клиническая картина при аменорее определяется характером основного заболевания. Однако длительно существующая аменорея приводит ко вторичным эмоционально-психическим расстройствам и вегетососудистым нарушениям. Такие больные предъявляют жалобы на общую слабость, раздражительность, плаксивость, ухудшение памяти и трудоспособности, неприятные ощущения в области сердца, патологическую потливость, приливы, головные боли и др.

**Д и а г н о с т и к а.** Многообразие этиологических факторов и сложный патогенез аменореи определяют необходимость тщательного обследования больных, чтобы выявить функциональные или органические заболевания нервной и половой систем, эндокринных желез, внутренних органов, а также определить, в каком звене регуляторных систем (гипоталамус — гипофиз — яичники) или в матке произошло основное нарушение. Для этого необходимо применение современных морфологических, биохимических, рентгенологических, эндокринологических и генетических методов исследования.

**С б о р а н а м н е з а.** Из анамнестических данных наибольшего внимания заслуживают сведения о наследственности, перенесенных заболеваниях, особенностях становления и характера менструальной и репродуктивной функций. Большую ценность представляют данные о воздействии патогенных факторов, предшествовавших аменорее (если она имеет вторичный характер). Должное внимание следует обратить на семейный анамнез. Так, отсутствие менструаций у близких родственниц может указать на дисгенезию гонад или тестикулярную феминизацию. Следует выяснить особенности течения препубертатного и пубертатного периодов, наличие в прошлом гинекологических заболеваний, операций.

**О с м о т р б о л ь н о й.** Следует обратить внимание на телосложение, характер отложения жира, оволосение на лице и теле, состояние щитовидной железы. Нормально развитые вторичные половые признаки указывают на достаточную продукцию яичниками эстрогенных гормонов. В таких случаях причины аменореи не связаны с патологией половых желез. Высокий рост, длинные руки и ноги, узкий таз, задержка развития молочных желез и полового оволосения указывают на недостаточную эстрогенную стимуляцию с начала периода полового созревания. Повышенное отложение жира на бедрах, животе, красные и белые полосы растяжения (стрии), пигментные пятна на лице и теле, угри, сухая кожа, гирсутизм — симптомы нарушения обмена веществ и

трофических расстройств, наблюдающиеся при нарушении функций гипоталамо-гипофизарной системы, коры надпочечников, щитовидной железы. Эти же признаки имеются при синдроме склерокистозных яичников, генитальном туберкулезе, болезни Иценко—Кушинга, адреногенитальном синдроме. Поэтому при обнаружении перечисленных симптомов необходимо использовать дополнительные методы обследования для дифференциальной диагностики.

**Гинекологическое обследование.** Признаками гипопункции яичников, возникающей еще до наступления половой зрелости, являются скудное оволосение на лобке, плохо выраженная складчатость влагалища, недоразвитая коническая шейка матки, уменьшенные размеры матки, ее гиперантефлексия. Для адреногенитального синдрома, опухоли коры надпочечников или андрогенпродуцирующей опухоли яичников характерны оволосение на лобке по мужскому типу, гипертрофия клитора. При отсутствии воспалительных изменений придатков матки и друстороннем увеличении яичников можно предположить синдром Штейна — Левенталя. Таким образом, данные анамнеза, общего и гинекологического исследований позволяют у многих больных предположительно судить о причине аменореи и наметить комплекс необходимых дополнительных исследований.

Начинать рекомендуется с прогестероновой пробы, что позволяет исключить (или обнаружить) маточную форму аменореи. С этой целью больной вводят внутримышечно по 5—20 мг прогестерона в течение 6 дней. Появляющаяся через 2—3 дня менструальноподобная реакция свидетельствует об отсутствии маточной формы аменореи или препятствия для оттока менструальной крови (ложная аменорея).

При отсутствии маточной формы аменореи прогестероновая проба бывает положительной только при достаточной продукции эстрогенов. При выраженном дефиците этих гормонов она будет отрицательной, так как эндометрий, находящийся в состоянии выраженной гипотрофии, не может отторгнуться в ответ на снижение количества прогестерона в организме. Поэтому при отрицательной прогестероновой пробе целесообразно провести комбинированную эстроген-прогестероновую пробу. Для этого больной вводят в течение 10—14 дней эстрогенные препараты (например, микрофоллин по 0,05 мг), а затем переходят на введение прогестерона по схеме. При маточной форме аменореи эта проба отрицательна.

Если прогестероновая проба положительна, то по возможности следует определить содержание в крови пролактина. При повышении уровня гормона (свыше 20 нг/мл) речь идет об аменорее, связанной с гиперпродукцией этого гормона. В таких случаях необходима рентгенография черепа (для исключения аденомы гипофиза). Увеличение размеров турецкого седла, истончение спинки и расширенный вход в седло могут быть ранними признаками опухоли гипофиза. О наличии этой опухоли могут также свидетельствовать изменения глазного дна (цветовые поля зрения).

Для дифференциальной диагностики между аменореей яичникового и центрального генеза исследуют уровень ФСГ и ЛГ в крови. Повышение содержания гонадотропинов в крови свидетельствует об

отсутствии реакции яичников на гонадотропную стимуляцию и указывает на их поражение (дисгенезия гонад, склерокистозные яичники, синдром резистентных яичников, состояние после кастрации). Сниженная концентрация гонадотропинов в крови свидетельствует о недостаточной функции гипоталамо-гипофизарной системы. С целью дифференциальной диагностики проводится определение половых гормонов в крови, а также кольпоцитологическое исследование.

При аменорее, сочетающейся с гипертрихозом, необходимо провести дифференциальную диагностику между склерокистозными яичниками и гиперфункцией коры надпочечников. Если уровень 17-кетостероидов в моче повышен, ставят дексаметозоновую пробу. Для этого больной вводят  $\text{рег ос}$  по 0,5 мг дексаметазона 4 раза в день в течение 5 дней. При гиперфункции коры надпочечников наблюдается подавление продукции АКТГ и уменьшение в моче 17-кетостероидов. При синдроме Штейна — Левентала (яичникового и центрального генеза) снижена экскреция 17-кетостероидов не происходит.

Определение полового хроматина и кариотипа помогает уточнить диагноз дисгенезии гонад, тестикулярной феминизации и других генных нарушений, приводящих к аменорее, сопровождающейся изменениями функции яичников. В сомнительных случаях для уточнения диагноза показана перитонеоскопия или лапаротомия, а также биопсия ткани гонад.

**Л е ч е н и е.** При аменорее терапия должна быть прежде всего этиологической, т. е. направленной на лечение основного заболевания, обусловившего прекращение менструаций. Если причины заболевания выявить не удастся, лечение должно быть по возможности патогенетическим, направленным на восстановление функции нарушенного звена функциональных систем, регулирующих менструальную функцию. Консервативное лечение назначается после исключения органических поражений, в частности опухолей. У больных с аменореей и выраженными признаками нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы особенно важны правильная организация режима отдыха, рациональное питание, физические упражнения, климато-терапия. В случаях ожирения назначается диета с ограничением высокоэнергетических компонентов. Комплексное лечение должно включать ионогальванизацию в сочетании с седативными средствами и транквилизаторами, витаминами А, С, Е, группы В. В качестве физиотерапевтического воздействия для стимуляции гонадотропной функции гипофиза назначают воротник по Щербаку, непрямую электростимуляцию гипоталамо-гипофизарной системы импульсным током низкой частоты, эндоназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub> и др.

Признаки недоразвития женских половых органов на фоне гипофункции яичников являются обычно показанием к назначению гормональных препаратов. Вначале больная получает эстрогенные препараты в течение 2—4 мес (например, 0,1% раствор эстрадиола дипропионата по 1 мл внутримышечно или таблетки микрофоллина по 0,01 мг 1—2 раза в день), курсами по 20 дней. Появление симптома «зрачка», подъем КПИ до 50—60% свидетельствуют о том, что насыщение организма эстрогенами достаточное. В этих случаях можно начинать циклическую гормонотерапию: после введения эстрогенных



препаратов переходят к назначению 1—2 мл 0,5% раствора прогестерона. Если удается вызвать менструальноподобную реакцию, после этого проводят еще несколько курсов заместительной гормональной терапии, а затем делают перерыв. Если гормональное лечение оказывает положительное действие на общее состояние, обмен веществ, стимулирует функцию яичников, его можно (с перерывами) продолжить в течение 1—3 лет. Однако при выраженных признаках нарушения гипоталамо-гипофизарной системы менструальную функцию, как правило, восстановить с помощью такой терапии не удается. Поэтому гормональное лечение больных этой группы является в основном симптоматическим и заместительным. При длительной аменорее гипоталамо-гипофизарного генеза рекомендуется назначить препараты, стимулирующие овуляцию: кломифен (по 50 мг 1 раз в день в течение 5 дней), хориальный гонадотропин (по 1500—3000 ЕД внутримышечно в течение нескольких дней). В случаях повышенной секреции пролактина функционального характера показано лечение бромкриптином (по 2,5—7,5 мг в течение 6—8 мес), оказывающим тормозящее влияние на секрецию пролактина передней долей гипофиза. При обнаружении опухоли гипофиза больных направляют на специальное лечение.

При синдроме Шихана, болезни Симмондса показана заместительная терапия половыми стероидами, тиреоидином, глюкокортикоидами, АКГГ. При психогенной аменорее, нервной анорексии и других аналогичных нарушениях следует проводить психотерапевтическое лечение. При истощающих заболеваниях и интоксикации проводят терапию основного заболевания, а также общеукрепляющую. Стимулирующая терапия половыми стероидами рекомендуется, если общеукрепляющее лечение не дает положительного эффекта.

Восстановление массы тела у подростков при аменорее, возникающей вследствие искусственного похудения, является непременным условием успешного лечения данного заболевания. В случае отсутствия менструации после восстановленной массы тела прибегают к назначению гормональных препаратов.

Аменорея, возникающая при тяжелых инфекционных заболеваниях, обычно проходит после выздоровления и не требует специального лечения. Однако, если аменорея продолжается длительно и сопровождается симптомами нарушения функции яичников, применяют физиотерапию (воротник по Щербаку), витамины Е и С, гормоны. Гормональную терапию половыми стероидами проводят под контролем тестов функциональной диагностики с таким расчетом, чтобы не вводить в организм избыточного количества гормонов.

При яичниковых формах аменореи с врожденной неполноценностью яичников проводятся заместительная циклическая гормонотерапия, гомотрансплантация ткани яичника; при отсутствии жалоб лечение не проводится. У женщин с аменореей, связанной со склерокистозными яичниками, осуществляют стимуляцию овуляции кломифеном и клиновидная их резекция. Женщинам с аденогенитальным синдромом показан дексаметазон в небольших дозах.

При маточной форме аменорей, обусловленной туберкулезным эндометритом, проводят специфическую терапию (см. «Туберкулез

женских половых органов»). Синехии в полости матки разрушают инструментально (расширителями шейки матки, зондом) с последующим введением в матку раздуваемого резинового баллончика во избежание рецидива.

Таким образом, комплексное обследование, правильная и своевременная диагностика аменореи создают предпосылки для дифференцированного лечения, соответствующего нозологической форме патологии.

Гипоменструальный синдром возникает в основном вследствие тех же причин, что и аменорея, и проявляется скудными менструациями (гипоменорея), короткими (олигоменорея), запаздывающими редкими менструациями (опсоменорея). Методы диагностики те же, что и при аменорее. Лечение направлено на терапию основного заболевания и нормализацию тех сдвигов в организме, которые привели к расстройству менструального цикла. Принципы лечения гипоменструального синдрома сходны с таковыми при аменорее.

### ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Дисфункциональные маточные кровотечения возникают в связи с нарушениями в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка. При этом на первый план выступают не структурные, а функциональные нарушения. Среди гинекологических заболеваний дисфункциональные маточные кровотечения наблюдаются у 14—18% больных и наиболее часто встречаются в периоды жизни женщины, когда устойчивость к неблагоприятным воздействиям оказывается пониженной. В связи с этим выделяются ювенильные и климактерические кровотечения; менее часто эта патология возникает в период половой зрелости. Дисфункциональные маточные кровотечения — полиэтиологические заболевания, возникновению которых способствуют нервное перенапряжение, психические травмы, экстрагенитальные заболевания, перенесенные воспалительные заболевания женских половых органов, сопровождающиеся понижением функции яичников, нерациональное питание, нарушения деятельности эндокринных желез, интоксикации и инфекции (особенно грипп, хронический тонзиллит), ионизирующая радиация, черепно-мозговая травма.

Патогенез дисфункциональных маточных кровотечений обусловлен нарушениями периодичности выделения ФСГ и ЛГ гипофиза, которые находятся под контролем гипоталамуса. Отсутствие овуляции наиболее часто бывает вызвано нарушениями циклической продукции гонадотропных гормонов. Особенно велика при этом роль нарушенной продукции ЛГ. Дисфункциональные маточные кровотечения в зависимости от нарушения развития фолликула, овуляции и состояния желтого тела делятся на овуляторные и ановуляторные.

### Овуляторные (двухфазные) маточные кровотечения

Для этой формы дисфункциональных маточных кровотечений характерно то, что овуляция происходит, однако ритмическая секреция гормонов яичника нарушена. Выделяют три основных варианта этой

патологии: 1) укорочение фолликулярной фазы цикла; 2) укорочение лютеиновой фазы; 3) удлинение лютеиновой фазы цикла. Кроме того, к этой группе нарушений менструального цикла относят овуляторные межменструальные кровотечения.

При укорочении фолликулярной фазы длительность ее достигает 7—8 дней, а весь цикл укорачивается до 14—21-го дня. Характерным признаком этого варианта овуляторных дисфункциональных кровотечений является более раннее (на 7—9-й день цикла) повышение базальной температуры. Укорочение фолликулярной фазы при сохранении лютеиновой обусловлено нарушением функции гипофиза и неправильной стимуляцией яичников. У этой группы женщин менструации бывают более частые, чем в норме (пройоменорея), более обильные и длительные (гиперполименорея), чем при нормальном менструальном цикле в связи с тем, что эндометрий в первой фазе цикла не подвергается необходимой степени пролиферации. Чаше подобные нарушения отмечаются в период полового созревания. Соматическое и половое развитие без особенностей.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание основано на изучении тестов функциональной диагностики. Базальная температура повышается раньше 10—12-го дня менструального цикла. При гистологическом исследовании соскоба, проведенного за 2—3 дня до предполагаемого срока менструации, обнаруживают изменения, характерные для полноценной фазы секреции.

Укорочение лютеиновой фазы, связанное с атрезией желтого тела, является наиболее частым видом овуляторных кровотечений. Менструальный цикл укорачивается, интенсивность менструальной потери крови возрастает. Базальная температура повышается в течение 4—5 дней, причем это повышение не достигает  $0,4^{\circ}\text{C}$ . Лютеиновая недостаточность чаще всего связана с недостаточной продукцией ЛГ и ЛТГ гипофизом. Вследствие понижения продукции прогестерона желтым телом яичника секреторная фаза неполноценна, чем и объясняется длительность кровотечения.

Клинически укорочение лютеиновой фазы характеризуется появлением кровянистых выделений до и после менструации. Нередко такие женщины страдают и функциональным бесплодием.

**Д и а г н о с т и к а.** Укорочение лютеиновой фазы цикла можно установить на основании анализа базальной температуры и гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки (секреторная фаза неполноценна).

Удлинение лютеиновой фазы происходит вследствие длительного выделения ЛГ и особенно ЛТГ; гормон желтого тела воздействует на эндометрий слишком длительно, а во время менструации матка недостаточно активно сокращается в результате релаксирующего действия прогестерона на миометрий. Менструация наступает несколько позже и бывает обильной (гиперполименорея). Базальная температура находится на высоком уровне в течение 12—14 дней и более. В соскобе эндометрия, полученного во время кровотечения, обнаруживают выраженные секреторные преобразования.

Овуляторные межменструальные кровоте-

чения регулярно появляются на 10—12-й день после окончания менструации и совпадают по времени с овуляцией. Их происхождение связано с резким снижением в это время уровня эстрогенов в организме и изменением к ним чувствительности рецепторов эндометрия. Кровянистые выделения чаще бывают необильными, безболезненными, длятся 1—2 дня, могут сопровождаться легким недомоганием. Базальная температура двухфазная, без отклонений от нормы.

**Лечение.** При овуляторных кровотечениях проводится только при повышенных кровопотерях. Назначаются общие мероприятия, аналогичные тем, которые используются при терапии ановуляторных дисфункциональных маточных кровотечений. Женщинам с укорочением фолликулярной фазы цикла в первые дни после окончания менструации вводят небольшие дозы эстрогенов. Укорочение лютеиновой фазы является показанием к назначению прогестерона или синтетических гестагенов за 6—8 дней до менструации. Больным с удлинённой лютеиновой фазой показано введение эстроген-гестагенных препаратов по обычной схеме. При межменструальных овуляторных кровянистых выделениях хороший эффект дают комбинированные эстроген-гестагенные препараты, назначаемые по обычной схеме с 5-го по 25-й день цикла по 1 таблетке в день. Курс лечения 2—3 мес.

#### **Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения**

Этот вид дисфункциональных маточных кровотечений встречается особенно часто и характеризуется тем, что не происходит овуляции-фолликул развивается без образования желтых тел. В слизистой оболочке матки наблюдаются только процессы пролиферации. Периодически даже у здоровых женщин, особенно в период лактации, в менопаузе, а также во время полового созревания могут наблюдаться ановуляторные циклы без патологических кровотечений.

Различают гипер- и гипозэстрогенные ановуляторные циклы. При гиперэстрогенном ановуляторном цикле фолликул достигает полной зрелости, но разрыв его не происходит, он длительно существует и подвергается обратному развитию (персистенция фолликула). При гипозэстрогенном ановуляторном цикле в яичниках созревает одновременно несколько фолликулов, но они не достигают стадии зрелости и подвергаются атрезии.

При персистенции фолликула обычно образуется большое количество эстрогенных гормонов, под влиянием которых в эндометрии развивается сначала пролиферация, а затем и гиперплазия. Слизистая оболочка матки резко утолщается, в удлинённых железах начинают образовываться кисты (железисто-кистозная гиперплазия), иногда с формированием полиповидных выпячиваний на поверхности (железисто-полипозная гиперплазия).

При атрезии фолликулов в яичниках вырабатывается недостаточное количество эстрогенов, однако их длительное воздействие на эндометрий приводит к тем же результатам (гиперплазия, полипоз и др.).

Независимо от причин гиперплазии эндометрия сосудистая система при его резком утолщении не в состоянии обеспечить достаточного

питания слоев эндометрия. Развиваются процессы некроза слизистой оболочки и тромбозы кровеносных сосудов. Отсутствие желтого тела (т. е. овуляции) не приводит к разграничению эндометрия на функциональный и базальный слой. Поэтому в ответ на снижение концентрации гормонов (эстрогенов) в крови эндометрий десквамируется не одновременно со всей внутренней поверхности матки, а частично. Из участков отторжения эндометрия возникает кровотечение. Вскоре этот участок начинает эпителизоваться, кровотечение уменьшается, однако новая десквамация в соседних участках вновь приводит к возникновению кровотечения. Этот механизм поддерживает длительное существование дисфункциональных маточных кровотечений.

Клинически для ановуляторных дисфункциональных маточных кровотечений характерна задержка менструаций (фаза временной аменореи) от нескольких дней до 3—4 мес, после чего возникает длительное, но безболезненное кровотечение. Кровопотеря бывает различной: обильной и скудной. При персистенции фолликула кровотечение обычно более обильное, но менее продолжительное, при атрезии кровянистые выделения длительные, но скудные. Кровотечения ведут к возникновению анемии, которая наиболее выражена при ювенильных маточных кровотечениях вследствие недостаточной сократительной функции матки, присущей этому возрасту.

В пременопаузе дисфункциональные маточные кровотечения развиваются чаще всего на фоне гиперэстрогении (персистенция фолликула), в связи с чем часто определяется увеличение размеров матки. При ювенильных кровотечениях уровень эстрогенов, монотонно выделяющихся в малом количестве, часто бывает понижен, а матка оказывается гипопластичной.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на исключении гинекологических заболеваний, сопровождающихся анатомическими изменениями в половых органах и кровотечением. Появление меноррагий наиболее характерно для миомы матки, особенно подслизистой. Часто гипер- и особенно полименорея сопровождается воспалительными заболеваниями матки и ее придатков. Гиперполименорея нередко наблюдается при аденомиозе (эндометриоз матки), у женщин с гипопластической маткой. Усиленные и затяжные менструации бывают при застойных явлениях в сосудистой системе матки в связи с местными циркуляторными расстройствами, например у больных с ретроверзией, ретрофлексией, опущением, выпадением матки, с общими расстройствами циркуляции крови при сердечной декомпенсации.

Даже при отсутствии изменений в матке меноррагии могут быть обусловлены заболеваниями крови, сопровождающимся нарушением ее свертывания (тромбоцитопения — болезнь Верльгофа, лейкозы поражения печени), изменениями сосудистой стенки, приводящими к ее хрупкости, ломкости (ревматизм), особенно в сочетании с повышением артериального давления (хронический нефрит, гипертоническая болезнь), болезнями обмена веществ, интоксикациями. У некоторых больных при наличии меноррагий (миома матки, аденомиоз, воспалительные заболевания и др.) может измениться функция яичников.

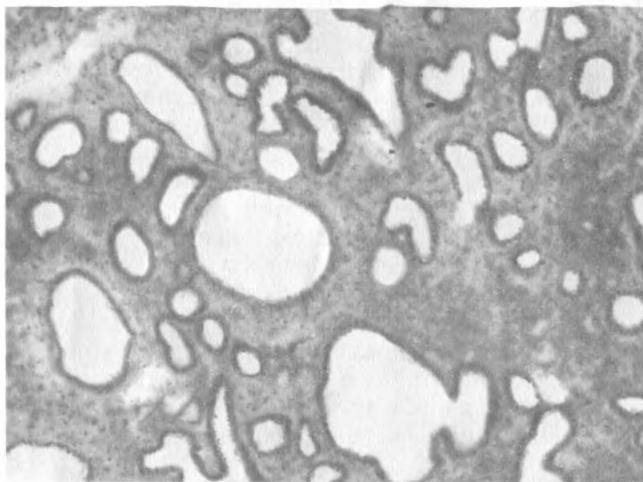


Рис. 55. Кистозная гиперплазия эндометрия.

Большое значение в диагностике имеют дополнительные методы исследования.

Важнейшим показателем ановуляторного характера дисфункциональных маточных кровотечений является отсутствие желтого тела, о чем можно судить на основании того, что при гистологическом исследовании соскоба эндометрия в нем не находят изменений, характеризующих фазу секреции. Вместо этого отмечают выраженную гиперплазию, иногда кистозного характера (рис. 55). Нередко встречается и полипоз эндометрия. При длительном кровотечении, сопровождающемся десквамацией слизистой оболочки, соскоб может быть скудным, однако признаки секреции в нем также отсутствуют.

Исследование содержания половых гормонов в крови и моче позволяет установить более высокий уровень эстрогенов при персистенции фолликула и меньший — при атрезии. Карнопикнотический индекс во влажных мазках в первом случае составляет 60—70%, во втором — около 30—40%; количество прогестерона в крови всегда понижено (менее 10 нг/мл), так же как и суточная экскреция его метаболита прегнандиола (ниже 1—1,5 мг).

Существенным признаком однофазного яичникового цикла считается монофазная базальная температура. Температура все время ниже 37°C. В то же время при овуляторном менструальном цикле в результате действия на центры терморегуляции гормона желтого тела температура в прямой кишке во второй фазе цикла повышается на 0,4—0,6°C и это повышение держится на протяжении 10—13 дней. Симптом «зрачка» в течение длительного времени вплоть до начала кровотечения остается резко положительным. При высоком насыщении организма эстрогенами ярко выражена кристаллизация шейной слизи (симптом листа «папоротника»).

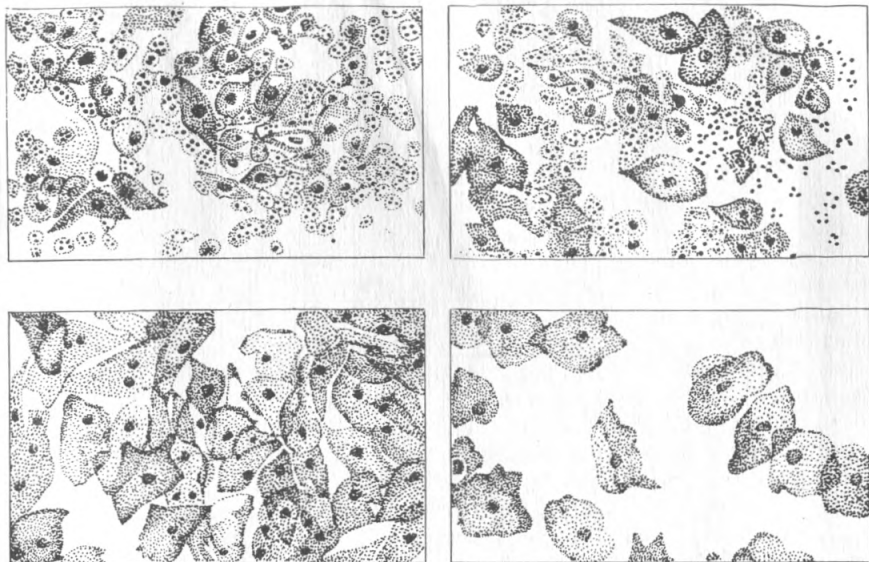


Рис. 56. Цитологическая реакция влагиалища.

**Лечение.** Необходимо учитывать характер нарушения менструального цикла, возраст больной, давность заболевания, выраженность анемии, интенсивности и длительности кровотечения, данных лабораторных методов исследования (рис. 56). В терапии выделяют три этапа. На первом из них должен быть обеспечен гемостаз — максимально быстрая остановка кровотечения, что осуществляется, как правило, в условиях стационара. На втором этапе (в условиях стационара или женской консультации) проводятся коррекция гормональных нарушений, восстановление ритма менструаций, профилактика повторных кровотечений. Третий этап — реабилитация больных, основной задачей которой является восстановление репродуктивной функции у женщин молодого возраста путем индукции овуляции, восстановления фаз нарушенного овуляторного цикла; в пременопаузе — проведение коррекции имеющихся гормональных расстройств, профилактики новообразований.

Для остановки кровотечения создается физический и психический покой, обеспечивается полноценное, богатое витаминами питание, назначаются средства, вызывающие сокращение матки, гемостатические, антианемические препараты. У женщин репродуктивного возраста, особенно в пременопаузе, впервые обратившихся к гинекологу, остановку кровотечения всегда следует начинать с выскабливания слизистой оболочки матки, которое является не только терапевтическим (остановка кровотечения), но и диагностическим мероприятием. Если диагностическое выскабливание матки было произведено недавно, но после него возобновилось дисфункциональное маточное кровотече-

ние, а также при наличии противопоказаний к вмешательству (воспалительные заболевания) проводят гормональный гемостаз. С него всегда начинают и терапию ювенильных кровотечений. Для этого применяются различные гормональные препараты: эстрогены, гестагены, комбинированные эстроген-гестагенные препараты. При введении этих препаратов в высоких дозах осуществляются торможение продукции гонадотропных гормонов гипофиза и поддержание концентраций стероидов в организме на высоком уровне, что приводит к остановке кровотечения.

Эстрогенный гемостаз заключается в следующем. В первые сутки лечения вводят 10 000—20 000 ЕД фолликулина или по 0,05—0,1 мг этинилэстрадиола, или по 1—2 мл 0,1% раствора эстрона внутримышечно каждые 3—4 ч (всего 4—5 инъекций или 5—6 таблеток). Кровотечение обычно останавливается через 24—48 ч. В течение последующих 5—7 дней дозировку препаратов постепенно снижают и продолжают вводить препараты на протяжении 10—15 дней, после чего в течение 6—8 дней ежедневно вводят по 5—15 мг прогестерона внутримышечно. Вместо прогестерона можно применять прегнин или «чистые» гестагены (туринал). Прогестерон для гемостаза может быть использован при необильном, но длительном кровотечении. Прогестерон вводят обычно по 10 мг ежедневно в течение 6—8 дней или по 20 мг в течение 3 дней. Необходимо иметь в виду, что при введении прогестерона на фоне кровотечения возможны три клинических варианта ответной реакции, при одной из которых происходит первоначальное усиление кровотечения. Поэтому прогестероновый гемостаз опасно применять у больных с анемией.

Широкое распространение с гемостатической целью при дисфункциональных маточных кровотечениях получили синтетические прогестины, содержащие как эстрогенный, так и гестагенный компоненты (овулен, бисекурин и др.). Препараты назначают в первый день по 5—6 таблеток до ослабления кровотечения, на 2-й день — на 1 таблетку меньше. В дальнейшем дозу постепенно снижают до 1 таблетки ежедневно. Курс лечения 21 день. Через 2—3 дня после отмены препарата наступает менструальноподобная реакция.

При меноррагиях назначают средства, повышающие сократительную функцию матки, свертываемость крови, проводят антианемическую терапию. В качестве сокращающих матку и кровоостанавливающих средств применяются стиптицин по 1 таблетке (0,05 г) 3 раза в день, эрготал по 1 таблетке (1 мг) 2—3 раза в день.

На втором этапе лечения больных ставят на диспансерный учет, уточняют у них уровень и характер поражения в системе регуляции менструального цикла. Больным с персистенцией фолликула для регуляции функции яичников и профилактики рецидивов дисфункциональных маточных кровотечений назначают прогестерон внутримышечно по 10 мг ежедневно в течение 6—8 дней за 10—12 дней до менструации. Такое лечение проводят на протяжении 4—6 мес. При ановуляции в связи с атрезией фолликулов целесообразна циклическая гормонотерапия с введением эстрогенов в течение первых 10—15 дней цикла, а затем прогестерона. Курс лечения 4—6 мес. Искусственное



создание гормональных изменений соответственно нормальному яичниковому циклу способствует восстановлению нарушенных циклических процессов в системе гипоталамус — гипофиз. В ряде случаев при наличии стойкого бесплодия одновременно проводится стимуляция овуляции кломифеном, кломифеном и хориогонином, а также физическими методами.

Для регуляции менструального цикла у больных в возрасте старше 40 лет, особенно при выраженной гиперэстрогении и гиперпластических процессах в эндометрии, эффективно назначение синтетических эстроген-гестагенных препаратов (по 1 таблетке ежедневно, начиная с 5-го дня менструального цикла, в течение 21 дня).

Гормональное лечение можно сочетать с физиотерапией. Больным с повышенной продукцией эстрогенов назначают гальванический воротник, шейно-лицевую гальванизацию с бромом, сульфатом магния (10—12 процедур на курс). Для нормализации менструального цикла при кровотечении на фоне гипозэстрогении рекомендуется лечение с пофазным введением микроэлементов: с 5—6-го до 10—12-го дня цикла — электрофорез меди (в комплексе с витаминами группы В), с 11—13-го дня — электрофорез цинка (в сочетании с витаминами С и Е). При резко выраженных гиперпластических процессах в эндометрии в пременопаузе показано проведение лечения оксипрогестерона капронатом (по 500 мг 3 раза в неделю). Второй этап терапии дисфункциональных маточных кровотечений считается законченным, если удалось восстановить нормальный ритм менструаций. На третьем этапе основное внимание у женщин репродуктивного возраста уделяется восстановлению нарушенной репродуктивной функции (стимуляции овуляции) и профилактике предраковых состояний и рака эндометрия (рациональная терапия при гиперпластических процессах). В пременопаузе при склонности к рецидивированию кровотечений приходится решать вопрос о прекращении менструальной функции. Для этого иногда назначают андрогены, например, тестостерон-пропионат (по 25 мг внутримышечно 2 раза в неделю в течение 2 мес). У некоторых больных прибегают к криотерапии или оперативному лечению (удалению матки).

#### БОЛЕЗНЕННЫЕ МЕНСТРУАЦИИ

Это нарушение менструальной функции называется альгодисменореей. Менструация, будучи физиологическим процессом, может сопровождаться рядом неприятных ощущений. У многих женщин за 1—2 дня до менструации появляются легкое недомогание, повышенная чувствительность к некоторым запахам, раздражительность, нагрубание и гиперестезия молочных желез, чувство тяжести внизу живота. Эти явления служат следствием вегетативных реакций, вызванных гормональными изменениями в организме и гиперемией органов малого таза. Во время менструации некоторые женщины отмечают появление болей внизу живота. Подобные ощущения чаще всего бывают кратковременными и не оказывают существенного влияния на общее состояние и работоспособность. У больных с альгодисменореей такого рода проявления и особенно болевой синдром резко выражены.

Различают две формы альгодисменореи — первичную и вторичную. Первичная альгодисменорея наблюдается, как правило, у нерожавших женщин, обычно начинается с менархе и не связана с заболеваниями половых органов. У больных со вторичной альгодисменореей обычно имеется та или иная патология со стороны половых органов, обуславливающая развитие выраженного болевого симптома во время менструаций.

**Этиология и патогенез.** Первичная альгодисменорея представляет собой своеобразный гипоталамический синдром. При этом клиника заболевания определяется тем, в каком отделе гипоталамуса, а иногда и всего лимбико-ретикулярного комплекса возникали нарушения. Эти расстройства вызываются различными неблагоприятными факторами внешней среды (переохлаждение, перегревание, физические и психические травмы, инфекционные заболевания, патологические роды, аборт и др.) и особенно часто развиваются на фоне астенизации органов.

Существенную роль в генезе альгодисменореи играет также повышение продукции простагландинов.

Факторы, вызывающие вторичную альгодисменорею, многочисленны. К ним относятся опухоли матки (миома), воспалительные заболевания, недоразвитие половых органов, эндометриоз и др. При миоме матки, особенно при межмышечном расположении узла, изменения в стенках матки могут быть механическим препятствием для оттока менструальной крови; при этом происходят более энергичные маточные сокращения, воспринимаемые женщиной как болевые ощущения. Воспалительные процессы внутренних половых органов, спайки, инфильтраты в области малого таза, в параметральной клетчатке, неправильное положение матки (гиперантефлексия, ретрофлексия) часто являются причиной альгодисменореи. Недоразвитие половой системы (инфантилизм) также часто приводит к возникновению болевых ощущений во время менструации. В этих случаях гипопластическая матка со слабо развитыми мышечными элементами оказывается менее податливой к растяжению при наступающем во время менструаций полнокровии. При эндометриозе болезненные менструации обусловлены тем, что расположенные в толще миометрия, яичниках и других местах участки эндометрия под воздействием гормонов претерпевают циклические изменения, аналогичные наблюдающимся в слизистой оболочке матки — усиление секреции и десквамация с разрушением стенок сосудов. Эти изменения эндометрия совершаются при растяжении органов и тканей; при этом изливающаяся кровь нередко попадает на поверхность брюшины, имеющую большое количество интерорецепторов. Своеобразной формой патологии является перепончатая альгодисменорея. Для нее характерно отторжение во время менструации нераспавшейся слизистой оболочки матки в виде отдельных пленок или даже целого слепка полости матки. Патологию связывают с гормональными расстройствами (гиперэстрогения), которая приводит к повышенному тону матки и ее сокращениям.

**Клиника и диагностика.** При альгодисменорее, особенно первичной, боли носят пароксизмальный, острый, судорожный

характер, напоминая схваткообразные болевые ощущения при самопроизвольном аборте или родах. Они сопровождаются эмоционально-вегетативными (слабость, депрессия, сонливость, снижение памяти, бессонница), вегетативными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы (головокружение, головные боли, обмороки, тахи- и брадикардия, экстрасистолия, боли в сердце), желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, слюнотечение, дискинезия кишечника) и другими расстройствами (зуд, боли в суставах, полиурия, отеки век, лица, слизистой оболочки носа). В связи с выраженными общими и местными симптомами во время менструации многие женщины не работоспособны. В результате расстройств в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе может нарушаться продукция гонадотропных и половых гормонов. У многих больных отмечается повышенная чувствительность к половым гормонам.

Для правильной диагностики очень важно тщательно собрать анамнез, обратить внимание на имевшиеся стрессовые факторы, возможную экстрагенитальную патологию, заболевания женских половых органов. В тяжелых случаях показано обследование в условиях специализированных стационаров (в основном в отделениях гинекологической эндокринологии) с использованием гормональных, неврологических, рентгенологических, эндоскопических и других методов исследования.

**Лечение.** Рекомендуется начинать с десенсибилизации к половым гормонам. Предварительно определяют чувствительность к ним, для чего на внутренней поверхности предплечья внутривенно, на расстоянии 3 см, вводят по 0,02 мл масляных растворов эстрадиол-дипропионата (0,1%), фолликулина (0,1%) и прогестерона (1%). Введение препаратов осуществляют в начале второй фазы менструального цикла (на 16—18-й день). Реакция считается положительной (повышенная чувствительность) на соответствующий гормон (эстрадиол, эстрон, прогестерон), если вокруг места инъекции появляются волдырь более 8 мм и гиперемия более 20 мм в диаметре. Чувствительность к эстрогенам и прогестерону может быть повышена одинаково либо кожная реакция более выражена на эстрогены или прогестерон. В подобных случаях изменяют количество вводимых внутримышечно масляных растворов эстрогенов и прогестерона, что позволяет более точно определить чувствительность к этим гормонам.

При недостаточной терапевтической эффективности десенсибилизации к половым гормонам одновременно целесообразно проводить общеукрепляющее лечение, витаминно- и психотерапию. С целью снижения продукции простагландинов применяют индометацин (по 0,025 г внутрь 2—3 раза в день). Во время болей назначают покой, тепло, седативные, спазмолитические средства. Хороший результат дают валериана, бромистые препараты, анальгин, но-шпа, люминал, иногда атропин, белладонна, папаверин, платифиллин с хлоридом или глюконатом кальция. В ряде случаев приходится назначать наркотики (промедол, пантопон). Показаны грязелечение, индуктотермия.

При вторичной альгодисменорее, помимо десенсибилизации к половым гормонам, следует прежде всего провести эффективное лече-

ние основного заболевания, которое является источником болевых нервных импульсов и может поддерживать расстройства функции гипоталамуса. При альгодисменорее, вызванной воспалительными процессами, необходимо противовоспалительное лечение. При неправильных положениях матки (ретродевииации) эффективна физиотерапия. У больных эндометриозом определенный эффект дают синтетические прогестины, в ряде случаев проводится операция. Если среди причинных факторов в происхождении альгодисменореи фигурирует яичниковая недостаточность, показаны гормонотерапия и другие мероприятия (в частности, физиотерапия, климатолечение), направленные на нормализацию функций половой системы. Если обычная терапия неэффективна, рекомендуется подавить овуляцию прогестинами, учитывая, что болезненные менструации бывают, как правило, овуляторными.

**Профилактика.** Правильное физическое воспитание, соответствующая организация режима учебы и труда девушки (особенно в период менархе), женщины, своевременное выявление и лечение экстрагенитальной патологии и заболеваний женских половых органов.

## Глава V

### НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ

#### ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Предменструальный синдром представляет собой совокупность патологических психонейроэндокринных симптомов, появляющихся во второй фазе менструального цикла, исчезающих или уменьшающихся с началом менструации и приводящих к нарушению трудоспособности.

Предменструальный синдром наблюдается у 2—30% менструирующих женщин в основном репродуктивного возраста, но может проявиться и с периода менархе. Наиболее тяжелая форма синдрома встречается у женщин старше 35 лет.

**Патогенез.** Изучен недостаточно. Выдвигаются различные гипотезы, объясняющие появления ряда симптомов, однако четкого патофизиологического обоснования возникновения и развития этого заболевания еще не существует. Предложено несколько теорий возникновения и развития предменструального синдрома: гормональная, водной интоксикации, аллергическая, вегетативная и др. Наиболее распространена гормональная теория, согласно которой в основе предменструального синдрома лежит нарушение соотношения эстрогенов и прогестерона во второй фазе менструального цикла. Избыток эстрогенов и недостаток прогестерона обуславливают развитие таких симптомов, как отеки, снижение диуреза, патологическое нагрубание молочных желез, головные боли (за счет отека головного мозга), адинамия и повышенная утомляемость. Это объясняется тем, что прогестерон способствует увеличению диуреза, а недостаток его приводит к задержке жидкости в организме. Избыток эстрогенов вызывает гипогликемию, что выражается чувством усталости, повышенной утомляемости, адинамией.

Согласно теории водной интоксикации у больных с предменструальным синдромом нарушен водно-солевой обмен. Известно, что во второй фазе нормального менструального цикла происходит небольшая задержка жидкости в организме. Патологическая прибавка массы тела, отмечаемая при предменструальном синдроме, может достигать 0,6—2,5 кг. Увеличение экскреции альдостерона, наблюдаемое у этих больных, ведет к задержке натрия в организме, что способствует появлению межтканевых отеков, характерных для предменструального синдрома.

Не меньшее значение в объяснении некоторых проявлений предменструального синдрома имеет аллергическая теория. Периодически появляющиеся кожные высыпания, иногда в виде крапивницы, кожный зуд, аллергический вазомоторный насморк обусловлены повышенной чувствительностью к собственным стероидным гормонам.

На основании данных о преобладании тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы во второй половине менструального цикла была создана вегетативная теория патогенеза предменструального синдрома.

Таким образом, все эти теории дополняют различные стороны патогенеза, но не объясняют его достаточно полно.

Определенная роль отводится дефициту витамина В<sub>6</sub>, который действует как кофермент (пиридоксина фосфат) в заключительной фазе биосинтеза допамина и серотонина. Нарушенный метаболизм этих моноаминов в ЦНС проявляется как в нарушении деятельности гипоталамуса и гипофиза, так и в ухудшении настроения и поведения больной.

Решающую роль в развитии предменструального синдрома принадлежит гипоталамо-гипофизарной системе. Нарушение функционального состояния этой системы приводит к расстройству обмена стероидных гормонов, водно-солевого и углеводного обмена, что проявляется многочисленными клиническими синдромами.

**К л и н и к а.** Клиническая картина предменструального синдрома весьма разнообразна. Наиболее постоянными являются нервно-психические нарушения: раздражительность, повышенная возбудимость или, наоборот, депрессия, плаксивость, неадекватные реакции, повышенные требования к окружающим. Изменяется не только общее состояние женщины, но и ее поведение. Наблюдаются вегетативно-сосудистые расстройства (головная боль, головокружение, боли в области сердца, тахикардия, гипер- и гипотонические кризы). Характерны также эндокринно-обменные нарушения, проявляющиеся в виде патологической прибавки массы тела, связанной с отеками (на руках, ногах, лице), уменьшения диуреза и чрезмерного нагрубания молочных желез. У некоторых больных встречаются аллергические реакции в виде сыпи и кожного зуда. Симптомы предменструального синдрома могут появляться одновременно или поочередно, постепенно нарастая. Заболевание носит циклический характер. Интенсивность клинической картины синдрома нарастает с приближением срока менструации. С момента наступления ее симптомы исчезают, и женщина чувствует

себя вполне здоровой. В зависимости от тяжести течения и интенсивности проявления симптомов, их количества и длительности различают легкую (3—4 симптома, проявляющихся за 2—10 дней до менструации, из них 1—2 выражены интенсивно) и тяжелую (5—12 симптомов за 3—14 дней до менструации, из них не менее 2—5 резко выражены) формы предменструального синдрома. Заболевание протекает длительно, хронически, чаще прогрессирует; более легкие формы переходят с годами в тяжелые. Различают три стадии предменструального синдрома: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную.

Компенсированная стадия характеризуется отсутствием прогрессирования симптомов. Клинические проявления бывают ограничены только второй фазой цикла и первым днем менструации. Все легкие формы синдрома относятся к компенсированной стадии.

При субкомпенсированной стадии симптомы заболевания усугубляются с годами, тяжесть его прогрессирует как по количеству, так и по интенсивности симптомов. При компенсированной и субкомпенсированной стадии в первой фазе менструального цикла женщина чувствует себя практически здоровой. Клинические проявления синдрома начинаются обычно с середины менструального цикла и заканчиваются после прекращения менструации.

Декомпенсированная стадия относится к тяжелой форме предменструального синдрома, при которой даже после начала менструаций некоторые симптомы сохраняются и женщина не чувствует себя вполне здоровой.

Для предменструального синдрома характерно не только ухудшение общего состояния, но и обострение перед очередной менструацией сопутствующих заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, эндокринных, психических и др.), на фоне которых он развивается. Чем тяжелее протекает предменструальный синдром, тем выраженнее ухудшение основного заболевания.

**Диагностика.** Основывается на характерных симптомах, возникающих во второй фазе менструального цикла. Исследование функции яичников по тестам функциональной диагностики позволяет выявить у многих женщин недостаточность функции желтого тела и относительную гиперэстрогению во второй фазе цикла. В дифференциальной диагностике кардиальных симптомов помогают данные ЭКГ, на которой выявляется увеличение вольтажа желудочкового комплекса. Наиболее часто приходится дифференцировать предменструальный синдром от альгодисменореи. При предменструальном синдроме симптомы заболевания возникают, начиная с овуляции, чаще появляются после родов, аборт, в то время как альгодисменорея, как правило, встречается у нерожавших женщин. С наступлением менструации все симптомы при наличии предменструального синдрома обычно исчезают, тогда как при альгодисменорее боли в это время достигают наибольшей интенсивности.

**Лечение.** Учитывая многообразие клинических проявлений предменструального синдрома, а также недостаточно выясненный патогенез заболевания, лечение следует проводить комплексно. Оно

сочетает в себе психотерапию, применение транквилизаторов (андаксин, триоксазин, мепробамат, элениум, френолон, этаперазин), витаминов А, В<sub>6</sub>, Е, диуретиков (хлорид аммония, гипотиазид) в сочетании с препаратами калия (хлорид калия, ацетат калия, калийная диета), половых гормонов (при гиперэстрогении — прогестерон во второй фазе менструального цикла, при гипозэстрогении — циклическая гормонотерапия). При аллергическом компоненте предменструального синдрома дополнительно к схеме рекомендуется прием димедрола или супрастина.

Хороший эффект лечения достигается применением электроаналгезии, а у тяжелобольных — сочетанием ее комплексной медикаментозной терапией. Использование электроаналгезии позволяет значительно ограничить лекарственную терапию.

### ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

Посткастрационный синдром возникает в результате одномоментного выключения функции яичников (вследствие удаления их или гибели фолликулярного аппарата после облучения гамма- или рентгеновскими лучами) и проявляется в виде вазомоторных, нервно-психических и обменных нарушений у женщин репродуктивного возраста. Посткастрационный синдром развивается у 50—85% женщин после острого выключения функции яичников, причём первые проявления его могут начаться в период от 2—4 нед до 2—3 мес после кастрации. У молодых женщин этот синдром развивается значительно позже, чем в более старшем возрасте. В течение первого года после операции у большинства больных эти явления проходят, а у 25% женщин продолжают в течение 2—5 лет.

**П а т о г е н е з.** Существует несколько теорий развития посткастрационного синдрома. Возникновение его можно связать с выпадением функции половых желез и прежде всего резким снижением уровня эстрогенов. Это положение подтверждается тем, что при лечении эстрогенами приливы уменьшаются, однако другие проявления посткастрационного синдрома (нарушения высшей нервной деятельности и пр.) применением эстрогенных препаратов не устраняются.

Патогенез посткастрационного синдрома одни авторы объясняют повышением экскреции ФСГ, другие — недостатком экскреции ЛГ. В то же время не у всех женщин после кастрации при низком уровне эстрогенов и высоком — гонадотропинов развивается посткастрационный синдром. В возникновении его существенное значение имеет повышение гипоталамо-гипофизарной активности. Этот процесс охватывает не только гонадотропную функцию, но и продукцию других тропных гормонов (ТТГ, АКТГ). Вследствие повышенной активности гипоталамо-гипофизарной системы нарушается функция периферических эндокринных желез — надпочечников и щитовидной железы, принимающих активное участие в системе гомеостаза и адаптации. Именно этим можно объяснить полисимптомность посткастрационного синдрома, возникновение его не сразу после выключения функции яичников, а спустя определенное время, необходимое для развития вторичных изменений. Этим же можно объяснить и тот

факт, что у молодых женщин посткастрационный синдром развивается значительно позже, чем у пожилых, так как с возрастом происходит некоторое усиление деятельности гипоталамических центров. Роль гипоталамо-гипофизарной системы в развитии посткастрационного синдрома доказывается также характером сдвигов биоэлектрической активности головного мозга на ЭЭГ и рентгенологическими изменениями турецкого седла (увеличение передней доли гипофиза).

К л и н и к а. Проявления синдрома могут быть различны и зависят от ряда факторов: возраста больной, адаптационных возможностей организма, сопутствующих и перенесенных ранее заболеваний, состояния психоэмоциональной сферы и др. Особенно тяжело протекает посткастрационный синдром у женщин, подвергшихся кастрации в молодом возрасте.

Наиболее часто наблюдаются вегетативно-сосудистые нарушения в виде приливов, головных болей, сердцебиений, болей в области сердца, головокружений, обморочных состояний.

Приливы — наиболее характерный и постоянный симптом посткастрационного синдрома. Частота их колеблется от 1 до 30 в сутки. Приливы могут сопровождаться приступами головных болей и головокружением.

Головная боль (постоянная или приступообразная) также является одним из частых признаков посткастрационного синдрома. Боли в основном локализуются в затылочной или височной области. Из других симптомов следует отметить гипертонию и боли в области сердца, что может быть обусловлено явлениями атеросклероза и тромбоза коронарных сосудов, возникающими после кастрации.

Эндокринно-обменные расстройства (ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия, остеопороз) — частые проявления посткастрационного синдрома. Наиболее значительные изменения отмечаются в половой системе: уменьшение молочных желез, частичное выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах, отсутствие менструаций, уменьшение размеров матки, сухость влагалища, сглаженность его складок, снижение полового чувства и др. Клинические признаки эндокринно-обменных нарушений бывают более выражены у тех больных, у которых резко проявляются вегетативно-сосудистые изменения.

Нервно-психические расстройства при посткастрационном синдроме выражаются в изменениях психики, плаксивости, раздражительности, чувстве немотивированной тревоги, ухудшении памяти. Эти явления могут сочетаться как с вегетативно-сосудистыми, так и с эндокринными нарушениями, но могут быть и самостоятельными симптомами посткастрационного синдрома.

Наиболее тяжело и длительно протекает посткастрационный синдром у женщин, в анамнезе которых имеются психические травмы, хронические инфекции и интоксикации.

Кастрация, произведенная в детском возрасте, не вызывает формирования тяжелого посткастрационного синдрома. Вторичные половые признаки не развиваются (если кастрация произведена до периода полового созревания) или постепенно исчезают (если кастрация произведе-



дена в период полового созревания); при этом изменяется форма тела, отсутствуют характерные особенности женского таза, атрофируется матка.

Несколько иначе протекает посткастрационный синдром, вызванный облучением. Клинический симптомокомплекс развивается у большинства таких женщин. Однако симптомы возникают постепенно и менее резко, чем при хирургической кастрации.

**Д и а г н о с т и к а.** Постановка диагноза несложна. Она основывается на данных анамнеза, указывающих на удаление яичников или облучение и появление характерных клинических симптомов заболевания.

**Л е ч е н и е.** Должно быть комплексное и направлено на нормализацию функционального состояния отделов головного мозга, ответственных как за реакции компенсации и адаптации, так и за активацию стероидной функции коры надпочечников. Лечение посткастрационного синдрома начинают с общеукрепляющей и седативной терапии (лечебная физкультура, водные процедуры, УФ-облучение, шейно-лицевая ионогальванизация с раствором брома). Назначают транквилизаторы и нейролептики (мепротан, диазепам, хлордиазепоксид, триоксазин и др.). Применяют витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, С, РР в сочетании с 2% раствором новокаина. Курс лечения 25 дней.

Молодым женщинам с посткастрационным синдромом, помимо этого, показана циклическая замещающая гормональная терапия (эстроген с последующим введением гестагенов) на протяжении длительного срока при сохранении адекватной ответной реакции органов-мишеней (матки) на введение гормонов. Это выражается в регулярном появлении менструальноподобных кровянистых выделений в ответ на данную терапию. Если эти выделения не происходят, заместительную гормонотерапию следует прекратить. Женщинам более старшего возраста рекомендуется сочетанное применение эстрогенов и андрогенов в соотношении 1:20 или 1:50.

Возможно применение эстроген-гестагенных препаратов, но лечение следует начинать с  $\frac{1}{4}$  или  $\frac{1}{2}$  таблетки, так как подобные больные очень чувствительны к данным средствам. Лечение продолжается 2 нед, после чего делается перерыв на 2 нед. В дальнейшем дозы синтетических прогестинов уменьшаются, а перерывы удлиняются до 3—4 мес.

#### КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Климактерический период — возрастной переходный этап жизни женщины между репродуктивным периодом и стойким прекращением гормональной функции яичников. У большинства женщин климактерический период наблюдается в возрасте 45—50 лет, являясь физиологическим процессом общей возрастной инволюции организма, и протекает без каких-либо патологических проявлений. Однако у некоторых женщин появляется ряд симптомов, отягощающих естественное течение климакса. Этот патологический симптомокомплекс носит название климактерического синдрома. Как и другие нейроэндокринные синдромы, климактерический синдром проявляется в виде эндокринно-обменных, вегетативно-сосудистых и нервно-психических нарушений. Встре-

чается он у 25—30% женщин, находящихся в климактерическом периоде. Течение его нередко длительное (5—6 лет и более).

**П а т о г е н е з.** Весьма сложен и многообразен. Значительная роль в развитии климактерического синдрома отводится коре головного мозга, причем тяжелые проявления, как правило, возникают после эмоционального стресса. Исследованиями высшей нервной деятельности при климактерическом синдроме установлено ослабление процессов возбуждения и превалирование процессов торможения, которые возникают стадийно.

При длительности заболевания до 3 лет нарушается внутреннее торможение и снижается подвижность корковых процессов, при более длительном течении снижается тонус коры головного мозга и часто возникают фазовые явления в нервной деятельности.

Большая роль в патогенезе климактерического синдрома принадлежит возрастным изменениям гипоталамуса, в котором реализуется взаимосвязь между центрами, регулирующими вегетативные функции, и центрами, ответственными за цикличность выделения гормонов. Чаще всего у больных с климактерическим синдромом отмечается состояние повышенной возбудимости гипоталамических центров.

Патогенез сердечных и сердечно-сосудистых расстройств при климактерическом синдроме может быть обусловлен рефлекторно и гуморально возникающими нарушениями трофики сердечной мышцы. Кроме того, являясь фактором, снижающим реактивность организма и его адаптационные возможности, данный синдром играет провоцирующую роль в развитии латентно протекающих заболеваний.

**К л и н и к а.** Развитие климактерического синдрома тесно связано с нарушением функции яичников, сопровождающимся изменением менструального цикла: появляются ановуляторные циклы, редкие, скудные менструации или обильные ациклические кровотечения дисфункционального характера. Обычно этот синдром возникает в период климактерических изменений менструальной функции (в пременопаузе), но может появиться в первые 1—2 года постменопаузы.

Одним из основных признаков климактерического синдрома являются приливы к голове, лицу, верхней половине туловища. Они могут быть единственным симптомом, но чаще сочетаются с головной болью, раздражительностью, повышенной возбудимостью, потливостью, нарушением сна, головокружением, тошнотой, сердцебиением, болями в области сердца. Приливы (изолированные или в сочетании с другими симптомами) нередко появляются по ночам. Частота их колеблется от 1—3 до 20 в сутки и более. Каждый прилив продолжается от нескольких секунд до 2—3 мин и дольше. ЭЭГ во время приливов, произведенные в разных отведениях, показали, что приливы сопровождаются снижением подвижности корковых процессов и изменением функции гипоталамуса.

Головные боли могут носить приступообразный и постоянный характер. Головокружения, отмечаемые при климактерическом синдроме, могут напоминать синдром Меньера, т. е. протекать с тошнотой, рвотой, сердцебиением, чувством «проваливания» и даже потерей сознания.

Наряду с вегетососудистыми расстройствами отмечаются наруше-

ния терморегуляции (озноб, субфебрильная температура). Озноб может возникать в виде приступов и сопровождаться головной болью, потливостью, отеками лица, конечностей, повышением артериального давления.

В клинической картине синдрома преобладают сердечно-сосудистые расстройства — гипертония и климактерическая кардиопатия (боли и неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения). Эти проявления часто сопровождаются беспокойством, страхом. Характерным для климактерической кардиопатии признаком является неэффективность приема нитроглицерина, спазмолитиков и соблюдения строгого постельного режима. При климактерических кардиопатиях имеются типичные изменения биоэлектрической активности миокарда — зубец *T* может быть снижен или отрицателен, фиксируется в нескольких отведениях. При объективном обследовании больных с климактерической кардиопатией выявляются расширение границы сердца влево, приглушенность тонов, что характерно для изменений миокарда дистрофического характера. Иногда выявленные изменения в сочетании с приступом резких болей в области сердца ошибочно расцениваются как стенокардия или инфаркт миокарда.

Климактерическая гипертония характеризуется сравнительно небольшим повышением и лабильностью артериального давления, иногда с резкими колебаниями его в течение суток (до 50 мм рт. ст.).

При климактерическом синдроме обостряются неврастенические синдромы, а у некоторых больных впервые возникают неврозоподобные состояния в виде астенических, депрессивных, ипохондрических или истерических проявлений. Больные угнетены, подавлены, уходят в анализ своих ощущений, появляется немотивированный страх. Иногда, наоборот, отмечаются повышенное настроение, чрезмерная веселость.

Климактерический синдром часто сопровождается эндокринно-обменными нарушениями; у многих больных обнаруживаются изменения функции щитовидной (гипо- или гиперфункция) и поджелудочной желез. Клинически это проявляется чрезмерным увеличением массы тела или, в более редких случаях, похуданием, развитием сахарного диабета или прогрессированием латентно протекающей его формы. Функция надпочечников существенно не изменяется, однако развитие синдрома на фоне экстрагенитальных заболеваний может сопровождаться снижением глюкокортикоидной функции коры надпочечников. Эстрогенная функция яичников может быть как повышенной, так и пониженной.

Выделяют так называемую типичную форму климактерического синдрома, которая развивается у практически здоровых женщин и характеризуется обычной симптоматикой, и осложненную, или сочетанную, форму, когда особенности клинического течения определяются сопутствующими заболеваниями (хронические инфекции, сердечно-сосудистые заболевания, неврологические расстройства и др.). В этих случаях синдром протекает более тяжело, длительно и атипично с преобладанием симптомов сопутствующего заболевания.

По тяжести течения различают легкую, среднюю и тяжелую формы климактерического синдрома. К легкой форме относят заболевания с

относительно небольшим числом приливов в течение суток (до 10) при ненарушенных общем состоянии и работоспособности больной. Для синдрома средней тяжести, помимо приливов (до 10—20 в сутки), характерны головная боль, головокружения, ухудшение сна и памяти. При тяжелой форме синдрома отмечаются резко выраженные клинические проявления заболевания с почти полной потерей трудоспособности.

**Л е ч е н и е.** Показанием к лечению являются тяжелая и среднетяжелая формы синдрома. При легкой форме заболевания, как правило, все клинические проявления самостоятельно претерпевают обратное развитие. При выборе терапии необходимо придерживаться индивидуального подхода. Комплексное лечение включает психотерапию, медикаментозное и общеукрепляющее лечение (лечебная гимнастика, рациональный режим питания, труда и отдыха, санаторно-курортное лечение, витаминотерапия). Лечение больных с климактерическим синдромом осуществляется обычно одновременно терапевтом, невропатологом и гинекологом.

Из медикаментозных средств применяют седативные препараты, транквилизаторы, нейролептики, бромиды, гормональные препараты. Наибольшее распространение получили нейролептические препараты, особенно производные фенотиазинового ряда — френолон, метеразин, этаперазин и трифтазин. Эффективен и новый отечественный транквилизатор фенибут. Вначале назначают минимальную дозу нейролептиков (0,5—1—2,5 мл), оценивая лечебный эффект через 2 нед, после чего продолжают вводить ту же дозу или увеличивают ее вдвое (при отсутствии эффекта). При появлении признаков передозировки (сонливость, вялость, апатия) дозу снижают по сравнению с первоначальной. Лечение продолжают в течение 4—12 нед до получения терапевтического эффекта, а затем постепенно прекращают прием препарата. Благодаря применению нейролептиков уменьшаются клинические проявления синдрома, улучшается общее состояние больных, нормализуются показатели артериального давления и пульса.

Выбор метода гормонального лечения должен быть строго дифференцирован в зависимости от возраста больной и клинических особенностей заболевания. Применение гормональных препаратов показано при тяжелой форме климактерического синдрома, особенно сочетающейся с выраженными сердечно-сосудистыми нарушениями (гипертоническая болезнь, климактерическая кардиопатия), депрессией и др. Синдром может развиваться как при гипозестрогении, так и при высоком содержании эстрогенов в организме, поэтому применение гормональных препаратов следует начинать только после исследования состояния яичников (тесты функциональной диагностики, определение стероидных гормонов яичника в крови или моче). При гипозестрогении назначают комбинированные эстроген-гестагенные препараты (бисекурин, овулен, нон-овлон, ановлар) по  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{6}$  таблетки в течение 21 дня или только во второй фазе менструального цикла.

Возможно назначение эстрогенов с последующим введением гестагенов. Применение эстрогенных гормонов требует постоянного контроля и должно быть строго индивидуальным из-за опасности появления ациклических маточных кровотечений.

В тех случаях, когда климактерический синдром протекает на фоне гиперэстрогении, хороший психотропный эффект и снятие вегетосудистых симптомов достигаются комбинированным применением эстрогенов и андрогенов в одном шприце (в соотношении 1:10—1:50) каждые 5—7 дней на протяжении 5—7 нед, а в дальнейшем — по 1 инъекции через 14—21—28 дней на протяжении 1—1½ лет.

Медикаментозная терапия дополняется лечебной физкультурой, витаминно- и диетотерапией, климато- и водолечением, физическими методами лечения.

Лечебная физкультура должна быть направлена на улучшение функций нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем с целью предотвращения развития вегетоневротических реакций и на профилактику нарушений кровообращения и застойных явлений в органах малого таза. Успешно используются дозированная ходьба, спортивные игры на свежем воздухе, плавание.

Важная роль принадлежит диетотерапии. В климактерическом периоде обычно наблюдается склонность к ожирению и нарушению окислительно-восстановительных процессов, поэтому необходимы назначение малокалорийной диеты, ограничение углеводов, жиров животного происхождения, острых приправ, соли (до 1,5 г), жидкости (до 1—1,5 л) и частое дробное питание (5—6 раз в день). Витаминотерапия проводится с учетом потребности в витаминах, которая повышается в этом возрастном периоде. Широко применяются витамины С и Р, способствующие нормализации обменных процессов, витамин Е, усиливающий синтез холестерина и половых гормонов, витамины группы В, нормализующие трофику нервной ткани и метаболизм половых гормонов.

Водолечение можно проводить в виде ванн (радоновые, углекислые, хвойные, сероводородные, йодобромные), душа (циркуляторный, веерный, Шарко, контрастный, подводный душ-массаж). Физические методы лечения, применяемые при климактерическом синдроме, подробно описаны в главе II.

## СИНДРОМ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Впервые клиническую картину склерокистозных яичников описал К. Ф. Славянский (1893). В 1935 г. Штейн и Левенталь описали синдром (названный впоследствии их именем), в совокупность симптомов которого входили аменорея, гирсутизм, бесплодие, ожирение и двустороннее увеличение яичников (рис. 57 и 58). Это заболевание встречается в литературе и под другими наименованиями: поликистозные яичники, склерополикистозные яичники и пр. Синдром склерокистозных яичников встречается у 1,4—2,8% гинекологических больных.

**П а т о г е н е з.** В развитии синдрома склерокистозных яичников существенное значение имеет повышенная по сравнению с нормой продукция яичниками андрогенов. Причиной этой гиперандрогении является врожденная или приобретенная недостаточность некоторых ферментных систем, в частности 19-гидроксилазной и 3-альдегидрогеназной, обуславливающих превращение андрогенов в эстрогены в

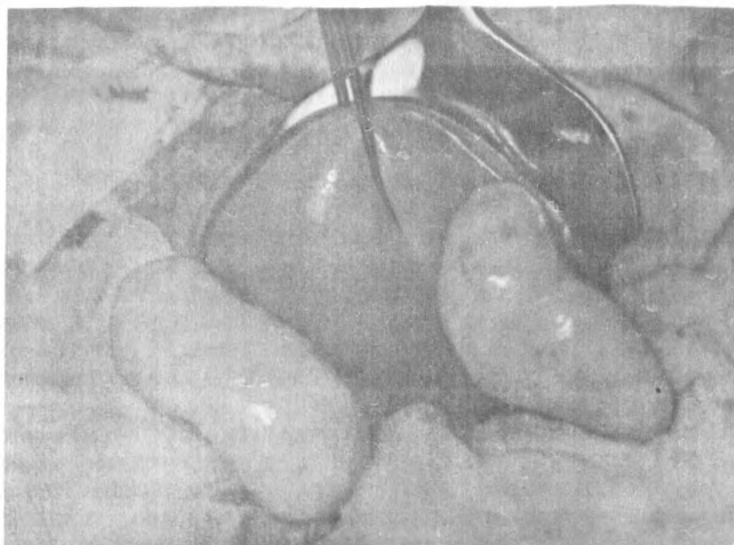


Рис. 57. Склерокистозное изменение яичников.

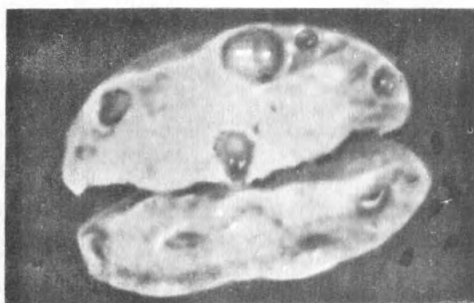


Рис. 58. Склерокистозные яичники на разрезе.



процессе синтеза последних. Вследствие этого происходит накопление в организме стероидных соединений с андрогенной активностью, что снижает эстрогенное влияние на гипоталамические структуры, ответственные за гонадотропную активность гипофиза. В результате этих изменений возникает постоянное (не циклическое) выделение гонадотропинов без предовуляторных пиков ФСГ и ЛГ; при этом создается длительное состояние ановуляции. Такая постоянная стимуляция гонадотропинами яичников приводит к

их функциональным и морфологическим изменениям. У многих больных нарушаются и другие ферментные системы — изменяется активность липолитических ферментов (эстеразы и липазы), увеличивается количество жировой ткани, что способствует повышенной ароматизации андростендиона в эстрон и развитию гиперэстрогении.

В патогенезе заболевания могут иметь значение и первичные нарушения центральной регуляции гипоталамо-гипофизарной системы, приводящие к изменениям цикличности выделения рилизинг-факторов и как следствие этого к нарушенной секреции гонадотропных гормонов с развитием сопутствующих морфологических и функциональных изменений яичников.

При синдроме склерокистозных яичников возможно вовлечение в патологический процесс коры надпочечников. В генезе заболевания иногда отмечается участие генетических факторов, что подтверждается выраженными дерматоглифическими изменениями, выявленными у больных с этим синдромом.

Возникновению синдрома способствуют различные патологические состояния при беременности (угроза прерывания беременности, токсикозы, экстрагенитальные заболевания), применяемые в период беременности лекарственные препараты (особенно гормональные), заболевания и патологические состояния в детстве и в период полового созревания (хронические инфекции, интоксикации, чрезмерные умственные и физические нагрузки, недостаточное питание и др.), наследственные факторы, пожилой возраст родителей. Заболевание может также развиваться под воздействием стрессовых ситуаций (психические травмы, начало половой жизни, аборт и др.).

**К л и н и к а.** Заболевание встречается в период полового созревания и в репродуктивном возрасте. Сложный патогенез определяет многообразие клинических проявлений. Выделяют три основные клинические и патогенетические формы синдрома склерокистозных яичников: первичную — яичниковую и две вторичные (сочетанные) — надпочечниковую и гипоталамо-гипофизарную.

**Я и ч н и к о в а я ф о р м а.** Синдром склерокистозных яичников характеризуется нарушением менструального цикла различного характера: аменорея (первичная и вторичная), гипоменструальный синдром, ациклические маточные кровотечения. Эти нарушения могут проявиться с периода менархе или после нескольких лет нормального менструального цикла. При этой форме заболевания первая менструация обычно наступает своевременно, в 12—14 лет.

Вторым постоянным симптомом заболевания является бесплодие, чаще первичное, реже вторичное. Бесплодие обусловлено стойкой ановуляцией. У 60—70% больных имеется умеренно или слабо выраженный гирсутизм, который проявляется несколько позже (через 1—3 года), чем нарушения менструального цикла. Характерно отсутствие прогрессирования или незначительное прогрессирование гирсутизма. Признаков вирилизации нет. Телосложение нормостеническое по женскому типу. Вторичные половые признаки развиты нормально. Ожирение встречается в редких случаях. Основным симптомом служит двустороннее увеличение яичников (в 2—6 раз), выявляемое при гинекологическом, рентгенологическом и ультразвуковом (рис. 59) исследованиях. При рентгенологическом исследовании, проводимом в условиях пневмоперитонеума, обычно определяется нормальных размеров (иногда несколько меньше нормальных) тело матки (см. рис. 56) и увеличенные с двух сторон плотные безболезненные яичники с гладкой поверх-

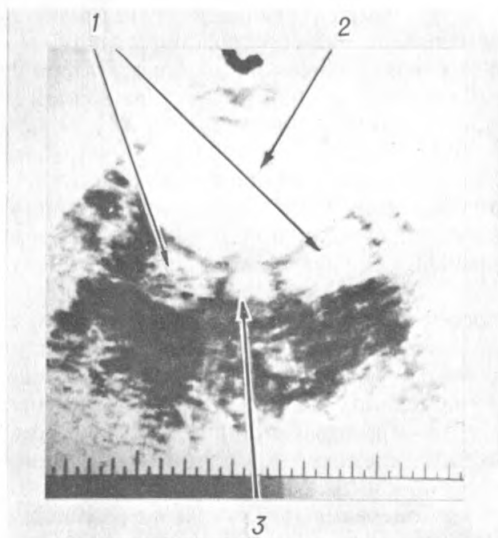


Рис. 59. Сканограмма при склерокистозных яичниках. 1 — увеличенные яичники; 2 — мочевого пузыря; 3 — матка.

ностью. При ультразвуковом исследовании также четко определяется двустороннее увеличение яичников. Из дополнительных методов исследования необходимо отметить также кульдоскопию и лапароскопию.

Обследование больных по тестам функциональной диагностики позволяет выявить ановуляцию и различные степени гипостро-

гении. Значительно реже, чем гипострогения, встречается гиперэстрогения. Гистологическое исследование соскобов эндометрия чаще всего выявляет гиперпластические процессы (железистая или железисто-кистозная гиперплазия, полипоз, аденоматоз), реже гипоплазию слизистой оболочки. Гиперплазия эндометрия может иметь место и при недостаточной продукции эстрогенов в результате длительного воздействия их на слизистую оболочку матки. Экскреция 17-кетостероидов обычно находится в пределах нормы или на верхней ее границе. Функциональная проба с прогестероном положительна, с дексаметазоном отрицательна. На рентгенограмме черепа и турецкого седла патологических изменений не выявляется.

**Надпочечниковая форма.** Постоянными симптомами являются нарушение менструального цикла, в основном по типу опсоолигоменореи или аменореи (первая менструация наступает своевременно или поздно, в 16—18 лет) и бесплодие (первичное или вторичное). Отмечается умеренный или резко выраженный патологический рост волос на лице, бедрах, ягодицах, околососковых кружках, передней брюшной стенке. Рост волос на лобке по мужскому типу. Имеется тенденция к прогрессированию гирсутизма. Характерно проявление его за 1—3 года до нарушения менструального цикла. Имеются признаки вирилизации. Телосложение приближается к мужскому типу. Возможна гипертрофия клитора, молочные железы развиты недостаточно.

Данные гинекологического и инструментального исследований свидетельствуют о двустороннем увеличении яичников. По тестам функциональной диагностики выявляют ановуляцию на фоне гипострогении. При гистологическом исследовании соскоба эндометрия обнаруживается его гипоплазия, в редких случаях — гиперпластические процессы. Экскреция 17-кетостероидов обычно повышена. Прогестероновая проба, как правило, отрицательна. Проба с дексаметазоном положи-



тельна. На рентгенограмме черепа и турецкого седла патологических изменений не выявляется. В случаях затруднительной диагностики показана рентгенография надпочечников в условиях ретропневмоперитонеума; при этом на рентгенограмме виден один или оба увеличенных надпочечника.

**Гипоталамо-гипофизарная форма.** Ведущим симптомом у всех больных является нарушение менструального цикла по типу опсо-, олиго- или аменореи; реже отмечаются ациклические кровотечения, постепенно переходящие в опсоменорею. Бесплодие чаще вторичное, реже первичное. Нередко заболевание возникает после родов, аборт или начала половой жизни. Характерно позднее наступление менструаций, в 16—20 лет. Обращает на себя внимание ожирение с типичным отложением жира на животе (иногда в виде «фартука»), бедрах, груди. На коже живота и бедрах имеются сине-багровые полосы (стрии). Гирсутизм выражен незначительно.

Яичники увеличены с обеих сторон, однако при гинекологическом исследовании часто их не удается пальпировать из-за избыточного отложения жира на передней брюшной стенке. Увеличение яичников устанавливаются с помощью кульдоскопии, лапароскопии, пневмопельвиграфии или ультразвукового исследования. Изучение функции яичников по тестам функциональной диагностики свидетельствует об ановуляции и состоянии гипо- или гиперэстрогении. При гистологическом исследовании соскобов эндометрия находят гипопластическую или гиперпластическую слизистую оболочку.

Рентгенологически выявляются изменения костей черепа — остеопороз, утолщение свода, пальцевые вдавления, уменьшение размеров турецкого седла. Экскреция 17-кетостероидов находится в пределах средних величин. Проба с прогестероном чаще отрицательна.

**Диагностика.** Основывается на данных анамнеза, клинической картины, гинекологического исследования, на изучении функционального состояния яичников, функциональных проб с прогестероном и дексаметазоном. Большое диагностическое значение имеют данные пневмопельвиграфии, при которой на рентгенограмме обнаруживают тени трех примерно одинаковых образований в малом тазу — матки и двух яичников. При оценке рентгенограмм необходимо учитывать, что тень измененных яичников составляет по площади приблизительно  $\frac{1}{3}$  тени матки.

В лечебных учреждениях, оснащенных современной аппаратурой, для диагностики синдрома склерокистозных яичников можно использовать определение в крови концентраций ЛГ и ФСГ. Наиболее часто обнаруживают повышенную продукцию гипофизом ЛГ.

Установлению диагноза способствуют эндоскопические методы исследования (кульдоскопия, лапароскопия), при которых нужно обращать внимание на характерные размеры и внешний вид яичников: они увеличены в размерах в несколько раз, имеют гладкую блестящую, как бы перламутровую, поверхность, на которой бывает хорошо различима сосудистая сеть («мраморные яичники»). Овоидная форма яичников сохранена. На поверхности их не видно свежевскрытых фолликулов и желтых тел. Много мелких кистозных образований (кистозно-атрези-

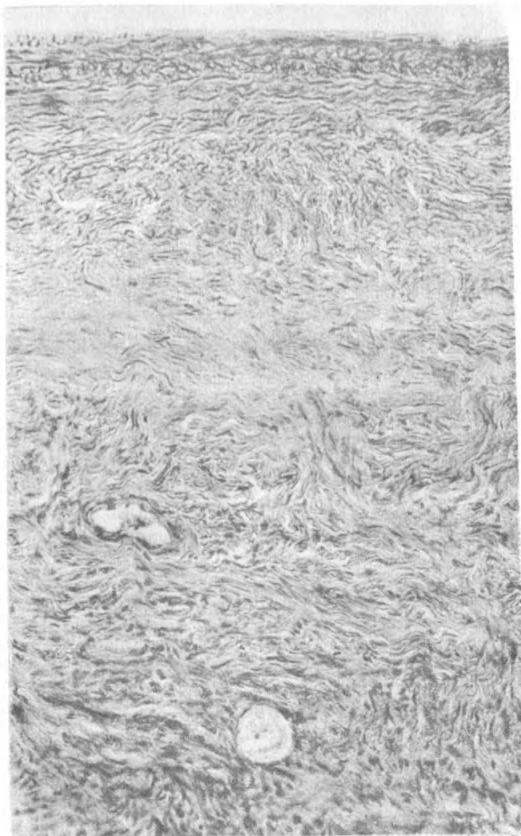


Рис. 60. Микроскопическая картина склерокистозного яичника. Отчетливо видно утолщение белочной оболочки.

рующиеся фолликулы), расположенных под утолщенной белочной оболочкой (рис. 60).

Для окончательного установления диагноза в затруднительных случаях целесообразно проведение дооперационной гистологической диагностики — биопсии во время лапароскопии. При патоморфологическом изучении препарата находят утолщенную белочную оболочку, которая на отдельных участках достигает 500—600 нм, с наличием единичных небольших групп кровеносных сосудов с утолщенной, склеротически измененной стенкой. Отмечаются разрастание различных элементов соединительной ткани, уменьшение числа первич-

ных и зреющих фолликулов, их кистозная атрезия. Атрезирующиеся фолликулы окружены гиперплазированной внутренней оболочкой, что является характерным признаком синдрома склерокистозных яичников.

**Л е ч е н и е.** Зависит от формы заболевания. Целью проводимой терапии является восстановление овуляторного менструального цикла и нарушенной репродуктивной функции женщины. При всех клинических вариантах синдрома лечение начинают с консервативной терапии клостильбегитом (кломифен), который вызывает овуляцию путем воздействия на высвобождение релизинг-гормонов в гипоталамусе. Препарат назначают с 5-го дня от начала менструальноподобной реакции или после диагностического выскабливания и вводят в течение 5 дней по 50—100 мг ежедневно. Лечение проводится под обязательным кольпоцитологическим контролем для предотвращения развития синдрома гиперстимуляции яичников. При отсутствии положительного эффекта (овуляция не наступает в течение 2—3 циклов) лечение следует прекратить и направить больную для хирургического лечения — двусторонней клиновидной резекции яичников.

В день операции производится выскабливание слизистой оболочки

матки с обязательным патоморфологическим исследованием эндометрия с целью удаления патологически измененной слизистой оболочки и исключения предраковых изменений эндометрия. В результате хирургического лечения происходит нормализация менструального цикла, постепенно уменьшается гирсутизм. Восстановление репродуктивной функции происходит реже, чем нормализация менструальной функции. При надпочечниковой форме синдрома проводится терапия преднизолоном или дексаметазоном с последующей операцией. В послеоперационном периоде также показано применение дексаметазона.

Выявление любой формы синдрома склерокистозных яичников должно расцениваться как фактор риска злокачественного новообразования эндометрия, так как каждая форма может сопровождаться его гиперплазией с последующим переходом в рак. Поэтому при обнаружении атипической гиперплазии эндометрия при любой форме синдрома показано применение 17-оксипрогестерона капроната. Если под влиянием этого препарата и клиновидной резекции яичников не происходит нормализации состояния эндометрия, необходимо решать вопрос о радикальной операции (экстирпация матки с придатками).

#### СИНДРОМ КИАРИ—ФРОММЕЛЯ

Более столетия назад Киари впервые описал патологический симптомокомплекс, развившийся после родов. Симптоматика синдрома сводилась к аменорее, галакторее и атрофии половых органов. Впоследствии аналогичный синдром был выявлен Фроммелем при обследовании женщин после родов, в связи с чем это заболевание получило название синдрома Киари—Фроммеля. В настоящее время описаны формы аналогичного заболевания, не связанные с беременностью и родами.

**П а т о г е н е з.** В основе заболевания лежит повышение секреции пролактина, что может быть связано с нарушением функции ацидофильных клеток передней доли гипофиза, ответственных за секрецию пролактина, с подавлением функции базофильных клеток, вырабатывающих ФСГ, или с расстройством функции центров гипоталамуса, оказывающих в норме тормозящее влияние на секрецию пролактина за счет пролактинингибирующего фактора.

Заболевание может быть связано с функциональными нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе, возникающими в связи с беременностью, после родов (особенно патологических), в результате длительного кормления грудью, а также вне связи с беременностью как последствие стресса или длительного применения лекарственных веществ: гормональных препаратов (эстрогены, прогестерон), резерпина, аминазина и др. У некоторых больных это заболевание бывает связано с ревматической инфекцией.

Одной из причин возникновения синдрома является развитие хромобластной аденомы гипофиза. Эта гормонально-активная опухоль в большинстве случаев бывает доброкачественной и сравнительно редко — злокачественной.

В патогенезе синдрома большое значение имеют нарушения количе-

ственных соотношений между продукцией эстрогенов, прогестерона и пролактина.

**К л и н и к а.** Заболевание чаще всего встречается в возрасте от 17 до 35 лет. Клиническая картина характеризуется продолжающейся лактацией вне физиологического периода (не связанной с беременностью или кормлением), нарушением менструального цикла в виде аменореи. Возможны также жалобы на головную боль, изменение массы тела (чаще прибавка, реже похудание), снижение остроты зрения. При длительном течении заболевания наступают атрофические изменения в половых органах. В некоторых случаях заболевание может проявляться только аменореей и галактореей.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на данных анамнеза (связь с беременностью и родами), характерных клинических симптомах, результатах рентгенологического исследования (при наличии опухоли гипофиза — увеличение или изменение формы турецкого седла), ЭЭГ, исследовании цветных полей зрения, определении концентрации в крови ФСГ, пролактина, эстрогенов и прогестерона.

**Л е ч е н и е.** При послеродовом синдроме Киари—Фроммеля (связанном с нарушением функции системы гипоталамус — гипофиз) проводят стимуляцию гипоталамической области и яичников. С этой целью применяются непрямая электростимуляция гипоталамо-гипофизарной области, введение эстрогенов, физиотерапия (эндоназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub>), электростимуляция шейки матки.

Наблюдается хороший эффект от применения кломифена, а также препарата L-ДОФА, который способствует высвобождению пролактинингибирующего фактора в гипоталамусе. Наилучший эффект дает применение парлодела (бромэргокриптина), подавляющего продукцию пролактина.

При опухолевом генезе заболевания (особенно при симптомах сдавления перекреста зрительных нервов) показана лучевая терапия — рентгено- или телегамматерапия радиоактивным кобальтом, а также имплантация в опухоль радиоактивного золота. Курсовая суммарная доза лучевой терапии на гипоталамо-гипофизарную область 5000—6000 рад. Отсутствие эффекта после 1—2 курсов лучевой терапии является показанием к операции. Хирургическое вмешательство производят на фоне введения препаратов коры надпочечников во избежание развития острой недостаточности надпочечников.

В тех случаях, когда синдром Киари—Фроммеля обусловлен инфекционным поражением гипоталамо-гипофизарной области, эффективны повторные курсы антибиотикотерапии, применение десенсибилизирующих и рассасывающих средств в сочетании с терапией, направленной на регуляцию функции гипоталамо-гипофизарной области.

#### СИНДРОМ ШИХАНА

Синдром Шихана развивается вследствие некроза гипофиза и гипофункции эндокринных желез, находящихся под воздействием тропных гипофизарных гормонов, и характеризуется симптомокомплексом, клинически проявляющимся в снижении функции периферических эндокринных желез. Развивается синдром у женщин, перенесших мас-

сивную кровопотерю при беременности или родах, если не проведено адекватное возмещение кровопотери.

**П а т о г е н е з.** Существует ряд теорий возникновения синдрома Шихана. По мнению описавшего его автора, у всех рожениц, даже во время неосложненных родов, уменьшается приток крови к передней доле гипофиза. При кровотечении приток крови к гипофизу еще более резко сокращается, что ведет к его ишемии и некрозу. Однако развитие синдрома наблюдается далеко не у всех женщин, перенесших массивную кровопотерю в родах. Возникновение синдрома Шихана и степень его тяжести зависит от нескольких причин, одной из которых является объем поражения гипофиза. Незначительные участки некроза гипофиза, имеющего большие резервные возможности, не вызывают развития этого синдрома или заболевание проявляется в стертой форме. Только при поражении до 80—90% ткани гипофиза формируется типичная картина синдрома Шихана; более массивное поражение гипофиза несовместимо с жизнью.

В развитии синдрома Шихана имеет значение также объем кровопотери. У женщин с тяжелым течением синдрома средняя кровопотеря в 2 раза больше (2000 мл), чем при стертых формах (1000 мл). Значительную роль играет преморбидный фон: хронические инфекции и интоксикации, осложнения предыдущих беременностей и родов, нарушения функции яичников, надпочечников, щитовидной железы, осложнения во время последней беременности. Особенно большое значение придается позднему токсикозу беременных, который сопровождается распространенным спазмом артериол и капилляров, вследствие чего даже сравнительно небольшое кровотечение в родах может привести к некрозу гипофиза. В развитии синдрома Шихана определенную роль играют особенности кровоснабжения гипофиза. Установлено, что центральная артерия и спиральная артериола, питающие аденогипофиз, имеют сфинктеры, которые во время кровотечения сокращаются, что приводит к ишемии и некрозу этой железы. У женщин, получавших в родах питуитрин и препараты спорыньи для стимуляции родовой деятельности или сокращения матки при кровотечении, значительно чаще возникает спазм сосудов гипофиза. Некроз его может быть следствием массивной внутрисосудистой коагуляции крови (синдром ДВС), которая возникает в сосудах внутренних органов, в том числе гипофиза, в результате массивной кровопотери или как следствие проникновения в материнский кровоток тромбoplastина, освобождающегося при отделении плаценты. Существует точка зрения, что некрозу гипофиза способствует физиологическая гипертрофия передней его доли, наступающая при беременности.

**К л и н и к а.** Чаще всего синдром Шихана развивается в сроки от 3 мес до 10 лет и более после беременности или родов, осложненных кровотечением. Как правило, заболевание начинается постепенно, протекает длительно и часто приводит к полной потере трудоспособности.

Синдром Шихана характеризуется большой вариабельностью клинической картины и постепенным прогрессированием симптомов, что обусловлено различными сроками вовлечения в патологический процесс желез внутренней секреции. Самым ранним и наиболее постоянным

симптомом заболевания является прекращение или отсутствие лактации (подавление продукции пролактина). Несколько позже возникают признаки гипофункции яичников с развитием гипоменструального синдрома или переходящий в аменорею. Затем начинает проявляться дефеминизация, исчезают вторичные половые признаки, возникает бесплодие, прогрессирует атрофия половых органов.

К наиболее частым симптомам заболевания относятся также общая слабость, быстрая утомляемость, сонливость, ослабление памяти, головная боль, снижение аппетита, сухость кожи, выпадение волос на голове, снижение и исчезновение полового чувства, гипотония, изменение тембра голоса, запоры. Поздними симптомами, характерными для периода выраженной клинической картины, являются прогрессирующий астенический синдром, адинамия, выпадение бровей, волос на лобке и в подмышечных впадинах, отеки нижней половины тела, стойкая артериальная гипотония, атрофия молочных желез. Выделяют определенные фазы развития синдрома Шихана: к симптомам гипоталамо-гипофизарных нарушений вскоре присоединяются проявления гипокортицизма, гипотиреоза и атрофии половых желез. Последовательность развития клинической симптоматики может быть различна. Заболевание может медленно прогрессировать и давать спонтанные ремиссии. Если не проводить лечение, может наступить смерть в результате гипопитуитарной комы под воздействием патологических факторов (переутомление, инфекции, интоксикации и др.). У некоторых больных симптомы недостаточности желез внутренней секреции возникают одновременно.

Характерны клинические проявления со стороны сердца. Больные часто предъявляют жалобы на одышку и боли в области сердца. На ЭКГ часто регистрируются дискордантное снижение или инверсия зубца *T*, низкий вольтаж и брадикардия. Эти изменения наблюдаются при тяжелом течении синдрома Шихана. Сердечно-сосудистые расстройства носят хронический характер. Прогноз зависит от особенностей течения и эффективности терапии основного заболевания. У большинства больных успешное лечение синдрома Шихана полностью нормализует состояние сердечно-сосудистой системы. У женщин, не получавших лечения, возможно развитие гипопитуитарной комы, которая выражается в резком снижении артериального давления, потере сознания, анурии и др.

**Д и а г н о с т и к а.** Несмотря на наличие характерных признаков, синдром Шихана нередко распознается поздно. Диагноз основывается на данных анамнеза, клинических симптомах и результатах лабораторных методов исследования. В анамнезе можно выявить преморбидный фон и связь начала заболевания с беременностью и родами, осложненными массивной кровопотерей. Следует учитывать, что сроки появления клинических симптомов болезни могут быть значительно отдалены от срока родов. Для своевременной диагностики следует обращать внимание на наиболее ранний клинический симптом — гипо- или алактию.

Важное значение в диагностике синдрома Шихана имеет выявление полигландулярного характера заболевания, астенизация организма и

постепенное прогрессирование симптомов, а также такие признаки, как атрофия молочных желез, депигментация околососковых кружков, отсутствие волос на лобке и в подмышечных впадинах, атрофия и депигментация наружных половых органов. При гинекологическом исследовании обращают внимание на узкое влагалище со слабовыраженной складчатостью, сглаженность сводов, коническую шейку матки. Матка при пальпации маленькая, придатки не определяются. При зондировании длина полости матки 3—4 см.

Большую роль в постановке диагноза играют исследования, позволяющие установить снижение функции периферических желез: яичников (низкий КПИ, атрофия эндометрия, снижение уровня половых гормонов), надпочечников (сниженная экскреция 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов), щитовидной железы (снижение основного обмена и поглощение  $^{131}\text{I}$  железой), поджелудочной железы (гипогликемия, гипогликемический тип сахарной кривой). Правильной диагностике синдрома способствуют функциональная проба с АКТГ, позволяющая отвергнуть первичную гиподисфункцию коры надпочечников, и краниография, дающая возможность исключить опухоль гипофиза. На ЭКГ обнаруживают снижение биоэлектрической активности головного мозга. При исследовании гонадотропных гормонов в крови отмечается снижение секреции тропных гормонов гипофиза.

**Лечение.** В основном симптоматическое, направленное на замещение функции желез внутренней секреции, а также стимуляцию резервных возможностей пораженного гипофиза. Необходимы полноценное питание, витаминотерапия, исключение эмоциональных и физических напряжений.

При астенизации больной (гипотония, пониженная работоспособность, слабость, вялость) и снижении функции надпочечников рекомендуется прерывистая терапия глюкокортикоидными гормонами (кортизон, гидрокортизон). При выраженной астении, вплоть до полной утраты трудоспособности, целесообразно, кроме кортикоидной терапии, применять неробол (анаболический стероидный гормон) по 5 мг 2 раза в день в течение 40—60 дней.

Заместительная терапия половыми гормонами состоит в проведении циклической гормонотерапии (эстрогены и прогестерон). Дозы гормонов устанавливаются и регулируются под контролем тестов функциональной диагностики. Курс лечения 3—4 мес с 2-месячным перерывом.

При наличии симптомов гиподисфункции щитовидной железы назначают тиреоидин по 0,1 мг 1—2 раза в день.

При развитии гипопитуитарной комы вводят 200—250 мг преднизолона и 800—1000 мл полиглюкина внутривенно с последующим применением заместительной гормонотерапии.

#### **АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ**

Адреногенитальный синдром характеризуется развитием вирилизации, обусловленной патологией надпочечников. Различают три клинические формы этого синдрома: врожденный, постнатальный (препубертатный) и постпубертатный.

**П а т о г е н е з.** Врожденный аденогенитальный синдром — наследственное заболевание. В основе его лежит врожденная недостаточность ферментных систем (в частности, 21-гидроксилазы), контролирующей синтез глюкокортикоидов в коре надпочечников. Может наблюдаться врожденный дефект одновременно нескольких ферментных систем. На недостаточность глюкокортикоидов гипофиз отвечает усиленной выработкой АКТГ; при этом надпочечники реагируют резким повышением продукции андрогенов. Избыточное количество андрогенов оказывает существенное влияние на формирование наружных половых органов; при этом у девочек развивается ложный мужской гермафродитизм. Одним из ранних проявлений врожденного аденогенитального синдрома является неправильное формирование скелета с преобладанием черт мужского пола.

Постнатальный и постпубертатный аденогенитальные синдромы связаны с развитием гиперплазии или, в более редких случаях, с возникновением опухоли коры надпочечников. Эти варианты синдрома могут иметь наследственный характер. Речь идет о больших, у которых первоначально имеется незначительный дефект 21-гидроксилирования, не проявляющийся клинически. Прогрессируя с возрастом или под воздействием патологических факторов (инфекции, патология беременности и родов и др.), этот врожденный дефект способствует развитию функциональных и морфологических изменений в надпочечниках, сходных с врожденным синдромом.

**К л и н и к а.** Врожденный аденогенитальный синдром обычно проявляется в виде псевдогермафродитизма, выраженного в различной степени. Наружные половые органы девочки по внешнему виду напоминают мужские, так как клитор увеличен в размерах и похож на половой член. Иногда внутриутробная вирилизация настолько выражена, что девочку ошибочно считают мальчиком и только к 3—4 годам, а иногда и позже проявление признаков преждевременного полового развития и отсутствие яичек заставляют родителей обратиться к врачу. В случаях затрудненной идентификации пола следует помнить, что он устанавливается не по наружному виду половых органов, а на основании оценки полового хроматина и набора хромосом.

Постнатальная (препубертатная) форма аденогенитального синдрома, как правило, выражается в раннем половом созревании с появлением признаков вирилизации (гирсутизм, огрубение голоса, увеличение клитора). Появляются розовые угри на спине, груди, лице. Отмечается усиленный рост костей, поэтому до периода менархе девочки с препубертатной формой синдрома бывают значительно выше своих сверстниц. В дальнейшем в связи с ранним закрытием эпифизарных хрящей рост прекращается, и такие дети остаются низкорослыми, с короткими нижними конечностями.

Постпубертатная форма аденогенитального синдрома клинически проявляется в виде вирильного синдрома и признаков дефеминизации (уменьшение молочных желез, гипо- или аменорея). Заболевание обычно начинается с появления гирсутизма с последующим постепенным развитием и других симптомов (огрубение голоса, увеличение клитора).



**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз ставится на основании клинических симптомов, осмотра больной, гинекологического исследования. Способствуют постановке диагноза и данные гормонального исследования (повышенное содержание в суточной моче 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов). При обследовании больной по тестам функциональной диагностики обнаруживают явления гипозестрогении (низкий КПИ, слабовыраженный симптом «зрачка» и др.).

Дифференцировать аденогенитальный синдром следует от вирильного синдрома другой этиологии: болезни Иценко—Кушинга (патология гипоталамо-гипофизарной области), опухоли коры надпочечников, синдрома Штейна—Левенталя и конституционального гирсутизма. В этих случаях проводят дополнительные исследования: пневмопельвиграфию, ретропневмоперитонеум, функциональные пробы с преднизолоном (дексаметазоном), прогестероном, АКТГ.

**Л е ч е н и е.** При врожденной форме аденогенитального синдрома терапию следует начинать как можно раньше, учитывая, что маскулинизирующие черты строения скелета, приобретенные за период болезни, не устраняются. Раннее начало лечения необходимо и для правильной сексуальной ориентации, так как в дальнейшем перемена «паспортного» (гражданского) пола тяжело воспринимается. Лечение проводится длительно, в течение нескольких лет (от 1 до 15), преднизолоном или дексаметазоном с индивидуальным подбором доз препарата (в среднем 5—6 мг преднизолона или 0,5 мг дексаметазона в сутки) под контролем исследования 17-кетостероидов в суточной моче. Применение преднизолона (дексаметазона) компенсирует недостаточность функции коры надпочечников и тормозит избыточную продукцию АКТГ гипофизом и андрогенов надпочечниками. Одновременно с гормонотерапией производят хирургическую коррекцию наружных половых органов (удаление увеличенного клитора и рассечение нижней стенки уrogenитального синуса).

Своевременно начатая и систематически проводимая терапия врожденного аденогенитального синдрома способствует нормализации развития, функций органов и систем, нарушенных вследствие гиперандрогении. Женским индивидуумам с врожденным синдромом, ошибно зарегистрированным при рождении мальчиками, необходимо в раннем возрасте изменить «паспортный» пол на женский.

Больным с пре- и постпубертатной формами аденогенитального синдрома проводят заместительную глюкокортикоидную терапию под контролем определения 17-кетостероидов в суточной моче. Лечение целесообразно начинать с больших доз (15—20 мг преднизолона или 2 мг дексаметазона) в течение 7 дней, постепенно уменьшая дозу до поддерживающей. После нормализации показателей 17-кетостероидов и появления нормального менструального цикла терапию преднизолоном можно рекомендовать только в первой фазе менструального цикла.

## КИСТЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кисты женских половых органов не являются истинными опухольями, поскольку бластоматозный рост в их тканях не происходит. Большинство таких кист относится к группе ретенционных образований (от *retentio* — задержка). Они образуются в результате задержки или накопления в преформированной полости различного содержимого, чаще всего секрета желез. В результате такой задержки происходит образование кисты и увеличение ее размеров. Кисты могут также образовываться в результате размягчения ткани на месте бывшего кровоизлияния, некроза, накопления в рудиментарных зачатках.

**Кисты наружных половых органов.** Кисты могут возникать в сальных, потовых железах. Имеют небольшие размеры: до 3—4 см в диаметре. Кисты, развивающиеся из сальных желез, называются атеромами. Небольшие кисты могут возникать из парауретральных протоков и располагаются сбоку от уретры. Крайне редко наблюдаются кисты, развивающиеся из влагалищного отростка брюшины. В эмбриональном периоде этот отросток проходит вдоль круглой связки и постепенно облитерируется. Если по каким-то причинам обратного его развития не происходит, образуется полость, называемая дивертикулом Нукка, из которого развивается киста — *hydrocele muliebris*. Она имеет продолговатую форму, расположена в верхней трети большой половой губы, доходя до пахового канала и достигая иногда диаметра 7—8 см. Эта киста подлежит оперативному удалению.

Наиболее часто в области вульвы наблюдается киста большой железы преддверия влагалища. Это ретенционное образование развивается в результате закупорки, стенозирования или зарращения выводного протока этих желез. Локализуется такая киста на границе средней и нижней трети больших половых губ и представляет собой безболезненное эластичное образование круглой или овальной формы, обычно достигающее 6—7 см в диаметре. При небольших размерах кисты большие жалоб не предъявляют и за медицинской помощью не обращаются. При больших кистах отмечается чувство тяжести, напряжения в области наружных половых органов. Содержимое кисты, особенно при прорыве капсулы, может инфицироваться. Кисты больших размеров подлежат оперативному лечению. Разрез делают с внутренней поверхности большой половой губы, в ее нижней трети, после чего кисту вылушивают. Необходимо тщательно удалить всю капсулу, так как при оставлении части ее возможен рецидив.

**Кисты влагалища.** Слизистая оболочка влагалища желез не имеет, но кисты могут здесь развиваться из продуцирующих секрет остатков эмбрионального эпителия продольных протоков придатка яичника (гартнеровых ходов), которые в эмбриональном периоде представлены мезонефральными (вольфовыми) каналами, располагающимися рядом с парамезонефральными (мюллеровыми). У женщин мезонефральные каналы облитерируются, превращаясь в два тяжа. Топографически они располагаются в толще широкой связки, проходя по боковым стенкам матки и влагалища. В ряде случаев в процессе эмбрионального развития

не происходит полной облитерации мезонефральных каналов. Тогда на любом участке их расположения, но обычно на уровне влагалища, могут образоваться кисты. Источником ретенционных образований изредка могут быть скопления эпителиальных клеток, имплантировавшихся в толщу стенки влагалища во время оперативных вмешательств. Эти кисты называются имплантационными и располагаются большей частью в толще стенки влагалища.

Величина ретенционных кист влагалища колеблется от 1 до 9—10 см в диаметре, а иногда и больше. Располагаются кисты в основном на боковых стенках влагалища, в верхней его трети, но могут локализоваться и ближе ко входу. Киста, возникшая из продольного протока придатка яичника, имеет продолговатую форму, иногда достигает больших размеров, уходя глубоко в параметральную клетчатку. Кисты однокамерные, редко бывают многокамерными. Содержимое кист представляет собой прозрачную слизистую жидкость, иногда коричневатую в результате кровоизлияния. Небольшие кисты продольных протоков придатка яичника протекают бессимптомно. При больших кистах отмечаются затруднение и болезненные ощущения при половом сношении.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание кист влагалища затруднений не вызывает. Диагноз основывается на данных влагалищного, бимануального исследований и осмотра в зеркалах. Дифференцировать кисты влагалища следует от опущения стенок влагалища и заболеваний мочевой системы. Кисту продольного протока придатка яичника может симулировать дивертикул уретры.

**Л е ч е н и е.** Хирургическое — вылушивание кисты. Операция может представить значительные трудности, если киста имеет большие размеры, уходит глубоко в параметральную клетчатку; возможно повреждение мочевых путей, прямой кишки. В этих случаях удаление кисты влагалищным путем бывает невозможно и приходится прибегать к лапаротомии.

**Кисты яичников.** Ретенционные кисты яичников представляют собой образование в результате накопления жидкости в соответствующей полости. Увеличение размеров кисты происходит не за счет размножения клеточных элементов, а в результате накопления жидкости, являющейся трансудатом плазмы крови. Этим кисты отличаются от истинных опухолей — кистом яичника. Кисты яичников встречаются в любом возрасте, но чаще у молодых женщин.

**Ф о л л и к у л я р н а я к и с т а** яичника наблюдается наиболее часто. Патогенез ее может быть связан со снижением эстрогенной функции яичников, что приводит к возрастанию уровня гонадотропных гормонов, причем изменяется соотношение между ЛГ и ФСГ в сторону повышения уровня последнего. Нельзя отрицать и значение воспалительных процессов в происхождении фолликулярной кисты яичника.

Фолликулярная киста в своем развитии проходит несколько стадий. Под влиянием ФСГ фолликулы в яичниках, находящиеся в разных стадиях развития, увеличиваются в размерах. Один из фолликулов увеличивается особенно значительно. Образовавшаяся киста растет за счет полости фолликула. Кисты могут образовываться из атрезиро-

ванных и персистирующих фолликулов. Полость кисты заполнена гомогенным светлым содержимым, мало чем отличающимся от секрета нормального фолликула. В этой стадии развития внутренняя поверхность кисты выстлана хорошо сохранившимися гранулезными клетками. Внутренняя оболочка кисты утолщается, клетки ее увеличиваются в размерах, ядра набухают, протоплазма клеток вакуолизируется. Наружная оболочка заметно не изменяется. Следующая стадия развития кисты характеризуется различными дистрофическими и атрофическими изменениями гранулезных клеток. Наступают вакуолизация протоплазмы, пикноз и распад ядер на мелкие глыбки хроматина. В аналогичные процессы вовлекается и внутренняя оболочка. В результате этого киста превращается в тонкостенную полость, заполненную жидким секретом. Фолликулярные кисты неактивны в отношении продукции гормонов (эстрогенов). Нередко в одном яичнике наблюдается несколько кист, находящихся в разных стадиях развития.

**Клиника и диагностика.** Неосложненная фолликулярная киста небольших размеров обычно бессимптомна и обнаруживается при гинекологическом осмотре. При бимануальном исследовании справа или слева в области придатков матки находят образование тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, сравнительно небольших размеров, безболезненное при пальпации и смещении. Жалобы возникают при перекручивании ножки кисты или при сдавлении соседних органов. Тогда больные отмечают появление болей в поясничной области, чувство тяжести внизу живота, дизурические явления.

Диагноз обычно не представляет затруднений и основывается на данных бимануального исследования. В некоторых случаях для уточнения диагноза и с целью дифференциации от подбрюшинной миомы матки применяют лапароскопию, газовую пельвиграфию, эхографию. Дифференцировать фолликулярную кисту приходится от истинной эпителиальной опухоли яичника — кистомы. В пользу диагноза кисты свидетельствуют обычно ее небольшие размеры и сравнительно молодой возраст больной.

**Лечение.** Хирургическое. Операция заключается в вылушивании кисты с сохранением здоровой ткани яичника, что особенно важно у женщин репродуктивного возраста.

**Кисты желтого тела** встречаются в отличие от фолликулярных кист значительно реже. Развитие их связано с тем, что после овуляции полость фолликула не спадается и не заполняется целиком лютеиновыми клетками, как это бывает в норме, остается существовать и растягивается серозной жидкостью. Стенка кисты состоит из нескольких рядов лютеиновых и текалютеиновых клеток. По своему строению эти клетки ничем не отличаются от лютеиновых клеток желтого тела. По мере роста кисты происходит атрофия лютеиновых клеток и кистозных элементов внутренней стенки. Киста желтого тела гормонально-неактивна.

**Клиника и диагностика.** Киста желтого тела редко превышает 3—4 см в диаметре. Она имеет гладкую поверхность и эластическую консистенцию. Жалоб больные обычно не предъявляют, и киста обнаруживается при гинекологическом осмотре. Для постановки

диагноза, как правило, бывает достаточно бимануального исследования. Дифференцировать кисту желтого тела следует от истинной опухоли яичника — кистомы. При дифференциальной диагностике в пользу кисты желтого тела свидетельствуют небольшие размеры образования, появление или увеличение кисты во второй фазе менструального цикла.

**Лечение.** При подозрении на кисту желтого тела не следует спешить с оперативным вмешательством. Такая больная подлежит диспансерному наблюдению; осмотры должны повторяться каждые 1½ мес. Если не наблюдается обратного развития кисты или имеется тенденция к ее увеличению, показана операция, поскольку клинически исключить истинную опухоль яичника бывает очень трудно. Во время операции производится резекция яичника вместе с кистой. Кисты желтого тела, подобно фолликулярным кистам, могут рецидивировать.

**Прогноз.** При фолликулярных кистах и кистах желтого тела благоприятный.

**Текалютеиновые кисты** характерны для трофобластической болезни — пузырного заноса и хорионэпителиомы. Кистозные образования формируются в обоих яичниках под влиянием стимулирующего действия хорионического гонадотропина, содержащего большое количество лютеинизирующего гормона, на тека ткань фолликулов. После удаления пузырного заноса и в случаях выздоровления от хорионэпителиомы под влиянием химиотерапии текалютеиновые кисты рассасываются, поэтому они не подлежат хирургическому лечению.

**Кисты надъяичникового придатка** (паровариальные кисты) развиваются из остатков околяичника (вольфова тела), представляющего собой слепо заканчивающиеся каналы, располагающиеся между маточной трубой и яичником в листках мезосальпинкса. Обычно эти каналы облитерируются и имеют вид рудиментарных образований. Однако у некоторых женщин они могут подвергаться кистозному расширению вследствие продукции секрета. Стенка паровариальной кисты состоит из соединительной ткани. Внутренняя поверхность кисты гладкая, выстлана однослойным цилиндрическим или плоским эпителием. Кисты чаще всего бывают однокамерными, стенка их очень тонкая; располагаются межсвязочно. Содержимое паровариальной кисты прозрачное, жидкое, бедное белком, не содержит муцина. Кисты могут быть различными по объему — от нескольких сантиметров в диаметре до размеров головки новорожденного. Форма паровариальных кист шаровидная или овоидная. Яичник в патологический процесс, как правило, не вовлекается и располагается сбоку и снизу от кисты. Маточная труба чаще всего бывает распластана на поверхности кисты.

**Клиника и диагностика.** При небольших размерах паровариальная киста практически никак не проявляется. Жалобные не предъявляют, менструальная функция не изменена. При значительных размерах кисты появляются симптомы, связанные со сдавлением соседних органов, особенно часто — дизурические явления. При бимануальном исследовании находят кистозное образование, ограниченно подвижное вследствие интралигаментарного расположе-

ния. Иногда на нижнем полюсе кисты удается пальпировать плотное образование (яичник).

**Л е ч е н и е.** Хирургическое. Операция заключается в вылушивании кисты. Во время вмешательства следует стараться сохранить маточные трубу и яичник. Необходимо помнить, что паровариальная киста может нарушить топографию мочеочочника, поэтому во время операции нужно быть очень внимательным, особенно при рассечении и перевязке питающих кисту сосудов. После удаления паровариальной кисты рецидивы, как правило, не возникают.

**П р о г н о з.** Благоприятный. Малигнизация кисты встречается исключительно редко.

## Г л а в а VII

### МИОМА МАТКИ ✓

Миома матки (син.: лейомиома) — доброкачественная, гормонально-зависимая опухоль, развивающаяся из мышечной ткани. Миома матки является наиболее распространенным заболеванием. Среди гинекологических больных миома матки наблюдается у 10—27%, а при профилактических осмотрах эту опухоль впервые выявляют у 1—2,5% женщин.

Миома матки состоит из различных по своим размерам миоматозных узлов, располагающихся во всех слоях миометрия. Миоматозные узлы претерпевают ряд последовательных этапов развития: I стадия — образование активного зачатка роста (рис. 61), II стадия — быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки (узелок, определяемый микроскопически) (рис. 62), III стадия — экспансивный рост опухоли с ее дифференцировкой и созреванием (макроскопически определяемый узелок).

Активные зоны роста располагаются вокруг тонкостенного сосуда и характеризуются высоким уровнем обмена и повышенной сосудисто-тканевой проницаемостью, что может способствовать развитию миомы матки.

При микроскопически определяемом узелке на периферии наблюдаются морфогистохимические изменения, характерные для активных зон роста.

Каждая миома матки является множественной (рис. 63). Располагаются миоматозные узлы преимущественно (95%) в теле матки и гораздо реже (5%) — в шейке. По отношению к мышечной стенке тела матки различают три формы миоматозных узлов: подбрюшинные, межмышечные и подслизистые. Подбрюшинный узел берет свое начало из подбрюшинного слоя миометрия, межмышечный — из среднего, подслизистый — из глубокого слоя (рис. 64). Рост миоматозных узлов происходит в сторону брюшной полости или полости матки (рис. 65). Миоматозные узлы, располагающиеся ближе к внутреннему зеву матки, могут расти по направлению боковой стенки малого таза, располагаясь между листками широкой связки (интралигаментарно).

Рис. 61. Микроскопическая картина активного зачатка роста миомы матки. Окраска гематоксилином и эозином.

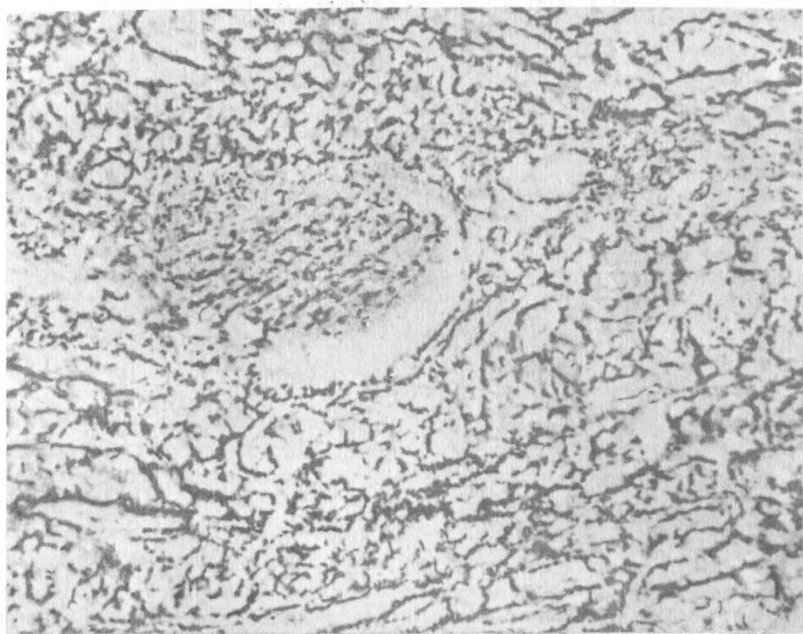
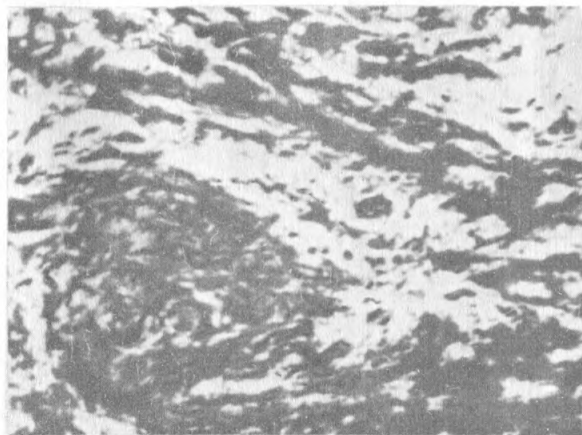


Рис. 62. Сформированный микроскопически определяемый узелок миомы.

Наиболее быстрым ростом обладают межмышечные и подслизистые миоматозные узлы; при этом межмышечные узлы нередко достигают больших размеров.

По морфологическим признакам различают простую миому матки, развивающуюся по типу доброкачественных мышечных гиперплазий

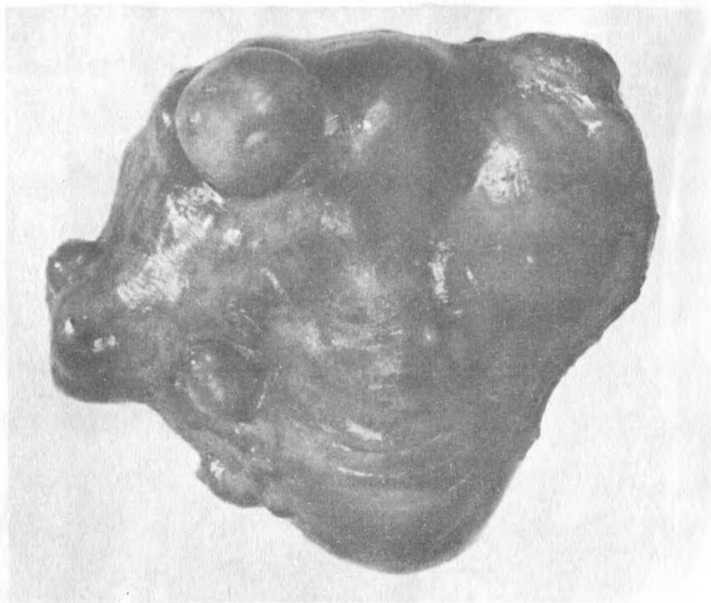
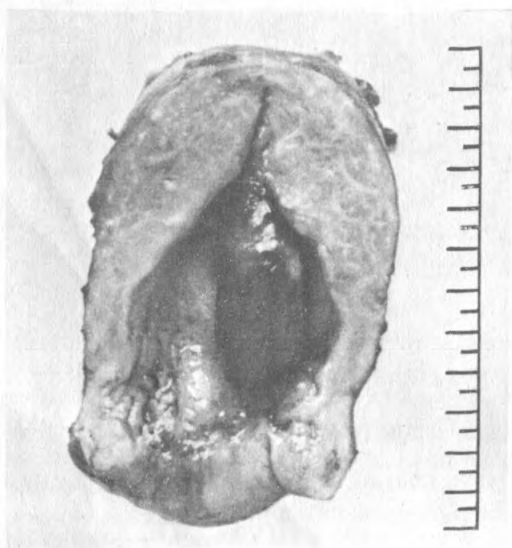


Рис. 63. Множественная миома матки.

Рис. 64. Подслизистый узел миомы матки.



(рис. 66), пролиферирующую миому, истинную доброкачественную (рис. 67).

**Патогенез.** Вопрос о причинах возникновения миомы матки до настоящего времени окончательно не решен. До сравнительно недавнего времени полагали, что в развитии миомы матки важную роль играет гиперэстрогения. Однако новейшими исследованиями установлено, что повышенное содержание эстрогенов наблюдается далеко не у всех больных, а ведущим фактором в развитии миомы матки является нарушение метаболизма эстрогенов (преобладание эстрогена и эстрадиола в фолликулиновой, а эстриола —



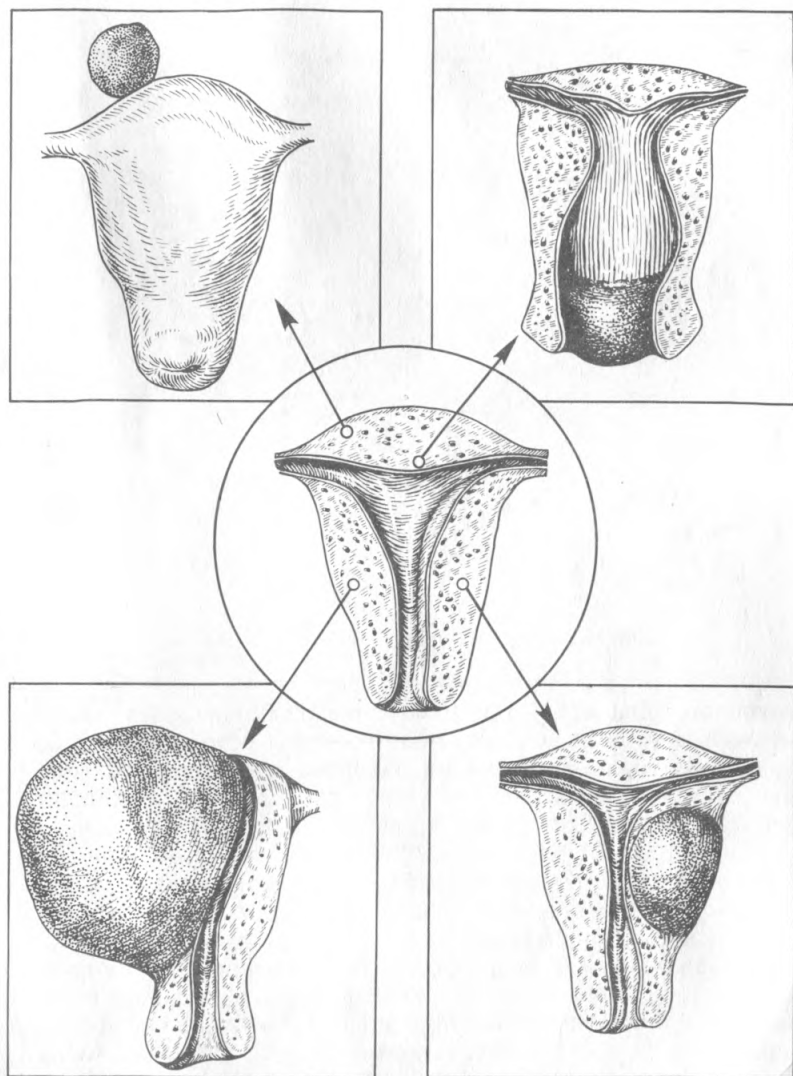


Рис. 65. Рост миоматозных узлов тела матки (схема).

в лютеиновой фазе цикла) и функции желтого тела. Важную роль в возникновении и развитии миомы матки, являющейся гормонально-зависимым новообразованием, играют нарушения в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка. Подобные нарушения могут носить первичный характер либо по закону обратной связи эти органы вовлекаются в патологический процесс вторично.

Развитие и рост миомы во многом обуславливаются состоянием

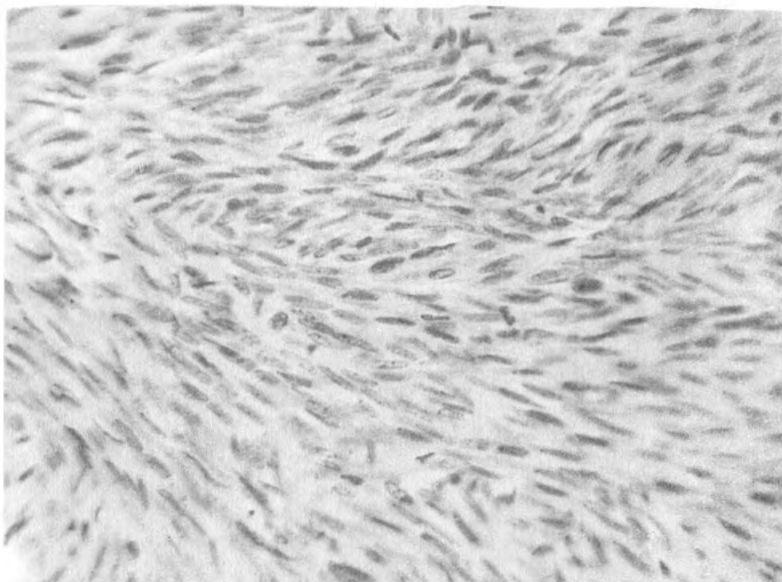


Рис. 66. Микроскопическая картина миомы.

рецепторного аппарата матки. Специфические белки (рецепторы), вступая в связь с гормонами, образуют комплекс эстроген-рецептор или гестаген-рецептор. Нарушения рецепторного аппарата могут способствовать изменению характера роста опухоли (быстрый, медленный). Как и при всяком патологическом процессе, изменение кровоснабжения ведет к существенным нарушениям функционального состояния органа. У больных с миомой матки наблюдается выраженные изменения гемодинамики малого таза, что является одним из факторов, способствующих более благоприятному развитию опухоли.

В генезе миомы матки играют роль изменение иммунологической реактивности организма, особенно при наличии хронических очагов инфекции (хронический воспалительный процесс придатков матки, тонзиллогенная интоксикация, ревматизм и др.), а также наследственная предрасположенность.

Таким образом, патогенез миомы матки очень сложен. В развитии заболевания играют существенную роль нарушения гипоталамо-гипофизарной системы функции яичников, надпочечников, щитовидной железы. Гормональные сдвиги в ранних стадиях развития опухоли нерезко выражены, что обусловлено адаптационной способностью организма. Однако по мере развития миомы матки, снижения компенсаторных механизмов на первый план начинают выступать более глубокие нарушения функции многих эндокринных желез, играющих важную роль в развитии этой опухоли.

У больных миомой матки отмечается снижение активности и ре-

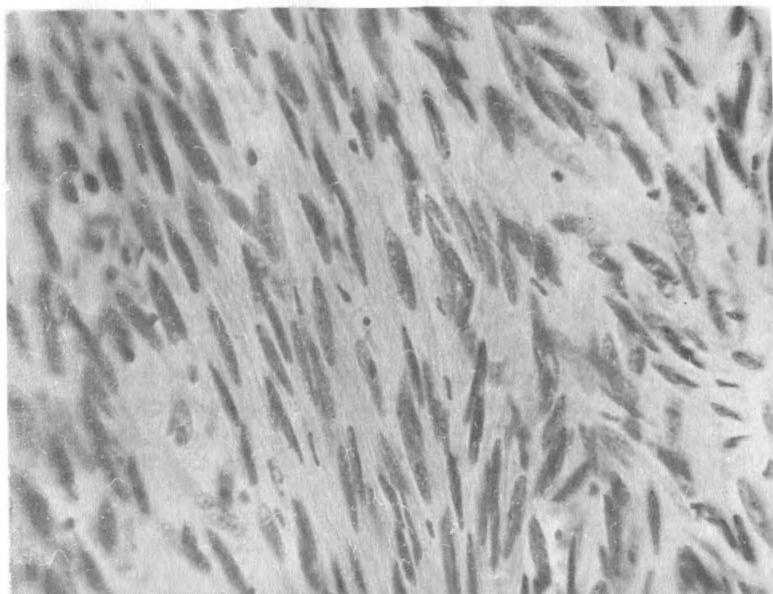


Рис. 67. Микроскопическая картина миомы матки с выраженной пролиферацией клеточных элементов.

зервных возможностей симпатико-адреналовой системы, что отражает компенсаторно приспособительные возможности организма в условиях развития патологического процесса.

Предрасполагающими моментами в развитии миомы матки являются преданемические состояния и железодефицитная анемия. Наблюдаемые у больных с миомой матки подобные гематологические сдвиги вызывают нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме женщины и тем самым создают более благоприятные условия для роста миомы.

Следовательно, миома матки является полигландулярным заболеванием, при котором в патологический процесс вовлечены многие органы и системы женского организма.

Подтверждением вовлечения в патологический процесс гипоталамо-гипофизарной системы служат нарушения функции щитовидной железы, молочных желез, надпочечников.

Так, при наличии миомы матки у  $\frac{2}{3}$  больных обнаруживают фиброзно-кистозную мастопатию, реже кисты, фиброаденомы. У половины больных с миомой матки отмечаются нарушения функции щитовидной железы, часто сопровождающиеся повышением её функции.

Важную роль в патогенезе миомы матки играют нарушения функции яичников, подтверждением чего служит и обнаружение мелкокистозных изменений яичников у 50—60% женщин в этой группе больных.

**К л и н и к а.** Клиническая картина миомы матки во многом зависит от возраста больной, давности заболевания, локализации миоматозных узлов, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии и других факторов. Наиболее часто миома матки впервые обнаруживается в возрасте 30—35 лет. Для таких больных характерны нарушение менструальной функции с периода менархе (позднее становление цикла, длительные, обильные, болезненные менструации), анемизация, нарушение половой функции (отсутствие регулярной половой жизни, прерванное половое сношение), снижение репродуктивной функции (первичное, вторичное бесплодие), более позднее наступление постменопаузы.

Преморбидный фон у больных с миомой матки часто отягощен гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладают воспалительные процессы половых органов, дисфункциональные маточные кровотечения, эндометриоз. Миома матки нередко сочетается с мелкокистозными изменениями яичников (рис. 68) и гиперпластическими процессами в эндометрии.

Среди сопутствующих заболеваний следует отметить гипертоническую болезнь, ишемическую болезнь сердца, наличие хронических очагов инфекции (тонзиллит, гайморит, отит), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит, колит), тиреотоксикоз, сахарный диабет. Перенесенные в прошлом и имеющиеся заболевания могут явиться одним из факторов, способствующих нарушению функции системы гипоталамус — гипофиз — яичники — матка, и тем самым способствовать развитию миомы матки.

В начальных стадиях развития опухоли, что, как правило, совпадает с репродуктивным периодом жизни женщины, появляются длительные и обильные менструации (меноррагии). В более старшем возрасте могут наблюдаться ациклические кровотечения, которые характерны для подслизистой локализации узла, межмышечной миомы с центрипетальным ростом, а также при сочетании миомы матки с дисфункциональными маточными кровотечениями.

Меноррагии у больных с миомой матки могут быть обусловлены увеличением внутренней поверхности, с которой происходит десквамация эндометрия во время менструации, неполноценностью миометрия и сосудов, расположенных в мышечном слое, эндометрии, гиперплазией эндометрия и повышением его фибринолитической активности.

Длительные и обильные менструации нередко бывают связаны и с сопутствующим эндометриозом. Повышенные кровопотери во время менструаций, а также присоединившиеся ациклические кровотечения обуславливают развитие железодефицитной анемии.

Нередко больные с миомой матки предъявляют жалобы на боли. Боли имеют различное происхождение. Постоянные ноющие боли в нижних отделах живота, пояснице чаще всего связаны с растяжением брюшины при росте подбрюшинно расположенных узлов, давлением миоматозных узлов на нервные сплетения малого таза. Иногда боли бывают вызваны дистрофическими, некротическими изменениями в

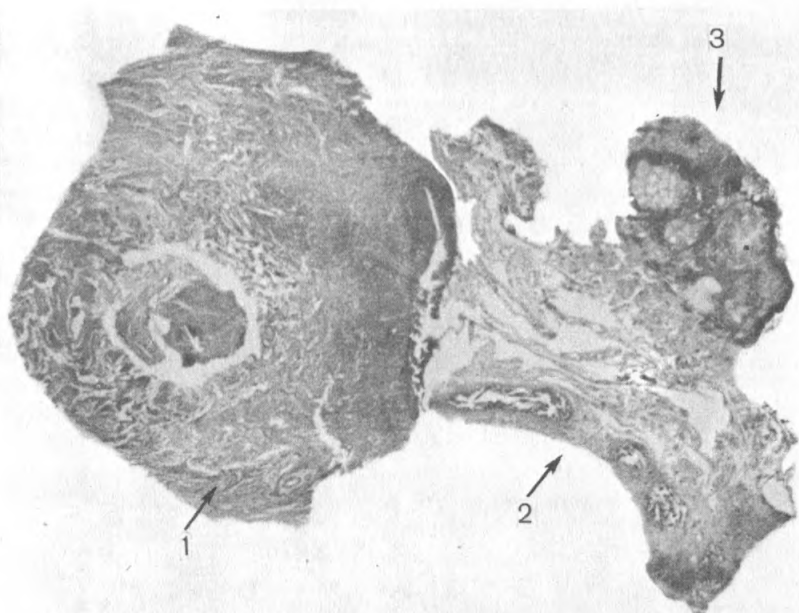


Рис. 68. Миома матки с мелкокистозно-измененным яичником. Гистеротопограмма.  
 1 — узел опухоли; 2 — маточная труба; 3 — яичник.

миоматозно-измененной матке. Схваткообразные боли во время менструации характерны для подслизистой локализации опухоли. Аналогичного характера боли возникают при рождении подслизистого узла. Боли могут иметь упорный и выраженный характер, особенно при расположении миоматозных узлов между листками широкой связки.

Расположение миоматозных узлов в нижней трети матки, на ее передней или задней поверхности может сопровождаться нарушением функции мочевого пузыря и прямой кишки.

Наиболее частым осложнением миомы матки является некроз узла (рис. 69), обусловленный нарушением его питания. При остро возникшем расстройстве питания узла отмечаются боли внизу живота, субфебрильная температура. При влагалищном исследовании находят увеличенную и болезненную матку. В крови обнаруживают повышенное количество лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ. Подобные осложнения возникают, как правило, при больших размерах миоматозных узлов либо при миоматозном узле на ножке.

Другим осложнением является перекрут ножки подбрюшинного узла. В этих случаях возникают симптомы острого живота.

**Д и а г н о с т и к а.** У большинства больных поставить диагноз миомы матки не представляет больших затруднений, так как при



Рис. 70. Гистеросальпингография при подслизистом узле миомы матки.

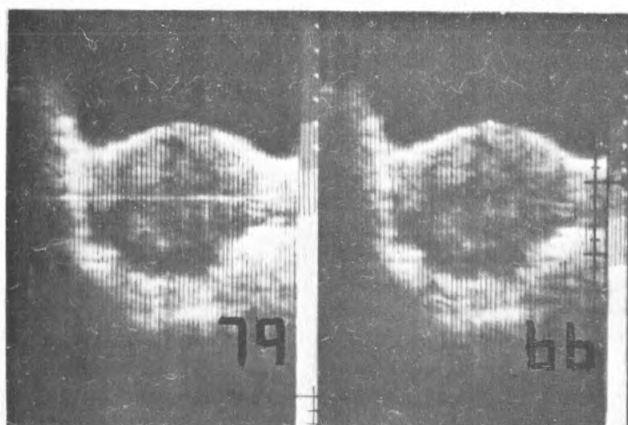


Рис. 71. Эхограмма при подслизистом узле миомы матки.

обычном гинекологическом исследовании определяется увеличенная в размерах, подвижная, безболезненная матка плотной консистенции с узловой поверхностью. При рождающемся или родившемся подслизистом узле осмотр с помощью зеркал позволяет поставить правильный диагноз. Иногда с целью диагностики подслизистой миомы матки прибегают к зондированию ее полости, гистероскопии.

Важное значение в диагностике миомы матки и определении тактики лечения имеют изучение гормональной активности яичников (тесты функциональной диагностики), определение уровня стероидных и гонадотропных гормонов.

В затруднительных случаях осуществляют дополнительные методы исследования: рентгенологические, эндоскопические, электрофизиологические, радиоизотопные и др. Наиболее часто производят

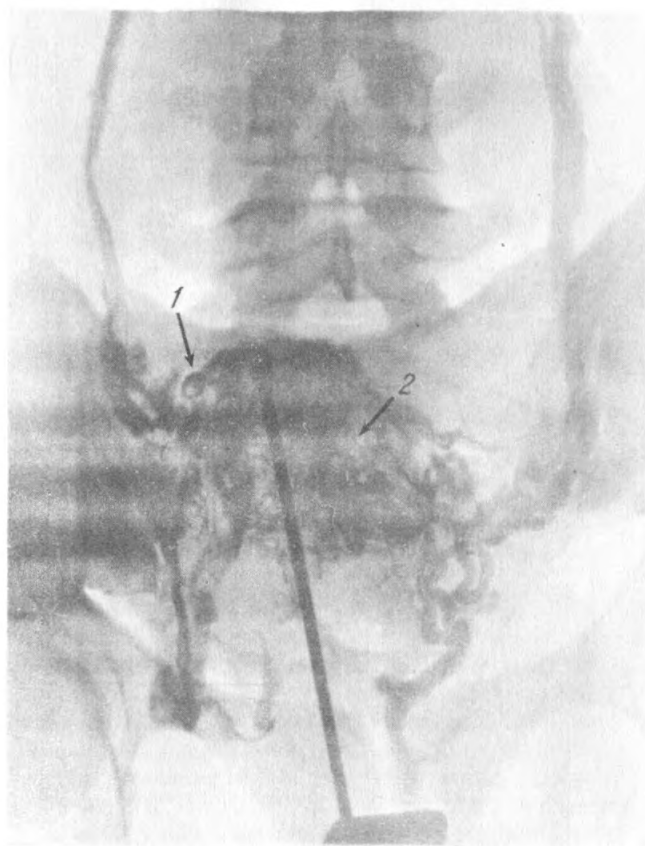


Рис. 72. Внутриматочная флебография. Подбрюшинный (1) и межмышечный (2) узлы.

гистеросальпингографию (рис. 70), что позволяет определить особенности полости матки, ее деформацию, а также сопутствующие заболевания (эндометриоз, полипоз).

В диагностике подслизистой миомы матки и межмышечной локализации с центрипетальным ростом важную роль играют также ультразвуковое сканирование (рис. 71), рентгенотелевизионная гистеросальпингография.

Внутриматочная флебография обычно производится перед консервативной миомэктомией с целью определения объема оперативного вмешательства. На флебограммах можно определить размеры миоматозного узла и его расположение по отношению к слоям миометрия (рис. 72).

Ангиография применяется при быстром росте опухоли, чаще всего при подозрении на саркому матки.



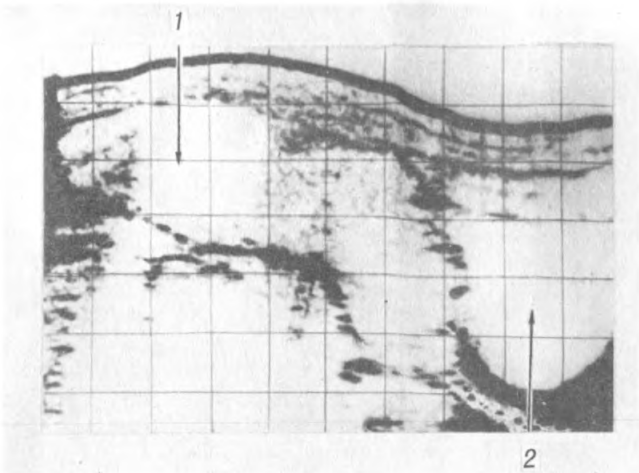


Рис. 73. Эхограмма при миоме матки.  
1 — миома; 2 — мочевой пузырь.

Радиоизотопные исследования используют для исключения злокачественного перерождения эндометрия и саркомы матки.

При выраженных дизурических явлениях с целью определения характера и объема оперативного вмешательства важное значение имеют экскреторная урография и ренография, сочетание которых позволяет уточнить характер изменений в мочеточниках и почечных лоханках. Выявление топографоанатомических изменений в нижних отделах мочевыводящей системы особенно важно при наличии миоматозных узлов, расположенных межсвязочно либо при наличии шейечной миомы, располагающейся близко от внутреннего зева.

При диагностике миомы матки применяют эндоскопические методы исследования: гистероскопию, лапароскопию, кульдоскопию. С помощью гистероскопии удается обнаружить подслизистый узел миомы, а также такие сопутствующие заболевания, как эндометриоз, полипоз. При неясности диагноза обследование больной заканчивают проведением лапаро- или кульдоскопии. С помощью этих методов можно уточнить диагноз миомы матки, определить характер изменений в придатках, а при необходимости взять кусочек ткани для патоморфологического исследования.

В последние годы более широко начали применять с диагностической целью ультразвуковое сложное сканирование для определения размеров миомы матки, локализации узлов (рис. 73).

При обследовании больных с миомой матки необходима особая онкологическая настороженность. Следует исключить опухоли яичников, предраковые процессы, рак эндометрия и влагалищной части шейки матки.

Большие дифференциально-диагностические сложности иногда



возникают при наличии подбрюшинной миомы матки на тонкой ножке. В таких случаях следует дифференцировать подбрюшинную миому матки от кистомы яичника. Миоматозный узел имеет более плотную консистенцию и узловатую поверхность, кистама — гладкую поверхность и эластическую консистенцию. Пельвиграфия, с помощью которой можно определить контуры матки и яичников, а также ультразвуковое исследование помогут уточнить диагноз.

При дифференциальной диагностике между миомой матки и беременностью прежде всего следует обратить внимание на плотную консистенцию миомы матки, узловатую поверхность опухоли, наличие длительных и обильных менструаций, что позволит исключить беременность. Иногда большие трудности в дифференциально-диагностическом отношении возникают при наличии миомы матки в сочетании с беременностью. Появление предположительных, вероятных признаков беременности, определение содержания хорионического гонадотропина, ультразвуковое исследование помогают распознать беременность у больных с миомой матки.

Большие сложности в постановке диагноза наблюдаются при интралигаментарном расположении миоматозного узла. Атипичную локализацию миомы матки следует дифференцировать от хронического параметрита. Анамнестические данные (отсутствие указаний на воспалительный процесс, результаты влагалищного исследования, при котором миоматозный узел удается отделить от стенки матки) позволят уточнить диагноз.

**Л е ч е н и е.** В настоящее время существуют два метода лечения больных с миомой матки: консервативный и хирургический, причем каждый из них имеет свои показания и противопоказания. При решении вопроса о характере терапии учитываются возраст больной, преморбидный фон, сопутствующие экстрагенитальные и гинекологические заболевания, гормональные нарушения, характер роста опухоли, особенности расположения миоматозных узлов, нарушение менструального цикла, степень анемизации и др.

Изучение патогенеза миомы матки позволило разработать принципы консервативного лечения этой доброкачественной опухоли. Одним из условий для его проведения служит небольшая величина опухоли (до размеров 12-недельной беременности у больных репродуктивного возраста и 14—15 нед в менопаузе).

Консервативное лечение показано женщинам с межмышечной и подбрюшинной (на широком основании) локализацией узлов, стабильных размерах опухоли, с умеренной меноррагией. Консервативной терапии подлежат больные с миомой матки при наличии сопутствующих тяжелых форм экстрагенитальных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, дыхания, почек и др.), которым операция противопоказана.

Корректирующие мероприятия осуществляются на ранних этапах развития миомы матки согласно следующим принципам:

1. Всестороннее изучение преморбидного фона с целью возможной коррекции возникших нарушений.
2. Лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных

заболеваний, предшествующее основному курсу лечения и направленное на ограничение роста опухоли.

3. Включение в основной курс лечения мероприятий, направленных на нормализацию нейроэндокринных, обменных, волевых нарушений и терапию анемии. Гормональному лечению должны предшествовать диетотерапия (полноценное белковое питание и назначение пищевых продуктов, содержащих железо), антианемическая терапия (препараты железа), витаминотерапия (витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> в первой фазе менструального цикла, витамины А и Е — во второй, витамин С на протяжении всего менструального цикла в течение 2—3 менструальных циклов). Назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию, нейротропные, симптоматические средства. При наличии хронического сальпингоофорита у больных с миомой матки для нормализации функции яичников прибегают к применению физических факторов (электрофорез меди, цинка, йодида калия, протеолитических ферментов, магнитное поле, ультразвук и др.). После такого предварительного комплексного воздействия гормонотерапия позволяет получить более выраженный эффект и уменьшить количество вводимых препаратов. Гормонотерапию предпочтительнее назначать больным в пременопаузе. Чистые гестагены (туренал, норколут и др.) назначают больным с миомой матки при давности заболевания до 5 лет, без выраженных клинических проявлений заболевания, в течение трех менструальных циклов. Чистые гестагены применяют во второй половине менструального цикла по 1 таблетке в течение 6—8 дней. При нарушенном менструальном цикле проводится лечение эстроген-гестагенными препаратами в виде трехмесячных прерывистых курсов по 21-дневной схеме. Гормональное лечение осуществляют под контролем тестов функциональной диагностики. При недостаточном эффекте гормонотерапия может быть продолжена до 6 мес и более.

4. Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на поддержание гомеостаза и восстановление трудоспособности больных. Положительный эффект консервативной терапии (стабилизация роста и уменьшение размеров опухоли, нормализация менструальной функции, прекращение болей и др.) наблюдается более чем у  $\frac{2}{3}$  больных с миомой матки. Уменьшение размеров опухоли контролируют с помощью влагалищного, а также ультразвукового исследования (рис. 74).

Противопоказаниями к консервативному лечению больных с миомой матки являются: 1) подслизистая миома матки; 2) межмышечная локализация узла с центрипетальным ростом и резкой деформацией полости матки; 3) некроз миоматозного узла; 4) подозрение на злокачественное перерождение миомы матки; 5) сочетание миомы матки с опухолью половых органов другой локализации.

Показаниями к радикальному хирургическому лечению больных с миомой матки (надвлагалищная ампутация или экстирпация матки) служат быстрый рост и большие размеры опухоли, выраженная анемизация больной при отсутствии эффекта от гемостатической терапии, подслизистая миома матки, миома шейки матки, некроз узла, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки.

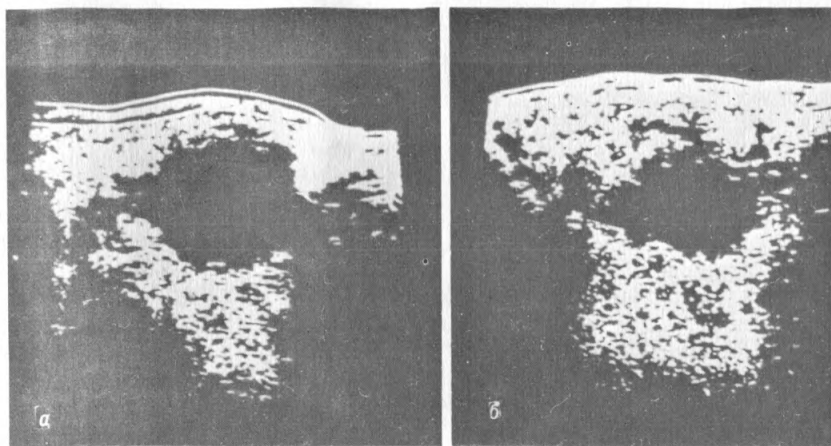


Рис. 74. Эхограмма при миоме матки до (а) и после (б) консервативного лечения.

Хирургическое вмешательство, особенно у молодых женщин, должно быть по возможности консервативным. При наличии нескольких миоматозных узлов у молодой женщины, страдающей бесплодием, можно прибегнуть к консервативной миомэктомии, при которой может быть сохранена как менструальная, так и репродуктивная функции. Однако число рецидивов после консервативных пластических операций относительно велико (10—30%).

При подслизистой миоме матки у больной молодого возраста производят удаление узла со вскрытием полости матки. После 40—45 лет в таких случаях прибегают к ампутации тела матки. Родившийся подслизистый узел удаляют через влагалище (ножницами надсекают основание ножки и затем откручивают опухоль).

В женской консультации активному диспансерному наблюдению подлежат больные: 1) с повышенным риском развития миомы матки (частые рецидивы хронического сальпингоофорита, эндомиометрита, сопровождающиеся обменно-эндокринными нарушениями); 2) с нарушением менструального цикла с периода менархе и поздней менопаузой; 3) с неоднократными абортами и диагностическими выскабливаниями матки; 4) с нарушениями менструального цикла на фоне длительно текущих экстрагенитальных заболеваний; 5) с наличием миомы матки и онкологических заболеваний у ближайших родственников; 6) с миомой матки в начальной стадии развития; 7) после проведенного оперативного и консервативного лечения; 8) с противопоказаниями к оперативному вмешательству.

**Пр о г н о з.** Благоприятный.

**Миома матки и беременность.** Сочетание миомы матки и беременности встречается у 3—4% больных. При небольших размерах опухоли беременность у больных с миомой матки обычно донашивается до срока нормальных родов, и родоразрешение происходит через естест-

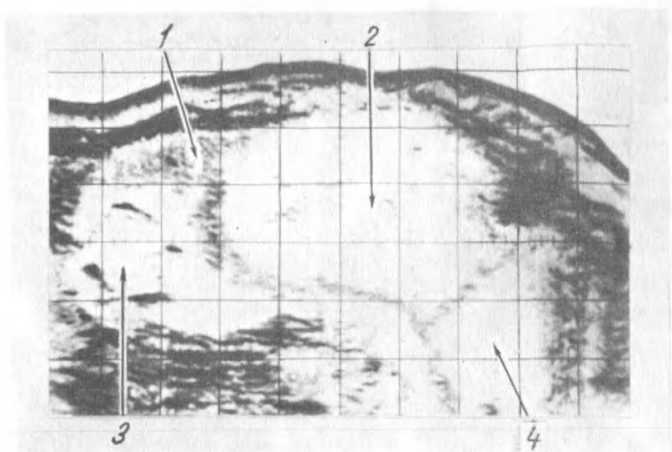


Рис. 75. Эхограмма при миоме матки и беременности.  
1 — плацента; 2 — миома; 3 — плодное яйцо; 4 — мочевой пузырь.

венные родовые пути. Однако во время беременности, в родах и в послеродовом периоде возможно возникновение ряда осложнений.

Миоматозные узлы при беременности располагаются преимущественно подбрюшинно, межмышечно, и гораздо реже встречается подслизистая локализация миоматозных узлов (рис. 75). В первом и особенно во втором триместре беременности происходит значительное увеличение размеров миоматозных узлов (гиперплазия мышечных клеток, отек ткани); в третьем триместре эти процессы менее выражены.

Наиболее частым осложнением во время беременности является угроза ее прерывания (у 30% женщин). Нередко у таких женщин во время беременности появляются боли в области расположения миоматозных узлов, которые обусловлены растяжением капсулы опухоли и дистрофическими изменениями в узлах.

Часто у беременных с миомой матки наблюдаются токсикозы первой и второй половины беременности, несвоевременное излитие околоплодных вод, гипотрофия и гипоксия плода.

В родах нарушение сократительной деятельности матки отмечается у каждой третьей большой с миомой матки.

Нередко у беременных с миомой матки возникают неправильные положения и предлежания плода, что может быть обусловлено миоматозными узлами, вдающимися в просвет полости матки и деформирующими ее.

В родах иногда приходится прибегать к оперативному разрешению (кесарево сечение).

В последовом и раннем послеродовом периодах значительно повышается частота гипотонических кровотечений.

В послеродовом периоде наблюдается замедленная инволюция матки. Наиболее опасны некротические изменения в узлах. Профилактическое назначение спазмолитиков, начиная со 2-х суток после родов, как правило, предупреждает развитие этого осложнения.

## САРКОМА МАТКИ

Саркома матки — злокачественная опухоль, исходящая из соединительной ткани. Частота саркомы по отношению ко всем злокачественным опухолям матки составляет 2%.

Саркома матки возникает из соединительнотканых элементов недифференцированных мышечных клеток миометрия, а также из стромы эндометрия (подслизистая саркома). Саркома обнаруживается как в теле, так и в шейке матки, но чаще поражает тело матки.

### Клинико-анатомическая классификация сарком тела матки

- I стадия — опухоль ограничена телом матки.
- Ia стадия — опухоль ограничена эндо- или миометрием.
- Iб стадия — опухоль распространяется на эндо- и миометрий.
- II стадия — опухоль поражает тело и шейку матки, но не выходит за пределы матки.
- III стадия — опухоль распространяется за пределы матки, но ограничена пределами малого таза.
- IIIa стадия — прорастание опухолью серозной оболочки и (или) метастазы в придатки матки.
- IIIб стадия — инфильтраты опухоли в параметрии и (или) метастазы во влагалище и (или) лимфатические узлы таза.
- IV стадия — прорастание опухоли в смежные органы и (или) распространение за пределы таза.
- IVa стадия — прорастание опухоли в смежные органы.
- IVб стадия — отдаленные метастазы.

Наиболее часто наблюдается узловатая форма саркомы. Саркоматозные узлы имеют округлую форму, плохо отграничены от окружающей ткани. На разрезе они светло-серого цвета, мягкой, напоминающей мозговое вещество, консистенции. При наличии кровоизлияний и некрозов опухоль приобретает пестрый вид.

Саркомы слизистой оболочки тела матки могут быть в виде узелковых образований или имеют диффузный характер.

По анатомо-гистологическому строению различают следующие виды сарком: 1) лейомиосаркомы; 2) лейомиосаркомы в миоме; 3) эндометриальная стромальная саркома; 4) смешанная мезодермальная опухоль; 5) карциносаркома; 6) низкодифференцированная саркома неясного генеза.

Саркомы метастазируют преимущественно гематогенным путем, наиболее часто — в легкие, печень, яичники, кости.

**К л и н и к а.** Саркомы матки встречаются в любом возрасте, однако наиболее часто — в 41—50 лет. В начальных стадиях клинические проявления заболевания выражены незначительно. По мере прогрессирования процесса возникают циклические и ациклические кровотечения, боли в нижних отделах живота, бели гнилостного характера, интенсивность которых зависит от локализации опухоли и присоединения инфекции. При межмышечной и подбрюшинной локализации наблюдается быстрое увеличение размеров опухоли. При саркоме эндометрия, имеющей вид подслизистых узлов, наблюдаются ациклические маточные кровотечения и упорные бели. В более поздних стадиях заболевания отмечаются слабость, недомогание, плохой аппе-

тит, значительное похудание, анемия, не связанная с кровотечением. При возникновении метастазов в легкие, печень и другие органы появляется симптоматика, характерная для поражения того или иного органа.

**Д и а г н о с т и к а.** Чрезвычайно трудна. Обычно больной ставит диагноз миомы матки. Однако быстрый рост опухоли, появление ациклических кровотечений, анемии без значительной кровопотери, ухудшение общего состояния позволяют предположить развитие злокачественной опухоли.

При бимануальном исследовании обнаруживают опухоль матки плотной консистенции, нередко с участками размягчения. Для саркомы шейки матки характерно ее незначительное увеличение. Рождающаяся подслизистая саркома матки обычно определяется в канале шейки матки или за его пределами (во влагалище) в виде узла опухоли.

Если подслизистая саркома локализуется в матке и не рождается, то большую помощь в диагностике оказывает гистероскопия. Существенное значение имеют зондирование полости матки, гистероцервикогграфия с последующей прицельной биопсией. Наряду с этим применяют ангиографию и лимфографию. Всем больным с саркомой матки производят исследование мочевых путей (хромоцистоскопия, экскреторная урография, радиоизотопная ренография), а также ректороманоскопию. С целью выявления отдаленных метастазов проводятся рентгенография органов грудной клетки, сканирование печени.

Окончательный диагноз обычно устанавливают при гистологическом исследовании соскоба эндометрия (при подслизистой саркоме) или удаленной при операции опухоли.

**Л е ч е н и е.** При саркоме матки показаны расширенная экстирпация матки с придатками, удаление регионарных лимфатических узлов, параметральной клетчатки. Лучевая терапия и химиотерапия обычно малоэффективны.

**П р о г н о з.** Малоблагоприятен. Наиболее эффективно лечение сарком, развившихся внутри миоматозных узлов.

## Г л а в а IX

### ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз — заболевание, при котором происходит доброкачественное разрастание ткани, подобной эндометрию, за пределами его нормального расположения. Эндометриоз не является истинной опухолью, а представляет собой гормонально-зависимую гиперплазию эндометрия. При эндометриозе наряду с половыми органами могут поражаться любые органы и системы, поэтому его относят к полисистемным заболеваниям.

В последние годы наблюдается увеличение частоты заболеваний эндометриозом.

**Э т и о л о г и я и п а т о г е н е з.** Причины развития эндометриоза до настоящего времени точно не установлены. Имеется несколько теорий возникновения эндометриоза, однако ни одна из них не объясняет всех сторон патогенеза этой патологии.

Согласно эмбриональной теории, эндометриоидные гетеротопии возникают из остатков первичной почки (вольфово тело). Подтверждением происхождения эндометриоидных гетеротопий из эмбриональных остатков служит сочетание эндометриоза с некоторыми формами пороков развития половых органов. Однако подобное сочетание встречается сравнительно редко и не может объяснить происхождения различных форм эндометриоза.

Несколько позднее была выдвинута метапластическая теория, согласно которой эндометриоз развивается в мышце ткани вследствие своеобразной метаплазии брюшины в эндометрий.

В возникновении эндометриоза некоторую роль может играть механическая травма половых органов, например, при аборте, диагностическом выскабливании слизистой оболочки матки, диатермокоагуляции шейки матки, кесаревом сечении, миомэктомии с вскрытием полости матки, вследствие чего могут создаться условия для имплантации эндометрия на этих участках половой системы.

Ряд исследователей развитие эндометриоза в маточных трубах, яичниках, брюшине малого таза связывают с имплантацией элементов эндометрия, попавших сюда из труб во время менструации. Особенно часто это происходит при неправильных положениях матки, (гиперантефлексия, ретрофлексия), сужении канала шейки матки.

Внебрюшинная локализация эндометриоидных очагов (область пупка, мочевой пузырь, легкие и другие органы), по мнению некоторых авторов, обусловлена занесением частиц эндометрия лимфогенным и гематогенным путем.

В патогенезе эндометриоза важная роль принадлежит гормональным изменениям системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Нарушения циклической продукции рилизинг-факторов гипоталамуса и гонадотропных гормонов передней доли гипофиза приводят к развитию абсолютной или относительной гиперэстрогении и недостаточной продукции желтым телом яичника прогестерона. Функциональная неполноценность системы гипоталамус — гипофиз — яичники оказывает также влияние на синтез и активность белков и ферментов, нуклеопротеидов, изменение антигенных свойств крови, что в свою очередь приводит к иммунологической недостаточности и способствует развитию основного заболевания.

**К л а с с и ф и к а ц и я.** Различают генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. Наиболее часто (95%) встречается генитальный эндометриоз и гораздо реже (5%) — экстрагенитальный.

**Г е н и т а л ь н ы й э н д о м е т р и о з** делится на внутренний и наружный. К внутреннему эндометриозу относят маточную форму и трубную (при поражении только интерстициальной части трубы), к наружному — поражения яичников, маточных труб (перешеек, ампулярный отдел), влагалища, влагалишной части шейки матки, круглых маточных связок, наружных половых органов, позадишеечной клетчатки (ретроцервикальный эндометриоз). Нередко внутренний эндометриоз сочетается с различными формами наружного эндометриоза — позадишеечным, яичниковым и др.

**П р и э к с т р а г е н и т а л ь н о м э н д о м е т р и о з е** возможно

поражение любого органа и систем женского организма, однако наиболее часто эндометриоз экстрагенитальной локализации встречается в толстом кишечнике, послеоперационных рубцах, пупке и др. В организме одновременно может быть несколько очагов эндометриоза, которые на протяжении менструального цикла могут подвергаться циклическим изменениям.

Эндометриоидные образования имеют форму узлов, чаще инфильтратов без четких контуров, или кистозных образований, наполненных густой коричневатой жидкостью.

Микроскопически определяют трубчатые или ветвящиеся, а иногда кистозно-расширенные железы, покрытые однослойным мерцательным эпителием. У большинства больных репродуктивного возраста с эндометриозом матки, оперированных во второй половине менструального цикла, при наличии секреторных превращений в эндометрии подобных изменений в эндометриоидных очагах не выявляется. В железистом эпителии эндометриоидных очагов обнаруживается малое содержание гликогена и относительно высокое количество РНК, что свидетельствует о слабом влиянии прогестерона на очаги эндометриоза.

Эндометриоз, при котором железистая ткань содержится в небольшом количестве, носит название стромального.

Наиболее часто эндометриоз встречается в матке, яичниках, ретроцервикальной клетчатке.

**К л и н и к а.** Эндометриоз преимущественно встречается у женщин молодого возраста. При этом часто нарушаются менструальная, репродуктивная функции и трудоспособность.

Основным признаком являются прогрессирующие боли, появляющиеся в предменструальном периоде и особенно выраженные во время менструации. Боли у больных эндометриозом локализуются внизу живота, в крестце, носят весьма стойкий и интенсивный характер, иногда сопровождаясь картиной острого живота. Содержимое эндометриоидных образований (кровь, секрет желез), излившееся в окружающие ткани, вызывает боли, воспалительную реакцию, образование рубцов, спаек.

Вторым по частоте симптомом эндометриоза является нарушение менструального цикла. Характерны длительные и обильные менструации, которым нередко предшествуют скудные темно-кровянистые выделения из половых путей. Аналогичный характер кровянистых выделений иногда наблюдается и после окончания менструации. Меноррагия у больных эндометриозом связана с нарушением функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, пониженной сократительной способностью миометрия, увеличением внутренней поверхности матки и поступлением крови из эндометриозных образований, расположенных в миометрии.

Сравнительно часто больные эндометриозом страдают бесплодием. Оно обусловлено различными факторами: ановуляцией, недостаточной функцией желтого тела, спаечным процессом в малом тазу, поражением маточных труб, неполноценностью функции эндометрия.

Клиническая картина эндометриоза во многом зависит от преиму-



шественной локализации эндометриоидной гетеротопии и степени распространения патологического процесса.

**Внутренний эндометриоз (аденомиоз)** возникает при поражении матки. Это наиболее часто встречающаяся локализация эндометриоза. Различают эндометриоз тела и шейки матки. При эндометриозе тела матки наблюдаются альгодисменорея, длительные и обильные резко болезненные менструации. Нередко перед и после менструации появляются темно-кровянистые скудные выделения из половых путей. При выраженных маточных кровотечениях возникает анемизация, сопровождающаяся слабостью, быстрой утомляемостью, иногда головокружением, нарушением трудоспособности.

Важным признаком заболевания являются болезненные менструации, однако их степень менее выражена по сравнению с другими формами эндометриоза. В случае преимущественной локализации эндометриоза в углах матки отмечается иррадиация болей в паховые области и прямую кишку.

Различают диффузную и узловую формы матки. При этом матка бывает увеличена до размеров 7—10-недельной беременности, что обусловлено гиперплазией мышечной ткани, расположенной вокруг очага эндометриоза. Увеличение размеров матки особенно выражено перед менструацией; после ее окончания матка несколько уменьшается. Обычно увеличение размеров матки отмечается при значительном прорастании очагов эндометриоза в миометрий. Узловая поверхность матки характерна для очаговой формы эндометриоза.

Эндометриоз матки часто сочетается с миомой матки, реже — с опухолями яичников, воспалением придатков матки.

Наиболее эффективным методом диагностики эндометриоза тела матки является гистеросальпингография, проводимая на 7—8-й день менструального цикла водорастворимым контрастным веществом, что позволяет проводить исследование даже в период кровотечения. Характерны на рентгенограмме так называемые законтурные тени, которые представляют собой эндометриозные образования, сообщаящиеся с полостью матки и заполненные контрастным веществом. Тени имеют овальную, округлую или удлинненную форму (рис. 76). Законтурные тени чаще всего находят в истмическом отделе тела матки.

Большую диагностическую ценность представляет газовая рентгенопельвиметрия, с помощью которой определяется округлой формы матка, увеличенная в переднезаднем размере.

В последние годы при эндометриозе матки с успехом применяют гистероскопию. Обычно на фоне тонкого бледно-розового эндометрия бывают хорошо видны устья эндометриоидных желез темно-красного цвета, различной величины и размеров; из них может выделяться темная кровь.

Важную роль играет использование комбинированных методов диагностики (биконтрастная геникография), позволяющая в большинстве случаев поставить правильный диагноз.

**Эндометриоз шейки матки** наиболее часто наблю-

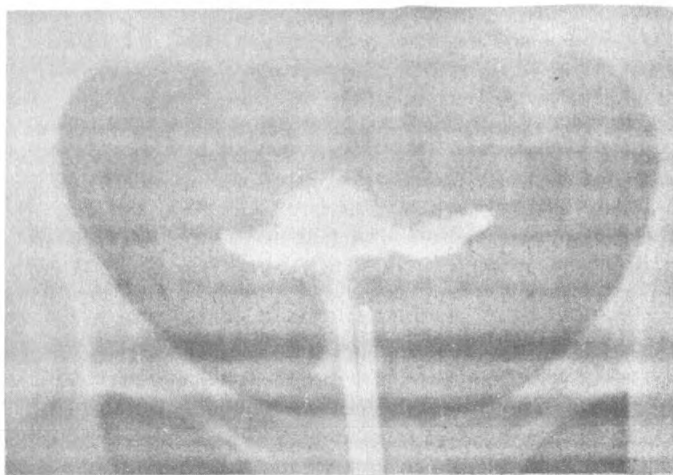


Рис. 76. Гистеросальпингография при эндометриозе тела матки. Отчетливо видны законтурные тени (проникновение контрастного вещества в эндометриоидные железы).

дается у женщин, перенесших диатермокоагуляцию по поводу псевдоэрозий. Возникновение эндометриоза после диатермокоагуляции объясняется приживлением эндометрия, попавшего из матки во время менструации на раневую поверхность влагалищной части шейки матки, образовавшуюся после отторжения струпа. При осмотре шейки матки с помощью зеркал на ее поверхности видны розовые полосы или точки темно-красного цвета. Характерны скудные темно-кровянистые и контактные выделения. Наиболее часто скудные кровянистые выделения из этих участков появляются до и после менструации и продолжаются 3—4 дня. Боли при эндометриозе шейки матки отсутствуют.

Основным методом диагностики эндометриоза шейки матки является кольпоскопия, проведенная на протяжении менструального цикла несколько раз (рис. 77). Окончательный диагноз устанавливается после морфологического исследования биоптата шейки матки.

Эндометриоз шейки матки необходимо дифференцировать от псевдоэрозий, эндоцервицита, эритроплакий, рака шейки матки.

Эндометриоз маточных труб имеет вид небольших (до 6 мм в диаметре) узелков, расположенных в толще стенки трубы. Клиническая диагностика очень сложна. Обычно диагноз ставят при патоморфологическом исследовании маточной трубы, удаленной во время операции.

Эндометриоз яичников является достаточно распространенной формой генитального эндометриоза. Основной жалобой больных являются боли, усиливающиеся во время менструации. Прогрессирующая альгоменорея отмечается более чем у половины больных. Иногда боли принимают весьма интенсивный характер, появляются симптомы раздражения брюшины, что обусловлено микроперфорацией эндометриоидных кист и попаданием их содержимого

(крови) в брюшную полость. Попадание в брюшную полость крови и частиц ткани приводит к развитию выраженного спаечного процесса в малом тазу.

Появление скудных кровянистых выделений до и после менструации у больных с эндометриозом яичников свидетельствует об одновременном поражении матки (внутренний эндометриоз).

В начале заболевания в области придатков матки определяется одностороннее опухолевидное образование небольших размеров, болезненное при исследовании, тугоэластической консистенции, округлой формы. По мере прогрессирования процесса эндометриоидная киста яичника увеличивается в размерах, процесс распространяется на другой яичник, появляется выраженный спаечный процесс с образованием единого конгломерата, состоящего из матки и придатков. Конгломерат имеет толстую капсулу и при смещении неподвижен. Процесс может распространиться на сигмовидную кишку, вызывая ее стенозирование.

Большинство больных с эндометриозом яичников длительно находятся под наблюдением и безуспешно лечатся в женской консультации по поводу «воспалительного процесса».

**Д и а г н о с т и к а.** Высокоинформативным методом диагностики, особенно в ранних стадиях заболевания, является лапароскопия, позволяющая обнаружить эндометриоидное образование яичника. В затруднительных случаях прибегают к газовой пельвиграфии. В последние годы более широко стали проводить ультразвуковое исследование, что позволяет при этом заболевании определить опухолевидные образования с жидким содержимым.

Эндометриоидные кисты следует дифференцировать от рака яичников и мешотчатых воспалительных образований придатков матки неспецифической и специфической этиологии. Решающее значение в диагностике этих заболеваний имеют данные микроскопического исследования ткани, взятой во время лапароскопии или лапаротомии.

**П о з а д и ш е е ч н ы й э н д о м е т р и о з** по частоте занимает третье место среди эндометриозов другой локализации (рис. 78). Основной жалобой больных являются постоянные боли в крестце, пояснице, иррадиирующие в прямую кишку, влагалище; интенсивность болей увеличивается перед и во время менструации, при половых сношениях, дефекации. Иногда наблюдаются скудные кровянистые выделения до и после менструации.

При гинекологическом исследовании кзади от шейки матки определяются плотные образования с неровной поверхностью, резко болезненные при исследовании. При прорастании стенки влагалища в области заднего свода определяются темно-синие кистозные образования (эндометриоидные «глазки»).

С диагностической целью производят биопсию для исключения хориоэпителиомы, рака и некоторых других заболеваний.

**Л е ч е н и е.** Терапевтические мероприятия включают воздействие на очаги эндометриоза и одновременную или последовательную коррекцию расстройств нервной, эндокринной и других систем организма. Проводится гормональное, хирургическое, симптоматическое и физиотерапевтическое лечение.

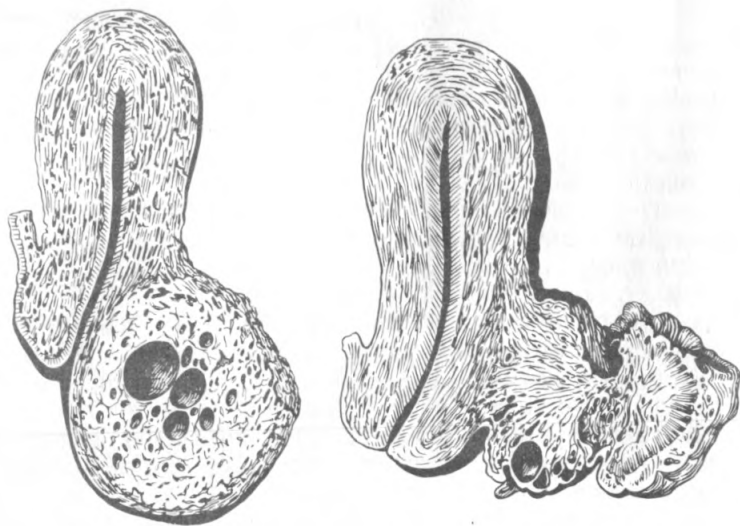


Рис. 78. Позадिशеечный эндометриоз.

Гормонотерапия является основным методом лечения больных эндометриозом. Применяют эстроген-гестагенные препараты, чистые гестагены, а в последнее время — антигонадотропины. Эстроген-гестагенные препараты подавляют выработку гонадотропных гормонов, в результате чего не происходит созревания фолликулов, овуляции, прекращаются циклические процессы в эндометриодных гетеротопиях. Кроме того, в эндометрии под действием эстроген-гестагенных препаратов развиваются атрофические процессы, известные под названием железистой регрессии.

Комбинированные эстроген-гестагенные препараты (ановлар, бискурин, нон-овлон и др.) назначают при 28-дневном менструальном цикле с 5-го дня цикла в течение 21 дня по 1 таблетке на ночь. При более коротких или удлинённых менструальных циклах схема лечения соответственно изменяется. Применение эстроген-гестагенных препаратов продолжается в течение 6—12 менструальных циклов и зависит от локализации и степени распространения патологического процесса, причем у молодых женщин (до 40 лет) предпочтительнее применять прерывистые курсы (3 мес лечения, 3 мес перерыв).

Перед назначением эстроген-гестагенных препаратов необходимо исследование функций печени и свертывающей системы крови. При нарушении функции печени и склонности к гиперкоагуляции назначение синтетических прогестинов противопоказано. Противопоказаниями к назначению эстроген-гестагенных препаратов также служат заболевания почек, сахарный диабет, варикозное расширение вен, повышенное артериальное давление, холецистит. При наличии противопоказаний к назначению эстроген-гестагенных препаратов применяют чистые гестагены: оксипрогестерона капроат по 125 мг один раз в неделю

(на курс 20 инъекций), норколут по 1 таблетке на ночь во второй половине цикла в течение 3—6 циклов.

Женщинам старше 45 лет можно назначать андрогенные препараты: тестостерона пропионат по 1 мл 2,5—5% раствора внутримышечно через день. На курс лечения 6—10 инъекций. Лечение состоит из 2—3 курсов с интервалами между ними 1—1½ мес. Метиландростендиол назначают по 0,025 г (1 таблетка) 2 раза в день под язык, метилтестостерон — по 10 мг (2 таблетки) под язык 3—4 раза в день в течение 20 дней. Проводятся 2—3 курса лечения. Эти препараты назначают сразу же после окончания менструации.

По мнению некоторых авторов, идеальными препаратами для лечения эндометриоза могут служить антигонадотропины. Так, при лечении эндометриоза даназолом происходит подавление базальной и циклической секреции ФСГ, снижение функции яичников, атрофия слизистой оболочки тела матки и эктопического эндометрия.

Лечение эндометриоза проводят в зависимости от возраста больной, локализации и степени распространения патологического процесса.

При эндометриозе тела матки в начальной стадии заболевания применяются эстроген-гестагенные препараты. Под влиянием лечения происходит уменьшение кровопотери, исчезновение анемии, ослабление и прекращение болей. При отсутствии эффекта от консервативного лечения и выраженном распространении процесса прибегают к оперативному вмешательству с последующим назначением эстроген-гестагенных препаратов. При локализации эндометриозных очагов в дне и теле матки производят надвлагалищную ампутацию матки, при перешеечной локализации — экстирпацию матки.

При эндометриозе шейки матки основным методом лечения является применение синтетических эстроген-гестагенных препаратов. При отсутствии эффекта либо выраженной деформации влагалищной части шейки матки проводят диатермокоагуляцию или хирургическое лечение.

При эндометриозных кистах яичников лечение оперативное. У молодых людей женщин прибегают к резекции яичника, у более пожилых удаляют придатки матки. Удаление эндометриозной («шоколадной») кисты следует производить с большой осторожностью, так как вскрытие ее может повести к обсеменению брюшины и дальнейшему распространению патологического процесса. После операции проводят лечение чистыми гестагенами или эстроген-гестагенными препаратами в течение 6 мес — 1 года.

При позадишеечном эндометриозе иногда представляется возможность удалить весь эндометриозный очаг. В послеоперационном периоде проводят гормональное лечение. Длительность терапии определяется распространенностью процесса и исчезновением болевого симптома.

При локализации эндометриоза в маточной трубе показано ее удаление, так как консервативное лечение малоэффективно.

В последние годы все чаще стали прибегать к удалению эндо-

метрионидных образований при лапароскопическом исследовании с помощью специальных инструментов. К данному виду лечения прибегают в ранних стадиях развития эндометриоза либо после проведения курса консервативного лечения.

Физическим методам лечения эндометриоза принадлежит вспомогательная роль. Назначают электрофорез йодида калия, амидопирин, сульфата магния. Физиотерапия проводится одновременно с гормональным лечением.

При наличии нейрогенных и вегетативно-эндокринных расстройств, связанных с нарушением деятельности гипоталамических и лимбических структур, в терапию должны быть включены психотропные препараты (хлордиазепоксид, диазепам, триоксазин и др.).

Симптоматическая терапия заключается в назначении кровоостанавливающих (стиптицин, эрготал, водяной перец) и болеутоляющих (свечи с белладонной) средств.

При анемии показаны препараты железа.

Беременность у больных эндометриозом следует сохранить, так как при этом циклические процессы в очаге эндометриоза прекращаются и наступает временная стабилизация.

**Прогноз.** Относительно благоприятный. Случаи злокачественного эндометриоза встречаются редко.

**Профилактика.** Предупреждение эндометриоза прежде всего заключается в предотвращении попадания кусочков эндометрия из полости матки в другие отделы половых органов. Поэтому борьба с абортами, своевременное лечение аномалий положения матки, производство различных внутриматочных вмешательств по строгим показаниям являются действенными мерами профилактики эндометриоза. При удалении эндометрионидных кист яичников важно, чтобы содержимое кисты (при ее разрыве) не попало в брюшную полость; все излившееся содержимое кисты должно быть тщательно удалено.

## Глава X

### ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Развитие и функция молочных желез тесно связаны с гормональной активностью яичников и гонадотропной функцией гипофиза. Нарушение функции гипофиза и яичников нередко является одним из важных моментов в развитии дисгормональных заболеваний молочных желез. Эта патология часто сопутствует миоме матки, эндометриозу, функциональным маточным кровотечениям, гиперпластическим процессам эндометрия и некоторым другим заболеваниям, в генезе которых большая роль принадлежит нарушениям функции яичников.

Среди заболеваний молочных желез основное место занимают дисгормональные гиперплазии. Возникновение дисгормональных заболеваний молочных желез и дальнейшее течение процесса находятся в прямой связи с периодами жизни женщины, особенностями циклических и анатомо-функциональных изменений в молочных железах.

Молочные железы — парный орган, имеющий трубчатоальвеолярное строение и располагающийся на передней поверхности грудной клетки. Между глубоким листком фасции, покрывающим заднюю поверхность молочной железы, и апоневрозом большой грудной мышцы находится ретромаммарное пространство, выполненное рыхлой клетчаткой, что обуславливает подвижность молочной железы. В зависимости от периода жизни женщины и гормональных изменений в организме молочные железы проходят ряд последовательных стадий развития. Степень развития молочных желез имеет важное значение в оценке эндокринного состояния. Необходимо обращать внимание на величину и форму желез, форму и окраску сосков и ареол, величину, число и плотность железистых долек (в норме 15—20).

Зачаток молочной железы формируется у плода еще в антенатальном периоде. В детском возрасте молочные железы у девочки невыраженные — сосок маленький, не пигментированный, незначительно возвышается над ареолой. У 9—10-летней девочки сосок имеет форму цветочного бутона, ареола несколько возвышается, появляется незначительная пигментация соска и ареолы. Среди пучков коллагеновых волокон с жировыми включениями располагаются немногочисленные трубочки (железистые образования) различного диаметра. Молочная железа пребывает в состоянии функционального покоя.

В период полового созревания в области молочных желез происходит отложение жира, отмечается значительное возвышение ареолы над поверхностью грудной клетки, пигментация соска и ареолы заметно увеличивается; наблюдается удлинение протоков молочных желез, на концах которых образуются ацинозные утолщения, представляющие собой зачатки будущих долек. Дольки в молочных железах обычно формируются с началом менархе.

В половозрелом возрасте молочная железа имеет округлую форму, сосок заметно возвышается над ней, в жировой ткани железы прощупывается значительное количество паренхиматозных долек. Дольки окружены плотной соединительной тканью, составляющей строю железы. Внутри долек имеется рыхлая соединительная ткань, богатая лимфоцитами, плазматическими клетками, молодыми фибробластами. Выводные протоки каждой дольки открываются на наружной поверхности соска (7—30 млечных протоков). Сосок и ареола приобретают темно-коричневую окраску, происходят увеличение молочных ходов и разрастание соединительной ткани.

Размеры и форма молочных желез весьма разнообразны и зависят от возраста, конституции женщины, количества предшествующих родов и длительности кормления. Обычно различают следующие разновидности формы молочных желез: дисковидную, полушаровидную, коническую и сосцевидную. Поперечный размер молочной железы 10—12 см, продольный — 10 см, толщина 4—6 см. Обычно правая молочная железа несколько больше левой. Консистенция молочных желез у нерожавших женщин упругая, у рожавших — более мягкая.

Молочную железу принято делить на четыре квадранта: верхний и нижний наружный, верхний и нижний внутренний. В верхненаружных квадрантах отмечается большое количество железистых элементов

(протоков, альвеол) и в этом месте наиболее часто возникают различные патологические процессы.

Кровоснабжение молочных желез находится в прямой зависимости от функционального состояния и более выражено в предменструальный период, во время беременности и лактации.

Молочные железы находятся под воздействием гормонов яичников и гипофиза. Под влиянием эстрогенов осуществляется пролиферация выводных протоков, под воздействием прогестерона — ацинозных частей (молочных долек). Продукция молока осуществляется под влиянием пролактина гипофиза.

При цитологическом исследовании отделяемого соска можно по количеству клеточных элементов и форме их ядер судить о фазе менструального цикла.

Важным диагностическим тестом является определение температуры кожи ареолы и базальной температуры, между которыми установлена обратная зависимость. При термометрии ареолы у женщин с мастопатией выявляется ациклический ее характер.

В пре-, а затем в постменопаузе в молочных железах происходят регрессивные изменения — атрофия и исчезновение долек, мелких и средних протоков и замещение их фиброзной и жировой тканью. Однако инволютивные процессы не всегда соответствуют возрасту женщины. В стадии инволюции на маммограмме имеются многочисленные просветления, что обусловлено развитием жировой ткани молочной железы.

Из патологических процессов дисгормонального характера в первую очередь следует указать на различные формы мастопатии. Различают узловую, или очаговую, и диффузную формы мастопатии. К гиперплазии узлового типа относят фиброаденомы, кисты, фиброзные формы узловой мастопатии. Диффузная форма мастопатии встречается наиболее часто. При ней наблюдаются склеротические изменения долек, протоков, разрастание соединительной ткани.

При массовых клинико-рентгенологических обследованиях диффузная мастопатия выявляется у каждой пятой женщины, узловые мастопатии, фиброаденомы и кисты — у 25%.

**Ограниченные дисгормональные пролифераты молочных желез.** К ним относятся фиброаденомы, кистозная и фиброзная формы узловой мастопатии. В структуре фиброаденомы преобладает соединительная ткань. Фиброаденомы возникают преимущественно в период половой зрелости и локализуются в верхненаружных квадрантах молочной железы. Чаще это односторонние образования. Фиброаденомы имеют плотную консистенцию, круглую или овальную форму, дольчатое строение. Контуры фиброаденомы ровные, четкие, образование имеет капсулу и легко смещается. Величина и число фиброаденом variabelны. Кожа и сосок не спаяны с образованием.

На маммограмме тени фиброаденом четкие, ровные, вокруг узла отмечается ободок (жировая ткань), иногда наблюдается отложение извести, особенно при длительном существовании фиброаденом у женщин пожилого возраста. Ретромаммарное пространство имеет обычное строение. Размеры фиброаденомы, устанавливаемые с по-



мощью рентгенологического исследования, как правило, совпадают с размерами образования, определяемыми при пальпации. Патологических изменений в тканях, окружающих узел, подкожных венах и субареолярной зоне не отмечается.

**Кистозная форма узловой мастопатии** обычно встречается в возрасте 35—40 лет. Кисты имеют круглую или овальную форму, гладкую поверхность, размеры их колеблются от 0,5 до 5 см в диаметре. Кисты имеют мягкоэластическую консистенцию, ровные контуры, иногда отмечается флюктуация.

С помощью бесконтрастной маммографии определяется округлое или овальной формы тело с четкими, ровными контурами; вокруг кисты имеется узкий ободок просветления. С диагностической целью перед операцией прибегают к пункционной биопсии с последующим введением контрастного йодсодержащего вещества или газа (кислород, углекислый газ) с целью уточнения размеров, локализации, состояния внутренней стенки кисты.

**Фиброзная форма узловой мастопатии** характеризуется разрастанием соединительной ткани на определенном участке с одновременной атрофией железистых долек. Отмечается появление плотных, болезненных узлов, определяемых в верхненаружном квадранте молочной железы, чаще с обеих сторон. Узлы обычно имеют диаметр 0,5—5 см, без четких границ, поверхность зернистая, кожа и сосок не вовлекаются в патологический процесс. Во время менструации происходит увеличение узлов и болезненность их становится более выраженной. Обычно фиброзная форма узловой мастопатии наблюдается у больных в возрасте 30—50 лет. Фиброзная форма узловой мастопатии является нередко фоном для развития рака молочной железы.

Фиброзная узловая мастопатия на маммограммах имеет вид гомогенного затемнения, контуры опухоли неровные, зона просветления имеет фестончатый характер, часто центр образования более интенсивно затемнен. При рентгенологическом исследовании более четкая картина фиброзной узловой мастопатии обнаруживается в предменструальный период.

При **диффузной форме мастопатии** в патологический процесс вовлекается вся железистая ткань или вся соединительная ткань, или все млечные ходы. При наличии диффузной мастопатии пальпируются скопления грубых болезненных узелков в виде мелкого гороха. Во второй фазе менструального цикла отмечаются усиление болей в молочной железе и увеличение размеров узлов. С наступлением беременности, а также в постменопаузе все эти признаки исчезают. Кожа, сосок, ретромаммарное пространство не изменены.

На рентгенограммах отмечается большое количество теней и просветлений различной величины, неправильной формы с неровными контурами. В случае преобладания кистозных образований на маммограмме заметно больше участков просветления неправильной формы, разделенных тяжами соединительной ткани. При значительном развитии паренхимы видны округлые, полигональной формы тени, которые нередко сливаются и образуют единое затемнение (рис. 79).

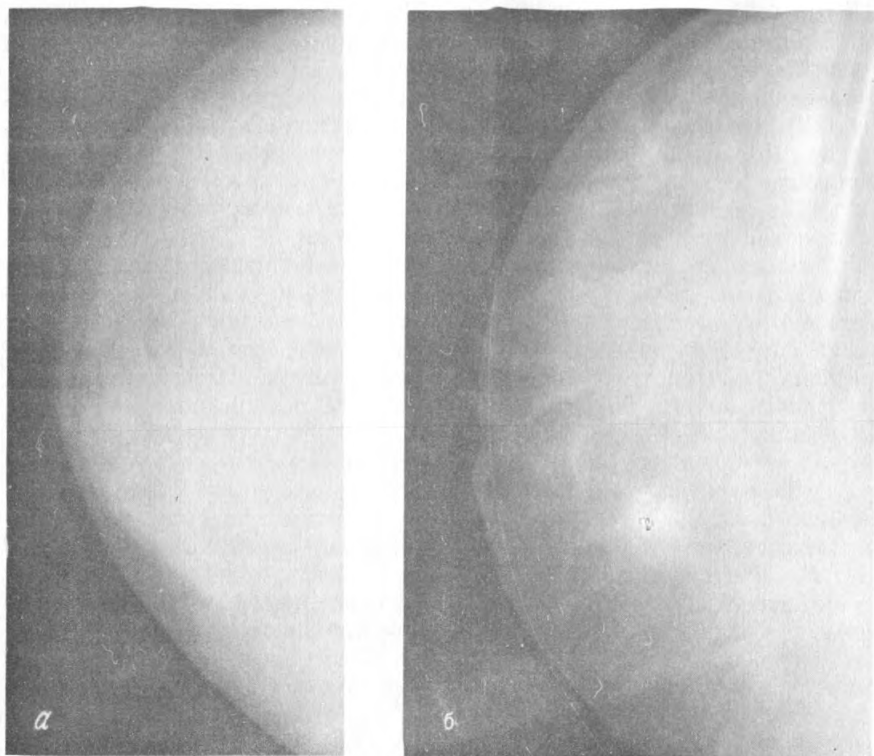


Рис. 79. Маммограмма.

а — неизменная молочная железа (контроль); б — диффузная фиброзно-кистозная мастопатия.

Иногда встречается преимущественное поражение млечных ходов на том или ином протяжении. Клиническим проявлением заболевания служит патологическая секреция, которая носит постоянный или периодический характер. Выделения из сосков при этом могут быть типа молозива, иногда носят серозный, реже кровянистый характер. Отделяемое молочных желез может иметь желтый, зеленоватый или темно-коричневый цвет. Заболевание чаще носит двусторонний характер.

На рентгенограммах обнаруживаются фиброзно-кистозные изменения в сочетании с внутрис протоковыми обызвествлениями.

С диагностической целью применяют дуктографию, с помощью которой устанавливают деформацию и расширение млечных ходов.

**Диагностика.** Распознавание заболеваний молочных желез обычно не представляет особых трудностей, так как при клиническом обследовании (осмотр, пальпация) можно заподозрить изменения патологического характера. В анамнезе у таких больных нередко имеются указания на онкологические заболевания у ближайших родственников. Во многих случаях развитию дисгормональных заболеваний молочных желез предшествуют различные нарушения менструальной

функции. У многих женщин отмечаются перенесенные или сопутствующие гинекологические заболевания (хроническое воспаление придатков матки, миомы, полипоз эндометрия, кисты яичников и др.).

При объективном исследовании выясняют симметричность расположения, величину и форму молочных желез, правильность их контуров, состояние и форму сосков, особенности ареолы, окраску и состояние кожи, наличие расширенных подкожных вен.

Пальпация производится кончиками пальцев обеих рук, начиная от соска в радиальном направлении. Исследование осуществляется в вертикальном и горизонтальном положении больной. При обнаружении плотного образования определяют его размеры, подвижность, консистенцию, границы. Кроме молочной железы, пальпируют подмышечные впадины, под- и надключичные области с обеих сторон для обнаружения возможного увеличения лимфатических узлов.

Цитологическое исследование выделений из сосков молочной железы, осуществляемое в амбулаторных условиях, позволяет определить характер патологического процесса, что особенно важно для раннего обнаружения рака молочной железы. Цитологическое исследование пунктата образования в молочной железе производится в стационарных условиях при возникновении сомнения в его характере.

Термография — важный метод исследования молочных желез, проводимый в амбулаторных условиях (обычно в онкологических лечебных учреждениях). Метод основан на определении температуры кожи, которую можно регистрировать на фотопленке. Температура кожи над доброкачественными и злокачественными образованиями молочной желез выше температуры над соответствующими участками здоровой молочной железы, причем повышение температуры более выражено при злокачественном процессе. Термография особенно эффективна в диагностике поверхностных или неглубоко расположенных образований. Метод безвреден, прост и эффективен при отборе женщин для дальнейшего обследования.

Важное диагностическое значение имеет рентгенологическое исследование молочных желез. При профилактических осмотрах, что особенно важно у женщин старше 35 лет, широко применяется крупнокадровая флюоромаммография. При анализе флюорограмм их обычно делят на три группы: 1) флюорограммы, соответствующие нормальной молочной железе; 2) флюорограммы с признаками нерезко выраженной диффузной мастопатии; эти женщины подлежат систематическому наблюдению; 3) флюорограммы с изменениями, требующими уточнения характера патологического процесса. Этим женщинам требуется маммография, которая проводится в первой фазе менструального цикла.

В последние годы большое распространение получила бесконтрастная маммография с целью диагностики заболеваний молочных желез. Она проводится в прямой и боковой проекциях; иногда прибегают к прицельной маммографии. Обычно маммографию применяют при обнаружении патологических изменений в молочных железах. Этот метод показан также перед пункционной биопсией для

уточнения расположения кистозного образования, перед назначением предоперационного облучения по поводу рака молочной железы. Маммография служит также контролем эффективности проводимого лечения.

Иногда на маммограмме бывает трудно интерпретировать выявленные изменения. У таких больных следует прибегнуть к пневмомастографии (введение кислорода в строму молочной железы), которая позволяет более отчетливо выявить и определить характер поражения.

**Контрастная маммография (дуктография)** показана при наличии выделения патологического секрета из протоков молочной железы. В качестве контрастного вещества применяют сергозин, диодон, уротраст и др. Исследование проводится в стационарных условиях. Контрастная маммография позволяет уточнить состояние молочных протоков, осуществить более точную топическую диагностику патологического процесса. Особенно ценной контрастная маммография является при определении внутрипротоковых папиллом и кистозных образований в молочной железе.

**Эхография** — ультразвуковое исследование, на основании которого можно судить о плотности, неоднородности и глубине расположения опухоли. При доброкачественных опухолевидных образованиях молочной железы на эхограмме выявляются участки различной яркости, при раке — конгломераты белых пятен.

**Радиоизотопная диагностика** в последние годы находит широкое применение в распознавании заболеваний молочных желез. На основании повышенного накопления  $^{32}\text{P}$  в патологически измененных тканях, а также динамики выведения его судят о характере патологического процесса. В раково-измененных тканях происходит усиление накопления радиоактивного фосфора и более медленное выведение его из опухоли.

Эхография и радиоизотопная диагностика осуществляется в амбулаторных условиях специализированных учреждений.

**Лимфографию**, проводимую с помощью контрастных веществ (сергозин, диодон и др.); а также радиоизотопное исследование применяют для выявления метастазов рака молочной железы в лимфатических узлах подмышечной и подключичной областей. Лимфографию делают сразу же после введения контрастного вещества и через 24—48 ч. При наличии метастаза в лимфатических узлах обнаруживают дефект наполнения.

Из рентгенологических методов исследования в диагностике заболеваний молочных желез находит применение **флебография**, с помощью которой удастся установить метастазы рака молочной железы в загрудинное пространство.

**Эксцизионная и инцизионная биопсия** производится после того, как уже были использованы другие методы диагностики. Эксцизионная биопсия — иссечение всей опухоли вместе с окружающими тканями, инцизионная — иссечение небольшого кусочка опухоли, производимое до оперативного вмешательства. Биопсия осуществляется в стационарных условиях; гистологическое исследование производится в срочном порядке.

В последние годы более широко начали применяться цитологические исследования мазков-отпечатков с удаленных кусочков патологических тканей молочной железы. Этот метод прост, легко и быстро выполним, обладает большой информативностью. Определение степени пролиферации эпителия, а также полового хроматина является одним из критериев определения характера терапевтического вмешательства. При более выраженной пролиферации эпителия дисгормональных гиперплазий молочных желез, как правило, наблюдается трансформация ядерного пола опухоли в «интерсексуальный» или «мужской».

Лечение при дисгормональных заболеваниях молочных желез должно проводиться с учетом характера патологического процесса, гормональной активности яичников, степени выраженности пролиферативных процессов, а также содержания полового хроматина в опухолевой ткани. Очаговые формы мастопатии обычно подлежат хирургическому лечению с последующим гистологическим исследованием удаленного препарата. При кистозной форме узловой мастопатии удаляют кисту. В последние годы перед этой операцией производят пункцию кисты, срочно исследуют ее содержимое, заполняют полость кисты йодконтрастным веществом либо газом для изучения внутренней поверхности капсулы, после чего решают вопрос об объеме оперативного вмешательства. Диффузная форма узловой мастопатии служит показанием к проведению консервативного лечения, в основе которого лежат гормональные методы, направленные на нормализацию функции яичников.

При недостаточности желтого тела или гиперэстрогенном ановуляторном цикле во второй фазе менструального цикла большим назначают прогестерон по 10 мг внутримышечно в течение 6—8 дней. Одновременно можно рекомендовать применение 0,25% раствора йодида калия внутрь (по 1 столовой ложке 2—3 раза в день). Благоприятный эффект лечения мастопатии микродозами йодида калия связан с лютеинизацией фолликулярных кист и нормализацией выделения половых и гонадотропных гормонов.

При гипозестрогенном ановуляторном цикле или недостаточности первой и второй фаз менструального цикла в первой фазе проводят гормонотерапию микрофоллином (по 0,05 мг внутрь ежедневно), во второй фазе — прогестероном (по 10 мг внутримышечно ежедневно в течение 6—8 дней).

Гормональное лечение проводится в течение трех менструальных циклов под контролем тестов функциональной диагностики и бесконтрастной маммографии. При положительном результате лечение повторяют через 3 мес, при недостаточном эффекте — продолжают в течение 6 мес. Терапия синтетическими эстраген-гестагенными препаратами (нон-овлон, ановлар, бисекурин и др.) осуществляется с 5-го по 25-й день цикла в течение 6—12 мес.

Гормонотерапия проводится в сочетании с витаминотерапией. Витамин В<sub>1</sub> назначают в первой фазе менструального цикла по 100 мкг ежедневно, витамин Е — во второй фазе по 50 мг в день внутрь в капсулах. На протяжении всего менструального цикла назначают витамин С (аскорбиновая кислота) по 0,25 г 2 раза в день. Лечение

гормонами в сочетании с витаминотерапией, а иногда и с физическими факторами (электрофорез меди, цинка, йодида калия, ультразвук), направленными на нормализацию функции яичников, должно проводиться под строгим контролем гормонального состояния, а также молочных желез (флюоромаммография). Контрольное обследование состояния молочных желез проводится один раз в 6 мес.

## Г л а в а X I

### ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ И ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

#### ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ И ОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Доброкачественные опухоли.** К ним относятся фибромы, миомы; гораздо реже наблюдаются ангиомы, папилломы, гидроаденомы.

**Фиброма** — опухоль соединительнотканного характера, подвижная, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, располагается в толще большой половой губы. Фиброма растет медленно, иногда достигает больших размеров (рис. 80).

**Прогноз** благоприятный. Дифференцировать фиброму следует от паховой или бедренной грыжи.

**Лечение** оперативное.

**Миома** — опухоль из мышечных клеток, чаще исходит из большой половой губы. Имеет плотнoэластическую консистенцию, подвижна, растет медленно.

**Прогноз** благоприятный.

**Лечение** оперативное (вылушивание миоматозного узла).

**Липома** возникает из жировой ткани лобка и больших половых губ. Имеет капсулу, консистенция мягкая, опухоль подвижна.

**Прогноз** благоприятный.

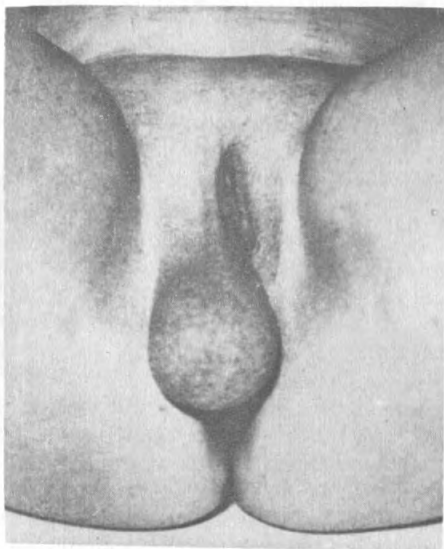
**Лечение** оперативное.

**Предраковые заболевания наружных половых органов.** К предраковым заболеваниям наружных половых органов относят лейкоплакию и крауроз вульвы. Это длительно текущие заболевания, сопровождаются склерозом, фиброзом и гиалинозом вульвы, нарушениями кровоснабжения тканей в сочетании с изменениями нервных элементов.

К возникновению и развитию лейкоплакии и крауроза вульвы ведут многие этиологические и патогенетические факторы. Среди них следует отметить снижение функции коры надпочечников, яичников, щитовидной железы в сочетании с нарушением углеводного и других видов обмена. Развитие крауроза и лейкоплакии вульвы часто сопровождается нарушениями гипоталамо-гипофизарной системы и ретикулярной формации ствола мозга.

**Лейкоплакия вульвы.** Одно из наиболее часто встречающихся предраковых заболеваний вульвы. Лейкоплакические наложения на вульве могут быть в виде тонких пленок, легко удаляемых тампоном и вскоре вновь возникающих (простая лейкоплакия), а также в виде грубых

Рис. 80. Фиброма вульвы на ножке.



бляшек, возвышающихся над поверхностью (пролиферирующие лейкоплакии). Лейкоплакия имеет белесоватый, серый или серовато-белый цвет. Размеры колеблются от небольших образований до сливных пятен. По степени распространения лейкоплакических наложений различают ограниченную и диффузную формы. При распространенной форме происходит слияние нескольких очагов лейкоплакии; реже наблюдаются лейкоплакии в виде возвышающихся над поверхностью кожи грубых образований, четко отграниченных от окружающей ткани.

При диффузной форме лейкоплакии происходит поражение клитора, малых и внутренней поверхности больших половых губ.

Эта форма лейкоплакии наиболее часто подвергается злокачественным превращениям (рак).

**Крауроз вульвы.** Для крауроза вульвы характерны атрофические процессы и сморщивание (склероз) наружных половых органов. Вначале атрофическому процессу подвергаются область клитора, малые и внутренние поверхности больших половых губ. По мере прогрессирования процесса эти участки ткани сморщиваются, нарушается их эластичность, они становятся ригидными, происходит сужение входа во влагалище и наружного отверстия мочеиспускательного канала. Наиболее характерным признаком крауроза вульвы является зуд, который по мере прогрессирования процесса становится очень сильным. Кожные покровы приобретают перламутровый цвет. У больных возникают различные психоэмоциональные нарушения.

Нередко крауроз и лейкоплакия вульвы сочетаются, что часто вызывает легкую травматизацию тканей. Крауроз и лейкоплакия, как правило, возникают в пре- и постменопаузе (рис. 81).

При наличии крауроза и лейкоплакии вульвы могут наблюдаться нарушения гормональной функции яичников, понижение функции надпочечников, щитовидной железы в сочетании с нарушением углеводного и белкового обмена.

Осложнять и изменять клиническое течение лейкоплакии в сочетании с краурозом вульвы могут сопутствующие заболевания воспалительного характера (трихомониаз, кандидоз, гонорея), а также сахарный диабет, глистная инвазия.

**Д и а г н о с т и к а.** Обследование больных начинают с кольпоско-

пии. Участки, подозрительные в отношении возможности возникновения рака, исследуют с помощью цитологического (соскобы тканей) или гистологического (биопсия) метода. В некоторых случаях возникает необходимость в радиоизотопной диагностике.

Дифференцировать лейкоплакию вульвы следует от витилиго (нарушение пигментного обмена), которое не сопровождается субъективными ощущениями и не вызывает общих расстройств.

**Л е ч е н и е.** Учитывая сложность и многообразие патогенеза крауроза и лейкоплакии вульвы, целесообразно назначать электрофорез с витамином В<sub>1</sub>, криотерапию (аэрозольный метод), ультразвук, электрофорез гидрокортизоновой мази на область вульвы. В ряде случаев хороший эффект дают андрогены в сочетании с эстрогенами.

Необходимо проводить психотерапию, внушая больным уверенность в благополучном исходе заболевания. Назначаются седативные препараты (настойка валерианы, пустырник, седуксен, триоксазин), рациональный режим труда и отдыха (утренняя гимнастика, регулярный отдых после работы, прогулки на свежем воздухе, достаточная продолжительность ночного сна). Следует избегать переутомления и психических травм. Показано полноценное, достаточно калорийное, богатое витаминами питание (предпочтительно молочно-растительное). Применяются водные процедуры в виде хвойных, жемчужных, кислородных, углекислых ванн.

Местно назначаются мази с глюкокортикоидами и анестезирующими веществами (1% или 2,5% гидрокортизоновая или 0,5% преднизолоновая мазь, «Локакортен», «Синалар» и др.). Местно также можно применять мазь с синэстролом. При переходе процесса в злокачественный показано оперативное лечение.

**Рак вульвы.** Наблюдается редко и главным образом у больных пожилого возраста (старше 50 лет). Развивается, как правило, на фоне крауроза и лейкоплакии вульвы. Различают узловую, экзофитную, язвенную и инфильтративные формы рака вульвы. Микроскопически эти формы относятся к плоскоклеточному раку с наклоном к ороговению.

**К л и н и к а.** В начальных стадиях развития опухоли большие ощущают зуд и жжение в области наружных половых органов, несколько позже появляются серозно-гнойные выделения и кровотечения. Попадание мочи на изъязвленную поверхность вызывает мацерацию тканей.

**К л а с с и ф и к а ц и я** рака наружных половых органов (по системе T N M). Классификация основана на рекомендациях Комитета по раку Международной федерации акушеров и гинекологов. Символом T (tumor) обозначаются первичная опухоль и степень ее распространения, N (nodulus) — состояние регионарных лимфатических узлов, M (metastasis) — отдаленные метастазы. В данной классификации учитывается степень местного и регионального распространения рака шейки матки, что имеет важное практическое значение. Различают следующие виды рака наружных половых органов:



- T1 — преинвазивный рак, Ca in situ  
 T1 — опухоль до 2 см в диаметре в поверхностных слоях кожи или слизистой оболочки  
 T2 — опухоль с инфильтрацией подлежащих мягких тканей или поверхностная опухоль размером от 2 до 4 см  
 T3 — опухоль более 4 см, неподвижная, с глубокой инфильтрацией  
 T4 — опухоль распространяется на соседние органы (влагалище, уретру, прямую кишку)  
 Nx<sup>-</sup> — метастазы в лимфатических узлах не определяются  
 N1 — пальпаторно определяются метастазы в лимфатических узлах  
 Nx<sup>+</sup> — метастазы в лимфатических узлах клинически не определяются; обнаружены при гистологическом исследовании  
 M0 — не обнаружены метастазы в отдаленных органах  
 M1 — обнаружены метастазы в отдаленных органах

Метастазирование идет по лимфатическим путям, поражая вначале паховые, затем наружно-подвздошные и подчревные узлы.

**Д и а г н о с т и к а.** С диагностической целью применяются цитологическое и морфологическое исследование биоптата, радиоизотопная диагностика с<sup>32</sup>P, прямая лимфография (определение степени распространения процесса). Дифференцировать рак вульвы необходимо от туберкулеза, сифилиса, мягкого шанкра.

**П р о г н о з** относительно благоприятный.

**Л е ч е н и е.** Вульвэктомия с удалением паховых, а в ряде случаев тазовых лимфатических узлов (удаление тазовых лимфатических узлов у пожилых и ослабленных больных не производится) с последующей лучевой терапией. Выживание больных в течение 5 лет составляет около 70%.

## ОПУХОЛИ ВЛАГАЛИЩА

**Миома влагалища.** Встречается редко. Опухоль имеет плотную консистенцию, шаровидную форму, располагается на широком основании, редко достигает больших размеров, подвижность ее ограничена. Обычно больные жалоб не предъявляют. При больших опухолях может возникнуть затруднение при половом акте.

**П р о г н о з.** Благоприятный.

**Л е ч е н и е.** Оперативное — вылушивание миоматозного узла.

**Рак влагалища.** Может быть как первичным, так и метастатическим. Первичный рак влагалища является редким заболеванием и наблюдается у 2—3% больных раком женских половых органов. Рак влагалища чаще всего встречается в возрасте 40—50 лет.

**К л и н и к а.** В начале заболевания клиническая картина носит стертый характер. В более поздних стадиях развития появляются кровянистые выделения из половых путей и бели. Первичный рак влагалища преимущественно встречается у рожавших женщин с послеродовыми рубцовыми изменениями влагалища. Некоторым предрасполагающим фактором в развитии рака влагалища может быть хронический цервицит, сопровождающийся длительными выделениями из канала шейки матки, вызывающими раздражение эпителиального покрова влагалища. Чаще всего первичный рак влагалища имеет плоскоклеточное строение. В начальной стадии развития первичного

рака влагалища опухоль определяется в виде узла, реже имеет папиллярный характер. Локализоваться она может на передней, задней стенках, а также в области сводов, средней и нижней частей влагалища. Расположение опухоли в заднем своде встречается наиболее часто. Прогноз при этой локализации более благоприятен, так как прорастание прямой кишки наблюдается реже, чем мочевого пузыря при опухоли в переднем своде.

Вторичный рак влагалища возникает при распространении опухоли с соседних органов, чаще всего с шейки матки.

Различают экзофитную и эндофитную формы рака влагалища. Эндофитные опухоли быстро прорастают в глубину тканей, инфильтрируют их уже в начале заболевания. При этой форме рака быстрее происходит метастазирование. При влагалищном исследовании обнаруживают опухолевидное образование, располагающееся во влагалище и легко кровоточащее при прикосновении.

**Д и а г н о з т и к а.** Морфологическое исследование биоптата, взятого из наиболее подозрительного участка опухоли, наряду с клиническими проявлениями заболевания позволяет установить диагноз. Дифференцировать рак влагалища необходимо от доброкачественных опухолей, эндометриоза, хорионэпителиомы.

**П р о г н о з.** Неблагоприятный.

**Л е ч е н и е.** Рентгенотерапия в сочетании с телегамматерапией.

## Г л а в а XII

### ФОНОВЫЕ, ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Патологические состояния влагалищной части шейки матки могут иметь различный характер. Различают фоновые процессы, предраковые заболевания (дисплазии), внутриэпителиальную карциному и инвазивный рак шейки матки.

#### ФОНОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Фоновые процессы — доброкачественные заболевания влагалищной части шейки матки, которые могут способствовать возникновению и развитию рака. К этим заболеваниям относятся псевдоэрозии (эктопия цилиндрического эпителия, эндоцервикоз), эктропион, полипы, лейко- и эритроплакия, папиллома.

Наиболее частым фоновым патологическим состоянием влагалищной части шейки матки является псевдоэрозия. До сравнительно недавнего времени основная концепция в объяснении возникновения псевдоэрозии заключалась в том, что под влиянием воспалительного процесса (цервицит) вначале образуется истинная эрозия, которая затем замещается цилиндрическим эпителием шеечного канала. В результате возникает псевдоэрозия. В дальнейшем при благоприятном течении патологического процесса многослойный эпителий начинает вытеснять

цилиндрический (заживление псевдозерозии). Однако в последнее время эта теория была поставлена под сомнение. Большой клинический опыт свидетельствует о том, что далеко не всегда эктопия (псевдозерозия) возникает на фоне истинной эрозии. У молодых женщин истинные эрозии встречаются относительно редко, в то время как эктопии наблюдаются сравнительно часто. В то же время у пожилых женщин чаще возникают истинные эрозии, а эктопии выявляются крайне редко. Теория возникновения псевдозерозии на фоне истинной эрозии неприменима также к тем клиническим наблюдениям, когда участки эпидермизации возникают не по периферии эктопии, а в окружности наружного зева, т. е. вне связи с плоским многослойным эпителием. Поэтому истинные и ложные эрозии являются до известной степени самостоятельными заболеваниями и патогенетически мало связаны друг с другом.

Существует точка зрения, согласно которой плоский многослойный эпителий, так же как и цилиндрический, образуется в псевдозерозиях не путем механического перемещения, а в результате метаплазии так называемых резервных, или базальных, клеток в том или ином направлении. Сторонники этой теории не отрицают роли послеродовых разрывов и деформаций шейки матки, а также гормональных нарушений в возникновении очагов цилиндрического эпителия на ее поверхности.

**Псевдозерозия** — участок влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием. Расположение его на необычном месте (влагалищная часть шейки матки) наблюдается у 10—15% больных, преимущественно в молодом возрасте (рис. 82).

Различают эктопию врожденную, посттравматическую и эктопию, возникшую вследствие гормональных изменений. При врожденной эктопии цилиндрический эпителий располагается кнаружи от наружного зева шейки матки и определяется уже у новорожденных девочек. В период полового созревания под влиянием повышения уровня половых гормонов яичников рост железистого эпителия канала шейки матки опережает развитие мышечно-соединительнотканых ее образований. В результате этого цилиндрический эпителий располагается на шейке матки и возникает эктопия, обусловленная гормональными изменениями.

Разрывы шейки матки в родах, при абортах ведут к деформации, вывороту слизистой оболочки шеечного канала, вследствие чего возникает посттравматическая эктопия цилиндрического эпителия (эктропион).

Псевдозерозия и эктропион шейки матки представляют собой различные варианты эктопии. Для эктропиона (выворот слизистой оболочки шейки матки) характерно наличие косых борозд и валиков — остатков пальмовидных складок слизистой оболочки канала шейки матки.

Замещение цилиндрического эпителия плоским многослойным происходит обычно из базальных либо резервных клеток, расположенных под слоем цилиндрического эпителия. Эпидермизация сопровождается образованием желез на поверхности влагалищной части шейки матки.

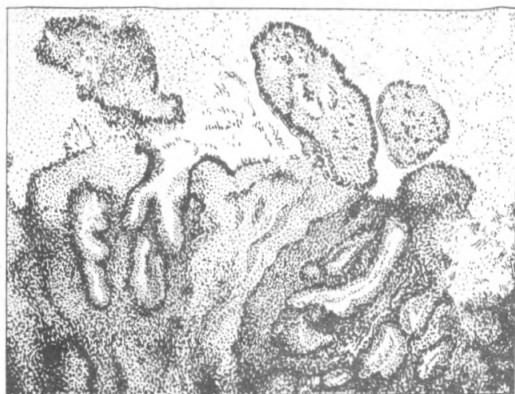


Рис. 85. Микроскопическая картина папиллярной псевдоэрозии шейки матки.

Почти всегда обнаруживают мелкоклеточную инфильтрацию воспалительного характера.

Кольпоскопическое исследование позволяет выявить гроздевидные скопления мелких шаровидных или продолговатых сосочков насыщенно-красного цвета (просвечивают сосуды). Отчетливо эти гроздевидные скопления наблюдаются при обработке 3% раствором уксусной кислоты, которая вызывает сокращение сосудов и кратковременный отек эпителия. При обработке шейки матки раствором Люголя псевдоэрозия не окрашивается в коричневый цвет (рис. 83).

Псевдоэрозии принято делить на железистые, папиллярные и эпидермизирующие, характер которых устанавливают при морфологическом исследовании.

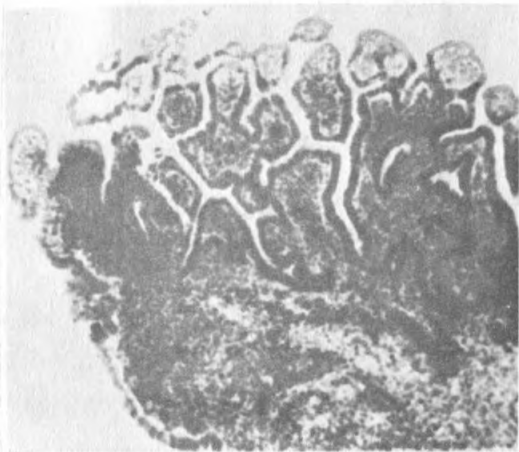
Для железистой псевдоэрозии (рис. 84) характерно образование желез на влажалищной части шейки матки, для папиллярной — одновременное разрастание стромы и эпителия в виде сосочков (рис. 85). При эпидермизирующей псевдоэрозии среди железистого эпителия (цилиндрического) обнаруживаются островки многослойного плоского эпителия.

Полипы шейки матки представляют собой разрастание слизистой оболочки канала шейки матки. Возникновение полипов связано как с гормональными нарушениями, так и с воспалительными процессами (рис. 86). Полипы могут быть как одиночными, так и множественными. Они имеют округлую форму, реже дольчатое строение и гладкую поверхность. Цвет полипов зависит от характера покрывающего эпителия. При расположении на поверхности цилиндрического эпителия полип имеет розовый цвет вследствие просвечивания подлежащей сосудистой сети. Если полип покрыт плоским многослойным эпителием, то приобретает беловатую окраску (рис. 87, а, б).

У больных с полипами шейки матки наблюдаются бели слизистого характера, иногда возникают контактные кровотечения. Рецидивы заболевания после полипэктомии подозрительны в отношении возможности злокачественного процесса.

Лейкоплакия — ороговение плоского многослойного эпителия шейки матки (гиперкератоз). Лейкоплакия имеет белесый цвет,

Рис. 86. Микроскопическая картина железистого полипа шейки матки с выраженной воспалительной реакцией.



иногда с перламутровым оттенком (рис. 88). Заболевание чаще всего возникает в возрасте 40 лет. Жалоб большие обычно не предъявляют. При осмотре шейки матки с помощью влажных зеркал лейкоплакия определяется в виде тонкой белой пленки, которая снимается с поверхности шейки матки. Такие лейкоплакии обычно имеют доброкачественный характер. Лейкоплакии в виде толстых бляшек, плотно спаянные с подлежащей тканью и возвышающиеся над поверхностью шейки, весьма подозрительны в отношении злокачественного роста.

Локализация лейкоплакии может быть различной; кроме шейки матки, она иногда располагается на сводах влагалища. Изъязвление лейкоплакии очень подозрительно в отношении возможности развития рака.

При кольпоскопическом исследовании лейкоплакии выявляется шероховатая, складчатая или чешуйчатая поверхность роговых наложений. Очень часто встречаются лейкоплакии, которые незаметны при осмотре невооруженным глазом и выявляются только при кольпоскопии. При цитологическом исследовании в мазках обнаруживаются в большом количестве безъядерные клетки плоского эпителия. При морфологическом исследовании обычно диагностируют две основные формы лейкоплакии: простую и с явлениями атипии клеточных элементов.

Для лейкоплакии типичны нарушение процессов ороговения (дискератоз), утолщение базального и парабазального слоев эпителия; клеточный полиморфизм выражен слабо (рис. 89). Нередко лейкоплакия сочетается с внутриэпителиальной карциномой, реже — с инвазивным раком шейки матки.

Эритроплакия — патологический процесс, при котором происходит значительное истончение поверхностного и большей части промежуточного слоев плоского многослойного эпителия влагалищной части шейки матки, нередко в сочетании с атипической гиперплазией базального и парабазального слоев. Эритроплакия макроскопически имеет вид ярко-красных, иногда с синеватым оттенком, легкокровоточащих пятен неправильной формы. Цвет эритроплакии обусловлен просвечивающими сосудами, которые располагаются в подслизистом слое. Течение заболевания хроническое. При кольпоскопическом исследовании

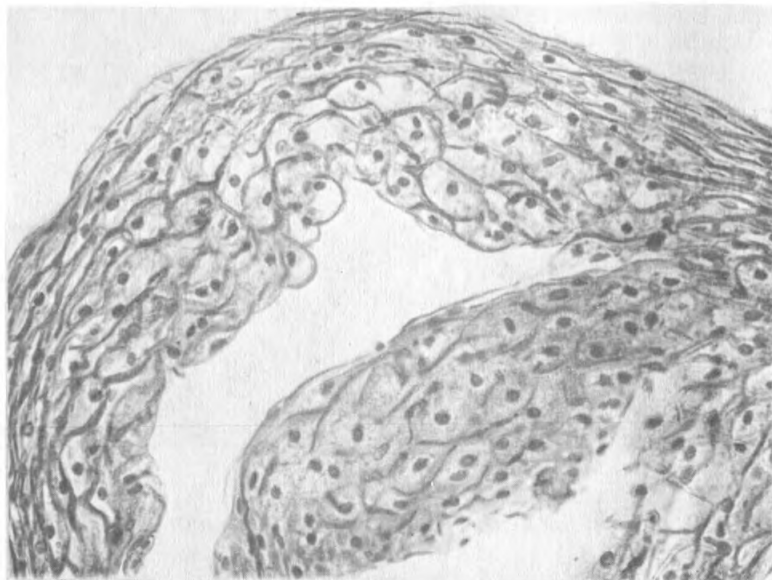


Рис. 89. Микроскопическая картина лейкоплакии шейки матки.

довании определяются красные участки резко истонченного плоского эпителия, через который просвечивает подлежащая ткань.

**Папиллома** — сравнительно редкая форма поражения шейки матки. На влагалищной части ее определяют папилломатозные разрастания в виде розеток, внешне сходные с экзофитной формой рака. Папиллома имеет розовый или белый цвет, четко отграничена от окружающей ткани (рис. 90). При кольпоскопическом исследовании на ее поверхности определяется большое количество древовидноветвящихся сосудов; при нанесении на поверхность папилломы раствора Люголя вокруг нее определяется йодположительная кайма. Папилломы сравнительно часто подвергаются злокачественному превращению. Морфологическое исследование позволяет установить правильный диагноз.

#### ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Предраковые заболевания шейки матки называют **дисплазиями**. Этот термин впервые был предложен в 1961 г. Предраковые заболевания составляют 15—18% всех патологических процессов шейки матки. Наиболее часто дисплазии обнаруживаются у женщин в возрасте 35 лет и старше.

В анамнезе женщин с предраковыми заболеваниями шейки матки нередко отмечают позднее наступление менархе и большое количество родов и аборт, сопровождавшихся травматизацией шейки матки.

Для эпителиальных дисплазий характерно нарушение созревания и дифференцировки клеток плоского многослойного эпителия, покрывающего шейку матки.

Рис. 91. Микроскопическая картина простой дисплазии шейки матки.

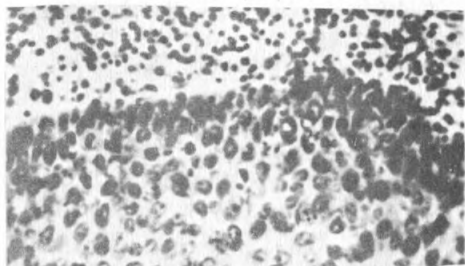
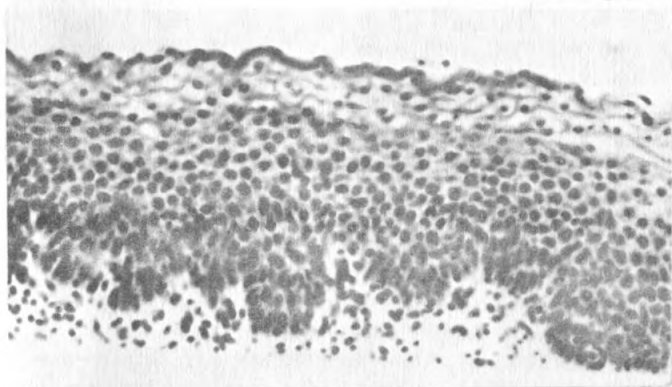


Рис. 92. Микроскопическая картина тяжелой степени дисплазии шейки матки.



Выделяют три основные формы дисплазий: простую, или легкую, средней тяжести и тяжелую. При простых формах дисплазии отмечается умеренная пролиферация эпителиальных клеток базальных и парабазальных слоев; при этом клетки сохраняют нормальное строение и полярность расположения. Отмечается дискариоз в отдельных клетках базального и парабазального слоев (рис. 91).

При умеренной дисплазии патологический процесс захватывает около половины эпителиального пласта. Явления дискариоза наблюдаются во многих клетках; пролиферирующие клетки имеются во всех слоях эпителиального пласта.

Для тяжелой дисплазии характерны выраженная пролиферация базальных и парабазальных клеток, гиперхроматоз ядер, ядра крупные, часто встречаются митозы. Нормальное созревание и дифференцировка клеток происходят лишь в самом поверхностном отделе эпителиального пласта. Явления дискариоза выявляются почти во всех слоях эпителиального покрова (рис. 92).

**К л и н и к а.** Развитие эпителиальных дисплазий влагалищной части шейки матки не сопровождается характерными симптомами. Дисплазия, как правило, развивается на фоне длительно существующих рецидивирующих псевдоэрозий. Однако дисплазии могут возникнуть и на патологически неизменной шейке матки.

Для предраковых заболеваний шейки матки характерны длительное, хроническое течение, относительное постоянство симптомов, недоста-

точная эффективность консервативной терапии, возникновение рецидивов после проведенного лечения. Кольпоскопическая картина дисплазии характеризуется эктопией, эпидермизацией и дискератозом.

**Д и а г н о с т и к а.** Для определения характера патологического процесса применяется комплексное клиничко-лабораторное обследование, которое включает: 1) оценку жалоб и анамнестических данных; 2) осмотр шейки с помощью зеркал и с применением раствора Люголя; 3) ректовагинальное исследование; 4) расширенную кольпоскопию; 5) цитологическое исследование соскобов с шейки матки и из шеечного канала; 6) прицельную или конусовидную биопсию с выскабливанием канала шейки матки.

К клиническим проявлениям предрака шейки матки относятся: а) водянистые бели; б) нарушение менструального цикла типа мено- и метроррагий, скудные кровянистые выделения до и после менструации; в) скудные кратковременные контактные кровянистые выделения после половых сношений, гинекологического осмотра.

При сборе анамнеза необходимо выяснить: 1) количество аборт, родов, течение послеродового и послеабортного периодов, наличие послеродовой и послеабортной травмы шейки матки; 2) гинекологические заболевания, их характер и лечение. Большое внимание следует уделять оценке таких методов терапии, как использование мазевых тампонов, диатермокоагуляция и др.

При осмотре с помощью зеркал обращают внимание на величину, окраску, форму, консистенцию шейки матки. Большое значение в клинической диагностике патологических состояний шейки матки имеет проба Шиллера. Сущность этой пробы заключается в следующем. У здоровой женщины репродуктивного возраста в поверхностном и промежуточном слоях плоского многослойного эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки, содержится много гликогена. При нанесении раствора Люголя на поверхность шейки матки вся она равномерно окрашивается в темно-коричневый цвет. В случае возникновения дефекта плоского многослойного эпителия (истинная эрозия, язва), при замещении его цилиндрическим эпителием, дисплазии или при образовании патологической ткани (рак) эти участки раствором Люголя не прокрашиваются и выделяются в виде белых пятен на коричневом фоне.

При бимануальном исследовании определяют форму, контуры и консистенцию шейки матки, состояние внутренних половых органов и их взаимоотношение с соседними органами.

В большинстве случаев обычное гинекологическое исследование является недостаточно информативным для диагностики и поэтому приходится прибегать к дополнительным методам. Большое значение в своевременном распознавании предопухолевых и раковых процессов влагалищной части шейки матки имеют цитологический и кольпоскопический методы исследования. Цитологическому исследованию подлежат соскобы, взятые с поверхности шейки матки и при необходимости — канала шейки матки. Данному методу исследования принадлежит важная роль при массовых гинекологических профилактических осмотрах.



Цитологические критерии злокачественности подразделяются на общие и частные. К общим критериям относятся увеличение количества клеток, полиморфизм клеток и ядер, неравномерная окраска, большое число митозов и др.; нередко наблюдается сочетание этих признаков.

К частным критериям относятся вакуолизация цитоплазмы, накопление в ней кератогиалина, характерный тип секреции клеток (голокриновый, апокриновый, мерокриновый).

Цитологический метод является высокоэффективным и при сопоставлении с морфологическими исследованиями позволяет поставить правильный диагноз у 95—98% больных.

Кольпоскопическое исследование дает возможность разграничить доброкачественные изменения и патологические процессы, подозрительные на злокачественный рост. Кольпоскопия позволяет наметить участки ткани для производства прицельной биопсии, что значительно повышает ценность метода.

Различают простую, или обзорную, и расширенную кольпоскопию. Расширенная кольпоскопия проводится с нанесением на шейку матки 3% раствора уксусной кислоты и последующим кольпоскопическим исследованием. К расширенной кольпоскопии относится изучение слизистой оболочки шейки матки через цветные (зеленые и желтые) фильтры, а также осмотр при воздействии ультразвука для выявления более четких контуров кровеносных сосудов.

Кольпомикроскопическое исследование проводится при увеличении в 150 раз и более и заключается в прижизненном гистологическом исследовании шейки матки, позволяющем изучить всю поверхность влажной ее части по продолжению и в глубину после окрашивания слизистой оболочки, применяемого при обычном морфологическом исследовании. Этот метод исследования особенно показан при расхождении результатов цитологического и кольпоскопического исследований.

Прицельная, или конусовидная, биопсия с выскабливанием слизистой оболочки канала шейки матки — ценные методы исследования, которыми заканчивается комплексное обследование больной с дисплазией шейки матки. Прицельная биопсия производится с наиболее измененного участка шейки матки. При обширном поражении и затруднении в выборе места для прицельной биопсии производят биопсию конусом с помощью электроконизатора или конусовидную ампутацию шейки матки. Биопсии предшествует диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки. Применение прицельной биопсии с выскабливанием канала шейки матки позволяет значительно снизить количество конусовидных биопсий.

Флюоресцентная кольпоцервикоскопия — прижизненный гистохимический метод исследования тканей с применением УФ-освещения. Нормальная слизистая оболочка влажной части шейки матки характеризуется темно-сиреневым, синим и фиолетовым свечением. Очаги внутриэпителиального и начального инвазивного рака отличаются ярко-желтым свечением. При выраженном раке с некрозом и кровоизлияниями флюоресценция отсутствует.

В последние годы с целью установления характера патологического процесса в шейке матки особое значение придают определению активности окислительно-восстановительных ферментов в эпителии шейки матки. Метод макро- и микроскопического определения активности сукцинатдегидрогеназы может применяться при диагностике рака.

Для дифференциальной диагностики регенеративных и неопластических процессов используется тест генетической характеристики — тест полового хроматина. При дисплазии и особенно инвазивном раке наблюдается снижение содержания полового хроматина.

Иногда приходится прибегать к радиоизотопным методам исследования с помощью радиоактивного фосфора. Патогистологическое исследование завершает комплексную диагностику патологических процессов влагалищной части шейки матки.

**Лечение.** При фоновых и предраковых заболеваниях шейки матки проводится строго индивидуально и дифференцированно. Существует несколько методов лечения этих заболеваний: медикаментозный, коагуляционный и хирургический.

Медикаментозный метод лечения показан при наличии сопутствующих воспалительных заболеваний, истинной эрозии, декубитальных язвах, подготовке к диатермокоагуляции и хирургическому вмешательству. Медикаментозное лечение осуществляют в виде мазевых аппликаций. В состав мази или эмульсии обычно входят лекарственный препарат с выраженным антимикробным действием и жировая основа (масло облепихи, шиповника, рыбий жир и др.). Лечение мазевыми тампонами проводят в течение 2—3 нед. При отсутствии эффекта прибегают к биопсии и осуществляют более эффективную терапию. Проведение противовоспалительного лечения перед взятием биопсии и диатермокоагуляцией позволяет значительно снизить число осложнений.

В качестве средств, коагулирующих патологическую ткань на шейке матки, применяют ваготил, диатермокоагуляцию, криовоздействие, лазер.

Ваготил (химическая коагуляция тканей) назначается преимущественно молодым нерожавшим женщинам при наличии эктопии. Наряду с коагулирующим действием этот препарат дает и противовоспалительный эффект. Смазывание ваготилом патологического участка шейки матки и ее канала осуществляется в течение 2—3 мин, с интервалом в 2—3 дня, всего на курс 3—4 раза. Отторжение струпа наступает на 6—10 день. При хронических рецидивирующих псевдоэрозиях применение ваготила нецелесообразно.

Основным методом лечения псевдоэрозий является диатермокоагуляция. Ее обычно выполняют перед менструацией с тем, чтобы избежать возникновения эндометриоза шейки матки. Образовавшийся струп обычно отпадает на 10-й день, а полная эпителизация шейки матки происходит через 2 мес.

Доброкачественные полипы шейки матки подлежат удалению с обязательным иссечением или диатермокоагуляцией их основания. В последнее время при лечении псевдоэрозий более широко начали

применять криовоздействие. Метод безболезненный, бескровный и весьма эффективный. Криозонд прикладывают к шейке матки на 2—2½ мин; зона криовоздействия 10—15 мм. Отторжение некротических масс и эпителизация наступают в течение 10—14 дней, полная эпителизация — через 1—1½ мес. Метод может применяться на протяжении всего менструального цикла и в амбулаторных условиях.

При лейкоплакии (пролиферирующей форме), эритроплакии, папилломе шейки матки предпочтение отдается электрокоагуляции с последующим серийным гистологическим исследованием удаленного препарата.

Радикальным и менее травматичным методом лечения дисплазий шейки матки является лазерное воздействие. Этот метод может применяться в амбулаторных условиях без предварительной анестезии. Больным с выраженными анатомическими изменениями шейки матки (старые разрывы, эктропион и др.) в основном проводится хирургическое лечение (клиновидная или высокая ампутация шейки матки).

Больные с патологией влагалищной части шейки матки после проведения лечения подлежат диспансерному наблюдению. При наличии дисплазии больная находится под строгим наблюдением с обязательным кольпоскопическим и цитологическим контролем каждые 3 мес.

Непосредственный хороший эффект при лечении доброкачественных заболеваний влагалищной части шейки матки не может считаться окончательным критерием излеченности. Эти больные подлежат длительному и активному диспансерному наблюдению в течение 5 лет, что обусловлено сравнительно нередким развитием у них рака шейки матки.

4

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки встречается наиболее часто среди злокачественных процессов женских половых органов.

Вопросы этиологии и патогенеза рака шейки матки, несмотря на многочисленные и всесторонние клинические и экспериментальные исследования, до настоящего времени еще не нашли полного разрешения. Сторонники гормональной теории относят рак шейки матки к группе гормонозависимых опухолей. Подтверждением данного положения служит сравнительно частое обнаружение различных гиперпластических процессов (полипы, эндометриоз, миома), на фоне которых нередко происходит развитие злокачественной опухоли.

Большую роль в развитии заболевания играют нарушения иннервации и трофики шейки матки, возникающие вследствие ее травматических повреждений во время родов и абортот. Известное значение в развитии рака шейки матки имеют кольпиты и цервициты, при которых нередко возникают фоновые и предраковые заболевания. Возникновению рака шейки матки обычно предшествуют предопухольные заболевания шейки, на фоне которых часто происходит развитие злокачественных процессов.

В последние годы предпринимаются попытки связать развитие рака шейки матки с вирусной инфекцией, передаваемой половым путем.

Рак шейки матки чаще всего (90—95%) развивается из плоского многослойного эпителия влагалишной ее части, реже (6—4%) — из железистого эпителия шейечного канала.

**К л а с с и ф и к а ц и я.** Существует Международная классификация рака шейки матки по стадиям распространения. Она была принята в 1929 г., а затем неоднократно усовершенствовалась (1937, 1950, 1961). Согласно этой классификации различают следующие стадии рака шейки матки:

- 0 стадия — преинвазивный (внутриэпителиальный) рак
- I стадия — рак строго ограничен шейкой матки
- Ia — микрокарцинома (начальная стадия инвазии)
- Iб — более выраженная инфильтрация в пределах шейки матки
- I стадия T1 { T1<sub>a</sub> — преклиническая инвазивная карцинома  
T1<sub>b</sub> — клинически выраженная инвазивная карцинома в пределах шейки матки
- II стадия T2 { T2a — переход на верхние  $\frac{2}{3}$  влагалища, матку  
T2b — переход на параметрий
- III стадия T3 { T3a — переход на нижнюю треть влагалища  
T3b — переход на стенки таза
- IV стадия T4 { T4a — переход на мочевой пузырь, прямую кишку  
T4b — выход за пределы малого таза
- N — регионарные лимфатические узлы
- Nx — не пальпируются
- N<sup>-</sup>x — не поражены
- Nx<sup>+</sup> — поражены } при гистологическом исследовании
- N0 — не поражены
- N1 — поражены } при лимфографии
- N2 — пальпируются увеличенные лимфатические узлы
- M — отдаленные метастазы
- M0 — не обнаружены
- M1 — обнаружены

Все случаи с Nx<sup>-</sup> и N2 относятся к III стадии; M1 — к IV стадии, N0 и N1 — в классификации не учитываются.

Стадия 0 — преинвазивный рак шейки матки.

Стадия I — рак строго ограничен шейкой матки.

Стадия II: а) рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или двух сторонах, не переходящий на стенку таза (параметральный вариант); б) рак шейки матки с инфильтрацией влагалища в пределах  $\frac{2}{3}$  (влагалищный вариант); в) рак шейки матки, переходящий на тело матки (маточный вариант)

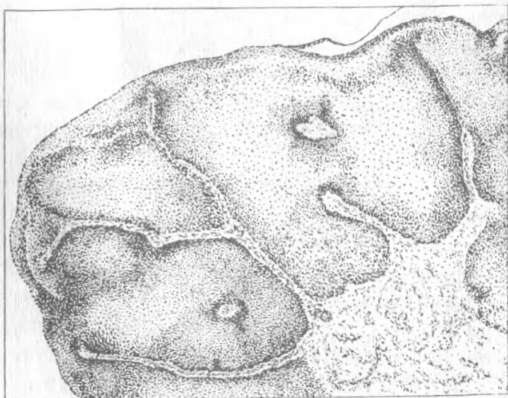
Стадия III: а) рак шейки матки с инфильтрацией параметрия на одной или двух сторонах, переходящий на стенки малого таза (параметральный вариант); б) рак шейки матки с распространением на нижнюю треть влагалища (влагалищный вариант); в) рак шейки матки с изолированными метастазами у стенки малого таза (регионарный метастатический вариант).

Стадия IV: а) рак шейки матки с переходом на мочевой пузырь, что подтверждается цистоскопически или наличием свища (пузырный вариант); б) рак шейки матки с переходом на прямую кишку (ректальный вариант); в) рак шейки матки с отдаленными метастазами (метастатический вариант).

**Преинвазивный рак шейки матки.** Для преинвазивной (внутриэпителиальная карцинома, Ca in situ, рак нулевой стадии) стадии рака характерна злокачественная трансформация эпителия при отсутствии инфильтративного роста и метастазирования.

Преинвазивный рак у женщин молодого возраста локализуется на границе преимущественно плоского многослойного эпителия с цилинд-

Рис. 94. Микроскопическая картина плоскоклеточного рака.



рическим (область наружного зева). У больных старше 45—50 лет эта граница находится в нижней трети канала шейки матки, что значительно затрудняет диагностику опухоли.

При наличии преинвазивного рака шейки матки наблюдаются бели и кровянистые выделения из влагалища. Внутриэпителиальная карцинома четкой клинической картины не имеет. Ее можно обнаружить у больных с псевдоэрозиями, лейкоплакией, эритроплакией, папилломой и при других патологических состояниях влагалищной части шейки матки. При осмотре шейки матки с помощью зеркал отмечается несколько возвышающаяся над окружающей тканью бледная гладкая, иногда шероховатая, поверхность, легко кровоточащая при прикосновении, нередко внешне напоминающая эктопию.

Большое значение в диагностике преинвазивного рака имеют цитоморфологическое и кольпоскопическое исследования. Цитологическая диагностика внутриэпителиального рака основана на обнаружении выраженной дисплазии и лимфоидной инфильтрации с атипичными плоскоэпителиальными клетками. Цитологический метод позволяет распознать рак шейки матки в доклинической стадии, поэтому взятие мазков для цитологического исследования является обязательным.

При гистологическом исследовании кусочков ткани, взятых при биопсии шейки матки, обнаруживают атипичный эпителий без нарушения целостности базальной мембраны. Вся толща покровного эпителия шейки матки или  $2/3$  его замещена анаплазированными клетками разной степени дифференцировки.

При подозрении на злокачественное поражение канала шейки матки прибегают к цервикоскопии и соскобу слизистой оболочки канала шейки матки. Необходимо отметить, что основная роль в диагностике преинвазивного рака принадлежит патогистологическому исследованию биоптата шейки матки.

**Микрокарцинома.** Переходная форма между внутриэпителиальной и инвазивной карциномой. Чаще всего микрокарциному обнаруживают у больных в возрасте 45 лет и старше. Микрокарцинома является преклинической формой рака, поэтому ее симптомы (бели, кровянистые выделения) не являются специфичными.

Для диагностики важное значение имеют цитологическое и кольпоскопическое исследования (рис. 93). Окончательный диагноз ставится после морфологического исследования биоптата, полученного при

конизации шейки матки (рис. 94). К микроинвазивному раку относятся те клинические формы, при которых инвазия в строму не превышает 3 мм.

Начало развития рака шейки матки (фаза начальной инвазии) часто протекает со стертыми клиническими проявлениями заболевания. В начале своего развития рак шейки матки обычно имеет вид небольшой язвочки или опухолевого разрастания, относительно поверхностного, ограниченного пределами шейки матки. Обычно наблюдаются бели с небольшой примесью кровянистых выделений, чаще всего в межменструальном периоде. Особенно большое диагностическое значение имеет появление таких выделений в постменопаузе.

При распространении опухоли, помимо кровянистых белей, возникают кровотечения, иногда обильные, нередко после поднятия тяжести, полового сношения, спринцевания и др.

В дальнейшем по мере развития рака происходит сдавление нервных окончаний и стволов в области малого таза, что сопровождается появлением болей. Боль может явиться также симптомом присоединившегося воспаления. Обычно боли локализуются в области крестца, поясницы, в нижних отделах живота. При распространенности опухолевого процесса боли могут иррадиировать в бедро, прямую кишку.

Клинически выраженные формы рака шейки матки имеют экзофитный, эндофитный и смешанный характер. Экзофитная форма рака характеризуется разрастанием опухоли, внешне очень напоминающей цветную капусту. При эндофитной форме раковый процесс имеет вид язвы с неровными краями, легко кровоточит при прикосновении. Смешанный тип опухоли характеризуют черты, присущие этим двум основным формам рака. При внутришеечной локализации процесса (рак слизистой оболочки шеечного канала) происходят уплотнение, гипертрофия и деформация шейки матки (бочкообразная форма), причем поверхность шейки матки при осмотре в зеркалах не изменена.

Для всех форм клинически выраженного рака шейки матки характерны потеря эластичности ткани и легкая кровоточивость.

**Д и а г н о с т и к а.** К обязательным методам обследования относятся осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал, проведение пробы с раствором Люголя, кольпоскопия, влагалищное и влагалищно-ректальное исследование, цитологическое исследование влагалищных и шеечных мазков, гистологическое серийное исследование кусочков ткани, взятых из наиболее измененных участков шейки матки. При осмотре шейки матки с помощью зеркал находят изменения, присущие экзо- или эндофитной форме опухоли. При обработке шейки матки раствором Люголя на фоне темно-коричневой окраски неизмененных участков обнаруживают депигментированные поля, свидетельствующие об отсутствии гликогена в эпителии. Необходимо подчеркнуть, что возникновение участков депигментации еще не свидетельствует о развитии рака и может наблюдаться при других патологических процессах (истинная эрозия, псевдоэрозия).

При кольпоскопическом исследовании определяются стекловидный отек ткани, атипичные сосуды, очаги некроза и изъязвлений; по

периферии опухолевого очага обнаруживаются различные эпителиальные и сосудистые изменения, характерные для рака.

Для определения степени распространения процесса за пределы шейки матки обязательно проводят влагалищно-ректальное исследование, которое дает наиболее полную информацию о состоянии параметров, крестцово-маточных мышц и органа в целом. Кроме того, при выраженных формах ракового процесса осуществляют цистоскопия, ректоскопия и рентгенологические исследования, включающие газовую пельвиграфию и контрастное исследование прямой кишки и мочевого пузыря. Для уточнения состояния мочевыделительной системы производится пиело- и ренография.

**Л е ч е н и е.** При раке шейки матки применяются хирургический, комбинированный, сочетанный лучевой, химиотерапевтический и комплексный методы лечения. Назначение того или иного метода лечения определяется строго индивидуально, на основе учета возраста, общего состояния больной, стадии распространения заболевания, данных клинических, морфологических, рентгенологических и других методов обследования.

При комбинированном методе используют два разных вида лечения: лучевая терапия и хирургическое вмешательство. Сочетанная лучевая терапия заключается во внешнем и внутреннем облучении. Комплексный метод лечения заключается в применении трех способов воздействия: хирургического, лучевого и лекарственного.

У больных моложе 50 лет при преинвазивном раке шейки матки показана конусовидная электроэксцизия шейки матки с последующим серийным гистологическим исследованием удаленных тканей. В пожилом возрасте при тяжелых сопутствующих заболеваниях методом выбора является лучевая терапия. Диспансерное наблюдение за этой группой больных проводится на протяжении всей их последующей жизни.

При микрокарциноме производят экстирпацию матки. Вопрос об удалении яичников решается в каждом конкретном случае индивидуально в зависимости от возраста и состояния яичников. При микрокарциноме метастазы в яичники практически отсутствуют, поэтому удаление яичников у молодых женщин не является необходимостью.

При клинически выраженном раке I стадии (I<sub>в</sub>) применяются комбинированное лечение (расширенная пангистерэктомия) и послеоперационный курс дистанционной гамма-терапии либо дистанционное или внутриволостное облучение с последующей расширенной экстирпацией матки с придатками. При наличии противопоказаний к оперативному вмешательству показана сочетанная лучевая терапия. Наиболее часто чередуют наружное дистанционное облучение и внутриволостную гамма-терапию (сочетанная лучевая терапия).

При глубокой инвазии и деструкции тканей в пределах шейки матки (T<sub>1</sub><sub>6</sub> N<sub>x</sub> M<sub>0</sub>), инфильтрации парацервикальной клетчатки, непосредственно прилежащей к шейке матки, и распространении процесса в тело матки или слизистую оболочку сводов влагалища (T<sub>2</sub><sub>a</sub> N<sub>x</sub>M<sub>0</sub>) проводят комбинированное лечение: расширенную операцию с пред- или послеоперационным курсом лучевой терапии. Иногда

приходится прибегать к комплексному лечению (хирургический, лучевая и медикаментозная терапия).

Послеоперационное дистанционное облучение должно осуществляться во всех случаях клинически выраженного рака (если не производилось предоперационное облучение).

При III стадии рака шейки матки проводят дистанционное облучение первичного очага и параметральных пространств, после чего — внутрисполостное облучение. Одновременно применяются общеукрепляющие и дезинтоксикационные средства. При IV стадии показано симптоматическое лечение.

Применение лучевой терапии иногда приводит к осложнениям (цистит, ректит), которые, как правило, носят транзиторный характер. В случае осложнений в течение 2—3 нед применяют метилурациловые свечи, микроклизмы из настоя ромашки, внутривузырные инстиллякции раствора галаскорбина, метилурацила, масла шиповника и облепихи.

Для профилактики угнетения гемопоэза в процессе лучевой терапии применяют кислород и витаминотерапию, а в случае возникновения лейко- и лимфопении показаны гемостимулирующая терапия и гемотрансфузии.

Индивидуальный подход в лечении больных раком шейки матки позволяет значительно увеличить эффективность проводимой терапии. Так, пятилетнее выживание при микрокарциноме отмечается у 80—96% больных: при I стадии — у 75—80%, при II — у 60%, при III — у 35—40% больных.

В последние годы в комплексном хирургическом и лучевом лечении больных раком шейки матки находят применение противоопухолевые антибиотики. Обращает на себя внимание большая эффективность алкилирующих препаратов циклофосфида и третримона по сравнению с антибиотиками (метилурацил, 5-фторурацил и др.).

Весьма перспективным является метод лимфоинфузии, с помощью которого вводятся большие дозы противоопухолевых антибиотиков.

Однако химиотерапевтические методы лечения при первичных опухолях, рецидивах и метастазах не нашли еще широкого применения вследствие недостаточной эффективности, поэтому их применение в настоящее время еще весьма ограничено.

**Рак шейки матки и беременность.** Рак шейки матки при наличии беременности выявляется у 0,5—6% женщин, преимущественно в возрасте 30—40 лет. Симптомы рака шейки матки при беременности не имеют каких-либо особенностей. Нередко больные отмечают бели, контактные или сукровичные выделения из половых путей, особенно в ранние сроки беременности. По мнению большинства авторов, беременность стимулирует рост опухоли.

**Д и а г н о с т и к а.** Обнаружение тех или иных патологических изменений в шейке матки у беременных дает основание для проведения цитологического, кольпоскопического исследований и, при показаниях, прицельной биопсии с последующим гистологическим анализом.

Запоздавшая диагностика в I триместре беременности обусловлена тем, что нередко врачи симптом кровотечения трактуют как проявление



ние неполного выкидыша, а в II и III триместре — как отслойку плаценты при предлежании или нормальном ее расположении.

**Лечение.** При выявлении преинвазивного рака в I триместре беременности целесообразно ее прерывание с последующим выскабливанием канала шейки матки; через 2 нед производится диатермокоагуляция. Во II и III триместрах беременность можно сохранить до срока родов, но обязательно необходим в динамике цитологический и кольпоскопический контроль. Наблюдение за этой группой больных проводится в течение 2 лет.

При выявлении рака в ранние или поздние сроки беременности показано ее прерывание с последующим лечением рака шейки матки в зависимости от стадии распространения процесса, характера морфологических данных и общего состояния больной. Наиболее положительные результаты наблюдаются при хирургическом или комбинированном лечении.

**Профилактика.** Своевременное выявление и лечение больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями — действенный способ предупреждения рака шейки матки. С этой целью осуществляются двухэтапные профилактические гинекологические осмотры. У женщин старше 30 лет их проводят 2 раза в год, старше 40 лет — 3 раза в год.

На первом этапе обследования проводится скрининг-отсев больных от здоровых. На данном этапе обследования всем больным осуществляется гинекологическое и цитологическое исследование со взятием соскоба с влагалишной части и канала шейки матки. В сельской местности акушерка производит осмотр шейки матки с помощью зеркал и берет соскоб с наиболее подозрительного участка шейки матки. На втором этапе осуществляется дополнительное обследование больных, у которых шейка матки подозрительна в отношении злокачественного процесса.

Большое значение в профилактике подобных заболеваний имеет своевременное лечение кольпитов, цервицитов. Не меньшую роль играют своевременное восстановление разрывов шейки матки, возникших во время родов, коррекция гормональных нарушений в профилактике рака шейки матки.

Очень важна в профилактике этого заболевания противораковая пропаганда, проводимая среди организованного и неорганизованного населения как в городе, так и в сельской местности. Это в свою очередь позволяет обеспечить регулярное проведение профилактических осмотров в женских консультациях, медсанчастях, здравпунктах, поликлиниках. Основные вопросы профилактики рака матки освещаются в печати, популярных брошюрах, выпускаются плакаты и т. д. Систематическое наблюдение за беременной, своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки служат эффективной мерой профилактики рака данной локализации.

## Глава XIII

# ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ И РАК ЭНДОМЕТРИЯ

### ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЭНДОМЕТРИЯ

Гиперпластические процессы эндометрия являются одной из наиболее актуальных проблем гинекологии. Сложность этой проблемы прежде всего обусловлена тем, что гиперплазия слизистой оболочки матки служит проявлением многих патологических состояний женского организма.

Значение гиперпластических процессов с онкологических позиций заключается в том, что эти процессы могут переходить в предраковые заболевания и рак эндометрия.

В соответствии с классификацией Комитета экспертов ВОЗ (1975) различают следующие основные формы гиперпластических процессов эндометрия:

- I. Железистая гиперплазия (железисто-кистозная и полиповидная форма, или полипоз).
- II. Эндометриальные полипы (железистые и железисто-фиброзные).
- III. Атипичная гиперплазия (аденоматоз, аденоматозные полипы).

Железисто-кистозная гиперплазия и полипы эндометрия, как правило, представляют собой доброкачественные процессы. Атипичная гиперплазия эндометрия рассматривается как предраковое заболевание.

Гиперпластические процессы эндометрия наблюдаются в различные возрастные периоды жизни женщины. Они возникают при ановуляции и сопровождаются кровотечениями циклического или ациклического характера.

Для железистой гиперплазии характерно отсутствие деления слизистой оболочки на базальный и функциональный слои. Количество желез увеличено, расположение их неравномерно, часть из них кистозно изменена, ядра вытянутые, с большим количеством хроматина, в строме отмечается густая сеть аргирофильных волокон.

Железисто-кистозные гиперплазии и полипы эндометрия нередко сочетаются с миомой матки и эндометриозом.

Эндометриальные полипы имеют овальную форму; в них различают тело и ножку. Чаще всего полипы располагаются в области дна и углов тела матки.

Различают полипы эндометрия, в структуре которых преобладают ткань его базального слоя. Кроме того, полипы могут возникать из функционального слоя слизистой оболочки. В зависимости от преобладания железистых структур или фиброзной ткани различают железистые и железисто-фиброзные полипы.

Полипы из функционального слоя эндометрия чаще наблюдаются в молодом возрасте (до 40 лет) и сопровождаются симптомами гиперполименореи.

Полипы базального типа нередко сочетаются с полипами слизистой оболочки шейки матки и также сопровождаются длительными и обильными менструациями, реже ациклическими кровотечениями.

Полипы фиброзного типа встречаются преимущественно у женщин в постменопаузе. Наиболее частым симптомом этих полипов являются кровотечения.

Аденоматозные полипы относятся к предраковым заболеваниям эндометрия. Эти полипы характеризуются выраженной пролиферацией эпителия желез и сравнительно часто переходят в рак.

Предраковые заболевания обнаруживаются у 6—10% больных с различными гиперпластическими процессами эндометрия.

В гинекологии наибольшее распространение получила классификация предраковых состояний, предложенная Б. И. Железновым (1977).

1. Атипическая гиперплазия функционального и (или) базального слоев.
  - А. Нерезко выраженная форма предраковых изменений.
  - Б. Выраженная форма предраковых изменений.
2. Очаговый аденоматоз в железистой (железисто-кистозной) и базальной гиперплазии, полипах, диспластическом, атрофическом и малоизмененном функциональном и (или) базальном слоях эндометрия.
  - А. Нерезкая форма предраковых изменений.
  - Б. Выраженная форма предраковых изменений.
3. Аденоматозные полипы.
  - А. Нерезкая форма предраковых изменений.
  - Б. Выраженная форма предраковых изменений.

Для предрака эндометрия характерны атипия эпителиальных элементов, полиморфизм клеток, гиперхроматоз ядер, признаки усиленного деления клеточных элементов. Подобные структурные изменения проявляются в эндометрии диффузно либо в виде очагов, или в виде полиповидных разрастаний. Кроме того, при цитологическом исследовании мазка определяются картина пролиферативного типа, большое количество патологических митозов, повышенное накопление  $^{32}\text{P}$  в эндометрии, высокое содержание нуклеиновых кислот.

Однако основываться только на морфологических критериях при постановке диагноза предрака эндометрия недостаточно. К предраку эндометрия следует относить также железисто-кистозную гиперплазию и полипы в постменопаузе, гиперпластические процессы в эндометрии у больных с нейрообменно-эндокринными гипоталамическими синдромами, рецидивирующие формы полипоза и железистой гиперплазии. К предраковому процессу в постменопаузе относят и атрофию эндометрия, сопровождающуюся кровотечением.

В зависимости от степени нарушения структуры клеточных элементов различаются следующие формы предраковых состояний: атипическая гиперплазия эндометрия, очаговый аденоматоз, аденоматозные полипы. Однако большинство авторов различные формы предраковых изменений эндометрия описывают под одним названием — «атипическая гиперплазия эндометрия».

Этиология и патогенез. Известно, что большая роль в возникновении предраковых процессов и рака эндометрия принадлежит гипоталамо-гипофизарным нарушениям. При этом происходит повышение продукции ФСГ и ЛГ, однако концентрация ФСГ повыша-

ется в крови более значительно, чем ЛГ (относительная недостаточность ЛГ). Следовательно, при гиперпластических процессах эндометрия наблюдается нарушение соотношения ФСГ/ЛГ, которое часто сочетается с ожирением и гипертонией, что свидетельствует о повышении активности гипоталамо-гипофизарной системы. Повышенная секреция ФСГ приводит к нарушению овуляции (ановуляция). Ановуляция может протекать по гипер- или гипозрогенному типу, но независимо от этого эндометрий подвергается гипоталамическим изменениям.

Пролиферативное действие оказывают не только классические эстрогены (эстрадиол, эстрон, эстриол), но и фенолстероиды, образующиеся в яичниках и надпочечниках, особенно в постменопаузе.

В анамнезе больных с гиперпластическими процессами эндометрия нередко имеются указания на дисфункциональные маточные кровотечения в различные периоды жизни, тяжелые стрессовые ситуации, что также свидетельствует о ведущей роли ЦНС в механизме возникновения этой патологии.

Однако развитие гиперпластических процессов не всегда бывает обусловлено гормональными нарушениями.

**К л и н и к а.** Симптомы заболевания во многом зависят от возраста больной. Наиболее часто гиперпластические процессы эндометрия встречаются у женщин 40—50 лет. Характерным является нарушение менструального цикла. У женщин с ранее сохранным менструальным циклом появляются кровотечения, чаще циклического, реже ациклического характера. Иногда кровотечения возникают в середине менструального цикла. Не менее характерно для этих больных сравнительно позднее наступление постменопаузы.

У многих больных этой группы отмечается нарушение жирового и углеводного обмена, белково-образовательной функции печени, функциональной активности щитовидной железы. Ожирение в основном носит гипоталамический характер. Нарушение углеводного обмена отмечается более чем у половины больных (латентный диабет). К частым расстройствам относится нарушение белково-образовательной функции печени, что проявляется диспротеинемией, снижением альбумино-глобулинового коэффициента и увеличением глобулиновых фракций. У многих больных наблюдается нарушение функции щитовидной железы (гипотиреоз).

При гинекологическом исследовании в начальных стадиях заболевания патологических изменений со стороны половых органов не наблюдается. По мере прогрессирования процесса наблюдаются небольшое увеличение размеров матки и ее более плотная консистенция. В дальнейшем к этому присоединяется увеличение яичников с обеих сторон (кистозное их изменение). Иногда возникают гормонально-активные опухоли яичников, особенно у женщин пожилого возраста.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание гиперпластических заболеваний эндометрия нередко представляет большие трудности. У больных, страдающих маточными кровотечениями в связи с патологией эндометрия, наряду с оценкой анамнестических данных и жалоб, гинекологического осмотра с обязательным ректовагинальным исследованием прибегают к ряду дополнительных методов исследования.

В амбулаторных условиях необходимо выделить группу больных, угрожаемых по развитию рака эндометрия. К этой группе должны быть отнесены женщины с: 1) поздним наступлением менопаузы; 2) ожирением; 3) сахарным диабетом и гипертонической болезнью; 4) рецидивирующими маточными кровотечениями и высокими показателями эстрогенной насыщенности организма в постменопаузе; 5) ановуляторными циклами; 6) дизэнцефальным синдромом, протекающим по типу болезни Иценко — Кушинга; 7) феминизирующими опухолями яичников; 8) склерокистозными яичниками; 9) гиперпластическими процессами эндометрия, особенно рецидивирующими и протекающими на фоне ожирения, гипертонии, нарушения белково-образовательной функции печени, щитовидной железы.

В амбулаторных условиях наиболее часто прибегают к цитологическим исследованиям аспирата или смыва из матки, определению эстрогенной насыщенности организма с помощью тестов функциональной диагностики, к радиоизотопному методу исследования, гистерографии. Цитологическое исследование аспирата из полости матки (аспирацию производят с помощью шприца Брауна) позволяет правильно поставить диагноз у большинства больных.

Наиболее характерны для предрака эндометрия гиперхромия ядер, увеличение их, развитие многоядерности, наличие атипичных митозов.

Определение КПИ и других тестов, отражающих гормональную активность яичников, проводится в динамике и сопоставляется с возрастом обследуемой. У больных с гиперпластическими процессами базальная температура монофазна; с помощью других тестов обычно обнаруживают признаки повышенной эстрогенной насыщенности организма.

Гистероскопическое исследование позволяет диагностировать гиперплазию, полипоз или рак эндометрия и одновременно исключить подслизистые узлы миомы, эндометриоз и некоторые другие заболевания. С помощью гистероскопии можно также произвести прицельную биопсию.

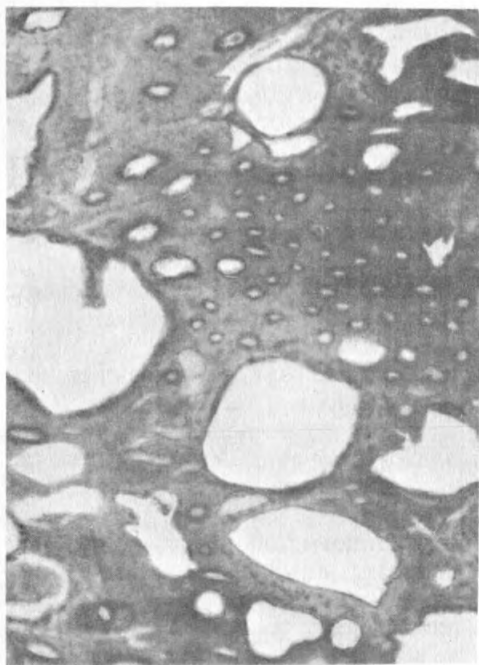
С целью установления характера патологии эндометрия применяется радиометрия с  $^{32}\text{P}$ , с помощью которой можно выделить патологические процессы с повышенным уровнем обмена веществ, что характерно для злокачественного превращения тканей. Высокая зона накопления изотопа характерна для предраковых форм патологии эндометрия, а также для рака матки.

При гистерографии у больных с гиперпластическими процессами эндометрия находят неровность контуров матки, обусловленную избыточным разрастанием слизистой оболочки.

В амбулаторных условиях применяется штрих-биопсия, позволяющая правильно установить диагноз у большинства больных.

В стационаре осуществляется раздельное диагностическое выскабливание матки (эндометрия и слизистой оболочки канала шейки матки). Диагностическое выскабливание с последующим гистологическим анализом является одним из наиболее точных методов определения патологии эндометрия (рис. 95).

Рис. 95. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.



Чтобы исключить сопутствующие опухоли яичника, применяют биконтрастную пельвиграфию, лапароскопию. По показаниям определяют концентрацию в крови ФСГ, ЛГ, эстрадиола и прогестерона.

Проведение такого комплексного обследования больных дает возможность определить характер изменений в эндометрии и наметить рациональное лечение.

**Л е ч е н и е.** Наиболее эффективным методом лечения различных видов гиперпластических процессов эндометрия является гормональная терапия. В репродуктивном периоде особенно часто назначают циклическую гормонотерапию (при гипоэстрогении), прогестерон или чистые гестагены во второй половине цикла или комбинированные эстроген-гестагенные препараты с 5-го по 25-й день цикла. В пременопаузе применяют эстроген-гестагенные препараты или 17-оксипрогестеронкапронат (17-ОПК), в постменопаузе — 17-ОПК.

Перед назначением гормонотерапии необходимо провести клиническое и эндокринологическое обследование больной с обязательной биопсией эндометрия.

Эстроген-гестагенные препараты оказывают ингибирующее действие на различные уровни гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. После отмены этих препаратов происходит активация этой системы (феномен отдачи). Кроме того, эстроген-гестагенные препара-

ты оказывают и местное действие на клетки органов-мишеней, вызывая железистую регрессию эндометрия.

При рецидивах заболевания или отсутствии эффекта от проводимой терапии необходимо в первую очередь исключить гормонально-активную опухоль яичников.

Не менее важным препаратом при лечении гиперпластических процессов эндометрия является 17-ОПК. Этот препарат оказывает выраженное ингибирующее действие на продукцию гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ) и местное подавляющее — на эндометрий.

Лечение больных с железисто-кистозной гиперплазией и полипозом эндометрия. У женщин репродуктивного возраста при достаточной насыщенности организма эстрогенами во второй половине цикла назначают внутримышечно прогестерон по 10 мг в течение 6—8 дней либо прегнин по 0,01 г 3 раза в день под язык в течение 18 дней. Подобных циклов проводится 4—6.

При ановуляции гипоэстрогенного характера в первой половине цикла назначают микрофоллин (0,05 мг) в течение 14 дней, с 14—15-го дня применяют прогестерон или прегнин в течение 8 дней (всего 4—6 циклов).

При рецидивировании процесса, большой давности заболевания применяют эстроген-гестагенные препараты с 5-го по 25-й день цикла в течение 4—6 мес.

В пре- и постменопаузе назначаются эстроген-гестагенные препараты (ановлар, нон-овлон и др.) ежедневно в течение 4—6 мес или 17-ОПК по 250 мг внутримышечно 2 раза в неделю в течение 6 мес.

Лечение больных с полипами эндометрия. Больным до 45 лет назначают эстроген-гестагенные препараты по контрацептивной схеме в течение 9—12 мес. Больным старше 45 лет и при рецидиве полипов применяется 17-ОПК по 2 мл (250 мг) 12,5% 2 раза в месяц на 14-й и 19-й день менструального цикла в течение 9 мес.

Лечение атипической гиперплазии. Терапия этой группы больных проводится с учетом общего состояния, возраста, клинического течения болезни, сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.

При предраке эндометрия лечение проводится поэтапно. На первом этапе все больные получают 17-ОПК в течение 6 мес. Курсовая доза 24—28 г. Первые 2 мес 17-ОПК вводят внутримышечно по 500 мг 3 раза в неделю. При положительном эффекте (контроль — цитологическое исследование) лечение 17-ОПК продолжают по 500 мг 2 раза в неделю в течение последующих 4 мес. Если эффект от 2-месячного лечения отсутствует, осуществляют хирургическое вмешательство — удаление матки с придатками.

На втором этапе лечения больные репродуктивного возраста получают эстроген-гестагенные препараты в циклическом режиме в течение 6 мес. Больным в возрасте 41—49 лет назначают эстроген-гестагенные препараты в течение 6—8 мес в непрерывном режиме, старше 50 лет — андрогены: метилтестостерон по 20 мг ежедневно в течение 2 мес. В постменопаузе назначают андрогены: метилтестостерон по 20 мг

ежедневно в течение 2 мес или тестенат 100 мг внутримышечно один раз в 2 нед в течение 2 мес.

Третий этап лечения проводится только больным репродуктивного возраста. С целью стимуляции овуляции применяют кломифен (кломистильбегит) внутрь по 50 мг с 5-го по 10-й день менструального цикла в течение 6 циклов.

Всем больным на протяжении гормонального лечения возможно применение электрофореза йодида калия (20—30 процедур). Одновременно проводится лечение сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.

Все больные с атипическими гиперпластическими процессами эндометрия должны находиться на диспансерном учете; длительность наблюдения составляет не менее 5 лет.

Своевременное лечение гиперпластических процессов эндометрия является надежной профилактикой рака эндометрия.

**Прогноз.** При своевременном лечении гиперпластических процессов эндометрия благоприятный.

## РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Рак эндометрия наблюдается преимущественно в возрасте 50—60 лет. Выделяют два основных патогенетических варианта рака эндометрия. При первом варианте (60—70% больных) на фоне предраковых заболеваний у женщин с гиперэстрогенным ановуляторным циклом, бесплодием, ожирением, диабетом, повышенным артериальным давлением развивается высокодифференцированный железистый рак, который часто сочетается с гиперплазией миометрия, феминизирующими опухолями яичников и синдромом склерокистозных яичников. У этих больных отмечается позднее наступление менопаузы (после 50 лет).

При втором варианте (30—40% больных) отсутствуют эндокринно-обменные нарушения, наблюдается атрофия эндометрия в сочетании с фиброзом яичников, происходит развитие низкодифференцированного железисто-солидного и солидного рака. Этот вариант главным образом развивается в постменопаузе. Прогноз менее благоприятен, чем при первом варианте.

Рак эндометрия чаще имеет вид экзофитной опухоли (рис. 96). Эндофитная и язвенно-инфильтративная формы встречаются реже. Локализуется рак преимущественно в области дна матки. При распространении опухоли поражаются миометрий, шейка матки.

Метастазирование рака эндометрия происходит в основном лимфатическим путем с поражением лимфатических узлов наружной подвздошной, общей подвздошной и аортальной групп. Поражение паховых и надключичных узлов наблюдается лишь в запущенных случаях. При расположении опухоли ближе к каналу шейки матки поражаются лимфатические узлы, расположенные около стенок малого таза в области подчревной артерии. Гематогенное метастазирование (легкие, печень, мозг, кости) наблюдается сравнительно редко.



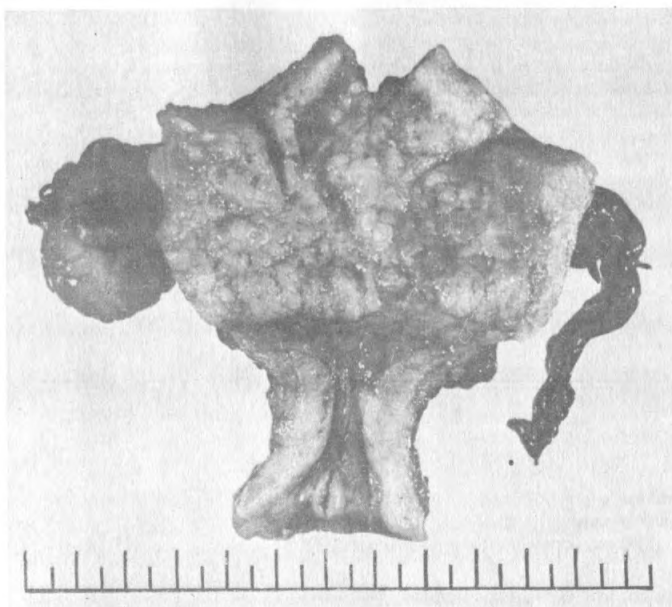


Рис. 96. Рак эндометрия (микропрепарат).

**Классификация рака эндометрия.** В 1950 г. в Советском Союзе была разработана и внедрена в практику классификация распространения рака эндометрия с делением его на четыре стадии в зависимости от клинически определяемого анатомического распространения процесса.

Стадия I — опухоль ограничена пределами эндометрия.

Стадия II: а) опухоль инфильтрирует миометрий; б) опухоль инфильтрирует параметральную клетчатку с одной или двух сторон, но инфильтраты не достигают стенок таза; в) опухоль распространяется на шейку матки.

Стадия III: а) опухоль инфильтрирует параметральную клетчатку до стенок таза; б) опухоль с метастазами в лимфатические узлы таза, придатки, влагалище; в) опухоль прорастает брюшину, но не распространяется на соседние органы.

Стадия IV: а) опухоль прорастает брюшину и переходит на мочевой пузырь, прямую кишку, кишечник; б) опухоль с наличием отдаленных метастазов.

С 1971 г. стала использоваться Международная классификация рака эндометрия.

Стадия 0 — гистологические находки, подозрительные на малигнизацию гиперпластического процесса эндометрия. Эти случаи не могут быть включены в клиническую классификацию.

Стадия I — опухоль ограничена телом матки; следует особо отметить: а) возраст и общее состояние больных; б) размеры полости матки (увеличение ее является плохим прогностическим признаком); в) гистологическую форму опухоли.

Для I стадии рака эндометрия рекомендовано также подразделение, основанное на объективном критерии — длине полости матки: на Ia стадию, если длина полости матки не превышает 8 см, и Ib стадию при длине полости матки более 8 см.

В I стадии рака эндометрия выделяются следующие гистологические группы: 1) высокодифференцированная аденокарцинома; 2) дифференцированная аденокарцинома с зонами солидного строения; 3) преобладание структуры солидного строения или полностью недифференцированная карцинома.

Стадия II — опухоль распространяется на тело и шейку матки. Диагноз ставится на основании морфологического изучения материала биопсии путем раздельного выскабливания шеечного канала и полости матки.

Стадия III — распространение опухоли на параметральную клетчатку таза или метастазы во влагалище.

Стадия IV — распространение процесса за пределы таза, прорастание мочевого пузыря и прямой кишки или наличие отдаленных метастазов.

Эта классификация весьма полно отражает различные степени распространения эндометрия.

#### Классификация рака эндометрия по системе TNM

T — первичная опухоль

Tis — преинвазивная карцинома

T1 — карцинома, ограниченная телом матки

I стадия:

T1a — полость матки не увеличена

T1b — полость матки увеличена (по зонду более 8 см)

T2 — переход на шейку матки

T3 — переход на нижнюю треть влагалища и параметрий

T4 — переход на прямую кишку, мочевой пузырь или распространение опухоли за пределы малого таза

N — регионарные лимфатические узлы

Nx — не пальпируются

Nx<sup>-</sup> — не поражены

Nx<sup>+</sup> — поражены

при гистологическом исследовании

N0 — не поражены

N1 — поражены

при лимфографии

N2 — пальпируются увеличенные лимфатические узлы

M — отдаленные метастазы

M0 — не обнаружены

M1 — обнаружены

**К л и н и к а.** Наиболее ранним симптомом являются жидкие, водянистые бели (лимфорей). В случае присоединения инфекции они приобретают зловонный запах. Иногда выделению белей предшествуют схваткообразные боли. Гнойные бели могут выделяться одновременно в большом количестве (пиометра) с примесью крови.

Другим важным симптомом рака эндометрия являются кровянистые выделения в постменструальном периоде или ациклические кровотечения в молодом возрасте.

Боли являются поздним симптомом заболевания. По мере развития опухолевого процесса они принимают постоянный характер. Боли обычно бывают обусловлены вовлечением в патологический процесс серозного покрова матки, соседних органов или сдавлением нервных сплетений параметральным раковым инфильтратом.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание рака эндометрия основыва-

ется на анамнестических данных, результатах ректовагинального исследования и дополнительных методов. После осмотра шейки матки с помощью влагалишных зеркал приступают к ректовагинальному исследованию, при котором определяют величину матки, ее подвижность, состояние придатков и параметриев (инфильтраты). Иногда при пальпации матки появляются кровянистые выделения из канала шейки матки, что весьма подозрительно в отношении рака эндометрия. Дополнительные методы исследования проводятся в определенной последовательности: цитологическое исследование аспирата из полости матки, гистероскопия, гистероцервикография, биопсия, пневмопельвиграфия, лимфография, ангиография.

Цитологическое исследование аспирата или смыва со слизистой оболочки тела матки позволяет в большинстве случаев обнаружить атипические клетки и поставить правильный диагноз.

С помощью гистероскопии представляется возможность определить внешний вид патологически измененной слизистой оболочки тела матки и произвести прицельную биопсию из наиболее подозрительного участка.

Гистероцервикография позволяет установить локализацию опухоли. Одновременное проведение пневмопельвиграфии позволит определить глубину прорастания раковой опухоли в миометрий и выявить изменения в придатках матки.

Решающее значение в диагностике рака эндометрия принадлежит полному диагностическому выскабливанию слизистой оболочки тела и канала шейки матки.

Для уточнения степени распространения ракового процесса прибегают к лимфо- и ангиографии. С помощью лимфографии уточняется распространение процесса по лимфатическим сосудам. Однако не всегда представляется возможность судить о распространении опухолевого процесса на толщу мышечной стенки и параметрии. Поэтому применение ангиографии является дополнительным методом исследования, позволяющим определить степень распространения ракового процесса.

Последовательное комплексное обследование больных при раке эндометрия дает возможность уточнить локализацию опухоли, распространение ракового процесса и наметить рациональное лечение.

**Л е ч е н и е.** Методы лечения рака тела матки зависят от возраста больной, ее состояния, характера опухоли и степени распространения патологического процесса. Применяют хирургические, комбинированные, сочетанные лучевые и гормональные методы терапии.

Хирургический метод лечения показан преимущественно при очаговом экзофитном росте высокодифференцированной опухоли с локализацией в области дна матки, без глубокой инвазии в ее стенки (до 1 см). В таких случаях производят удаление матки с придатками.

При поражении раковой опухолью слизистой оболочки матки на значительном протяжении, а также при врастании ее в мышечный слой (обычно на глубину более 1 см) производят пангистерэктомию с последующей дистанционной гамма-терапией (комбинированное лечение).

При распространении опухолевого процесса на шейку матки, верхнюю треть влагалища и параметральную клетчатку (Т2, Т3) показана сочетанная лучевая терапия. При этом виде лечения дистанционную гамма-терапию комбинируют с внутриволостным облучением.

Гормонотерапия может быть методом выбора при наличии противопоказаний к хирургическому или лучевому лечению. Вводят внутримышечно по 4 мл (500 мг) 12,5% раствора 17-ОПК ежедневно в течение 1½—2 мес, а в дальнейшем постепенно снижают дозу до 500 мг в неделю. Продолжительность введения препарата определяется индивидуально. Часто гормональный метод лечения комбинируют с хирургическим. Противоопухолевый эффект 17-ОПК связан с его непосредственным действием на первичную опухоль и метастазы.

Применение хирургического, комплексного и сочетанного лечения обеспечивает пятилетнюю выживаемость у 60% больных.

При раке эндометрия в стадии Т4 лечение симптоматическое.

**Профилактика.** Важную роль в профилактике рака тела матки играют раннее выявление и адекватное лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия. Пристального внимания заслуживают лица с высоким риском возникновения предраковых заболеваний и рака тела матки. К ним относятся больные с синдромом склерокистозных яичников, бесплодием эндокринного генеза, послеродовыми нейроэндокринными расстройствами, рецидивирующими адипоклицическими маточными кровотечениями, поздним наступлением менопаузы.

## Глава XIV

### ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ И МАТОЧНЫХ ТРУБ

Опухоли яичников наблюдаются в различные возрастные периоды жизни женщины и составляют 6—8% всех гинекологических заболеваний. Одной из особенностей этих опухолей являются стертые течение на ранних этапах развития опухоли и склонность при наличии злокачественного процесса к раннему метастазированию.

Патогенез опухолей яичников изучен недостаточно. Согласно современным представлениям, в патогенезе ряда опухолей яичников большое значение имеют нарушения в системе гипоталамус — гипофиз — яичники. Определенная роль отводится изменениям клеточного и гуморального иммунитета. При доброкачественных опухолях яичника обнаружено угнетение Т-клеточного иммунитета, при злокачественных — подавление клеточного иммунитета и изменения в гуморальном звене иммунитета.

Женщины с опухолями яичников нередко страдают длительным бесплодием, гормональными нарушениями, хроническими воспалительными процессами придатков матки.

Существует несколько классификаций опухолей яичников и маточных труб.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

### I. «Эпителиальные» опухоли:

#### A. Серозные опухоли

1. Доброкачественные: а) цистаденома и папиллярная цистаденома; б) поверхностная папиллома; в) аденофиброма и цистаденофиброма
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности): а) цистаденома и папиллярная цистаденома; б) поверхностная папиллома; в) аденофиброма и цистаденофиброма
3. Злокачественные: а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома; б) поверхностная папиллярная карцинома; в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма

#### B. Муцинозные опухоли

1. Доброкачественные: а) цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности): а) цистаденома, аденофиброма и цистаденофиброма
3. Злокачественные: а) аденокарцинома и цистаденокарцинома; б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма

#### B. Эндометриоидные опухоли

1. Доброкачественные: а) аденома и цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности): а) аденома и цистаденома; б) аденофиброма и цистаденофиброма
3. Злокачественные: а) карцинома (аденокарцинома, аденоакантома, злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма); б) эндометриальная стромальная саркома; в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли

#### G. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли

1. Доброкачественные: аденофиброма.
2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачественности).
3. Злокачественные: карцинома и аденокарцинома.

#### D. Опухоли Бреннера

1. Доброкачественные
2. Пограничные (пограничной злокачественности)
3. Злокачественные

#### E. Смешанные эпителиальные опухоли

1. Доброкачественные
2. Пограничные (пограничной злокачественности)
3. Злокачественные

#### Ж. Недифференцированная карцинома

#### З. Неклассифицированные эпителиальные опухоли

### II. Опухоли стромы полового тяжа:

#### A. Гранулезостромально-клеточные опухоли

1. Гранулезоклеточная опухоль
2. Группа теком-фибром: а) липома; б) фиброма; в) неклассифицируемые.

#### B. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.

1. Высокодифференцированные: а) тубулярная андробластома, опухоль из клеток Сертоли; б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига; г) опухоль из клеток Лейдига, д) опухоль из хилусных клеток
2. Опухоли промежуточной (переходной) дифференцировки
3. Низкодифференцированные (саркоматозные) опухоли
4. Опухоли с гетерологическими элементами

#### B. Гинандробластома

#### G. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа

III. Липидно-клеточные (липоидно-клеточные) опухоли:

IV. Герминогенные опухоли:

- А. Дисгерминома
- Б. Опухоль эндодермального синуса
- В. Эмбриональная карцинома
- Г. Полиэмбриома
- Д. Хорионэпителиома
- Е. Тератома
  - 1. Незрелые
  - 2. Зрелые: а) солидные, б) кистозные (дермоидная киста, дермоидная киста с малигнизацией)
  - 3. Монодермальные (высокоспецифичные): а) струма яичника; б) карциноид; в) струма яичника и карциноид

Ж. Смешанные герминогенные опухоли

V. Гонадобластома:

- А. Чистая (без примеси других форм)
- Б. Смешанная с дисгерминомой и другими формами герминогенных опухолей

VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичные для яичников

VII. Неклассифицированные опухоли

VIII. Вторичные (метастатические) опухоли

IX. Опухолевидные процессы:

- А. Лютеома беременности
- Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз
- В. Массивный отек яичника
- Г. Единичные фолликулярные кисты и киста желтого тела
- Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники)
- Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и(или) желтые тела
- Ж. Эндометриоз
- З. Поверхностные эпителиальные кисты-включения (герминальные кисты-включения)
- И. Простые кисты
- К. Воспалительные процессы
- Л. Паровариальные кисты

В основу этой классификации, названной гистологической, положена микроскопическая характеристика опухоли. Однако эта классификация не лишена недостатков. В частности, к опухолям отнесены кисты яичников, воспалительные процессы, эндометриоз. Все эти заболевания не являются опухолями и поэтому в данном учебнике рассматриваются в соответствующих главах.

Для определения стадии распространения опухолевого процесса применяют классификацию противоракового конгресса Международной Федерации гинекологов и акушеров (1964).

- Стадия I — опухоль ограничена яичниками
- Стадия Ia — опухоль ограничена одним яичником, асцита нет
- Стадия Ib — опухоль ограничена обоими яичниками

- Стадия II — опухоль поражает один или оба яичника с распространением на область таза
- Стадия IIa — распространение и(или) метастазы в матке, и(или) маточных трубах, и(или) другом яичнике
- Стадия IIб — распространение на другие ткани малого таза
- Стадия III — опухоль поражает один или оба яичника, имеются распространенные метастазы
- Стадия IIIa — наличие абдоминального распространения и(или) метастазов
- Стадия IIIб — отдельные метастазы вне брюшной полости (за пределами брюшины)
- Стадия IV — опухоль, вовлекающая в процесс один или оба яичника с отдаленными метастазами

Классификация злокачественных опухолей яичников по системе TMN применительно к раку яичника имеет небольшое практическое значение.

### ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Наибольшую группу эпителиальных доброкачественных опухолей яичников составляют кистомы. Кистома — истинная опухоль яичника, отличительной чертой которой является быстрый рост.

Кистомы яичников делятся на две большие группы: серозные и муцинозные.

**Серозные кистомы (цилиоэпителиальные кистомы).** Отличительной особенностью серозной кистомы является выстилающий эпителий. По строению эпителий серозных кистом напоминает трубный или поверхностный эпителий яичника. Почти всегда удается обнаружить клетки мерцательного эпителия (рис. 97). Кистомы чаще бывают односторонними и однокамерными. Величина их различна: от нескольких сантиметров до 30 см и более в диаметре. Содержимое кистомы представляет собой серозную жидкость соломенного цвета.

Серозная кистома чаще обнаруживается в возрасте 45 лет. Нередко отмечаются боли в нижних отделах живота и пояснице. Гормональной активностью опухоль не обладает, менструальный цикл не нарушен. При относительно больших размерах или межсвязочно расположенной опухоли возникают дизурические явления, иногда асцит.

При обнаружении на внутренней или наружной поверхности серозной кистомы сосочковых разрастаний эти опухоли относят к папиллярным кистомам (рис. 98 и 99). Сосочковые образования могут заполнить всю полость кистомы, прорасти ее стенку с обсеменением брюшины, что создает картину прогрессирующего рака яичника.

Пролиферирующая серозная кистома чаще всего обнаруживается в возрасте 48 лет. Кистомы часто бывают двусторонними и сопровождаются асцитом. Эти кистомы, по классификации ВОЗ, относят к пограничным между доброкачественными и злокачественными опухолями яичника. При микроскопическом исследовании обращают внимание на выраженные признаки пролиферации эпителия, что проявляется его многофазностью. Эти кистомы также относят к предраковым заболеваниям яичника. Злокачественные пре-

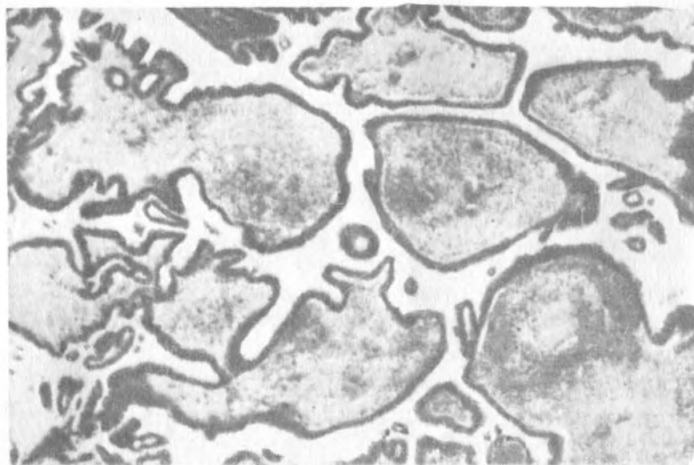


Рис. 97. Микроскопическая картина цистоэпителиальной кистомы яичника.

вращения пролиферирующих серозных кистом наблюдаются у каждой второй больной.

**Муцинозные кистомы (псевдомуцинозные кистомы).** Муцинозная кистома — эпителиальная доброкачественная опухоль яичника, которая встречается чаще серозной кистомы. Этот вид кистомы отличается характером выстилающего эпителия, который напоминает эпителий шеечного канала, — высокий цилиндрический (рис. 100—102). Этот вид кистомы встречается во все возрастные периоды жизни женщины, но преимущественно в 50 лет.

**Псевдомуцинозная кистома** — многокамерное образование круглой или овальной формы, с узловатой поверхностью вследствие отпочковывания дочерних кистозных полостей, эластической консистенции, чаще одностороннее. Рост этой опухоли происходит по эвертирующему типу (центрифугально). Растут эти опухоли быстро и могут достигать больших размеров. В полостях опухоли имеется густое слизеобразное содержимое (псевдомуцин), составной частью которого являются гликопротеиды. Больные с псевдомуцинозной кистомой, когда она достигает значительных размеров, обычно ощущают тяжесть внизу живота. При бимануальном исследовании в области придатков матки находят образование овальной формы, эластической консистенции, значительных размеров. Асцит возникает редко.

**Пролиферирующая псевдомуцинозная кистома** может рассматриваться как предраковый процесс. Опухоль многокамерная, наружная поверхность ее гладкая, на внутренней имеются сосочковые разрастания. Клиническое течение заболевания при этом виде кистом мало чем отличается от проявлений обычных псевдомуцинозных кистом. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается у каждой третьей больной.

При наличии опухоли яичников может возникнуть ряд осложнений:



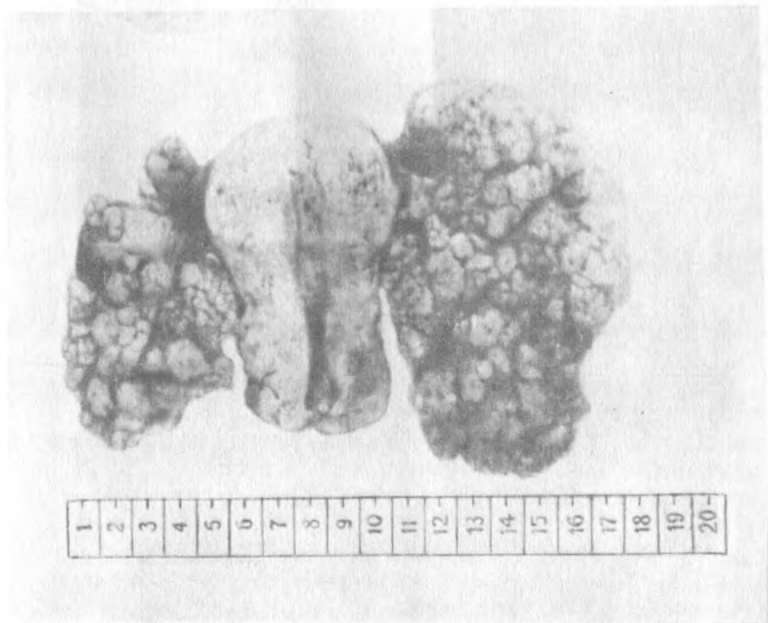


Рис. 98. Двусторонняя папиллярная киста яичника (макропрепарат).

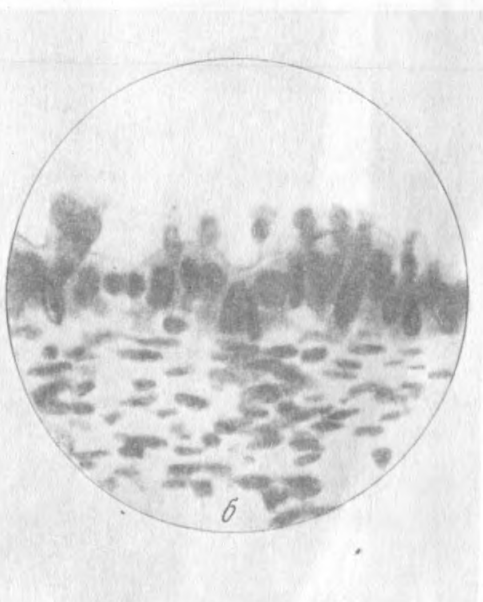
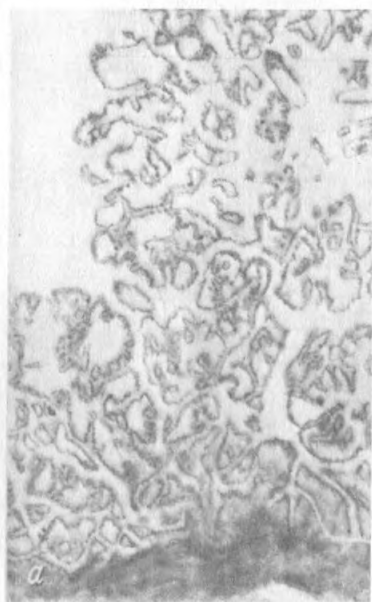


Рис. 99. Микроскопическая картина папиллярной кисты.  
 а — много светлых пузырьковидных клеток; б — реснитчатый эпителий.

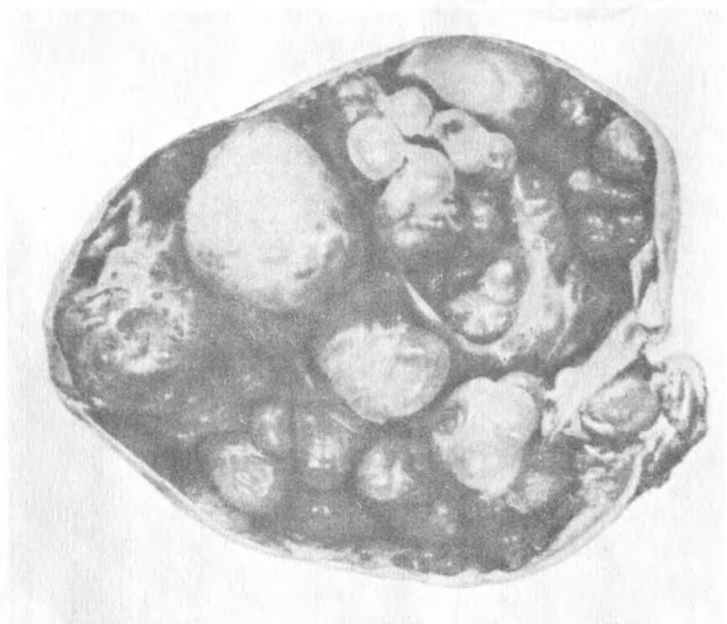


Рис. 100. Псевдомуцинозная киста яичника на разрезе.

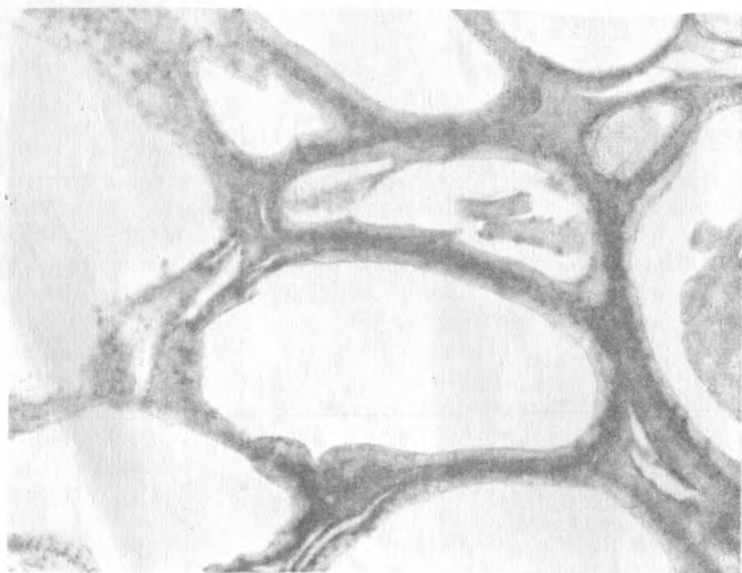


Рис. 101. Псевдомуцинозная киста (микропрепарат).

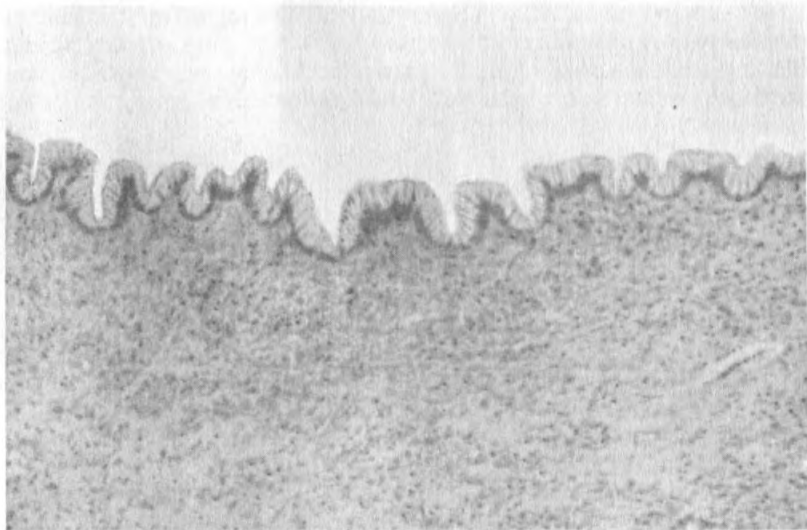


Рис. 102. Микроскопическая картина псевдомуцинозной кистомы яичника. Покровный эпителий под большим увеличением.

перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, нагноение, прорыв содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку. Наиболее часто происходит перекрут ножки кистомы вследствие резких движений, поднятия тяжестей и др.; нередко это осложнение наблюдается у девушек и девочек.

Каждая опухоль яичников имеет ножку. Различают анатомическую и хирургическую ножки опухоли. Анатомическая ножка состоит из подвешивающей связки, собственной связки яичника и части широкой связки, в которых проходят яичниковые и маточные артерии, лимфатические сосуды и нервы. В хирургическую ножку входят анатомические образования, которые пересекают во время операции (анатомическая ножка, маточная труба, иногда сальник).

Клиническая картина во многом обусловлена возникшим частичным или полным перекрутом ножки опухоли. При полном перекруте ножки кистомы (свыше  $180^\circ$ ) резко нарушаются кровоснабжение и питание опухоли. Клинически это проявляется картиной острого живота: резкие боли, тошнота, рвота, повышение температуры, учащение пульса, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. При гинекологическом исследовании в области придатков определяется опухоль, болезненная при смещении.

При частичном перекруте ножки опухоли яичника клиническая картина менее выражена.

При частичном или полном перекруте ножки опухоли необходимо срочное хирургическое вмешательство. Промедление с операцией может привести к некрозу опухоли, кровоизлияниям в капсулу опухоли, нагноению, перитониту.

Не менее грозным осложнением является разрыв капсулы кистомы, который может возникнуть в результате травмы (при грубом гинекологическом исследовании и др.). Разрыв капсулы опухоли может привести к распространению ее содержимого по брюшине и вызвать ряд грозных осложнений.

#### ФИБРОМА ЯИЧНИКА

Фиброма яичника — доброкачественная опухоль, развивающаяся из его стромы. Частота фибром составляет приблизительно 7% по отношению ко всем опухолям яичника.

Опухоль округлой или овальной формы, односторонняя, плотная, иногда инкрустирована солями кальция, с узловой или гладкой поверхностью. Размеры опухоли варьируют от микроскопически определяемого образования до головы взрослого человека. Цвет опухоли белый, при некрозе буро-красный. Опухоль имеет ножку, что создает условия для ее перекручивания.

Обычно фиброма яичника возникает у женщин в возрасте 40—50 лет. Наиболее характерно для этой группы опухолей появление асцита. Иногда при фиброме яичника одновременно с асцитом наблюдаются гидроторакс, анемия (триада Мейгса). Причины возникновения асцита и гидроторакса неизвестны. Однако предполагают, что асцит образуется вследствие проникновения трансудата из фибромы яичника, так как опухоль капсулы не имеет. Появление гидроторакса, по-видимому, обусловлено проникновением асцитической жидкости через межклеточные щели диафрагмы.

Фибромы яичника у некоторых больных сочетаются с миомой матки.

Диагноз обычно ставится при микроскопическом исследовании удаленной опухоли.

Лечение оперативное (удаление опухоли). После хирургического вмешательства сравнительно быстро исчезают асцит и гидроторакс.

Опухоли стромы полового тяжа. К этой группе относят опухоли, состоящие из клеток, которые возникают из полового тяжа или мезенхимы эмбриональных гонад. Они содержат гранулезные клетки, текаклетки, клетки Сертоли и Лейдига. При опухолях стромы полового тяжа наблюдается характерная клиническая картина по сравнению с другими опухолями яичников. У больных этой группы наблюдаются различные гормональные нарушения. К гормонально-активным опухолям яичника относятся гранулезоклеточные опухоли, текаклеточные опухоли, андробластомы, опухоль Бреннера.

Гормонально-активные опухоли составляют в среднем 8,9% от общего числа истинных опухолей яичников. Среди гормонально-активных опухолей наиболее часто встречаются тека- и гранулезоклеточные опухоли, реже — опухоли Бреннера и андробластомы.

Г р а н у л е з о к л е т о ч н а я о п у х о л ь (фолликулома) возникает из гранулезных клеток фолликула или из дифференцирующихся остатков половых тяжей (рис. 103). Опухоль является гормонально-активной и продуцирует эстрогены. Опухоль имеет желтую окраску. На

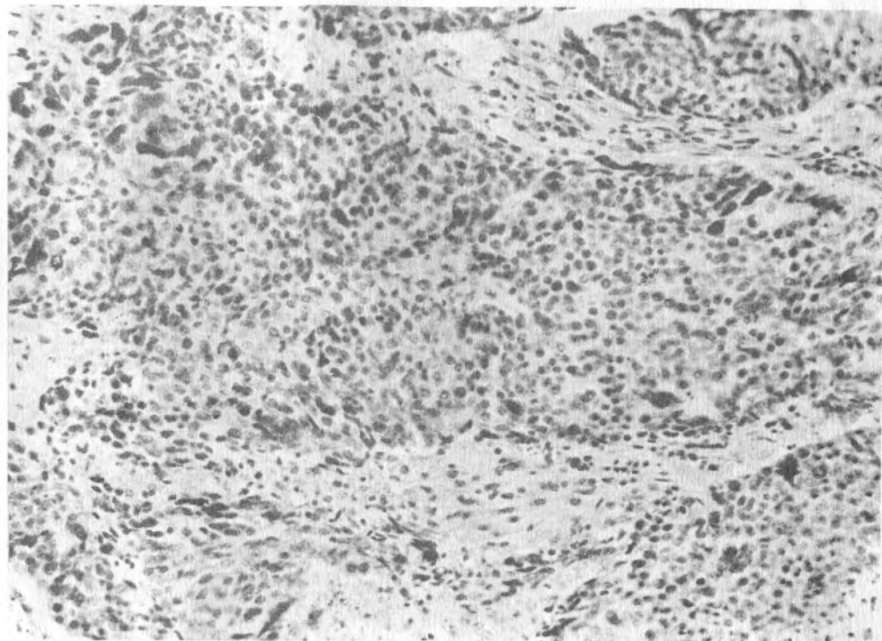


Рис. 103. Микроскопическая картина гранулезоклеточной опухоли яичника.

разреже солидного или ячеистого строения. Размеры опухоли варьируют от микроскопических включений в яичнике до 40 см в диаметре.

При морфологическом исследовании эндометрия обнаруживаются гиперпластические процессы (полипы, железисто-кистозная гиперплазия, аденоматоз).

Иногда гранулезоклеточные опухоли яичников способствуют возникновению рака эндометрия.

Гранулезоклеточные опухоли могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. Злокачественное превращение гранулезоклеточных опухолей наблюдается у 4—25% больных. Злокачественная гранулезоклеточная опухоль — двустороннее плотной консистенции с узловатой поверхностью малоподвижное образование больших размеров (более 12 см в диаметре). В малом тазу отмечается выраженный спаечный процесс. Нередко при этом происходят прорастание капсулы и распространение на соседние органы. Метастазирует опухоль чаще в большой сальник, матку, трубы, мочевой пузырь, печень.

Эти опухоли встречаются во все периоды жизни женщины, но наиболее часто в возрасте от 40 до 60 лет.

**К л и н и к а.** Проявления заболевания зависят от степени гиперэстрогении и возраста женщины. Обычно отмечаются боли внизу живота, увеличение его объема.

У девочек при этих опухолях нередко наблюдается преждевременное

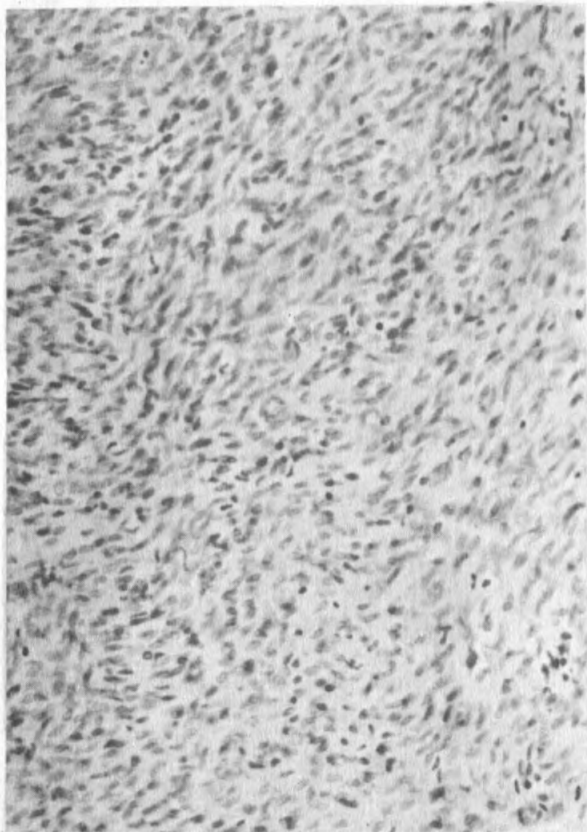


Рис. 104. Микроскопическая картина текаклеточной опухоли яичника.

половое созревание, возникают маточные кровотечения, рано появляются вторичные половые признаки: оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Наружные половые органы соответствуют по своему развитию более старшему возрасту.

У молодых женщин развитие опухоли сопровождается временной аменореей, которая сменяется ациклическими кровотечениями.

При возникновении гранулезоклеточной опухоли в постменопаузе возникают маточные кровотечения.

При гинекологическом исследовании обращает на себя внимание отсутствие атрофических изменений наружных половых органов, матка слегка увеличена, в области придатков определяется одностороннее, тугоэластическое подвижное образование.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на данных анамнеза, клинической картине заболевания и обнаружении опухоли яичника. Основным дополнительным методом диагностики является лапароскопия, при которой производится биопсия. Окончательный диагноз ставится после патоморфологического исследования удаленной опухоли.

**Лечение.** У молодых женщин при наличии доброкачественного процесса допустимо удаление опухоли с последующим активным наблюдением за больной. В пре- или постменопаузе показано удаление матки с придатками. При злокачественной гранулезоклеточной опухоли, как правило, производят полное удаление матки с придатками и резекцию сальника. Химиотерапию (тиофосфамид) предпочтительнее назначать в III и IV стадии ракового процесса.

**Прогноз.** Следует ставить весьма осторожно из-за сравнительно частого злокачественного превращения.

**Текома** (текаклеточная опухоль) возникает из тека ткани яичника и относится к эстрогенпродуцирующим новообразованиям.

Текомы составляют 3,8% всех новообразований яичника (рис. 104).

**Клиника.** Течение заболевания мало чем отличается от проявления гранулезоклеточной опухоли. Текомы возникают в пожилом возрасте (60 лет и старше). В основном опухоли бывают односторонними. Размеры их колеблются от небольших до головки новорожденного. Форма опухоли округлая или овальная, консистенция плотная.

Характерным для этой опухоли является асцит, который может возникнуть как при доброкачественном, так и при злокачественном течении заболевания.

Злокачественное течение текомы чаще наблюдается в молодом возрасте.

**Диагностика.** Срочное морфологическое исследование во время хирургического вмешательства позволяет правильно определить характер опухоли у большинства больных и решить вопрос об объеме операции.

**Лечение.** При доброкачественном характере текаклеточной опухоли удаляют придатки на стороне поражения. При злокачественной текаклеточной опухоли производится полное удаление матки с придатками. У некоторых больных лучевое лечение в послеоперационном периоде значительно снижает число рецидивов.

Злокачественная текабластома отличается быстрым ростом и выраженным ранним лимфогенным и гематогенным метастазированием.

**Прогноз.** При доброкачественном течении процесса благоприятный, при злокачественном — сомнительный.

**Андробластома** (аденобластома) возникает из зачатков половой железы с потенциально мужским направлением развития, обладает маскулинизирующим свойством (рис. 105). Маскулинизирующие опухоли составляют 0,4% всех новообразований яичников.

Принято различать недифференцированный, дифференцированный и промежуточный типы опухоли. Для недифференцированного типа опухоли характерно большое количество клеток Лейдига, что обуславливает выраженный вирилизующий эффект. При дифференцированном типе в опухоли преобладают трубчатые образования, имеющие клетки, подобные сертолиевым. Этот вид опухоли встречается крайне редко. Промежуточный тип опухоли имеет смешанное строение.

**Клиника.** Маскулинизирующие опухоли встречаются в любом возрасте, но наиболее часто — в 20—30 лет и 50—70 лет. В клиническом



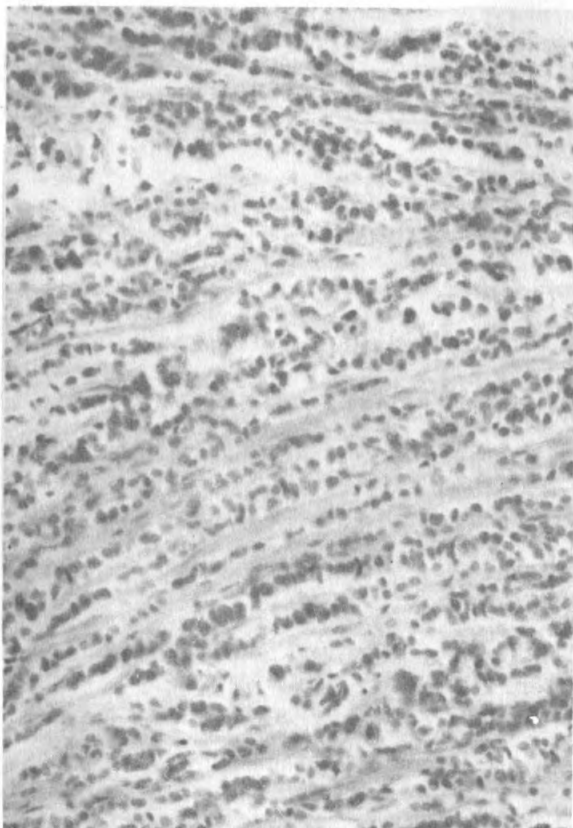


Рис. 105. Микроскопическая картина андростеномы яичника.

течении маскулинизирующих опухолей можно выделить период дефеминизации с последующим развитием явлений вирилизации.

У женщин репродуктивного возраста в начале заболевания менструации становятся редкими, скудными и переходят в аменорею. Одновременно наступают атрофия молочных желез, матки, бесплодие, телосложение становится мужеподобным, наблюдается рост волос на лице, груди, конечностях. На коже лица появляются акне, изменяется тембр голоса, он становится грубым. Появляются гипертрофия клитора, облысение по мужскому типу, снижается или исчезает половое чувство. Все эти признаки развиваются в течение нескольких лет, реже быстрее, в течение нескольких месяцев. Явления дефеминизации обусловлены избыточным образованием андрогенов (тестостерона), угнетающих фолликулостимулирующую функцию гипофиза, в результате чего количество эстрогенов снижается и тем самым создаются условия для развития маскулинизации.

При гинекологическом исследовании определяется плотное одностороннее округлой или овальной формы образование размером от микро-



скопических до 30 см в диаметре. На разрезе опухоль желтого цвета с различными оттенками.

Андробластома — доброкачественная опухоль, однако в 20—25% случаев она подвергается злокачественному превращению, чаще при недифференцированном типе образования и двустороннем поражении яичников.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на характерном исчезновении женских черт (дефеминизация) и развитии мужских (маскулинизация). В области придатков матки обнаруживают одностороннее опухолевидное подвижное образование плотной консистенции. Важным диагностическим методом является лапароскопия, с помощью которой производится биопсия из наиболее измененного участка яичников.

В последние годы в диагностике опухолевых процессов важную роль стало играть ультразвуковое исследование.

При морфологическом исследовании соскоба эндометрия нередко отмечается атрофия, а иногда и гиперплазия слизистой оболочки.

**Л е ч е н и е.** В молодом возрасте производят удаление опухоли. У женщины в пре- и постменопаузе обычно прибегают к пангистерэктомии. При подозрении на злокачественный процесс пангистерэктомии дополняют резекцией большого сальника. После удаления опухоли нарушенные специфические функции женского организма восстанавливаются в такой же последовательности, в какой развивались симптомы заболевания, хотя огрубение голоса, увеличение клитера и гирсутизм могут сохраниться всю жизнь.

**П р о г н о з.** В большинстве случаев благоприятный.

### ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

К этим опухолям относятся тератомы (незрелая и зрелая формы), дисгерминому, хорионэпителиому и некоторые другие редко встречающиеся опухоли.

**Тератомы яичников.** Дермоидная киста яичника относится к зрелым тератомам и среди опухолей яичников встречается у 8% больных.

Этиология и патогенез дермоидных кист до настоящего времени не выяснены.

**К л и н и к а.** Наиболее часто опухоль встречается в возрасте 20—40 лет. Общее состояние больной нарушается редко. Иногда отмечают боли или чувство тяжести внизу живота, которые возникают при больших размерах опухоли.

Дермоидная киста — одностороннее, реже двустороннее образование серовато-беловатого цвета с гладкой поверхностью, обладает большой подвижностью за счет длинной ножки, что создает благоприятные условия для ее перекрута.

Рост кисты медленный, обычно она не достигает больших размеров. При пальпации определяются участки эластической консистенции, которые чередуются с более плотными. Киста располагается нередко в переднем своде. На разрезе дермоидная киста представляет собой тонкостенное образование, содержащее сало, волосы, зачатки глаз.

Внутренняя поверхность гладкая, в одном из участков обнаруживается выступ — паренхиматозный бугорок, в котором нередко находят зрелые ткани и рудиментарные органы (зубы, кости и др.).

Микроскопически стенка дермоидной кисты состоит из плотной, местами гиалинизированной соединительной ткани. Внутренняя поверхность кисты или не имеет эпителия, или покрыта цилиндрическим однослойным мерцательным эпителием. Головной бугорок покрыт кожей с волосами и сальными железами. Под кожей находятся слои жировой ткани и плотная соединительная ткань с различными включениями.

Незрелая тератома характеризуется наличием элементов с более низкой дифференциацией, чем у зрелых. Они представляют собой переходную стадию к тератобластомам. Эта форма опухоли чаще подвергается злокачественному превращению.

**Диагностика.** Обнаружение подвижной кисты яичника, располагающейся спереди от матки, обычно наводит на мысль о возможности дермоидной кисты. Диагноз подтверждается во время операции.

**Лечение.** Хирургическое. Молодой возраст больной, редкое рецидивирование и злокачественное превращение дермоидной кисты позволяют производить резекцию яичника с максимальным сохранением микроскопически неизменной ткани.

**Прогноз.** Благоприятный. Злокачественное превращение наблюдается у 0,4—1,7% больных.

**Тератобластома яичника** возникает в детском и юношеском возрасте, составляя 2—2,5% всех злокачественных опухолей яичников. Тератобластомы богаты сосудами, в связи с чем часто отмечаются кровоизлияния под капсулу и в толщу опухоли.

**Клиника.** Тератобластомы чаще встречаются у девушек с астеническим телосложением. Жалоб больные не предъявляют. Основным признаком заболевания является обнаружение опухолевидного подвижного образования в малом тазу. Нередко ножка опухоли подвергается перекруту; возможен разрыв капсулы. Тератобластома имеет плотную неравномерную консистенцию, узловатую поверхность. Асцит появляется в запущенной стадии заболевания.

Метастазирование тератобластомы наступает быстро и происходит в основном гематогенным путем.

**Лечение.** Оперативное — надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника.

**Прогноз.** Неблагоприятный.

**Дисгерминома** — злокачественная опухоль, возникающая из элементов недифференцированных гонад, сохраняющихся в воротах яичника с эмбрионального периода развития. Дисгерминома яичника иногда является составной частью незрелой тератомы, сочетаясь с хорионэпителиомой и другими злокачественными элементами тератобластомы, Гормональной активностью не обладает. Дисгерминомы составляют около 1% всех опухолей яичников.

**Клиника.** Опухоль встречается у молодых женщин в возрасте

до 30 лет, преимущественно инфантильного телосложения. У большинства больных отмечаются скудные, редкие менструации.

При влагалищном исследовании определяется односторонняя подвижная опухоль плотной консистенции, с узловой поверхностью. Дисгерминома быстро растет и метастазирует по лимфатическим путям, в органы грудной полости, средостения и др.

**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание дисгерминомы представляет большие трудности. Наряду с клиническими признаками заболевания (указание на инфантилизм) при постановке диагноза следует учитывать наличие полового хроматина в клетках слизистой оболочки полости рта. Если этих клеток менее 20%, то опухоль яичника подозрительна на дисгерминому. Обычно диагноз ставится после морфологического исследования удаленного препарата. При микроскопическом исследовании удаленной опухоли находят крупные округлой или полигональной формы, с большими, умеренно гиперхромными ядрами и слегка пенистой светлой протоплазмой.

**Л е ч е н и е.** Хирургическое с последующей лучевой терапией. У молодых женщин при односторонней опухоли без признаков распространения за пределы пораженного яичника можно ограничиться его удалением. При распространении опухоли за пределы одного яичника показано удаление матки с придатками с последующей рентгенотерапией. Как первичная опухоль, так и ее метастазы хорошо поддаются облучению.

**П р о г н о з.** Неблагоприятный.

## РАК ЯИЧНИКОВ

Среди злокачественных опухолей женских половых органов рак яичников занимает второе место после рака матки и является наиболее частой причиной смерти больных со злокачественными заболеваниями половых органов. Наиболее часто рак яичников встречается в возрасте от 40 до 60 лет. Различают первичный, вторичный и метастатический рак яичников.

**П е р в и ч н ы й р а к я и ч н и к о в** составляет около 5% всех раковых опухолей яичника и характеризуется тем, что опухоль с самого начала имеет злокачественный характер. Обычно возникает у женщин старше 60 лет. Нередко раку яичников предшествуют воспалительные процессы придатков матки, дисфункция яичников. По микроскопическому строению первичный рак яичника может быть солидным или железисто-солидным.

**К л и н и к а.** Наиболее частыми симптомами рака яичника являются боли в животе, спине. При асците, который возникает рано, отмечается увеличение размеров живота. В запущенных случаях наблюдаются потеря аппетита, нарушение дефекации и мочеиспускания. При первичном раке яичников опухоль быстро поражает оба яичника. Величина опухоли может быть различной. При запущенных стадиях опухоли достигают больших размеров, становятся неподвижными вследствие прорастания в соседние органы. Консистенция

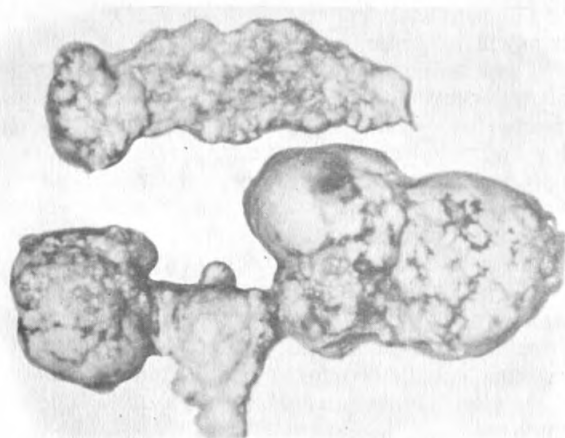


Рис. 106. Рак яичника с метастазами в большой сальник (макропрепарат).

опухоли неравномерная. Особенно часто рак метастазирует в сальник (рис. 106).

Вторичный рак яичников представляет собой малигнизированную кистому (рак в кистоме). Встречается наиболее часто (80—85%) по сравнению с другими раковыми опухолями яичников. Чаще всего злокачественному превращению подвергаются кистомы, особенно папиллярные. В начальной стадии заболевания опухоль ничем не отличается от кистомы, однако вскоре процесс захватывает второй яичник. При этом возникают двусторонние опухолевидные образования, нередко больших размеров, спаянные между собой, с маткой и соседними органами. Пальпация этих образований болезненна. Характерен асцит.

**Диагностика.** Злокачественное превращение кистом может быть заподозрено на основании быстрого роста опухоли, наличия асцита и двустороннего поражения яичников.

Важное значение имеют влагалищное и ректовагинальное исследования, при которых иззади от матки глубоко в маточно-прямокишечном пространстве обнаруживают бугристую опухоль с характерными шиповидными выростами (раковые инфильтраты в позадишеечной клетчатке). Следует также обращать внимание на значительную болезненность опухоли при пальпации. Почти постоянно наблюдается рефлекторная защитная реакция передней брюшной стенки при производстве двуручного исследования.

Всем больным с подозрением на рак яичников производится рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, грудной клетки, молочных желез с целью исключения вторичных (метастатических) опухолей яичников. При метастатической форме рака рентгенологическое исследование желудка позволяет выявить первичную опухоль.

Ирригоскопия может быть применена с целью исключения опухолевого поражения кишечника, а также для суждения о возможном вовлечении кишечника в патологический процесс при раке яичника. При низком

расположении опухолевых узлов для исключения первичного поражения прямой кишки или прорастания ее показана ректороманоскопия.

Важное значение в диагностике рака яичников имеет цитологическое исследование содержимого брюшной полости, полученного путем пункции брюшной полости через задний свод влагалища или при лапароскопии.

Не меньшую роль играет обзорная рентгенография малого таза с целью обнаружения жидкости в брюшной полости.

С диагностической целью нередко прибегают к пневмопельвиграфии. Увеличение тени яичников с одной или обеих сторон при неизменной тени тела матки, наличие прослойки газа между этими тенями свидетельствуют об опухоли яичников.

Для установления локализации опухоли малого таза применяют чрезматочную флебографию. На флебограммах при наличии опухоли яичников заметны широкие дуги яичниковых вен, которые могут быть смещены латерально. Развитие коллатерального кровообращения можно обнаружить при затруднениях оттока по системе нижней полой вены вследствие развития метастатического поражения парааортальных лимфатических узлов.

Метод лимфографии может быть использован при установлении степени распространенности ракового процесса. На лимфограммах определяются увеличение лимфатических узлов и возникновение дефектов наполнения.

В сомнительных случаях приходится прибегать к диагностической лапаротомии. Проведение лапароскопии перед оперативным вмешательством позволяет уточнить степень распространения опухолевого процесса, осмотреть печень и сальник, получить материал для гистологического исследования, что позволит решить вопрос о характере первого этапа лечения.

С целью наиболее раннего выявления рака яичников в условиях женской консультации выделяется группа лиц с высоким риском возникновения этого заболевания. К ним относятся женщины с отягощенной онкологической наследственностью, получавшие в прошлом лечение по поводу злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта, молочных желез, перенесшие операции на яичниках, а также женщины с tuboовариальными и воспалительными образованиями, доброкачественными опухолями яичников.

М е т а с т а т и ч е с к и й р а к я и ч н и к о в может развиваться при любой форме злокачественной опухоли. Однако наиболее часто метастазы в яичник наблюдаются при раке желудочно-кишечного тракта (опухоль Крукенберга), молочной железы, легкого. Метастатические опухоли яичников составляют 10—30% всех опухолей яичников. Опухоль плотной, иногда хрящевидной консистенции, с узловой поверхностью. На разрезе имеет мозговидный характер с большим количеством полостей со старыми и свежими кровоизлияниями. При микроскопическом исследовании отмечают наличие наполненных слизью крупных круглых клеток с ядром полулунной формы, отесненным к периферии. Отмечается также выраженное разрастание стромы (скирр).

**К л и н и к а.** Проявления метастатического рака яичника нехарактерны. Обычно поражаются оба яичника.

**Л е ч е н и е.** При раке яичников применяют различные виды лечения: хирургическое, химиотерапию (включая гормонотерапию), лучевое и симптоматическое. Нередко прибегают к комбинированному лечению (операция и лучевая терапия, операция и химиотерапия).

Основным методом лечения является хирургический. Необходимо подчеркнуть, что при обнаружении опухоли яичника независимо от распространенности процесса каждая больная должна в обязательном порядке подвергнуться оперативному вмешательству. Это связано с тем, что при опухолях яичника возможны ошибки не только в диагнозе, но и в определении стадии опухолевого процесса. Поэтому лапаротомия имеет как диагностическое, так и лечебное значение. При наличии злокачественной опухоли яичников производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки с удалением придатков и большого сальника. Полное удаление матки осуществляют при наличии патологических изменений влагалищной части шейки матки (гиперпластические, предраковые процессы). Удаление придатков матки с обеих сторон является обязательным, так как двустороннее поражение яичников при раке наблюдается у большинства больных.

При хирургическом вмешательстве одним из главных условий является экспресс-биопсия, что определяет характер опухоли и операции.

Опухоли яичников чаще всего метастазируют в большой сальник, поэтому резекция его обязательна. При значительной распространенности опухолевого процесса (III—IV стадии) начинать лечение следует с химиотерапии, после чего производят операцию.

Лечение метастатических опухолей хирургическое. Опухоль Крукенберга нечувствительна ни к рентгеновскому облучению, ни к воздействию цитостатических препаратов.

Злокачественные опухоли яичников чувствительны к химиотерапии. Чаще всего используют следующие препараты: ТиоТЭФ, бензотэф, циклофосфан, этимидин, метотрексат, хлорбутин, лофенал, 5-фторурацил и др. Химиотерапию в таких случаях проводят после радикальных операций с целью профилактики метастазов и рецидивов; после нерадикальных операций для ликвидации оставшихся очагов опухолей и мелких диссеminatов; после паллиативных вмешательств и пробных лапаротомий для стабилизации роста опухоли и возможности проведения в дальнейшем более радикальной операции. Химиотерапию применяют также перед операцией с целью создания более благоприятных условий для ее выполнения. В запущенных стадиях заболевания химиотерапия способствует временной стабилизации опухолевого процесса и продлению жизни больной.

Перед проведением химиотерапии больную необходимо тщательно обследовать, определить функциональное состояние печени, почек и особенно периферической крови. Начинать химиотерапию желательно, если количество лейкоцитов не ниже  $5 \cdot 10^3$  в 1 мкл и тромбоцитов не ниже  $20 \cdot 10^4$  в 1 мкл. Исследование крови необходимо производить не реже чем 1 раз в неделю.

При выборе химиотерапевтического препарата необходимо учитывать общее состояние больной, кроветворных органов, массу тела, наличие асцитической жидкости, гистологический тип опухоли, а также чувствительность ее к тому или иному химиотерапевтическому препарату. В тех случаях, когда эффективность одного препарата низкая, его следует заменить другим либо применять комбинацию из 2—3 препаратов. Наилучший эффект дает ТиоТЭФ или бензотэф либо одновременное назначение ТиоТЭФ и циклофосфана. Разовая доза ТиоТЭФ 20—30 мг, курсовая доза 300 мг. Разовая доза циклофосфана 100—200 мг, общая доза на курс лечения 5—6 г.

Химиотерапевтические препараты могут вводиться внутриаптериально, внутривенно, внутримышечно и в брюшную полость.

При проведении химиотерапии до операции препараты лучше вводить внутривенно. При асците желательно наряду с внутривенным методом использовать введение в брюшную полость (после эвакуации асцитической жидкости). В раннем послеоперационном периоде химиопрепараты вводят в брюшную полость через микроирригатор ежедневно или через день, в течение 10—20 дней, после чего переходят к внутривенному или внутримышечному введению. Методика эндолимфатического введения химиопрепаратов не отличается от введения контрастных веществ при лимфографии.

После радикальной операции проводят не менее 1—4 курсов химиотерапии с целью профилактики рецидивов и метастазов. Одновременно начинают гемостимулирующую терапию (переливание крови, эритромаcсы, лейкоцитарной взвеси и др.).

Гемостимулирующую терапию следует назначать при снижении лейкоцитов ниже  $4 \cdot 10^9/\text{л}$  крови.

Хороший эффект дает серотонина адипинат или серотонина креатининсульфат.

С целью стимуляции лейкопоза с успехом применяют лейкоген, натрия нуклеинат, батилол и некоторые другие препараты.

При выраженной лейкопении целесообразно сочетать лейкостимуляторы с кортикостероидами (преднизолон, дексаметазон).

При наклонности к геморрагии рекомендуется назначение рутина, викасола, аминокaproновой кислоты, раствора хлорида кальция.

Лучевое лечение при раке яичника малоэффективно.

При метастазах в брюшную полость и раковом обсеменении применяют  $^{198}\text{Au}$ .

Гормонотерапия имеет дополнительный характер. Больным, находящимся в постменопаузе, назначают тестостерона пропионат по 25—50 мг в день внутримышечно в течение  $1\frac{1}{2}$ —2 мес, затем переходят на прием метилтестостерона по 30 мг в день под язык, постепенно снижая дозу до 10 мг.

## ОПУХОЛИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Опухоли маточных труб могут быть как злокачественными, так и доброкачественными. К доброкачественным опухолям труб относятся

кисты, фибромы, миомы, липомы, хондромы, лимфангиомы, папилломы.

К и с т ы маточных труб обычно являются следствием воспалительного процесса, в результате которого облитерируются маточный и ампулярный концы трубы с накоплением в ее пространстве секрета. Это образование называется гидросальпинксом (см. главу III).

Ф и б р о м ы и м и о м ы чаще обнаруживаются в области маточной части трубы, п а п и л л о м ы — в ампулярной. Папилломы могут достигать больших размеров. Диагноз устанавливается на основании гистологического исследования препарата.

Р а к маточных труб может быть первичным или вторичным при распространении процесса с матки или яичников. Первичный рак маточной трубы встречается редко (0,5—1% всех опухолей женских половых органов). Чаще рак развивается на фоне хронического воспалительного процесса придатков матки у женщин в возрасте 40—55 лет. Обычно поражается одна маточная труба.

Гистологически рак трубы имеет папиллярную, железисто-папиллярную, папиллярно-солидную и солидную формы строения.

Диссеминация процесса приводит к появлению асцита. Могут поражаться тазовые, поясничные и надключичные лимфатические узлы, реже возникают метастазы в различные органы.

К л и н и к а. Наиболее ранний симптом — боли, иррадиирующие в нижние отделы живота и нижние конечности; боли вначале имеют схваткообразный характер, затем ноющий, постоянный.

Не менее важным симптомом являются серозные, гнойные или серозно-гнойные обильные бели. Подозрительно на рак маточной трубы выделение одномоментно значительного количества жидких, иногда кровянистых, белей с одновременным уменьшением размеров опухоли.

Д и а г н о с т и к а. Подозрение в отношении возможности развития рака маточной трубы возникает при наличии обильной или умеренной лимфорей, периодически с примесью крови, усиливающейся одновременно с болью, не исчезающей после диагностического выскабливания. При ректовагинальном исследовании определяется одностороннее (чаще) образование, располагающееся у ребра матки или в позадиматочном углублении. Опухоль имеет неправильную ретортообразную форму и неравномерную консистенцию.

Вспомогательным методом диагностики может служить цитологическое исследование выделений из шеечного канала или полости матки. При биконтрастной рентгенографии можно получить симптом «ампутации» дистального отдела маточной трубы, уплощение ее стенок, дефекты наполнения. Окончательный диагноз устанавливается после гистологического исследования удаленной маточной трубы.

Л е ч е н и е. Комбинированное (надвлагалищная ампутация или экстирпация матки с придатками и послеоперационный курс лучевой и химиотерапии).

П р о г н о з. Неблагоприятный.

С а р к о м а маточных труб — редкое заболевание. Опухоль может развиваться из соединительной ткани слизистой оболочки или



мышечного слоя трубы. При возникновении из слизистой оболочки опухоль имеет полиповидную форму, труба приобретает вид мешотчатого образования с серозным или слизисто-кровоянистым содержимым. Саркома может метастазировать в яичник, большой сальник, печень, легкие и может быть в виде диссеминированных имплантатов, распространяться по брюшине.

**Д и а г н о с т и к а.** Обычно диагноз ставится только при гистологическом исследовании удаленного препарата.

**Л е ч е н и е.** Заключается в надвлагалищной ампутации или эксгирпации матки с придатками и резекции большого сальника. Послеоперационный курс лучевой и химиотерапии малоэффективен.

**Т р у д о с п о с о б н о с т ь б о л ь н ы х п р и з л о к а ч е с т в е н н ы х о п у х о л я х ж е н с к и х п о л о в ы х о р г а н о в.** Больные, подвергшиеся лечению по поводу злокачественных опухолей гениталий, в течение года обычно являются инвалидами II группы. В дальнейшем степень их трудоспособности определяется ВТЭК с учетом общего состояния, наличия или отсутствия рецидивов метастазов опухоли.

По истечении 5-летнего срока наблюдения при отсутствии рецидивов и метастазов больные считаются клинически излеченными.

## Г л а в а X V

### ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

В понятие трофобластической болезни включают ряд заболеваний трофобласта: пузырный занос, деструирующий пузырный занос и хорионэпителиому.

**П у з ы р н ы й з а н о с<sup>1</sup>** — своеобразное изменение ворсинчатой оболочки, в основе которого лежит перерождение ворсин хориона. При этом заболевании происходит резкий отек стромы ворсинок, а сами ворсинки разрастаются и превращаются в пузырьки. В результате огромного разрастания ворсин размеры матки значительно увеличиваются (рис. 107).

Размер поражения ворсинчатой оболочки бывает полным и частичным. При полном пузырном заносе поражены все ворсины. Чаше это происходит в ранних стадиях беременности. Эмбрион погибает и рассасывается. Частичный пузырный занос возникает после 3 мес беременности, изгнание его происходит чаще на 4—5-м месяце.

При пузырном заносе нередко наблюдаются двусторонние лютеиновые кисты яичников. Со 2-го месяца беременности появляются кровотечения, часто профузного характера. Обнаружение пузырьков в

<sup>1</sup> Сведения о пузырном заносе и деструирующем пузырном заносе подробно изложены в учебнике по акушерству.

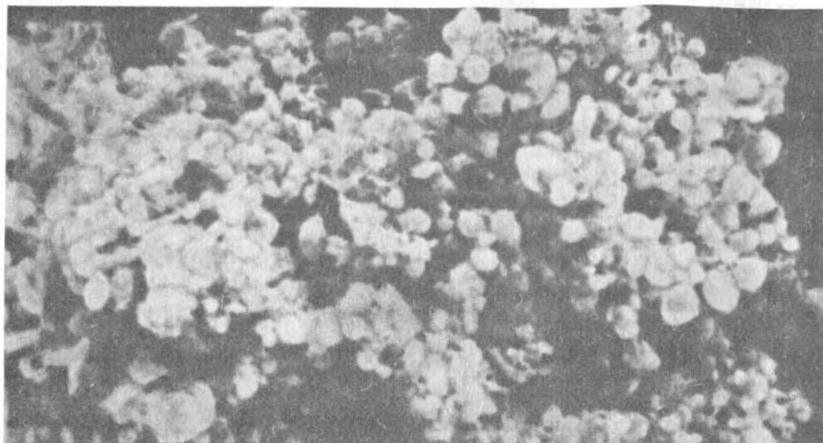


Рис. 107. Пузырный занос.

выделениях крови из половых путей, резкого повышения содержания гонадотропинов в крови и моче, ультразвуковое исследование позволяют поставить правильный диагноз.

При деструкующем пузырном заносе происходят глубокое внедрение ворсин хориона в мышечную стенку матки, разрушение тканей. Нередко наблюдается перфорация матки вследствие прорастания ворсинами ее стенки с возникновением сильнейшего кровотечения. При данной форме пузырного заноса наблюдается метастазирование во влагалище и параметральную клетчатку, что заставляет относить деструкующий пузырный занос к злокачественным новообразованиям.

Хорионэпителиома — злокачественная опухоль, которая развивается из элементов трофобласта, синцития ворсин хориона и очень редко — из смешанных опухолей эмбрионального происхождения (тератогенная хорионэпителиома). Хорионэпителиома наблюдается у 2,1—2,3% больных, страдающих злокачественными заболеваниями женских половых органов. Обнаруживается преимущественно у женщин репродуктивного возраста.

Этиология хорионэпителиомы до настоящего времени не установлена. Важными факторами в ее развитии являются подавление трансплацентарного иммунитета, усиление иммунологической толерантности к трофобласту.

Выделяются первичные и вторичные опухоли. Первичная хорионэпителиома является чаще опухолью яичников, наблюдается у девочек, не достигших половой зрелости, и у небеременвших женщин обычно как компонент тератобластомы.

Вторичная хорионэпителиома происходит из трофобласта плодного яйца, который, потеряв первоначальную связь с последним, превратился в автономное образование и приобрел повышенные инвазивные свойства.

Наиболее часто хорионэпителиома возникает в матке, значительно реже — во влагалище, трубах, яичниках и других органах.

**К л а с с и ф и к а ц и я.** Различают следующие виды хорионэпителиомы:

#### I Орто топная хорионэпителиома

I стадия — без метастазов (опухоль локализована в органе, в котором имела место имплантация плодного яйца):

А — в матке при сообщении с ее полостью

А — в мышечном слое матки (интрамурально)

А — в шейке матки

Б — в маточной трубе

В — в яичнике

Г — в брюшной полости (эктопическая хорионэпителиома)

II стадия — с метастазами (из первичного очага в матке по кровеносной системе в другие органы):

А — в стенке влагалища

Б — в легких

В — в легких и влагалище

Г — в легких и (или) влагалище, а также в других органах

Д — в различных органах, исключая легкие и влагалище

III стадия — с метастазами и прорастанием опухоли в соседние органы (большой сальник, прямую и сигмовидную кишку, мочевой пузырь, параметрий).

#### II. Гетеротопная хорионэпителиома

Первичные очаги опухоли расположены в различных органах, но вне области имплантации плодного яйца, чаще в легких, стенке влагалища и головном мозге.

#### III. Тера тогенная хорионэпителиома

Происходит из смешанных опухолей эмбрионального происхождения, встречается очень редко у небеременных женщин.

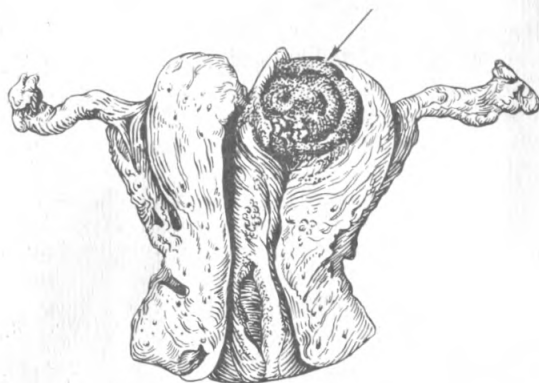
**Хорионэпителиома матки** возникает в месте внедрения плодного яйца в эндометрий. Микроскопически опухоль имеет вид узелков синюшного или темно-красного цвета, мягкой консистенции либо диффузного разрастания, инфильтрирующего стенку миометрия вплоть до серозного покрова матки. Внутриматочные узлы располагаются на широком основании, чаще бывают единичные. Узел обычно небольшой, не превышает 4—5 см. Границы узлов иногда нерезкие, консистенция их мягкая, хрупкая, узлы легко подвергаются некрозу (рис. 108). Рост опухоли может происходить по направлению полости матки или в сторону брюшной полости.

Микроскопически хорионэпителиома состоит из атипичных клеток синцития и клеток Лангханса. Опухоль не имеет стромы и собственных сосудов и распространяется преимущественно интравазально.

**К л и н и к а.** Основной особенностью хорионэпителиомы является ее связь с предшествующей беременностью, так как опухоль развивается из элементов плодного яйца (за исключением хорионэпителиом тератогенного происхождения).

Хорионэпителиома обычно предшествуют пузырный занос или аборт и, реже, роды. Хорионэпителиома может развиваться в любом возрасте вплоть до глубокой старости, однако чаще встречается у женщин 26—36 лет. Возникает опухоль преимущественно у повторнобеременных и выявляется в первые 3 мес после прерывания или окончания беременности. Необходимо отметить, что период между беремен-

Рис. 108. Хорионэпителиома матки (показана стрелкой, макропрепарат).



ностью и развитием опухоли может быть длительным и исчисляться годами.

Основным симптомом хорионэпителиомы является кровотечение, которое возникает из опухоли в матке или из метастазов во влагалище. Кровотечения могут носить профузный характер. Иногда они появляются впервые в связи с началом очередной менструации после абортов и родов. Характерно, что выскабливание матки, часто повторное, не дает желаемого результата и кровотечение продолжается. Кроме наружного, может возникать и внутреннее кровотечение, обусловленное прорастанием опухолью стенки матки. Обильные кровотечения сопровождаются анемией и тахикардией.

Не менее важным признаком хорионэпителиомы являются бели, которые в начале заболевания имеют серозный, а позднее приобретают гнойный характер со зловонным гнилостным запахом в связи с распадом опухоли.

Боли чаще появляются при распространенной форме заболевания.

При хорионэпителиоме метастазы возникают гематогенным путем. В легких метастазы обнаруживаются у 60% больных, во влагалище — у 40%, в мозге — у 17%, в печени — у 16%, в почках — у 12% больных. Следует помнить, что повторные выскабливания матки могут ускорить появление метастазов.

**Д и а г н о с т и к а.** Важную роль играют анамнестические данные: связь с предыдущей беременностью, пузырьным заносом, возникновение упорных ациклических кровотечений и белей. При влагалищном исследовании обращают внимание на наличие синюшных узлов опухоли в стенке влагалища и увеличение матки.

Важным диагностическим признаком является повышенное содержание хорионического гонадотропина (реакция положительная с разведенной мочой).

При гистологическом исследовании соскоба эндометрия обнаруживают атипичные клетки цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. При расположении узлов опухоли межмышечно в соскобе из матки клетки опухоли не определяются, что значительно затрудняет диагностику.

Поэтому диагноз хорионэпителиомы ставят на основании результатов гормонального и гистологического методов исследования.

В диагностике хорионэпителиомы вульвы и влагалища важную роль играет гистологическое исследование биоптатов из этих участков. Метастазы в легких выявляются с помощью рентгенологического исследования.

В последние годы с диагностической целью чаще применяются гистеросальпингография и ангиография. На гистерограмме обращают внимание на полость матки, имеющую неправильную форму и очертания. Определенную диагностическую ценность представляет ангиография, с помощью которой могут быть определены межмышечно расположенные узлы хорионэпителиомы и метастазы. Ангиография может быть применена и для контроля за эффективностью лечения.

**Хорионэпителиома маточной трубы** — в основном метастатическая опухоль. Обычно метастазирование происходит из матки. Клиническая картина заболевания весьма сходна с разрывом беременной трубы. Диагностика до операции трудна. Только морфологическое исследование удаленной трубы позволяет установить правильный диагноз.

**Хорионэпителиома влагалища** первично встречается крайне редко. Наиболее часто опухоль представляет собой метастаз из матки. Опухоль имеет вид темно-фиолетовых узлов, которые вскоре подвергаются некротическим изменениям и являются источником профузных кровотечений.

**Хорионэпителиома яичника** может быть как первичной, так и вторичной (метастаз из матки). Характерные симптомы отсутствуют. Диагноз может быть поставлен только при патоморфологическом исследовании удаленного препарата.

**Лечение.** До недавнего времени основным методом лечения хорионэпителиомы был хирургический. Однако в последние годы к оперативному лечению в связи с успешной химиотерапией хорионэпителиом прибегают значительно реже, особенно у молодых женщин, что позволяет сохранить менструальную и репродуктивную функции.

Показаниями к оперативному вмешательству служат первичная и вторичная резистентность опухоли к химиопрепаратам, профузные маточные кровотечения, внутренние кровотечения вследствие перфорации матки узлами опухоли, значительная величина опухоли, превышающая размеры матки при 13—14-недельной беременности. Во время операции производят полное удаление матки с придатками и верхней трети влагалища. У молодых женщин при неизмененных яичниках их сохраняют.

После операции назначают химиотерапию. В настоящее время этот метод лечения является важнейшим и дает высокие положительные результаты. При хорионэпителиоме в основном используются такие химиопрепараты, как метотрексат и хризомаллин. Метотрексат применяют внутримышечно и внутривенно прерывистыми курсами, разовая доза 50 мг. Препарат вводят 1 раз в 5 дней. На курс лечения 300—400 мг. Одновременно с метотрексатом назначают 6-меркаптопурин по 50 мг 3—4 раза в день в течение 5 дней. Эти два препарата потенцируют

действие друг друга. Хороший эффект дает хризомаллин, а также сочетание метотрексата с актиномицином D.

Наиболее чувствительным показателем успеха терапии хорионэпителиомы являются снижение, а затем полное исчезновение в моче хорионического гонадотропина. После установления диагноза хорионэпителиомы и до тех пор, пока реакция на хорионический гонадотропин не станет отрицательной, ежедневно с целью повышения иммунологической реактивности организма назначают гамма-глобулин.

После успешного лечения на протяжении года проводят еще 2—3 курса профилактической химиотерапии. Лучевую терапию используют при плохой переносимости химиопрепаратов и при неполной ремиссии в результате операции и химиотерапии. Больные, излеченные от хорионэпителиомы, должны находиться под наблюдением в течение 5 лет, предусматривающим клинический и гормональный контроль.

**Пр о г н о з.** Ранняя диагностика и современное лечение делают прогноз более благоприятным.

**П р о ф и л а к т и к а.** Диспансерное наблюдение за женщинами, у которых беременность закончилась пузырным заносом, абортами, несостоявшимися родами, самопроизвольными выкидышами (после пузырного заноса наблюдение проводится в течение 2 лет с систематическим определением хорионического гонадотропина в моче).

## Г л а в а X V I

### НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К аномалиям женских половых органов относятся врожденные нарушения анатомического строения гениталий в виде незавершенного органогенеза, отклонения величины, формы, пропорций, симметрии, топографии, наличие образований, не свойственных женскому организму в постнатальном периоде. К аномалиям развития в широком смысле слова можно отнести и задержку развития правильно сформированных (в антенатальном периоде) половых органов, что наблюдается при инфантилизме.

#### ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Врожденные аномалии развития половых органов обнаруживаются у 0,23—0,9% женщин. По отношению ко всем порокам развития аномалии развития женских половых органов составляют около 4%.

**Э т и о л о г и я.** К нарушению развития половой системы приводят наследственные, экзогенные и мультифакторные (чаще всего) причины. Возникают пороки развития половых органов в раннем периоде онтогенеза, когда происходит дифференцировка парамезонефральных (мюллеровых) протоков и других эмбриональных образований, из которых в дальнейшем формируются половые органы. В основе пороков развития лежат нарушение слияния парамезонефральных протоков, их реканализации, отклонения в формировании урогенитального синуса, а также нарушение формирования гонад. Последнее

зависит от особенностей развития срединной почки (вольфова тела) и от своевременности миграции гонциотов в эмбриональную закладку гонады. Развитие гонад (яичников) и половых путей, происходящее из различных закладок, не связано друг с другом, поэтому аномалии развития этих органов и систем часто бывают представлены отдельно.

Неправильная дифференцировка половых органов лишь отчасти обусловлена генетическими причинами. В основном аномалии развития половых органов бывают связаны с нарушениями условий внутриутробной среды, в которых развиваются эмбрион и плод. Нередко у матерей больных, у которых диагностируются аномалии гениталий, имелись указания на патологическое течение беременности: ранние и поздние токсикозы, неполноценное питание, инфекция в ранние сроки беременности, угрожающие аборт и т. д.

Аномалии развития половых органов могут быть вызваны и другими повреждающими факторами в антенальном периоде развития: профессиональными вредностями, лекарственными препаратами, экстрагенитальными заболеваниями матери. Поскольку повреждающий фактор действует не строго избирательно на закладки половых органов, то параллельно порокам развития половых органов могут возникать и аномалии развития некоторых других органов, в первую очередь почек. Так, среди женщин с пороком развития матки (седловидная, двойная, однорогая, двурогая) аномалии развития почек обнаруживаются у каждой четвертой.

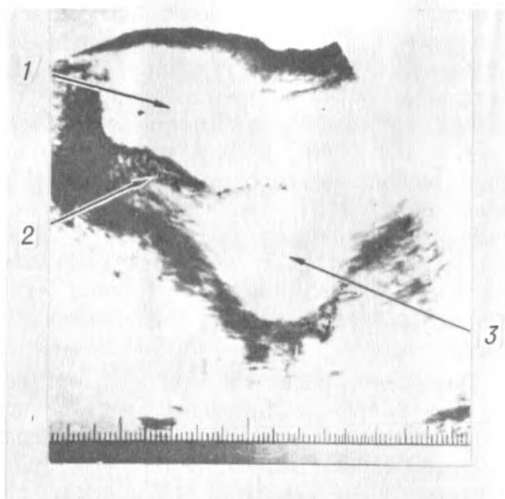
При характеристике аномалий развития половых органов или их отдельных частей следует пользоваться общепринятыми терминами и понятиями. Агенезия — отсутствие органа. Аплазия — отсутствие части органа. Гипоплазия — несовершенное образование органа. Дизрафия — отсутствие сращения или закрытия частей органа. Мультипликация — умножение частей или числа органов. Гетеротопия (эктопия) — развитие органов или тканей в тех местах, где они в норме отсутствуют. Атрезия — недоразвитие, возникшее вторично. Гинатрезия — зарашение определенного отдела женского полового аппарата в нижней (девственная плева, влагалище) или средней (канал шейки матки, реже полость матки) его трети. Эта аномалия наиболее часто возникает в местах естественных анатомических сужений (вульва, девственная плева, наружный и внутренний зев матки, устья маточных труб).

Аномалии девственной плевы и вульвы. Одним из нередких нарушений строения наружных половых органов является наличие сплошной девственной плевы. Такая патология может быть проявлением атрезии влагалищного входа или аплазии влагалища. Атрезия гимена выявляется с наступлением периода полового созревания. Во время первой менструации кровь, не получая естественного оттока, постепенно заполняет влагалище, матку и маточные трубы, возникают гематокольпос, гематометра, гематосальпинкс (рис. 109, 110).

Практический интерес представляют также деформации вульвы, вызванные гипо- и эписпадией (при гермафродитизме) и противоестественным открытием во влагалище или в преддверии влагалища просвета прямой кишки.



**Рис. 109.** Гематокольпос, гематометра, гематосальпинкс при атрезии девственной плевы (схема).



**Рис. 110.** Эхограмма при гематокольпосе и гематометре.

1 — мочевого пузыря; 2 — гематометра; 3 — гематокольпос.

**Аномалии влагалища.** Влагалище начинает формироваться на 8-й неделе внутриутробного периода и является непарным отделом парамезонефральных протоков, образовавшихся в результате слияния их каудальных концов.

Длина влагалища у новорожденной девочки 3—5 см, у девочки 8—9 лет — 5—6 см, у женщин 7,5—10 см.

Следует отметить топографическую особенность влагалища, присущую детскому возрасту. В раннем детстве мочевого пузыря и тело матки с придатками расположены высоко за пределами малого таза, что и обуславливает топографоанатомические особенности детского влагалища. У маленьких девочек соответственно высокому расположению матки влагалище имеет почти вертикальное направление и лишь в 3—5 лет, когда матка опускается в малый таз, оно начинает располагаться под острым углом к горизонтальной линии (как у взрослых женщин). Эти топографоанатомические особенности необходимо учитывать при вагиноскопии.

**Агенезия влагалища.** Представляет собой первичное полное отсутствие влагалища, у таких больных между большими половыми губами сохраняется незначительное углубление, не превышающее 2—3 см.

**Аплазия влагалища.** Первичное отсутствие части влагалища, обусловленное прекращением канализации формирующейся влагалищной трубки, что в норме завершается на 18-й неделе внутриутробного периода развития.

**Атрезия влагалища.** Полное или частичное заращение влагалища вследствие воспалительного процесса, перенесенного в анти- или постнатальном периоде. Иногда влагалище имеет перегородку,



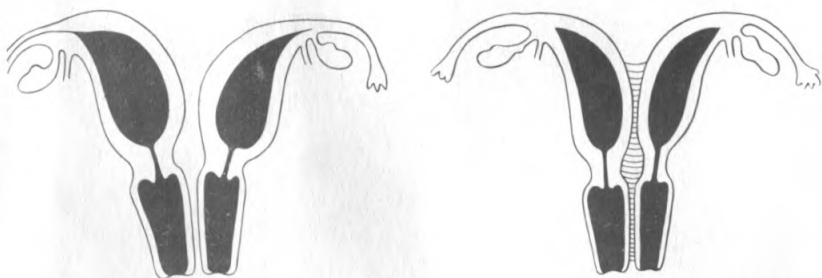


Рис. 111. Uterus didelfus (схема).

Рис. 112. Uterus duplex et vagina duplex (схема).

которая может простирается от сводов до девственной плевы. Эта аномалия может сочетаться с двурогой маткой. Кроме продольной перегородки влагалища, бывает и поперечная.

**Аномалии развития матки.** Uterus didelfus — удвоение матки и влагалища при их обособленном расположении, при этом оба половых аппарата разделены поперечной складкой брюшины (рис. 111). Эта патология возникает при отсутствии слияния правильно развитых парамезонефральных протоков, причем с каждой стороны имеется лишь один яичник. Обе матки хорошо функционируют и с наступлением половой зрелости беременность может возникать поочередно то в одной, то в другой.

Uterus duplex et vagina duplex (рис. 112) — аномалия развития, сходная с предыдущей, однако на определенном участке обе части половой системы более тесно соприкасаются друг с другом, часто с помощью фиброзно-мышечной перегородки. Одна из маток нередко уступает другой по величине и в функциональном отношении, причем на стороне недоразвития может наблюдаться атрезия гимена или внутреннего маточного зева.

Uterus bicornis bicollis (рис. 113) представляет собой менее выраженное последствие отсутствия слияния парамезонефральных протоков. Здесь имеются общее влагалище и раздвоение шейки и тела матки.

Uterus bicornis unicollis (рис. 114) — аномалия развития, при которой слияние парамезонефральных протоков распространяется на проксимальные части средних отделов.

Uterus bicornis с рудиментарным рогом (рис. 115) обусловлена значительным отставанием в развитии одного из парамезонефральных протоков. Если рудиментарный рог имеет полость, то практически важно, сообщается ли она с полостью матки. Существование функционирующего рудиментарного рога сопровождается такими осложнениями, как полименорея, альгодисменорея, инфицирование. В рудиментарном роге может иметь место эктопическая беременность. При гистоло-

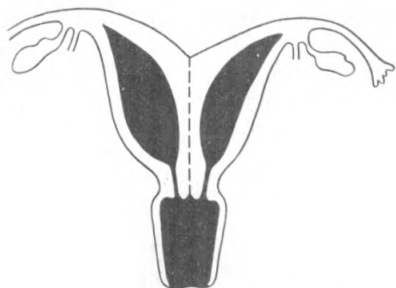


Рис. 113. Uterus bicornis bicollis (схема).

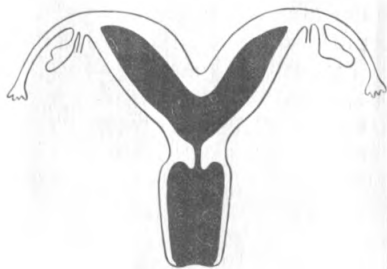


Рис. 114. Uterus bicornis unicollis (схема).



Рис. 115. Uterus bicornis с рудиментарным рогом (схема).



Рис. 116. Uterus unicornis (схема).

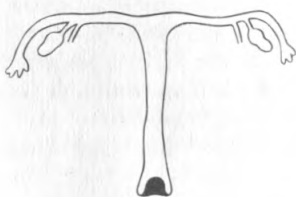


Рис. 117. Uterus bicornis rudimentarius solidus (схема).

гическом исследовании удаленного рудиментарного рога нередко находят очаги врожденного эндометриоза.

Uterus unicornis (рис. 116) — редкая патология, возникающая при глубоком поражении одного из парамезонефральных протоков. При данной аномалии, как правило, отсутствуют одна почка и один яичник.

Uterus bicornis rudimentarius solidus (рис. 117) — аномалия развития, известная под названием «синдром Майера—Рокитанского—Кюстера—Мюллера—Хаусера». При этой патологии влагалище и матка представлены тонкими соединительнотканными зачатками. Иногда в этих зачатках имеется просвет, выстланный однослойным цилиндрическим

эпителием с подлежащим тонким слоем эндометриальноподобной стромы без железистых элементов.

**Аномалии развития маточных труб.** При развитии плода в условиях, приближенных к оптимальным, формируется физиологическая асимметрия, когда длина правой маточной трубы превышает длину левой не более чем на 5 мм. При патологическом течении беременности разница между длиной правой и левой маточной трубы может достигать 35—47 мм. При изучении длины маточных труб у женщин репродуктивного возраста установлено, что закономерность, которая формируется еще в антенатальном периоде онтогенеза (превалирование длины правой маточной трубы над левой), сохраняется и в дальнейшем. Приведенные данные в известной степени объясняют более частое возникновение трубной беременности в правой маточной трубе.

Осложненное течение беременности у матери (инфекция) может в ряде случаев обусловить возникновение врожденной непроходимости маточных труб, обычно в истмических отделах. При нарушении внутриутробного развития возможно удвоение маточных труб (с одной или с обеих сторон). Однако чаще наблюдается недоразвитие или отсутствие одной маточной трубы, что нередко сочетается с аномалиями развития матки.

**Аномалии развития яичников.** В антенатальном периоде развития у плода возникает асимметрия развития яичников, выражающаяся в анатомическом и функциональном преобладании правого яичника. Эта закономерность сохраняется и в репродуктивном возрасте. Клиническое значение данного явления состоит в том, что после удаления правого яичника у женщин значительно чаще возникают нарушения менструальной функции и нейроэндокринные расстройства. Из аномалий развития следует указать на отсутствие гонады с одной стороны, что обычно сочетается с однорогой маткой. Относительно редко встречается полное отсутствие гонадной ткани. В этих случаях на месте гонад находят фиброзные тяжи. Такая аномалия характерна для различных видов дисгенезий яичников, включая генетический (синдром Шерешевского—Тернера). В последние годы все чаще диагностируется врожденное или приобретенное недоразвитие яичников (гипогонадизм).

Аномальные яичники нередко располагаются в несвойственных им местах, например в паховом канале, что следует учитывать во время диагностических манипуляций и операций.

**Диагностика.** Обнаружение аномалий половых органов происходит при рождении, в период полового созревания и в течение репродуктивного периода жизни женщины. Ведущим, а иногда и единственным симптомом аномалий половых органов является нарушение менструальной функции в виде аменореи или полименореи.

Первичная аменорея — наиболее частый признак пороков развития половых органов. Во многих случаях аменорея носит ложный характер и связана с невозможностью оттока менструальной крови из-за атрезии или аплазии в любом участке половой системы, расположенном ниже внутреннего маточного зева. Значительно реже встречается вторичная аменорея.

Другим частым симптомом служит появление в пубертатном

периоде болей в животе, ежемесячно усиливающихся, иногда сопровождающихся потерей сознания. В таких случаях иногда предпринимается даже чревосечение. При пальпации живота иногда удается определить опухолевидное образование, располагающееся в его нижней части (гематометра). Размеры гематометры иногда бывают настолько значительными, что она напоминает матку в поздние сроки беременности. Перитонеальные явления могут возникать при инфицировании гематометры либо при попадании в брюшную полость менструальной крови, что бывает при длительно существующей атрезии с образованием гематокольпоса, гематометры и гематосальпинкса.

Осмотр наружных половых частей имеет решающее диагностическое значение при атрезии гимена. Просвечивающее через ткани цианотичное образование (гематокольпос) способствует выбуханию гимена, а иногда и всей промежности.

Для выявления некоторых видов аномалий развития (перегородки и др.) целесообразно зондирование влагалища и матки.

Бимануальное влагалищное исследование помогает обнаружить такие аномалии развития, как удвоение матки, наличие рудиментарного рога, гематометры.

Существенную диагностическую ценность имеет ректальное исследование. При наличии гематометры и гематосальпинкса определяется большая эластичная безболезненная «опухоль». Иногда в малом тазу может находиться дистопированная почка (или две почки), которую можно ошибочно принять за опухолевидное образование.

Осмотр влагалища в зеркалах позволяет установить удвоение шейки матки, перегородку влагалища и некоторые другие аномалии. Гистеросальпингография показана при подозрении на двурогую матку, наличие перегородок в ней, а также при рудиментарном роге, если его просвет сообщается с полостью матки.

Газовая пельвиграфия применяется при подозрении на наличие рудиментарного рога матки.

Биконтрастная геникография имеет большое диагностическое значение при всех видах аномалий развития внутренних половых органов.

Определенное значение в диагностике аномалий развития половых органов имеют эндоскопические методы исследования: кульдоскопия, лапароскопия, цистоскопия и ректороманоскопия.

**Л е ч е н и е.** При одних видах патологии (седловидная матка, однорогая матка и др.) не требуется никакого лечения. Однако знание вида аномалии развития необходимо в дальнейшем для правильного ведения беременности, родов, а также для выполнения различных внутриматочных манипуляций. При двурогой матке прибегают к хирургическому вмешательству. При синдроме Рокитанского—Кюстера лечение малоэффективно. Оно сводится в основном к обеспечению половой функции (создание искусственного влагалища перед вступлением в брак).

Наиболее простой метод лечения применяют при атрезии девственной плевы: в центре ее производят крестообразный разрез и после опорожнения гематокольпоса отдельными кетгутовыми швами формируют края искусственно созданного гименального отверстия.

В случаях атрезии или агенезии влагалища при нормально сформированных внутренних гениталиях показана операция. Создаваемое искусственное влагалище не только обеспечивает возможность половой жизни, но и выполняет роль канала, ведущего к освобождению влагалищной части шейки матки.

Рудиментарный, или добавочный, рог матки удаляют во время чревосечения.

### ИНФАНТИЛИЗМ

Половой инфантилизм, устанавливаемый в возрасте старше 15 лет, характеризуется недоразвитием (анатомическим и гистологическим) половых органов и гипофункцией яичников. Если половой инфантилизм сочетается с общим, диагноз может быть поставлен в более раннем возрасте (13—14 лет). Общий инфантилизм характеризуется недостаточной выраженностью вторичных половых признаков (отставание от возрастной нормы на 1—3 года) и нарушением антропометрических показателей.

Половой инфантилизм встречается у 4—16% обследованных девушек; у половины из них он сочетается с общим инфантилизмом.

**Этиология.** Среди причин инфантилизма, помимо генных нарушений, осложненного течения внутриутробного развития, имеют также значение постнатальные факторы: нарушение питания (в частности, гиповитаминоз), детские инфекции, тонзиллит, ревматизм, операции на яичниках.

**Классификация.** Различают два варианта полового инфантилизма: а) сопровождающийся овариальной недостаточностью; б) не сопровождающийся гипофункцией яичников. Первый вариант встречается чаще. Он выражается в гипофункции яичников, неполноценных циклических изменениях эндометрия и других изменениях. Нередко наблюдается гиперфункция щитовидной железы.

При инфантилизме часто отмечается пониженная чувствительность яичников к гонадотропным гормонам, а органов-мишеней (матка, влагалище, молочные железы) — к стероидным гормонам. При инфантилизме, как правило, имеется избыточная продукция ФСГ при недостаточной выработке ЛГ.

Характерно для инфантилизма снижение сократительной способности матки, что связано со снижением чувствительности или уменьшением содержания эстрогенных рецепторов. Немаловажную роль играют наблюдаемые при инфантилизме нарушения иннервации, а также внутриорганной и тазовой гемодинамики.

**Клиника.** Инфантильная девочка обычно невысокого роста (или несколько выше среднего), тонкокостная. Таз общеравномерно-суженный. Обычно отмечают поздние менархе, гипоменструальный синдром, нередко сочетающийся с альгодисменореей. При генитальном инфантилизме отмечается несоответствие между пропорциональным телосложением и недоразвитием (иногда выраженным) половых органов.

При определении выраженности полового инфантилизма большую роль играют размеры матки, находящейся в состоянии гипоплазии.

Различают три степени недоразвития матки: рудиментарная (зародышевая) матка, инфантильная матка и гипопластическая матка.

Рудиментарная, или зародышевая, матка (*uterus fetalis*). Длина матки от 1 до 3 см, при этом большую часть составляет шейка. Данный вариант встречается крайне редко и ближе стоит к аномалиям развития половых органов, чем к недоразвитию. Наряду с резким уменьшением размеров матки у таких больных имеются гипозстроения и стойкая аменорея. В ряде случаев наблюдаются небольшие менструальноподобные выделения. Прогноз с точки зрения восстановления специфических функций женского организма неблагоприятный.

Инфантильная матка (*uterus infantilis*). Длина матки превышает 3 см. Соотношение между шейкой и телом матки составляет 3:1, т. е. такое же, как у девочки в препубертатном периоде. При бимануальном исследовании обычно обнаруживают гиперантефлексию матки, слабую выраженность сводов влагалища. Яичники при этой форме инфантилизма располагаются высоко, маточные трубы длинные и извитые. Менструации редкие, болезненные. Для восстановления репродуктивной функции требуется длительная терапия. Прогноз более благоприятный, чем при предыдущей патологии.

Гипопластическая матка (*uterus hypoplasticus*). Длина матки достигает 6—7 см. Соотношение между длиной шейки и тела матки правильное — 1:3. Гипопластическая матка возникает не только вследствие отрицательных влияний, имевших место в антенатальном периоде и в детстве, но и как результат перенесенных в пубертатном периоде местных воспалительных процессов. Данная патология может самостоятельно исчезнуть после начала половой жизни и возникновения беременности.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на совокупности данных анамнеза и объективного исследования с применением антропометрии, зондирования матки, гистеросальпингографии, определения костного возраста (в детской практике), лабораторных исследований и др. В анамнезе часто имеются указания на неблагоприятное течение антенатального периода, а также большое количество инфекционных и других заболеваний в детстве. Наиболее типичные жалобы — позднее появление менструаций, нарушение менструального цикла типа гипоменструального синдрома. Часто бывают болезненные менструации. При осмотре больной отмечаются низкий (реже высокий) рост, недостаточно сформированная грудная клетка, недоразвитие молочных желез, суженный таз, скудное оволосение на лобке и в подмышечных впадинах. Малые половые губы выдаются вперед, клитор кажется несколько увеличенным из-за гипоплазии наружных половых органов. Во время бимануального исследования находят недоразвитую матку, находящуюся в гиперантефлексии.

Если половой инфантилизм сочетается с общим недоразвитием, то в телосложении больной можно обнаружить некоторые интерсексуальные черты: увеличение окружности грудной клетки, уменьшение размеров таза (особенно наружной конъюгаты), отставание костного возраста от календарного.

При изучении концентрации в крови гонадотропных гормонов

(ФСГ и ЛГ) устанавливают, что их выработка носит ациклический характер. В связи с этим снижается продукция половых стероидных гормонов. Уровень 17-кетостероидов в суточной моче соответствует возрастной норме. Содержание полового хроматина и кариотип у таких больных не изменены.

Среди рентгенологических методов исследования наибольшую диагностическую ценность имеет гистеросальпингография. С ее помощью можно определить состояние внутреннего зева (расширение), канала шейки матки (удлинение с выраженными пальмовидными складками) и маточных труб (длинные, извитые). Отставание костного возраста, определяемое с помощью рентгенографии кисти, от календарного достигает при инфантилизме 1—4 лет.

Дифференцировать инфантилизм половых органов необходимо прежде всего от ювенильного гипоталамического синдрома, синдрома Штейна — Левенталя (ранний вариант), дисгенезии гонад (чистая форма), врожденного эндометриоза. В табл. 5 приведены дифференциально-диагностические признаки этих состояний.

**Л е ч е н и е.** Терапия инфантилизма половых органов, за исключением случаев резкого недоразвития (зародышевая матка), обычно успешна. При проведении лечения необходимо: а) устранить по возможности причину отставания развития половых органов; б) создать «фон готовности», т. е. состояние повышенной чувствительности органов-мишеней к действию половых гормонов; в) подобрать адекватную заместительную гормонотерапию.

Для повышения чувствительности половых органов к гормональной стимуляции проводят 2—4-месячные курсы лечения витамина-

Т а б л и ц а 5. Дифференциально-диагностические признаки полового инфантилизма

Вид патологии	Состояние яичников	Выраженность вторичных половых признаков	Альгоменорея	Нейроэндокринные нарушения
Половой инфантилизм	Уменьшены	Не выражены	Характерна	Могут отсутствовать
Ювенильный гипоталамический синдром	Кистозное перерождение	Выражены	Может отсутствовать	Невротические реакции с вегетативными сосудистыми изменениями
Синдром Штейна—Левенталя	Увеличены	Гирсутизм. Хорошо выражены	Нехарактерна	Могут отсутствовать
Дисгенезия гонад (чистая форма)	Уменьшены	Не выражены	Нехарактерна	Могут отсутствовать
Врожденный эндометриоз	Без изменений	Выражены	Резко выражена, сопровождается рвотой, иногда даже симптомами острого живота	То же

ми (Е, С, В<sub>6</sub>, В<sub>1</sub>), применяют АТФ. Приступая к гормональной терапии, необходимо убедиться в отсутствии аномальных гонад (ложный мужской гермафродитизм, тестикулярная феминизация) и исключить гормонально-активные опухоли яичника. В течение первых 2—3 мес лечение сводится к назначению минимальных доз сигетина (0,05 г один раз в сутки). Одновременно проводят курс лечения ганглероном (0,04 г один раз в сутки) такой же продолжительности. В следующие 3—4 мес рекомендуется циклическое введение эстрогенов и прогестерона в минимальных дозах. После курса гормонального лечения необходимо сделать перерыв на 3 мес. Следующий курс проводят только при недостаточном эффекте предыдущего.

Параллельно гормональному лечению рекомендуется проводить физиотерапию (парафин, электрофорез меди с 5-го по 13-й день цикла и цинка с 14-го по 24-й день), электрорефлексотерапию (акупунктура, электропунктура, электростимуляция шейки матки), лечебную гимнастику, бальнеотерапию. При легких степенях инфантилизма целесообразно применение парафина, озокерита и сульфидных вод. При более выраженных формах прибегают к бальнеотерапии (углекислые воды и др.). Широко применяются также грязелечение и гинекологический массаж.

Больные с общим и генитальным инфантилизмом должны находиться под диспансерным наблюдением и периодически получать заместительную терапию. Они должны быть включены в группу повышенного риска в отношении возможности развития опухолевых процессов половых органов.

**Пр о г н о з.** В отношении реабилитации специфических функций женского организма при умеренно выраженных степенях инфантилизма благоприятный.

#### НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

В период полового созревания происходит превращение девочки в половозрелую женщину. Этот период принято называть пубертатным. В это время происходит активация функции половых желез, обуславливающая быстрое соматическое и половое развитие девочки. К концу периода полового созревания организм девушки анатомически и функционально готов к продолжению рода.

Различают две фазы периода полового созревания. Первая фаза — препубертатная, характеризуется «скачком» роста, появлением вторичных половых признаков, дальнейшим развитием половых органов. Заканчивается фаза появлением первой менструации (менархе). Вторая фаза начинается от первой менструации и заканчивается с завершением полового и соматического развития. Эта фаза характеризуется завершением развития вторичных половых признаков, замедлением роста, появлением стойких овуляторных циклов.

До наступления полового созревания система гипоталамус — гипофиз — яичники — матка отличается рядом особенностей. Эндометрий характеризуется временной нечувствительностью к воздействию половых гормонов. Яичники вырабатывают относительно небольшое



количество половых гормонов; при этом среди эстрогенов преобладают «неклассические» гормоны (фенолстероиды), а отсутствие овуляции и последующего развития желтого тела сопровождается крайне низким выделением прогестерона (он выделяется в основном надпочечниками). Низкая гормональная продукция яичников у девочек не стимулирует функции гипофиза и гипоталамуса. В физиологических условиях включение механизмов системы гипоталамус — гипофиз — яичники, что обеспечивает начало полового созревания, начинается не с периферических звеньев (яичники), а с центральных (гипоталамус — гипофиз). В результате активации продукции ризилинг-факторов базальная секреция гонадотропных гормонов гипофиза становится циклической. Это приводит в свою очередь к созреванию фолликулов в яичнике, овуляции и развитию желтого тела. Половые гормоны оказывают воздействие на эндометрий, вызывая в нем циклические изменения. В период полового созревания многие циклы первоначально являются ановуляторными.

При оценке полового развития используют определение морфотипа. Для задержки полового развития характерны интерсексуальный и инфантильный морфотипы.

Появление вторичных половых признаков (или хотя бы одного из них) у девочки в возрасте до 8 лет называется преждевременным половым развитием. Преждевременное половое развитие бывает истинным, или конституциональным, при котором не наблюдается патологических органических или функциональных изменений, и ложным, вызванным анатомическими или функциональными изменениями в одном или нескольких звеньях системы регуляции менструального цикла.

Период полового созревания может быть изосексуальным, когда фенотип трансформируется по женскому типу, и гетеросексуальным, когда развитие происходит по мужскому типу.

**Преждевременное половое развитие изосексуального типа.** Э т и о л о г и я и п а т о г е н е з. В возникновении преждевременного полового развития центрального происхождения важную роль играет перинатальная патология — асфиксия, родовая травма, а также инфекционно-токсические заболевания в раннем детском возрасте. Эти факторы, помимо непосредственного воздействия на диэнцефальную область, могут вызвать развитие хронического внутрочерепного гипертензивного синдрома. В результате этого в гипоталамической области происходит преждевременное и гетерохронное созревание центров, регулирующих сложную систему нейроэндокринной регуляции менструального цикла.

Наиболее часто встречается преждевременное половое созревание, в возникновении которого важная роль принадлежит генетическим факторам. Иногда эта форма патологии бывает связана с воспалительными процессами или развитием опухоли.

Преждевременное половое развитие овариального происхождения может быть связано или с возникновением фолликулярной кисты (транзиторная форма преждевременного полового созревания), или с наличием гормонпродуцирующей опухоли яичника. Для прежде-

временного полового развития на почве фолликулярных кист характерно транзиторное преждевременное половое созревание, когда его признаки в течение 2—3 мес подвергаются обратному развитию.

Гормонально-активные опухоли яичников могут явиться одной из причин развития преждевременного полового созревания. К ним следует отнести гранулезоклеточные опухоли, которые встречаются наиболее часто, а также тератомы. Иногда длительное экзогенное введение гормональных препаратов может быть причиной возникновения преждевременного полового созревания. Однако эти симптомы обычно быстро исчезают после отмены препаратов.

**К л и н и к а.** Преждевременное половое созревание центрального происхождения вследствие развития опухоли в гипоталамусе сочетается с выраженной неврологической симптоматикой: отставанием интеллекта, эмоциональной неустойчивостью, признаками нарушения функций дизэнцефальных структур. Характерным симптомом такой патологии является церебральная гипертензия, что подтверждается на рентгенограммах наличием усиленного рисунка пальцевых вдавлений в костях свода и основания черепа.

Для преждевременного полового развития центрального генеза функционального характера типичны обменно-вегетативные изменения, присущие нарушениям функции дизэнцефальной области: гипергидроз, акроцианоз, субфебрилитет, умеренное ожирение. Грубых неврологических симптомов, как и нарушений развития интеллекта, у этих детей не наблюдается.

Клиническая картина преждевременного полового созревания при гормонально-активных опухолях яичников отличается от церебральной формы тем, что вначале появляются нерегулярные кровянистые выделения из половых путей при незначительной выраженности вторичных половых признаков. Наружные и внутренние половые органы имеют черты эстрогенного влияния: цианотичность вульвы, выраженный симптом «зрочка», увеличение размеров матки. Продукция гонадотропинов повышена, в то время как концентрация эстрогенов в крови и моче находится на высоком уровне. В случаях преждевременного полового созревания, обусловленного гормонально-активными опухолями яичников, не отмечается такого ускорения соматического развития, как при заболевании центрального генеза. Костный возраст, рост и масса тела девочек находятся в соответствии с календарным возрастом вследствие кратковременного эстрогенного влияния при развитии опухоли.

**Д и а г н о с т и к а.** В процессе выявления генеза преждевременного полового созревания следует установить, лежат ли в основе этой патологии функциональные или органические нарушения. После этого надо определить локализацию патологического процесса.

При центральном генезе синдрома особое значение имеют указания в анамнезе на вирусные инфекции, токсоплазмоз и некоторые другие инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности. Большое значение следует придавать внутричерепной травме плода вследствие патологического течения родов. При характеристике периодов новорожденности и детства следует обратить внимание на

перенесенные тяжелые заболевания. При центральном генезе преждевременного полового созревания существенную помощь в диагностике оказывают неврологическое обследование, обнаружение внутричерепной гипертензии, патологическая ЭЭГ (дизритмия, межполушарная асимметрия по частоте и амплитуде и др).

Во время гинекологического исследования девочек с яичниковой формой преждевременного полового созревания отмечают не соответствующую возрасту «сочность» вульвы, складчатость влагалища, состояние гиперэстрогении по тестам функциональной диагностики, увеличение размеров матки. Характерным является высокий уровень эстрогенов в плазме крови или моче при относительно невысоком содержании гонадотропинов.

**Лечение.** Основано на устранении патологии, вызвавшей преждевременное половое созревание и торможение процесса полового созревания. С этой целью применяют витамины, дегидратационную терапию, эндоназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub> и новокаина, проводят санацию очагов локальной инфекции.

Большое значение в профилактике преждевременного полового созревания центрального генеза имеет борьба с ante- и интранатальной патологией.

Для торможения процесса полового развития применяют препараты, подавляющие гонадотропную функцию гипофиза (комбинированные эстроген-гестагенные препараты, препараты эпифиза). Действие этих препаратов основано на механизмах отрицательной обратной связи по отношению к гипоталамусу. Однако синтетические эстроген-гестагенные препараты оказывают специфическое действие на гормонально-зависимые органы и ткани, поэтому применение их должно быть строго обосновано.

При гормонально-активных опухолях яичников прибегают к операции. Объем ее определяется характером опухоли. При фолликулярных кистах небольшого размера хирургическое вмешательство не показано. Такая больная находится под систематическим наблюдением специалиста. Обычно в течение 2—3 мес симптомы преждевременного полового развития исчезают.

**Преждевременное половое развитие гетеросексуального типа.** В основе этой патологии лежит простая вирилизующая форма врожденного адреногенитального синдрома, который представляет собой генетически обусловленное заболевание, связанное с недостаточностью ферментной системы 21-гидроксилазы в коре надпочечников (энзимопатия). Этот дефект приводит к недостатку образования кортизола и увеличению продукции АКТГ. Повышенная стимуляция этого гормона вызывает двустороннюю гипертрофию коры надпочечников и увеличение синтеза гормонов. Значительно возрастает продукция предшественников кортизола, в том числе андрогенов. Избыточная выработка андрогенов вызывает вирилизацию половых органов: увеличение клитора и появление уrogenитального синуса. Чаще имеет место дефект фермента 21-гидроксилазы без потери солей (неосложненный адреногенитальный синдром), реже — с потерей солей (осложненный синдром).

Заболевание встречается у 1 на 5000 новорожденных и наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

**К л и н и к а.** Врожденный адреногенитальный синдром может быть диагностирован уже у новорожденной девочки. Отмечаются гипертрофия клитора, гипоплазия половых губ, высокая промежность, наличие урогенитального синуса. Соматическое развитие детей с адреногенитальным синдромом характеризуется резко выраженным ускорением темпа роста в первое десятилетие жизни. К 12 годам скорость роста резко замедляется и прирост тела в 12—15 лет становится в 5 раз меньше, чем у здоровых девочек аналогичного возраста.

Телосложение девочек с адреногенитальным синдромом носит диспластический характер: узкий таз, широкие плечи, короткие конечности, трубчатые кости значительно массивнее, чем у здоровых девочек и даже взрослых женщин. Период полового созревания начинается рано (с 6—7 лет) и протекает по гетеросексуальному типу: появляются мужские вторичные половые признаки (оволосение по мужскому типу, увеличение клитора, снижение тембра голоса, увеличение перстневидного хряща, возрастание мышечной силы). Молочные железы и менструальная функция отсутствуют. Рост матки при адреногенитальном синдроме в детстве и в период полового созревания происходит медленнее, чем у здоровых девочек. Это свидетельствует о том, что, несмотря на выраженную гиперандрогению, при адреногенитальном синдроме все же происходит рост и развитие внутренних половых органов за счет эстрогенов надпочечников. Выделение общих гонадотропинов и ЛГ в первое десятилетие жизни при врожденном адреногенитальном синдроме выше, чем в норме.

У девочек с адреногенитальным синдромом ускорение соматического развития протекает на фоне более ранней активизации функции церебральных структур, что можно объяснить действием андрогенов, уровень которых в организме при этом синдроме резко повышен. Наблюдается также ациклический характер гонадотропной функции, что типично для мужского типа половой дифференцировки гипоталамуса. Такая нарушенная гонадотропная функция делает невозможной циклическое созревание фолликулов и овуляцию.

У больных с адреногенитальным синдромом резко повышена экскреция 17-кетостероидов. При проведении пробы с преднизолоном или дексаметазоном экскреция их снижается вдвое и больше (проба положительная).

Простую вирилизирующую форму адреногенитального синдрома следует дифференцировать от других форм гермафродитизма и вирилизирующей опухоли коры надпочечника. Отличительной особенностью этого синдрома является наличие положительного полового хроматина, женского кариотипа (46XX), положительной пробы с преднизолоном.

**Л е ч е н и е.** Терапия простой вирилизирующей формы адреногенитального синдрома основана на способности введенных извне глюкокортикоидов нормализовать экскрецию АКТГ и синтез гормонов коры надпочечников с уменьшением продукции андрогенов. Назначают один из препаратов гормонов коры надпочечников: гидрокортизон,

преднизолон или дексаметазон. Наиболее эффективно лечение, начатое до 7—10-летнего возраста.

На фоне лечения глюкокортикоидами вирилизация сменяется феминизацией. При этом заметно замедляется рост. Отмечаются раннее развитие молочных желез и раннее появление менструаций. Быструю феминизацию на фоне этой терапии можно объяснить повышением функциональной активности собственных яичников. Установлено, что с началом лечения увеличивается продукция яичниками стероидных гормонов, нормализуется гонадотропная функция гипофиза и наступает овуляция.

Нередко при врожденном адреногенитальном синдроме гормональную терапию сочетают с операцией: ампутацией гипертрофированного клитора, иссечением избыточно развитых половых губ и др.

Ампутацию клитора следует производить непосредственно после установления диагноза независимо от возраста больной, так как эта операция оказывает благоприятное воздействие на ее психику. Формирование же входа во влагалище целесообразно производить не ранее 10—11 лет.

### **Нарушение полового развития в пубертатном периоде по типу «стертой» вирилизации**

Вирильный синдром возникает вследствие нарушения функции надпочечников при врожденной форме адреногенитального синдрома. Он может быть также результатом развития оужествляющих опухолей яичников и маскулинизирующих опухолей коры надпочечников.

Клинические проявления опухоли зависят от ее типа и количества продуцируемых андрогенов. Чаще встречается так называемая стертая форма вирилизации, когда клинические симптомы у больных появляются после менархе. Это связано с усилением гормональной активности в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — надпочечники.

Длительное время синдром Штейна — Левенталя считали единственной причиной развития «стертой» вирилизации. Однако в настоящее время установлено, что причиной «стертой» вирилизации может быть не только недостаточность ферментных систем яичника (синдром Штейна — Левенталя), но и постнатальная форма адреногенитального синдрома, а также нарушения центральной регуляции функции яичников и коры надпочечников.

**Гиперандрогения надпочечникового генеза.** Это заболевание может явиться следствием нарушения функции надпочечников при врожденной форме адреногенитального синдрома, а также возникнуть в постнатальном периоде вторично как результат воздействия неблагоприятных факторов, нарушающих функцию коры надпочечников (интоксикация, инфекция, введение экзогенных гормонов). Патогенез этих состояний одинаков с врожденной формой адреногенитального синдрома.

**К л и н и к а.** Для гиперандрогении надпочечникового генеза харак-

терно раннее появление вирильных симптомов. Гирсутизм появляется до или сразу после менархе. Маскулинизация носит менее выраженный характер, чем при врожденном адреногенитальном синдроме. Первая менструация может появиться поздно. В дальнейшем менструации становятся редкими (гипоменструальный синдром). Почти у всех больных наблюдается аспе *vulgaris* на спине, груди и лице. У некоторых больных могут быть смуглая кожа или пигментированные участки кожи. Отмечается гипоплазия молочных желез. Характерно мужское строение фигуры: широкие плечи, узкий таз, укороченные конечности. Повышенная концентрация андрогенов в крови приводит к ускоренному закрытию зон роста костей, в связи с чем преждевременно прекращается рост тела. Половые органы развиты по женскому типу. Могут наблюдаться умеренная гипертрофия клитора и уменьшение размеров матки при нормальных размерах яичников. Выделение с мочой 17-кетостероидов, тестостерона, дегидроэпиандростерона превышает норму в  $1\frac{1}{2}$ —2 раза. Тесты функциональной диагностики позволяют установить и ановуляцию, и андрогенный тип влагалишных мазков.

**Д и а г н о с т и к а.** Большое значение в диагностике имеют пробы с преднизолоном (или дексаметазоном) и АКТГ. Проба считается положительной, если после введения глюкокортикоидов экскреция 17-кетостероидов снижается на 50% и более.

Проба с АКТГ основана на стимуляции синтеза гормонов коры надпочечников. АКТГ не влияет на гормонообразование в опухоли коры надпочечников и в яичнике. После пробы при дефекте синтеза 21-гидроксилазы резко возрастает выделение 17-кетостероидов, а экскреция 17-оксикортикостероидов практически не изменяется.

**Л е ч е н и е.** Рекомендуются заместительная терапия глюкокортикоидами в поддерживающих дозах, как и при врожденной форме адреногенитального синдрома. Обычно назначают преднизолон по 5 мг или дексаметазон по 0,5 мг в день под контролем экскреции 17-кетостероидов.

**Яичниковая форма гиперандрогении (синдром Штейна — Левенталля).** Заболевание возникает в результате повышенного образования андрогенов в яичниках. Яичниковая форма гиперандрогении может быть следствием врожденного или приобретенного энзимного дефекта синтеза гормонов в яичниках, возникшего вследствие инфекции или интоксикации в период полового созревания или в более старшем возрасте.

**К л и н и к а.** Первые признаки заболевания возникают с менархе. Менструации вначале бывают редкие (1—3 раза в год), через 1— $1\frac{1}{2}$  года появляется гирсутизм. Антропометрические данные свидетельствуют о сочетании признаков инфантилизма с вирилизацией (широкая грудная клетка, уменьшение размеров таза, увеличение длины ног и рук). При гинекологическом исследовании отмечается оволосение по мужскому типу, размеры матки нормальные, яичников — увеличенные. Степень увеличения яичников пропорциональна длительности заболевания. Тесты функциональной диагностики свидетельствуют об ановуляции на фоне гипозестрогении. Экскреция 17-кетостероидов умеренно повышена, эстрогенов — снижена.

Экскреция ЛГ повышена, предовуляторные пики его не выражены. Проба с глюкокортикоидами отрицательная. Наиболее показательна проба с синтетическими эстроген-гестагенными препаратами, которые подавляют гонадотропную функцию гипофиза. Подавление экскреции гонадотропных гормонов приводит к торможению синтеза гормонов в яичниках и к уменьшению экскреции 17-кетостероидов. Эта проба используется для проведения дифференциальной диагностики между гиперандрогемией надпочечникового (АГС) и яичникового генеза.

**Л е ч е н и е.** Основным методом лечения синдрома Штейна—Левенталя является хирургическое вмешательство в виде клиновидной резекции яичников (независимо от возраста девушки). Однако при нерезко выраженных клинических проявлениях синдрома целесообразно начать лечение с назначения большой кломифена — препарата, оказывающего стимулирующее влияние на овуляцию. При отсутствии эффекта от консервативного лечения (кломифен), проведенного в течение 6 мес, показана операция клиновидной резекции яичников.

**Гиперандрогения дизэнцефального генеза.** Это заболевание является чаще всего следствием нейротропных инфекций (хронический тонзиллит, ревмокардит, грипп и др.).

При гиперандрогении дизэнцефального генеза происходит нарушение правильного синхронного созревания ядер гипоталамуса, что приводит к длительной, неритмичной стимуляции передней доли гипофиза релизинг-гормонами со стойким повышением выделения ЛГ и АКТГ. Длительное воздействие ЛГ и АКТГ вызывает гиперстимуляцию яичников и коры надпочечников, что приводит к усилению выделения андрогенов яичниками и надпочечниками.

**К л и н и к а.** У девушек, заболевших до менархе, отмечается ускорение полового созревания. Менархе может наступить раньше обычного срока (в 11 лет), однако регулярная менструальная функция отсутствует. Наряду с редкими менструациями могут иметь место ювенильные кровотечения. Нередко наблюдаются ожирение и гипертрофия молочных желез. Гирсутизм выражен слабо. Антропометрические данные указывают на увеличение окружности грудной клетки и таза. Наблюдаются множественные вегетососудистые нарушения: акроцианоз кистей рук, мраморность кожи, тахикардия, нарушение терморегуляции, отеки рук и ног.

Со стороны наружных и внутренних половых органов патологических изменений нет. Тесты функциональной диагностики свидетельствуют об ановуляции на фоне дефицита продукции эстрогенов (гипоэстрогения).

**Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а** гиперандрогении центрального генеза проводится с помощью комбинированной пробы с одним из эстроген-гестагенных препаратов и преднизолоном (или дексаметазоном).

**Л е ч е н и е.** Применяются дегидратационная терапия (гипотиазид), антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), препараты, понижающие проницаемость сосудистой стенки (рутин, глюконат кальция). Целесообразно применение эндоназального ионофореза витами-

ном В<sub>1</sub> и димедролом, белковой диеты, лечебной физкультуры. При гиперэстрогении во вторую фазу менструального цикла (за 8 дней до предполагаемой менструации на протяжении 6 дней) показано применение прогестерона или туринала.

### **Задержка полового развития**

Отставание появления вторичных половых признаков, присущих популяции данного возраста, на два и более года или недостаточная выраженность вторичных половых признаков называются задержкой полового развития. При позднем обращении к врачу динамика появления вторичных половых признаков остается неуточненной. Поэтому к задержке полового развития относят все наблюдения, когда к 15-летнему возрасту отсутствует менструальная функция и недоразвиты вторичные половые признаки. Таким образом, до 15 лет можно говорить о задержке полового развития, после этого возраста — о половом инфантилизме.

Среди этиологических факторов важное значение имеют генные нарушения, осложненное течение внутриутробного развития, отрицательное воздействие ряда факторов (нерациональное питание, нарушения обмена, гипотиреоз, хронический тонзиллит, детские инфекции, операции на яичниках, длительное лечение кортикостероидами и др.) в постнатальном периоде жизни.

Различают две основные формы задержки полового развития — центрального и овариального генеза.

**Задержка полового развития центрального генеза.** Причиной задержки полового развития центрального генеза является нарушение регулирующей функции гипоталамических структур. Имеются указания на роль наследственного фактора в происхождении этой патологии. Задержка полового развития может быть обусловлена частыми инфекционно-токсическими заболеваниями (наибольшую опасность представляет ревматическая инфекция).

**К л и н и к а.** У девочек, достигших 14—16 лет, менструальная функция отсутствует или же имеются редкие скудные менструации 1—2 раза в год. При антропометрическом исследовании выявляется евнухоидное телосложение: высокий рост за счет несоразмерно длинных ног, уменьшение поперечных размеров тела; костный возраст соответствует календарному. Вторичные половые признаки развиты недостаточно, отмечается гипоплазия наружных и внутренних половых органов. Данные тестов функциональной диагностики свидетельствуют о гипоэстрогении. Продукция ФСГ и ЛГ значительно снижена по сравнению с таковой у здоровых девушек.

**Д и а г н о с т и к а.** Для выявления функционального состояния яичников и гонадотропной функции гипофиза применяется проба с хоригоонином, который обладает лютеинизирующей активностью и стимулирует функцию яичников. При центральной форме задержки полового развития проба с хоригоонином положительна.

Для подтверждения центрального генеза задержки полового развития может быть проведена проба с рилизинг-гормоном, который



вводят однократно внутривенно в дозе 100 мкг с последующим определением концентрации ФСГ и ЛГ в сыворотке крови в течение 3 ч. Повышение концентрации гонадотропинов через 30—120 мин после введения препарата указывает на центральный генез заболевания. ЭЭГ указывает на функциональные нарушения дизэнцефальных структур.

**Лечение.** План лечения вырабатывается совместно с невропатологом. Кроме воздействий, направленных на нормализацию функций дизэнцефальной области, показана специфическая гормональная терапия рилизинг-гормоном, гонадотропинами, эстрогенами. Введение эстрогенов оказывает стимулирующее воздействие не только на развитие половых органов и молочных желез, но и гипоталамуса. Для длительного лечения могут быть рекомендованы конъюгированные эстрогены.

### Задержка полового развития яичникового генеза

Заболевание обусловлено резко выраженным снижением гормональной функции яичников при наличии гипергонадотропной активности гипофиза. Эта форма задержки полового развития не связана с хромосомной патологией и может рассматриваться как функциональная недостаточность яичников.

Функциональную неполноценность яичников могут обусловить инфекционное поражение фолликулярного аппарата, изменение чувствительности рецепторов яичников к воздействию гонадотропинов вследствие нарушения их иннервации, дефицита ферментативных систем, участвующих в синтезе эстрогенов.

**Клиника.** Менструальная функция отсутствует. В телосложе-

Таблица 6. Дифференциально-диагностические признаки задержки полового развития центрального и яичникового генеза

Диагностический признак	Форма задержки полового развития	
	центральная	яичниковая
Менструации	Скудные, редкие	Отсутствуют
Состояние молочных желез	Умеренная гипоплазия	Значительная гипоплазия
Данные антропометрии:		
длина ног	Больше нормы	Меньше нормы
размеры таза	Меньше нормы	» »
Состояние гениталий:		
матка	» »	» »
яичники	Нормальной величины или меньше нормы	» »
Данные ЭЭГ	Функциональные нарушения дизэнцефальных структур	Нарушения отсутствуют
Уровень эстрогенов	Снижен	Значительно снижен
» ЛГ	Значительно снижен	Превышает возрастную норму в 2—2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> раза
» ФСГ	» »	То же
Проба с хоригонином	Положительна	Отрицательна

нии отмечаются интерсексуальные черты: увеличение размеров окружности грудной клетки, уменьшение размеров таза, отставание костного возраста от календарного. Вторичные половые признаки значительно недоразвиты, особенно молочные железы. Отмечаются гипоплазия матки и уменьшение размеров яичников. При анализе тестов функциональной диагностики обращают внимание на выраженную степень гипозэстрогении. Выделение ФСГ и ЛГ превышает возрастную норму в 2—2½ раза. Выделение гонадотропинов носит ациклический характер. Проба с хориогиноном отрицательна. При ЭЭГ изменений биоэлектрической активности мозга не выявляется.

В табл. 6 приведены важнейшие дифференциально-диагностические признаки задержки полового развития центрального и яичникового гонеза.

Если в результате обследования диагностируется овариальная форма задержки полового развития, то в первую очередь следует исключить дисгенезию гонад (генетическое обследование).

**Л е ч е н и е.** При яичниковой форме задержки полового развития показано применение заместительной гормональной терапии (эстрогены и гестагены) в циклическом режиме.

#### ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД

Дисгенезия гонад — это дефект развития половых желез, в основном обусловленный хромосомными нарушениями.

Возникновение дисгенезии гонад может быть связано с врожденными хромосомными дефектами, а также с неблагоприятными воздействиями на организм плода (инфекция, интоксикация и др.) в критический период дифференцировки половых желез.

Как известно, для женского пола характерно наличие двух половых хромосом XX, а для мужского — XY. У больных, страдающих дисгенезией гонад, может быть неполный набор хромосом — 45, XO или мозаицизм.

Различают три формы дисгенезии гонад — типичную, «чистую» и смешанную.

**Типичная форма дисгенезии гонад (синдром Шерешевского—Тернера).** У этих больных при хромосомном анализе обнаруживается кариотип 45, XO. Диапазон хромосомных аномалий может быть очень велик: XO/XX, XO/XY, XO/XYY, XO/XXX и др. Разнообразие хромосомных aberrаций не влияет на клиническую картину синдрома. Единственной клинической формой, связанной с определенным хромосомным набором, является синдром с маскулинизацией (XO/XY).

**К л и н и к а.** При рождении у новорожденных отмечаются короткая шея с очень широкими кожными складками (крыловидная шея), низкая граница волос на затылке. В раннем детском возрасте отмечаются эти же признаки.

В школьном возрасте (или раньше) отмечается замедленный рост, часто наблюдаются отставание умственного развития, отсутствует половое созревание (первичная аменорея и недоразвитие вторичных половых признаков). Часто выявляются пороки развития скелета; характерны множественность и распространенность изменений, выра-

жающихся в нарушении структуры костей, множественных аномалиях развития.

Рентгенологически обнаруживается остеопороз губчатых костей, таза, позвоночника, черепа, эпифизов и метафизов трубчатых костей, изменение формы тел позвонков, что является результатом неравномерного торможения роста. При синдроме Шерешевского—Тернера наблюдаются тяжелые пороки развития внутренних органов: почек, мочеточников, мочевого пузыря, стеноз перешейка аорты и др.

В пубертатном периоде у больных не появляются вторичные половые признаки. Молочные железы практически отсутствуют, соски расположены широко. Половое и подмышечное оволосение недостаточное. Большие и малые половые губы, влагалище и матка недоразвиты. Слизистая оболочка влагалища тонкая, блестящая, вагинальные мазки имеют атрофическую картину. Слизистая оболочка тела матки находится в состоянии атрофии. Проба на хроматин у большинства больных отрицательная.

Синдром Шерешевского—Тернера может сопровождаться маскулинизацией — гипертрофией клитора и ростом волос по мужскому типу. Кардинальным симптомом дисгенезии гонад является первичная аменорея. Отмечается повышение содержания гонадотропных гормонов, главным образом ФСГ. Это связано с тем, что при дисгенезии гонад в связи с отсутствием реакции «яичников» на гонадотропины возникает компенсаторное повышение секреции гонадотропинов. Количество 17-кетостероидов в суточной моче ниже нормы (5—6 мг).

При лапаротомии обнаруживается различная анатомическая картина. У генетически мужской особи находят относительно хорошо сформированную матку и яйцеводы, а на месте яичников — рудиментарные мужские гонады.

При синдроме с маскулинизацией на лапаротомии обнаруживают с одной стороны рудиментарную матку, с другой — рудиментарные мужские гонады.

**Чистая форма дисгенезии гонад.** При хромосомном анализе выявляются кариотипы 46 XX или 46XY, причем клиническая картина не зависит от кариотипа.

**К л и н и к а.** Наиболее характерным клиническим проявлением чистой формы дисгенезии гонад является резко выраженный половой инфантилизм при отсутствии соматических аномалий развития.

Больные нормального или высокого роста с женским фенотипом и резко выраженным половым инфантилизмом. Телосложение носит диспластический характер: у одних больных — интерсексуальное телосложение с увеличением окружности грудной клетки и умеренным уменьшением поперечных размеров таза, у других — евнухоидное с резким уменьшением поперечных размеров таза и увеличением длины ног. У всех больных отсутствуют или резко недоразвиты молочные железы, скудное оволосение в подмышечных областях и в области наружных половых органов, резко выраженное недоразвитие наружных половых органов и матки.

Влагалищные мазки атрофического типа. При лапаротомии обнаруживается женский тип внутренних половых органов (имеются матка и

маточные трубы). Однако вместо яичников находят длинные, тонкие белесоватые образования, по своему гистологическому строению сходные с таковыми при синдроме Шерешевского—Тернера. Фолликулы в этих рудиментарных гонадах отсутствуют.

При гормональном обследовании выявляют общее увеличение гонадотропинов, эстрогены практически отсутствуют.

**Смешанная форма дисгенезии гонад.** Для этой формы характерна хромосомная мозаика 45,X0, 46,XY. Имеется описание случаев с кариотипом X0, X0/XY, XX.

Патогенез этого нарушения развития еще не совсем ясен. При этой форме дисгенезии гонад в брюшной полости на одной стороне обнаруживают соединительнотканый рудимент гонады, на другой стороне — дисгенетическое яичко.

**К л и н и к а.** При рождении или в более старшем возрасте обнаруживают необычное строение половых органов: увеличение клитора и широкий воронкообразный уrogenитальный синус с глубоко расположенными отверстиями влагалища и уретры.

При смешанной форме дисгенезии гонад в более позднем возрасте у таких больных отмечают высокий рост, резкое недоразвитие молочных желез, гипертрофия клитора, выраженное оволосение наружных половых органов (нередко гипертрихоз), низкий тембр голоса. Соматические аномалии отсутствуют. При лапаротомии находят недоразвитую матку и маточные трубы (иногда с одной стороны). Одна из гонад рудиментарна и представляет собой белесоватый соединительнотканый тяж, другая — яичко с различно выраженной гормональной активностью. Дисгенетическое яичко может находиться на месте яичника, в паховом канале или в рудиментарной мошонке.

**Л е ч е н и е.** При дисгенезии гонад лечение целесообразно начинать в возрасте 10—12 лет. Оно должно быть направлено на устранение диспропорционального соматического развития, уменьшение полового инфантилизма, восстановление нейропсихического статуса больной.

У больных с синдромом Шерешевского—Тернера при выраженной задержке роста необходимо раннее его стимулирование. Для этого рекомендуются гормоны щитовидной железы (тиреоидин) и анаболические стероиды (метиландростендиол или неробол). Лечение указанными препаратами (с интервалами 2—3 мес) обычно продолжается до 13—14-летнего возраста. Затем назначают заместительную терапию половыми гормонами. Лечение эстрогенами следует начинать в возрасте 16—17 лет, так как слишком раннее применение эстрогенов у больных с низким ростом может вызвать преждевременное окостенение эпифизарных хрящей, что приведет к окончательной остановке роста.

Заместительная терапия гормонами осуществляется по единому принципу при всех формах дисгенезии гонад. Назначают препараты эстрогенных гормонов (димэстрол, эстрадиола дипропионат, этинилэстрадиол), используя их способность вызывать развитие первичных и вторичных половых признаков. Применение эстрогенов может быть также эффективным в отношении сниженного интеллекта, так как они уменьшают психическую подавленность, связанную с сознанием собственной биологической неполноценности. На фоне приема эстрогенов

для улучшения рецепции половых органов и молочных желез рекомендуется применение тиреоидина и фолиевой кислоты. Одновременно рекомендуются физиотерапевтические процедуры, усиливающие кровоснабжение органов малого таза, а также полноценное витаминизированное питание, правильное чередование физической и умственной нагрузок, рациональный отдых.

При достижении полового созревания или при появлении менструальноподобных реакций следует переходить на циклическую гормонотерапию (эстрогены в течение 12—14 дней, затем гестагены в течение 8 дней).

Дисгенезия гонад является показанием для длительного применения эстрогенов. Это в свою очередь может привести к развитию гиперпластических процессов в гормонально-зависимых органах — молочных железах, матке. Поэтому эстрогены следует вводить не более 5 лет. В дальнейшем вопрос о целесообразности лечения гормонами и его длительности решается индивидуально с учетом реакции органов-мишеней и нервно-психического состояния больного.

При смешанной форме дисгенезии гонад их следует удалять для профилактики развития опухоли, а также ликвидации вирильного синдрома. Если при лапаротомии на месте гонады обнаруживается неправильной формы и неоднородной консистенции образование, то необходимо удалять и саму опухоль, и матку.

## Г л а в а X V I I

### НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Нарушения нормального расположения половых органов у женщин встречаются сравнительно часто и могут быть проявлением самых разнообразных патологических процессов.

При определении правильного или неправильного расположения женских половых органов основное внимание уделяют положению матки и несколько меньшее — влагалища. Придатки матки очень подвижны и перемещаются, как правило, вместе с маткой, легко смещаются под влиянием изменения внутрибрюшного давления, наполнения или опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Значительное смещение матки происходит во время беременности. Характерным является то, что после прекращения действия этих факторов матка сравнительно быстро возвращается в свое первоначальное положение. В детском возрасте матка располагается значительно выше, а в старческом (в связи с развивающейся атрофией мышц тазового дна и связок) — ниже, чем в репродуктивном периоде жизни женщины.

В нормальном положении матку удерживает подвешивающий аппарат (связки), закрепляющий аппарат (связки, фиксирующие подвешенную матку), поддерживающий аппарат (тазовое дно).

П о д в е ш и в а ю щ и й а п п а р а т включает: 1) круглые связки (*ligg. rotundum, s. teres*); 2) широкие связки (*ligg. latum*); 3) прямокишечно-маточные мышцы (*mm. rectouterini*); 4) собственные связки яич-

ников (*ligg. ovarii proprium*); 5) воронкообразные связки (*ligg. infundibulo-pelvicum*).

Круглые связки удерживают матку в состоянии *anteversio*, широкие связки при перемещении матки напрягаются и тем самым способствуют удержанию матки в физиологическом положении, собственные связки яичника и воронкообразные связки способствуют удержанию матки в срединном положении, крестцово-маточные связки притягивают матку кзади.

Закрепляющий аппарат матки (*retinaculum uteri*) состоит из соединительнотканых тяжей с небольшим количеством мышечных клеток, которые идут от нижнего отдела матки (зоны уплотнения клетчатки): а) кпереди к мочевому пузырю и далее к симфизу; б) к боковым стенкам таза — основные связки (*lig. cardinale*); в) кзади, составляя соединительнотканый осто крестцово-маточных связок.

Поддерживающий аппарат состоит из мышц и фасции тазового дна, которые препятствуют опусканию вниз половых органов и внутренностей.

Нормальное положение женских половых органов определяют, исходя из вертикального положения тела при

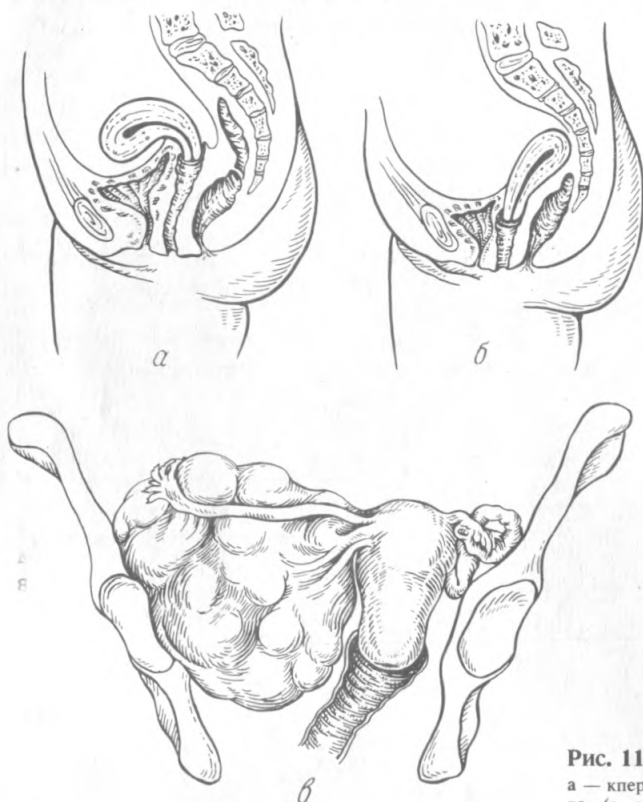


Рис. 118. Смещение матки.  
а — кпереди; б — кзади; в — влево (в связи с развитием опухоли яичника).



Рис. 119. Гиперантефлексия матки.



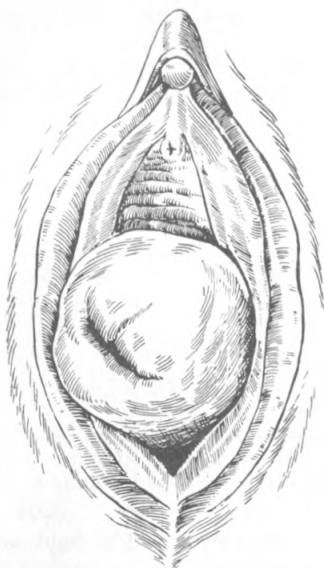
Рис. 120. Ретроверзия и ретрофлексия матки.

опорожненном мочевом пузыре и прямой кишке. В физиологических условиях продольная ось матки совпадает с проводимой осью таза. Дно матки не выходит за плоскость входа в малый таз, а наружный зев находится на линии, соединяющей между собой седалищные ости (интерспинальная плоскость). Матка наклонена несколько кпереди, в связи с чем дно ее направлено к передней брюшной стенке (*anteversio*) и имеет изгиб между шейкой и телом, образующий открытый кпереди тупой угол (*anteflexio*). Влагалище располагается в полости малого таза, направляясь снаружи и спереди косо вверх и кзади к шейке матки. Придатки находятся сбоку и несколько кзади от матки.

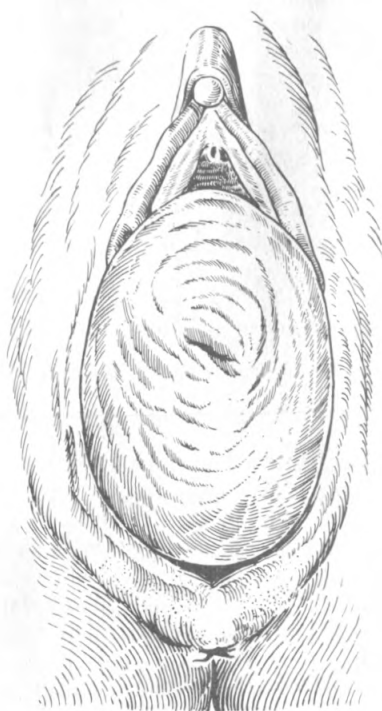
**К л а с с и ф и к а ц и я.** Смещения матки по горизонтальной плоскости, при которых сохраняется нормальный тупой угол между шейкой и телом, называются изменением позиции (*positio*).

Различают смещение матки кпереди — *antepositio*, кзади — *retropositio*, в стороны — *lateropositio*, вправо — *dextropositio* и влево — *sinistropositio*. Эти смещения матки чаще всего бывают обусловлены опухолью яичников, маточных труб (рис. 118). Аналогичное влияние на положение матки могут оказывать инфильтраты в околоматочной клетчатке. Патологические смещения матки могут быть связаны со спаечными процессами в брюшной полости в результате перенесенного воспалительного процесса.

В связи с тем что крестцово-маточные и кардинальные связки фиксируют в основном шейку матки на уровне внутреннего зева, при возникновении давления или натяжения по горизонтальной плоскости в области тела матки оно часто смещается соответственно этому воздействию, а шейка, наоборот, оказывается смещенной в противоположном направлении. При нормальном положении матки всегда имеется небольшое наклонение матки кпереди, при этом наружный зев матки направлен в сторону заднего влагалищного свода — *anteversio*. Более резкое наклонение тела матки кпереди, когда шейка своим наружным зевом обращена кзади и кверху, свидетельствует о патологической *anteversio*. Наклонение тела матки вправо (шейка при этом наклоняется



**Рис. 121.** Неполное выпадение матки с удлинением шейки.



**Рис. 122.** Полное выпадение матки.

влево) называется дэкстрроверсией (*dextroversio*), наклонение влево — синистроверсией (*sinistroversio*). При наклоне тела матки кзади (ретроверсия — *retroversio*) дно матки направлено к задней стенке таза, а шейка матки своим наружным зевом — кпереди.

Перегиб (*flexio*) матки может быть значительно усилен. В этих случаях угол между шейкой и телом становится острым (*hyperanteflexio*) (рис. 119). Это часто встречается при недоразвитии женских половых органов и сочетается с конической формой шейки, уменьшением размеров тела матки, нарушениями менструального цикла, бесплодием и другими проявлениями генитального инфантилизма. Когда тело матки обращено кзади, а шейка образует с ним угол, открытый кзади, говорят о *retroflexio uteri* (рис. 120). Если угол образуется между шейкой и телом матки, открытый в сторону, то соответственно стороне, куда направлено дно матки, различают *dextroflexio* и *sinistreflexio uteri*.

Из смещений матки по вертикальной оси различают смещение кверху (*elevatio*) и смещения книзу (*descensus uteri*). Приподняtie матки характеризуется тем, что наружный зев шейки оказывается выше интерспинальной линии, дно матки располагается выше плоскости входа в малый таз. Этот вид изменения положения матки обычно



связан с наличием больших опухолей в области малого таза, находящихся ниже матки.

Смещение матки и влагалища книзу относится к сравнительно частой аномалии положения половых органов и является результатом нарушения функционального состояния мышц тазового дна, поддерживающих аппарат матки. Опущение, а в дальнейшем и выпадение матки являются динамическим процессом и развиваются постепенно. Смещения матки книзу I степени говорят о ее опущении (*descensus uteri*). В таких случаях наружный зев шейки матки определяется ниже интерспинальной линии, но шейка матки не выходит за пределы половой щели даже при потуживании.

Если шейка матки и тем более часть тела матки оказывается за пределами половой щели, то речь идет о частичном выпадении матки (*prolapsus uteri partialis*). Шейка матки в этих условиях часто гипертрофируется, удлиняется (*elongatio colli uteri*) (рис. 121). Полным считается такое выпадение матки (*prolapsus uteri totalis*), когда она вся находится снаружи за пределами половой щели. При этом обычно происходит выпадение стенок влагалища с вовлечением стенок мочевого пузыря (*cystocele*) и прямой кишки (*rectocele*) (рис. 122).

При рождающемся подслизистом узле миомы возможен выворот матки (*inversio uteri*), характеризующийся выворотом слизистой оболочки тела матки наружу.

Матка (тело и шейка) может подвергаться смещениям вокруг вертикальной оси (*rotatio uteri*). Это происходит вследствие одностороннего роста опухоли матки, развития опухоли яичника и т. д. Если при повороте тела матки шейка, фиксированная связками, остается неподвижной, то говорят о перекручивании матки (*torsio uteri*).

Из патологических положений матки наиболее часто в клинической практике встречаются смещения книзу, ретроверзия, ретрофлексия и гиперантефлексия. Самыми редкими вариантами аномалий положения являются поворот, перекручивание и выворот матки. У одной и той же больной возможно сочетание различных изменений положения матки, например ретроверзии и опущения матки, ретроверзии и ретрофлексии, ретроверзии и латеропозиции с элевацией и т. д.

Таким образом основными причинами возникновения неправильных положений половых органов являются: 1) опухоли, локализующиеся в половых органах (миома матки, кистомы яичников, иногда опухоли влагалища) или за ее пределами (новообразования на стенках малого таза — опухоли прямой кишки, мочевого пузыря); 2) воспалительные процессы в параметральной клетчатке, спаечные процессы в малом тазу, приводящие к фиксации матки к париетальной брюшине; 3) врожденные анатомические особенности внутренних женских половых органов; 4) недоразвитие половых органов (гиперантефлексия); 5) несостоятельность мышц тазового дна, перерастяжение и атрофия связочного аппарата матки.

Клинические проявления у больных с неправильными положениями половых органов определяются основным патологическим процессом, который вызвал ту или иную аномалию положения.

Поэтому лечение при всех аномалиях положения половых органов

должно быть прежде всего направлено на коррекцию основного заболевания. Среди многочисленных аномалий положения половых органов наибольшее клиническое значение имеют ретроверзия и ретрофлексия матки, а также опущение и выпадение матки и влагалища.

#### РЕТРОВЕРЗИЯ И РЕТРОФЛЕКСИЯ МАТКИ

Ретроверзия представляет собой отклонение тела матки кзади, а влагалищной части шейки — кпереди. При прогрессировании этого положения матки вначале утрачивает свой изгиб кпереди (*anteflexio*), а затем начинает формироваться изгиб кзади (*retroflexio*).

Угол между шейкой и телом матки, открытый кзади, вначале становится тупым, а в дальнейшем может превратиться в острый, причем дно матки оказывается обращенным в прямокишечно-маточное углубление. Если ретрофлексированной матке при бимануальном исследовании может быть придано правильное положение, говорят о подвижной ретрофлексии (*retroflexio uteri mobilis*). При сращениях с париетальной брюшиной матка, находящаяся в ретрофлексии, теряя свою подвижность и не может быть выведена с помощью ручных приемов (*retroflexio uteri fixata*).

**Э т и о л о г и я.** В происхождении отклонений матки кзади (ретродевии) существенную роль играют потеря тонуса и расслабление связочного аппарата матки, являющиеся иногда врожденной особенностью организма женщины (астеническая конституция), но в большинстве случаев результатом недоразвития половых органов, многократных родов (особенно при длительном положении родильницы на спине). В этих условиях матка легко смещается кзади переполненным мочевым пузырем, а после его опорожнения попадающие в пузырно-маточное углубление петли кишечника препятствуют возвращению матки в первоначальное положение.

К возникновению фиксированной ретроверзии и ретрофлексии чаще всего приводят воспалительные процессы придатков матки. В связи с расположением придатков матки на заднем листке широких маточных связок основной очаг воспаления формируется кзади от матки, при этом здесь образуются ее сращения с париетальной брюшиной задней стенки таза. Ретродевиям матки способствуют опухоли яичников, расположенные спереди от матки, и узлы миомы матки, отклоняющие ее кзади.

**К л и н и к а.** При ретродевиях матки, особенно при подвижных, симптоматика может отсутствовать. Иногда болевые ощущения появляются только после сообщения врачом о неправильном положении (загибе) матки. Больная начинает фиксировать свое внимание на ощущениях, связанных с нижней частью живота и поясницей, при этом снижается порог болевой чувствительности нервных импульсов, исходящих из матки и придатков, и больная начинает жаловаться на боли. Наиболее сильные боли возникают при фиксированной ретрофлексии вследствие натяжения спаек брюшины. При спаечном процессе в брюшной полости, наиболее выраженном в позадиматочном углублении, могут появляться боли во время полового акта.

При ретроверзии и ретрофлексии матки питающие ее сосуды, расположенные на боковых поверхностях органа, подвергаются перегибу. Вначале перегибаются тонкостенные вены и по ним нарушается отток крови, притекающей под давлением по артериям, — развивается венозный застой, который приводит к гиперполименорее. Образование острого угла между телом и шейкой матки при ретрофлексии приводит к нарушению оттока менструальной крови и возникновению альгодисменореи.

Секреторная функция у больных с ретродевиациями матки обычно усилена вследствие застойных явлений в малом тазу. Поэтому такие больные нередко предъявляют жалобы на бели. Нередко при ретродевиациях матки нарушается функция мочевого пузыря (учащение, болезненность мочеиспускания) и прямой кишки (запоры).

При ретродевиациях матки глубокие изменения претерпевает репродуктивная функция. Многие женщины жалуются на бесплодие. Основная причина бесплодия заключается в нарушении проходимости маточных труб вследствие воспаления придатков матки, обусловившего и отклонение матки кзади. Причиной бесплодия может быть и недоразвитие женских половых органов (инфантилизм). При наступлении беременности фиксированная ретрофлексия матки является частой причиной самопроизвольного аборта.

**Л е ч е н и е.** При ретродевиациях матки терапия показана лишь при наличии жалоб больной. Лечебные мероприятия должны быть направлены не столько на исправление положения матки, сколько на коррекцию тех патологических процессов, которые привели к этой аномалии. При явлениях астении проводятся общеукрепляющие мероприятия, при инфантилизме — соответствующая гормональная и физиотерапия.

Рубцово-спаечные изменения, образовавшиеся в малом тазу вследствие воспалительного процесса и вызвавшие ретродевиацию, являются показанием для рассасывающего лечения (назначение алоэ, ФИБС), физиотерапии (озокерит, парафин, диатермия), курортного лечения. При недостаточном эффекте от перечисленных терапевтических воздействий наряду с ними назначают гинекологический массаж. Врач ежедневно или через день производит бимануальное воздействие на матку одновременными круговыми движениями руки снаружи, осторожно стремясь при этом вывести матку и поставить ее в правильное положение. Процедура длится 5—15 мин. Условием для проведения гинекологического массажа является отсутствие острых и подострых воспалительных явлений (нормальные температура, СОЭ, количество лейкоцитов в крови).

В настоящее время хирургическое лечение ретродевиаций матки применяется очень редко. Операции по этому поводу выполняются лишь как сопутствующие вмешательства (после удаления опухолей и т. д.). Из многочисленных методов хирургического лечения ретроверзии и ретрофлексии матки наиболее часто применяют укорочение круглых связок и их фиксацию к задней стенке матки или крестцово-маточным мышцам.

## ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний женских половых органов является опущение и выпадение матки и влагалища. Выпадение матки происходит вследствие образования грыжи тазового дна, причем грыжевое отверстие возникает в результате недостаточности функции тазовой диафрагмы. Книзу смещаются одновременно матка и стенки влагалища, что позволяет объединить эти формы неправильных положений в одну группу и описывать их вместе под общим названием — «опущение и выпадение внутренних половых органов».

**Этиология.** Нарушение целостности тазового дна и снижение тонуса мышц диафрагмы таза — основная причина, способствующая опущению и выпадению половых органов. У нерожавших женщин выпадение половых органов наблюдается чрезвычайно редко.

Повреждение мышц тазового дна чаще всего происходит в результате родовой травмы, особенно оперативной (наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец, вакуум-экстракция плода и др.).

Глубокие разрывы промежности приводят к повреждению мышцы, поднимающей задний проход, и в некоторых случаях — мочеполовой диафрагмы. В результате этого мышцы утрачивают способность поддерживать нормальное положение внутренних половых органов и мочевого пузыря.

Нарушение координационных взаимоотношений между поддерживающим, подвешивающим и фиксирующим аппаратами матки приводит к опущению или выпадению внутренних половых органов. В некоторых случаях это является следствием давления на матку опухолей. Более редко эта патология возникает вследствие таких заболеваний, как *spina bifida*, при которой развивается паралич III и IV крестцовых нервов, иннервирующих мышцы тазового дна. При этом пороке выпадение матки может произойти даже в первые дни жизни девочки.

Принято различать: 1) опущение и выпадение у рожавших женщин; 2) опущение и выпадение у нерожавших; 3) опущение и выпадение в старческом возрасте.

**Клиника.** Заболевание развивается постепенно, медленно прогрессирует и неблагоприятно отражается на общем состоянии больной. При этом страдают не только основные специфические функции половой системы, но и функции смежных органов (мочевая система, нижний отрезок кишечника), снижается трудоспособность, в ряде случаев заболевание приводит к инвалидности.

Начальные формы опущения влагалища и матки могут не сопровождаться какими-либо клиническими симптомами. При значительно выраженном выпадении влагалища и матки больные жалуются на присутствие в половой щели инородного тела, тянущие боли внизу живота, поясничной области и крестце, нарушение мочеиспускания, затруднение акта дефекации.

При выпадении матки может наблюдаться удлинение шейки. Выпадающая часть шейки подвергается постоянному трению об

одежду, высыханию, инфицированию, что часто ведет к образованию трофических изъязвлений, нередко с гнойными налетами.

В самой матке (ее тело) не происходит при выпадении существенных изменений. Выпадающие стенки влагалища претерпевают изменения, выражающиеся в дистрофии тканей, нарушениях кровообращения и склерозе фиброзно-мышечного слоя.

При полном выпадении матки могут возникать осложнения в виде ущемления и отека выпавшей матки, невозможности ее вправления, что приводит к задержанию мочеиспускания и дефекации. В таких случаях вправление выпавших органов становится возможным лишь после освобождения относительно длительного постельного режима.

Другое тяжелое осложнение выпадения матки — возникновение пролежней на слизистой оболочке влагалища и шейки, что требует длительного и упорного лечения, сводящегося в основном к назначению покоя и средств, способствующих эпителизации (вагалишные тампоны с синтомициновой эмульсией и др.).

Репродуктивная функция при выпадении матки у многих больных сохраняется.

Различают 5 степеней опущения стенок влагалища, матки и их выпадения. Подобное разделение весьма важно и удобно при решении вопроса о характере лечения больной.

I степень — начальная стадия опущения, связанная с частичным ослаблением мышц тазового дна и мочеполовой диафрагмы, при котором половая щель зияет, а передняя и задняя стенки влагалища незначительно опущены.

II степень — более значительное ослабление мышц тазового дна; опущение стенок влагалища сопровождается опущением мочевого пузыря и передней стенки прямой кишки.

III степень — матка опущена, шейка доходит до входа во влагалище.

IV степень — неполное выпадение матки, при котором шейка выступает за пределы входа во влагалище.

V степень — полное выпадение матки с выворотом стенок влагалища.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз заболевания не представляет трудностей и устанавливается на основании анамнеза, объективного исследования с применением общепринятых гинекологических методов.

Перед осмотром больной на гинекологическом кресле необходимо попросить ее потужиться в вертикальном положении, чтобы иметь представление о степени выпадения внутренних органов (рис. 123). С целью уточнения диагноза можно захватить шейку матки пулевыми щипцами и низвести ее книзу, предварительно обнажив ее в зеркалах.

Состояние мышц тазового дна определяется следующим приемом: двумя пальцами (указательными), введенными во влагалище, проводят исследование замыкающей способности луковично-пещеристой мышцы промежности. По степени выбухания в переднюю стенку влагалища введенного в уретру металлического катетера и определяют выраженность цистоцеле (рис. 124). Пальцевым исследованием через прямую кишку определяют выраженность ректоцеле (рис. 125). Дифференциальный диагноз опущения и выпадения стенок влагалища и матки

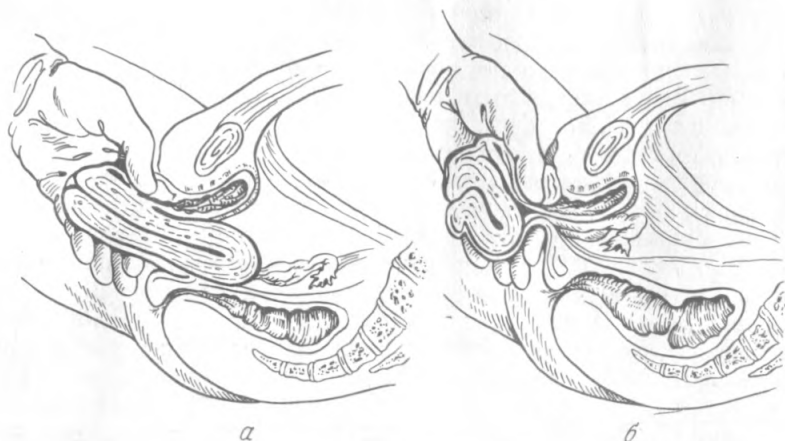


Рис. 123. Определение степени выпадения матки.  
а — неполное; б — полное.

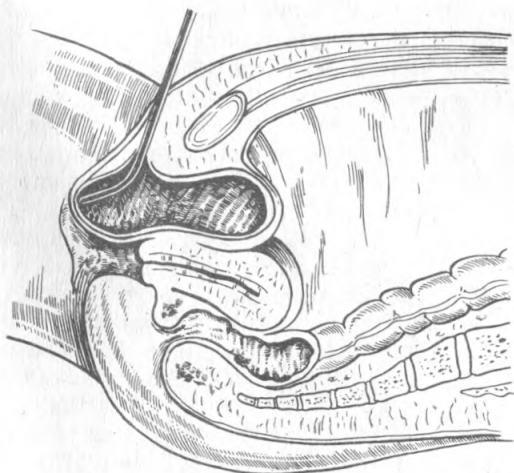
проводится с кистой влагалища, выворотом матки, родившимся миоматозным узлом.

Больные с начальными формами опущения половых органов должны быть взяты на диспансерный учет. Им необходимо провести расширенную кольпоскопию, направить к урологу для обследования состояния мочевой системы.

После проведения обследования больным с опущением стенок влагалища I степени и ретродевиациями матки с целью предотвращения прогрессирования болезни целесообразно назначить консервативное комплексное лечение, которое включает в себя общеукрепляющие мероприятия, направленные на повышение тонуса мышц тазового дна и передней брюшной стенки. Питание больной должно быть полноценным, полезны водные процедуры. Наряду с общими гимнастическими упражнениями рекомендуются упражнения, которые способствуют укреплению: а) тазового дна (поднятие таза в сочетании с разведением и сведением колен, ходьба с полуприседанием, поднятие ног под прямым углом к туловищу, ритмические упражнения для мышц промежности и др.) и б) брюшного пресса (поднятие ног вертикально лежа, круговые движения туловищем в вертикальном положении и др.). Следует избегать чрезмерной физической нагрузки и поднятия тяжести. Целесообразно при перерастянутой передней брюшной стенке ношение специального пояса-бандажа. Перечисленные меры лишь до некоторой степени могут замедлить прогрессирование процесса опущения внутренних половых органов.

Рекомендовавшийся ранее консервативный метод лечения выпадения матки с помощью pessaries в настоящее время почти не используется. К нему прибегают только при наличии абсолютных противопоказаний к оперативному лечению. Можно использовать маточные кольца.

Рис. 124. Cystocele. В мочевой пузырь введен катетер.



Выявленных больных с опущением и выпадением матки и влагалища, требующих хирургического лечения (II—V степени), необходимо комплексно обследовать в амбулаторных условиях (консультация терапевта, эндокринолога, уролога, регистрация ЭКГ, проведение кольпоскопии, цитологического исследования мазков с поверхности шейки матки, бактериологическое исследование мазков из шейки матки, уретры и влагалища, клинические анализы крови и мочи). При поступлении в стационар проводится дополнительное обследование.

При решении вопроса о виде операции необходимо учитывать возраст больной, общее состояние ее здоровья, особенности менструальной функции, возможность наступления в дальнейшем беременности и родов, степень опущения стенок влагалища и выпадения матки, наличие или отсутствие цистоцеле и ректоцеле, состояние шейки матки.

Все операции, применяемые при выпадении влагалища и матки, в гинекологии делятся на брюшностеночные и влагалищные.

Чревосечение применяют с целью исправления неправильного положения матки и укрепления ее в этом положении, влагалищные же операции направлены на восстановление целостности тазового дна.

Из брюшностеночных операций ранее были широко распространены вентрофиксация и вентросуспензия. Однако эти операции в настоящее время почти не используются из-за возникновения рецидивов болезни. Это связано с тем, что с помощью этих вмешательств не устраняется основная причина заболевания — нарушение целостности мышц тазового дна.

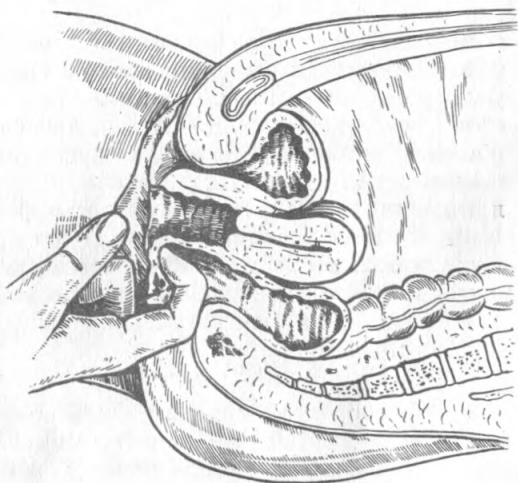


Рис. 125. Rectocele. Палец введен в прямую кишку.

Операции с использованием аллопластических материалов (капрон, лавсан и др.) при выпадениях женских половых органов в настоящее время практически не производятся, так как эти материалы подвержены в организме фрагментации и рассасыванию.

Предпочтение отдается операциям, выполненным влагалищным путем, важнейшим элементом которых является укрепление мышц и фасций тазового дна. В настоящее время наибольшее распространение получили следующие виды операций.

1. Передняя и задняя пластика влагалища с леваторопластикой. Эта операция показана при опущении матки и влагалища II—III степени для женщин любого возраста и отсутствии эффекта от консервативного лечения при опущении I степени (см. главу XXIII).

2. Манчестерская операция. Выполняется при II—IV степени опущения матки и стенок влагалища у женщин молодого и среднего возраста при наличии удлинненной шейки матки.

3. Срединная кольпорафия. Рекомендуются при выпадениях матки и влагалища IV—V степени у лиц старческого возраста, не живущих половой жизнью, при неизменной шейке матки и обычно при наличии сопутствующих тяжелых экстрагенитальных заболеваний, не позволяющих произвести более тяжелую операцию (вагалищная экстирпация матки).

4. Вагалищная экстирпация матки с пластикой мышц тазового дна проводится при полном выпадении матки, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

Выбор метода анестезии определяется возрастом и состоянием больной, а также характером самого оперативного вмешательства (местная анестезия, масочный или интубационный наркоз).

## Г л а в а X V I I I

### БЕСПЛОДНЫЙ БРАК

Бесплодием (*sterilitas*) называется отсутствие способности к оплодотворению у женщин (женское бесплодие) и у мужчин (мужское бесплодие). Оно встречается в 10—20% всех браков и представляет собой очень важную не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку бесплодие существенно влияет на показатели рождаемости.

Брак считается бесплодным, если беременность не наступает в течение более 2 лет половой жизни без применения контрацептивных мер. Женское бесплодие наблюдается примерно в 50% случаев, мужское — в 40%, смешанные формы бесплодия — в 10%.

#### БЕСПЛОДИЕ ЖЕНЩИН

Женское бесплодие может быть абсолютным и относительным. Бесплодие считается абсолютным, если имеются причины, полностью исключающие возможность зачатия (отсутствие матки, яичников).



Относительным называется бесплодие, если причина, вызвавшая его, может быть устранена. Разделение бесплодия на абсолютное и относительное до некоторой степени условно. Например, считавшееся ранее абсолютным бесплодие при отсутствии маточных труб в настоящее время в связи с возможностью экстракорпорального оплодотворения стало относительным.

Бесплодие делят на первичное и вторичное. Первичное бесплодие характеризуется отсутствием у женщины беременности в течение 1—2 лет регулярной половой жизни. О вторичном бесплодии говорят тогда, когда у женщины ранее была хотя бы одна беременность. Частота первичного и вторичного бесплодия приблизительно одинакова.

Причины женского бесплодия многообразны. Они связаны как с патологией репродуктивной системы женщины, так и с экстрагенитальными факторами. К числу важнейших причин следует отнести следующие: 1) воспалительные заболевания половых органов; 2) заболевания желез внутренней секреции; 3) недоразвитие (инфантилизм и гипоплазия) половых органов; 4) неправильные положения половых органов; 5) эндометриоз матки, труб и яичников; 6) опухоли половых органов; 7) экстрагенитальные заболевания (ревматизм, нефрит, туберкулез и др.); 8) неполноценное в количественном и качественном отношении питание; 9) иммунологические факторы.

**К л а с с и ф и к а ц и я.** Бесплодие представляет собой симптом одного или нескольких заболеваний. Однако при многих формах патологии этот симптом является ведущим, и диагностика заболевания становится возможной только после всестороннего анализа причин бесплодия.

Принято различать следующие основные формы бесплодия женщин: 1) трубное бесплодие, обусловленное патологией маточных труб; 2) эндокринное бесплодие, связанное с расстройствами в деятельности желез внутренней секреции; 3) бесплодие, обусловленное преимущественно анатомическими нарушениями в репродуктивной системе; 4) иммунологическое бесплодие.

В настоящее время наиболее часто наблюдается трубное и эндокринное бесплодие.

**Трубное бесплодие.** Эта форма бесплодия обычно бывает вторичной и развивается в основном в результате воспалительного процесса, который приводит к закрытию просвета труб вследствие инфильтрации стенок, облитерации полости труб, перегибов, обусловленных перитубарными сращениями. Основным фактором, вызывающим воспалительный процесс в области маточных труб, являются патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. В качестве наиболее часто встречающихся возбудителей следует назвать гонококк и патогенный стафилококк, который нередко вызывает воспаление в ассоциации с кишечной палочкой, протеем. Относительно редко встречается туберкулезная этиология сальпингитов, вызывающая бесплодие. Большая роль в происхождении трубного бесплодия принадлежит функциональным нарушениям кинетики маточных труб. Нарушения транспортной функции труб могут быть обусловлены эндокринными факторами, воспали-

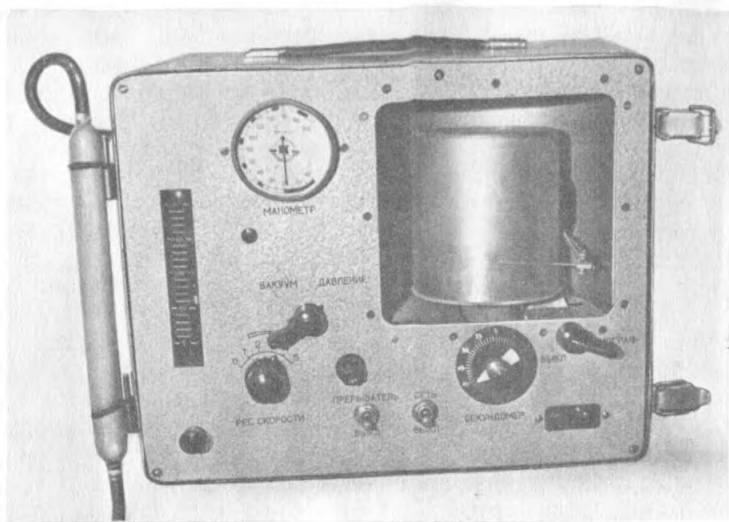


Рис. 126. Аппарат для гидротубаций.

тельной инфильтрацией стенок труб, атрофией реснитчатого эпителия, выстилающего внутреннюю поверхность маточных труб.

**Д и а г н о с т и к а.** В процессе диагностики трубного бесплодия большое внимание уделяется выявлению воспалительного процесса в половой системе, уточнению его этиологии и стадии воспаления. Обязательным является определение проходимости и функционального состояния маточных труб. Для этой цели используются следующие методы: пертубация (продувание) маточных труб, гидротубация, хромогидротубация, радиоизотопное скенирование, гистеросальпингография, эндоскопия (лапароскопия, кульдоскопия, гистероскопия). Метод пертубации с использованием кислорода, углекислого газа, воздуха в настоящее время применяется сравнительно редко, так как он сопряжен с опасностью газовой эмболии.

Широкое применение при диагностике трубного бесплодия получил метод гидротубации. Он заключается в том, что в матку с помощью специального аппарата (рис. 126) под давлением 180 мм рт. ст. вводят жидкость, содержащую антибиотики, глюкокортикоидные препараты, антигиалуронидазу, спазмолитики. После достижения указанного давления введение жидкости прекращают и следят за тем, как уменьшается давление в зависимости от степени проходимости труб. При производстве гидротубации возможна графическая регистрация изменений давления. При проходимых маточных трубах давление в системе быстро снижается до 60—80 мм рт. ст. Гидротубация не опасна эмболией, она имеет не только диагностическое, но и терапевтическое значение, но не позволяет определить место нарушения проходимости маточной трубы. Хромогидротубация является вариантом гидротубации. В жидкость, используемую при гидротубации, добавляют различные красители, в частности метиленовую синь. Попадая в брюшную полость (при

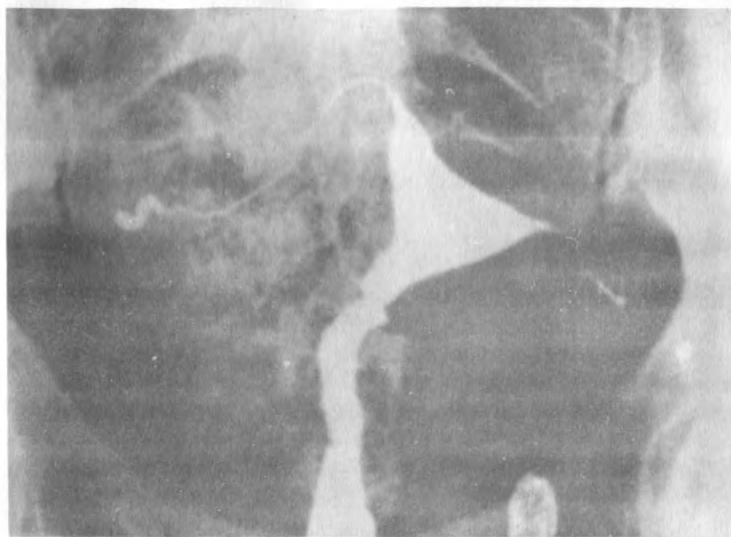


Рис. 127. Метросальпингограмма при проходимых маточных трубах непосредственно после введения контрастного вещества.

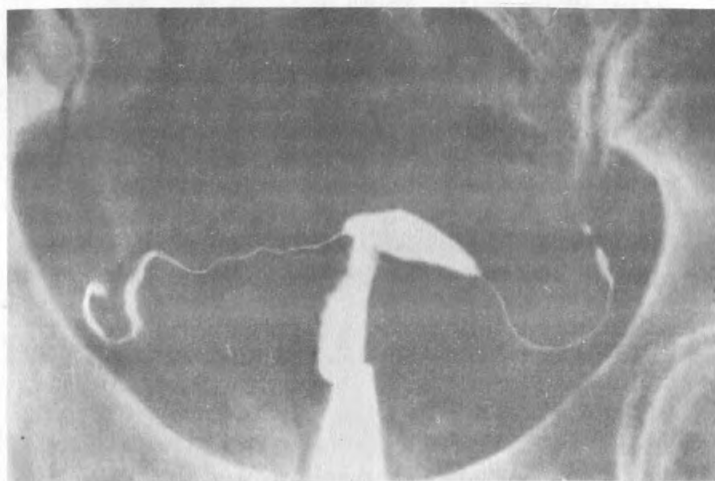


Рис. 128. Гистеросальпингограмма при проходимых маточных трубах через 24 ч после введения контрастного вещества.

проходимых трубах), краситель всасывается в кровь и выделяется с мочой, где его обнаруживают по изменению цвета мочи.

Для диагностики трубного бесплодия широко применяется рентгенологический метод исследования — гистеросальпингография (метросальпингография). Контрастное водорастворимое вещество (диадон,

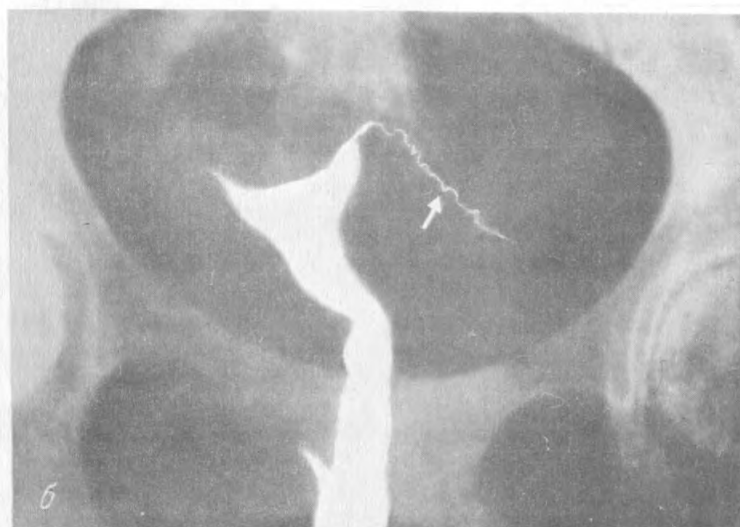
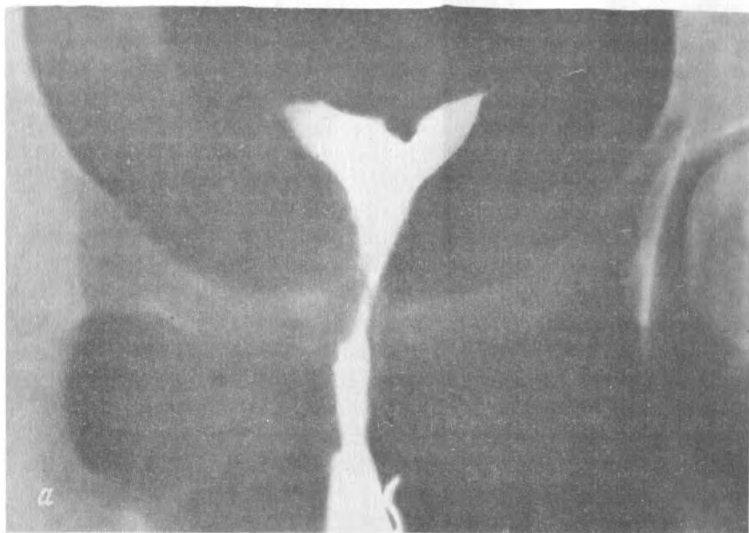


Рис. 129. Гистеросальпингограмма при непроходимости маточных труб в ампулярных отделах. Небольшой дефект наполнения в дне тела матки.  
 а — сразу после введения контрастного вещества; б — через 24 ч.

кардиотраст) под давлением вводят в полость матки и производят несколько рентгенологических снимков области малого таза, на которых видны контуры матки, труб, проникновение контрастного вещества в брюшную полость (рис. 127, 128), место окклюзии труб (рис. 129). Таким образом этот метод позволяет уточнить локализацию

непроходимости маточной трубы или труб, что очень важно для выбора метода лечения.

Из эндоскопических методов исследования широко применяется лапароскопия. Производится она лапароскопом, который вводят в брюшную полость после предварительного введения 2000—2500 мл углекислого газа, кислорода или воздуха. Оптическая система лапароскопа снабжается осветительным прибором, позволяет осмотреть маточные трубы, матку и яичники. Иногда лапароскопию сочетают с введением в матку окрашенных растворов и наблюдают, вытекают они или не вытекают из ампулярных концов маточных труб.

**Эндокринное бесплодие.** Эта форма бесплодия представляет собой собирательное понятие, поскольку речь идет о многих эндокринных заболеваниях, имеющих различную этиологию, патогенез и клиническую картину. Для эндокринного бесплодия характерны расстройства функций эндокринной системы, приводящие к нарушению процесса овуляции.

Нарушение овуляции не ограничивается тем, что яйцеклетка не выходит из фолликула в брюшную полость. Сама яйцеклетка нередко развивается неполноценно и не способна к оплодотворению, а в ряде случаев даже при ее оплодотворении образовавшееся на месте фолликула желтое тело в функциональном отношении оказывается неполноценным и не может обеспечить имплантацию.

Все многочисленные варианты эндокринных расстройств, ведущие к нарушению овуляции, могут быть условно объединены в отдельные клинические группы, для которых характерен соответствующий симптомокомплекс. Выделение этих групп было предложено экспертами ВОЗ и в настоящее время они используются во многих странах мира для диагностики причин функционального бесплодия и назначения патогенетической терапии.

**I группа — гипоталамо-гипофизарная недостаточность.** Сюда относятся патологические состояния, определяемые как генитальное недоразвитие и проявляющиеся аменореей, гипоменструальным и, реже, гиперменструальным синдромом. Данных, указывающих на опухоль в гипоталамо-гипофизарной области, нет. У таких больных содержание ФСГ и ЛГ в крови резко снижено, уровень пролактина не повышен, количество эстрогенов резко уменьшено. Матка у этих женщин уменьшена, часто находится в гиперантефлексии, трубы удлинены, тонкие, извитые, шейка матки конической формы, влагалище узкое, недостаточно емкое, семенная жидкость из него быстро изливается. Перечисленные анатомические изменения со стороны половых органов играют определенную роль в происхождении бесплодия, однако основное значение принадлежит отсутствию овуляции.

**II группа — гипоталамо-гипофизарная дисфункция.** В эту группу входят больные с расстройствами менструального цикла (недостаточность лютеиновой фазы, ановуляторные циклы или аменорея), повышенной секрецией эстрогеной и невысоким уровнем пролактина и гонадотропинов. У больных, помимо бесплодия и аменореи, наблюдаются дисфункциональные маточные кровотечения.

В эту же группу входят женщины со склерокистозными яичниками (в яичниках продуцируется много андрогенов, подавлена овуляция, развивается гипертрихоз, ожирение).

III группа — яичниковая недостаточность. Она появляется аменореей, сопровождающейся выраженным снижением продукции эстрогенов, повышенным количеством ФСГ, и часто бывает результатом различных хромосомных аномалий (синдром Шерешевского—Тернера, дисгенезия гонад, тестикулярная феминизация).

IV группа — врожденные или приобретенные нарушения половой системы. Для больных этой группы характерна аменорея. Она имеет стойкий характер (проба с прогестероном отрицательна). К этой группе относятся больные с облитерацией полости матки и образованием синехий после абортот.

V группа — гиперпролактинемия при наличии опухоли в гипоталамо-гипофизарной области. За счет развивающегося новообразования в гипоталамусе нарушается продукция пролактинингибирующего фактора, повышается количество пролактина и вследствие этого подавляется продукция ФСГ и ЛГ. У больных имеется стойкая ановуляция или недостаточность функции желтого тела.

VI группа — гиперпролактинемия без поражения в гипоталамо-гипофизарной области. Патология развивается в связи с функциональными нарушениями в гипоталамической области. Продукция гипофизом пролактина повышена, вследствие чего наступает подавление овуляции или недостаточность лютеиновой фазы цикла. Клинически это выражается аменореей. Гиперпролактинемия может сопровождаться галактореей (синдром Киари—Фроммеля). Однако у большинства больных гиперпролактинемия протекает без галактореи.

VII группа — аменорея на фоне опухоли в гипоталамо-гипофизарной области. У этих женщин в связи с обширным деструктивным процессом, вызванным новообразованием, снижена продукция рилизинг-гормонов и гонадотропинов. Яичники не вырабатывают достаточного количества эстрогенов, прекращается овуляция, развивается аменорея при нормальном уровне пролактина. Подобная картина бывает при болезни Симмондса.

К бесплодию могут привести также нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе в результате поражения других желез внутренней секреции (щитовидной, надпочечников, поджелудочной).

Диагностика. При наличии истинной аменореи всегда следует подумать о бесплодии эндокринного генеза. Если есть циклические кровянистые выделения, то необходимо установить, является ли менструальный цикл овуляторным или имеют место ановуляторные кровотечения. Основным методом, применяемым с этой целью, является измерение базальной температуры. Подъем базальной температуры во второй фазе цикла до  $37,2-37,4^{\circ}$  в течение 8—10 дней свидетельствует об овуляторном цикле, отсутствие такого подъема говорит об ановуляции. О происшедшей овуляции свидетельствуют также достаточный уровень прогестерона в крови или экскреция его метаболита прегнан-

диола с мочой во второй фазе цикла, а также определяемые гистологические секреторные преобразования эндометрия за 3—4 дня до менструации. В отдельных случаях данные об овуляции дает лапароскопия. Важным показателем является определение степени эстрогенной насыщенности организма. Для этой цели используются тесты функциональной диагностики.

Существенной является оценка качества слизи шейного канала для установления проникновения через нее сперматозоидов. Для этого используют посткоитальный тест Шуварского—Хунера и тест контакта с цервикальной слизью Курцрокка—Миллера. Первый из них состоит в исследовании цервикальной слизи, взятой после полового сношения в период овуляции (12—14-й день менструального цикла). В слизи должно быть в поле зрения микроскопа более 5 подвижных сперматозоидов.

Второй тест заключается в определении проникновения сперматозоидов в каплю цервикальной слизи. Проба проводится на предметном стекле, подогретом до 37°C, при соприкосновении цервикальной слизи и семенной жидкости. Положительным (благоприятным) считается результат, при котором сперматозоиды в значительном количестве проникают в слизь и их подвижность сохраняется в течение 6 ч.

Определение уровня 17-кетостероидов в моче, особенно после введения АКТГ, позволяет выделить случаи бесплодия на почве нарушения функции надпочечников (адреногенитальный синдром) и дифференцировать их со склерокистозными яичниками. Большое значение имеет исследование уровня пролактина в крови. При повышенном уровне пролактина обязательно проводится обследование гипоталамо-гипофизарной области для исключения опухоли. С этой целью используются рентгенографию черепа, томографию турецкого седла, прибегают к консультации невропатолога, производят офтальмологическое исследование.

Существенное значение для диагностики эндокринного бесплодия имеет реакция на эстрогены, гестагены, определение в крови концентрации ФСГ. О гипоталамо-гипофизарной недостаточности свидетельствует сниженный уровень ФСГ в крови. У таких больных при введении гонадотропинов возрастает уровень эстрогенов в крови и моче, а введение эстрогенов вызывает менструальноподобную реакцию.

Для гипоталамо-гипофизарной дисфункции характерны аменорея на фоне гиперэстрогении, невысокого уровня ФСГ, а также появление менструальноподобной реакции в ответ на введение гестагенов (прогестерона, оксипрогестерона капроната). При яичниковой недостаточности характерны повышение в крови количества ФСГ, снижение уровня эстрогенов и реакция больных в виде маточного кровотечения на введение эстрогенов. У таких женщин следует исключить заболевания, связанные с хромосомными aberrациями (дисгенезия гонад). С этой целью проводится исследование полового хроматина и определение кариотипа.

Бесплодие, связанное с анатомическими нарушениями в репродуктивной системе (травмы, опухоли, аномалии развития). Хирургическое удаление матки, маточных труб, яичников приводит к утрате репродуктивной функции женщины. Бесплодие часто встречается при

мочеполовых свищах, при образовании в матке спаек (синехий) в результате травмы при выскабливании. При миоме матки, эндометриозе, опухолях яичника беременность возможна, но способность к зачатию обычно понижена. Иногда при миоме матки беременность становится возможной только после удаления миоматозных узлов. При многих видах аномалий половых органов возникает бесплодие.

**Д и а г н о с т и к а.** У больных этой группы распознавание бесплодия становится возможным в результате обычного гинекологического исследования. Во время бимануального исследования устанавливают отсутствие тех или иных частей полового аппарата, обнаруживают опухоль, гематокольпос, гематометру. Для тяжелых форм патологии матки (синехии и др.) характерно отсутствие менструальноподобного кровотечения в ответ на введение эстрогенов и прогестерона. В ряде случаев для уточнения диагноза приходится применять такие методы исследования, как рентгенологические, эндоскопические, медико-генетические и др.

**Иммунологическое бесплодие.** Это состояние характеризуется тем, что у жены или мужа развивается реакция клеточного и гуморального иммунитета к спермальным антигенам. Впервые И. И. Мечников (1900) показал, что парентеральное введение сперматозоидов может привести к образованию в организме специфических антиспермальных антител. В настоящее время антигенные свойства спермы изучены достаточно хорошо. Установлено, что антигенной активностью обладают не только сперматозоиды, но и семенная плазма. Женская яйцеклетка также имеет антигенные свойства, однако их значение в патогенезе бесплодия окончательно не доказано. Иммунные антитела к сперматозоидам могут образовываться у женщин после полового акта. Сперма из влагалища, матки, брюшной полости захватывается макрофагами и достигает антителообразующих органов, причем антитела могут возникать ко многим компонентам спермы. В организме женщины вырабатываются следующие антиспермальные антитела: 1) спермиоагглютинирующие; 2) спермиоиммобилизирующие; 3) спермиоцитотоксические.

Механизм иммунологического бесплодия различен в зависимости от места развития иммунных реакций; возможна иммобилизация сперматозоидов при их встрече с антителами, имеющимися в слизи канала шейки матки или при контакте с яйцеклеткой, при имплантации зиготы в матку. Вредное влияние на сперматозоиды, зиготу и плод могут оказать соответствующие иммунные антитела, возникающие в крови женщины. В настоящее время известно, что наибольшее значение имеет иммобилизация сперматозоидов в шейной слизи вследствие связи с антителами, что и приводит к бесплодию.

**Д и а г н о с т и к а.** Для диагностики иммунологического бесплодия следует при посткоитальном тесте обратить внимание на так называемый феномен качания сперматозоидов, представляющий собой колебательные движения этих клеток вместо поступательных. Этот феномен наблюдается у женщин с бесплодием, в цервикальной слизи которых содержатся антиспермальные антитела. Эти антитела, обладая сродством к сперматозоидам и к гликопротеиновым волокнам слизи канала шейки матки, фиксируются этими волокнами, в результате



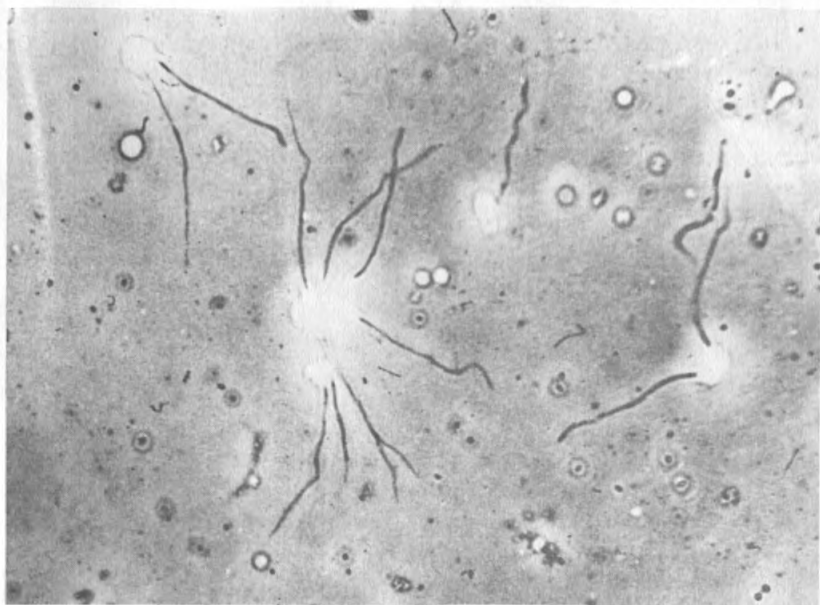


Рис. 130. Микроагглютинация сперматозоидов.

чего сперматозоиды утрачивают способность продвигаться по направлению к полости матки и подвергаются агглютинации (рис. 130).

#### МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Мужское бесплодие, как и женское, является не заболеванием, а симптомом различных заболеваний. При изучении причин бесплодного брака в первую очередь следует исключить мужское бесплодие на основании исследования спермы. Свежевыпущенную сперму исследуют под микроскопом, подсчет клеток ведут в счетных камерах. При оценке полноценности спермы исходят из нормативов, разработанных ВОЗ. Согласно этим нормативам, объем эякулята должен составлять 2—5 мл, сперматозоидов в 1 мл спермы должно быть не меньше 20 млн., активно подвижных сперматозоидов — 50%, нормальных форм — не менее 60%. Наряду с этим обязательно учитывается наличие или отсутствие лейкоцитов. Недостаточное количество активно подвижных сперматозоидов называется астеноспермией, отсутствие живых сперматозоидов — некроспермией, большое количество патологических форм — тератоспермией, недостаточное количество сперматозоидов в эякуляте — олигоспермией. Глубоко патологическими состояниями эякулята являются азооспермия (отсутствие сперматозоидов при наличии клеток сперматогенеза) и аспермия (отсутствие клеток сперматогенеза). Эти две последние формы обычно связаны или с непроходимостью семявыносящих путей, или с атрофией канальцев яичек.

При обследовании мужчин в целях диагностики бесплодия обраща-

ют внимание на общее состояние, развитие половых органов, вторичных половых признаков, ожирение, состояние щитовидной железы, симптомы возможных хромосомных аномалий. Собирается тщательно общий и сексуальный анамнез, проводится ряд гормональных исследований. Желательно определить уровень ФСГ и ЛГ в сыворотке крови. Исследование половых гормонов (эстрогенов и тестостерона) показано при выраженных эндокринных нарушениях, при бесплодии со снижением полового чувства и половой потенции. Биопсия яичек проводится по особым показаниям (подозрение на синдром Клайнфелтера и др.).

**Организация и методика обследования супружеской пары при бесплодии.** Успех лечения бесплодия в значительной степени зависит от установления причины нарушения репродуктивной функции. Поскольку брак может быть бесплодным не только из-за женского, но и из-за мужского бесплодия, обязательным является обследование обоих супругов.

Обследование следует начинать в женских консультациях с обычного гинекологического исследования при обращении больной к гинекологу по поводу бесплодия. Квалифицированная помощь в связи с бесплодием в браке может быть оказана лишь в специализированных кабинетах или центрах, где имеются соответствующие специалисты, применяются сложные лабораторные методы эндокринологического, иммунологического и инструментального обследования.

Установление причин бесплодия часто бывает сложным процессом, требующим от врача и пациентки много времени (в среднем 5—6 мес, а иногда и года). Обследование супружеской пары состоит из нескольких этапов.

Первый этап предусматривает изучение анамнеза мужа и жены, проведение общеклинического обследования, после чего ставится предварительный диагноз, который в дальнейшем, после применения специальных методов обследования, подтверждается или отвергается.

В анамнезе следует выяснить следующие моменты:

а) течение беременности и родов у матери больной, так как патология беременности и родов может оказать неблагоприятное влияние на формирование гонад и функциональное состояние гипоталамических и лимбико-ретикулярных структур головного мозга плода;

б) наличие эмбриопатий и пороков развития у сестер, братьев и близких родственников родителей;

в) характер перенесенных детских инфекционных заболеваний и частота обострения хронических заболеваний;

г) время наступления менархе и характер менструальной функции;

д) нарушение функций эндокринных желез (щитовидной, коры надпочечников, поджелудочной) и наличие различных экстрагенитальных заболеваний;

е) при указании на беременности в анамнезе следует выяснить их исходы (аборт, роды) и характер осложнений;

ж) наличие аппендэктомии или других оперативных вмешательств;

з) данные о гинекологических заболеваниях;

и) применение контрацептивных средств;

к) наличие нервных перенапряжений, стрессовых ситуаций, переме-

на климата, влияние вредных производственных факторов (особенно у мужа), злоупотребление алкоголем и курением;

л) данные о детях в других браках.

На первом этапе обследования обращают внимание на рост больной, внешний вид, наличие ожирения, явлений гирсутизма, степень развития вторичных половых признаков, состояние молочных желез, характер оволосения половых органов. При бимануальном исследовании отмечают форму и длину влагалища, состояние шейки матки, размеры, консистенцию и положение матки, состояние придатков и параметриев, выраженность спаечного процесса в малом тазе. В процессе гинекологического исследования исключают грубые анатомические изменения половых органов как причину бесплодия.

Всем обследуемым больным следует сделать рентгеноскопию грудной клетки, клинический анализ крови и мочи, анализ содержимого влагалища на степень чистоты, наличие трихомонад, гонококков, определить содержание 17-кетостероидов в моче.

У мужчин проводится осмотр половых органов, пальпация яичек; пальпацию простаты при ректальном исследовании.

В зависимости от характера полученных данных часто уже после завершения первого этапа обследования супружеской пары можно предположить возможную причину бесплодия и проводить дальнейшее обследование в таком направлении, чтобы подтвердить предполагаемый диагноз.

На втором этапе обследования, учитывая, что наиболее часто встречается трубное и мужское бесплодие, следует исключить или подтвердить указанные факторы. Для этой цели проводят микроскопическое исследование спермы мужа. Исключив мужское бесплодие, определяют проходимость маточных труб методами гидротубации или гистеросальпингографии.

Третий этап обследования проводится нередко параллельно второму, а у женщин с нарушением менструального цикла может ему предшествовать. Этот этап включает тщательное обследование больной для диагностики наличия овуляции и определения совместимости цервикальной слизи и спермы. В течение 2—3 мес измеряется и регистрируется базальная температура, определяются КПИ, симптом «зрочка» в динамике, экскреция прегнандиола с мочой, содержание прогестерона в крови. В конце обследования производят биопсию эндометрия, взятого в виде цуга на 22—24-й день менструального цикла при 28-дневном цикле. Параллельно изучается совместимость слизи канала шейки матки и спермы, проводится посткоитальный тест. Ценность посткоитального теста заключается в том, что он позволяет уточнить индивидуальную совместимость спермы и цервикальной слизи у данной супружеской пары и исключить или подтвердить с большой степенью вероятности иммунологическое бесплодие.

Четвертый этап обследования включает специальные методы, которые проводятся в зависимости от ранее полученных данных. При установлении нарушений овуляции предпринимаются гормональные исследования с определением экскреции с мочой эстро-

генов, прегнандиола, 17-кетостероидов. Проводятся различные функциональные пробы с введением гормонов. Очень ценными диагностическими тестами являются определения в крови уровня ФСГ, пролактина, эстрогенов и прогестерона. При обследовании мужчины в трудных для диагностики случаях определяется его гормональный статус, иногда проводятся биопсия яичка, вазография. При подозрении на наследственную патологию предпринимается медико-генетическое исследование, включающее генеалогический метод, дерматоглифику, определение полового хроматина и кариотипирование.

## ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ

Лечение бесплодия основывается на устранении основной причины, вызвавшей нарушение репродуктивной функции, и на коррекции сопутствующих патологических процессов. Одновременно с обследованием проводятся такие лечебные мероприятия, как общеукрепляющая терапия и психотерапевтические воздействия.

Лечение трубного бесплодия начинают с мероприятий консервативного характера. Учитывая частоту поражения маточных труб воспалительной этиологии, больной назначается комплексная противовоспалительная терапия. При хронических сальпингоофоритах на первом этапе в комплекс лечения включаются гоновакцина, биостимуляторы (алоэ, ФиБС, стекловидное тело), ферменты (трипсин, химотрипсин), пирогенал, продигозан, глюкокортикоиды, лидаза, ронидаза. На втором этапе проводится физиотерапия (электрофорез йодида калия и лидазы, протеолитических ферментов, токи УВЧ, ультразвук). При ретродевиациях матки физиотерапия сочетается с гинекологическим массажем. В стадии обострения комплексное лечение начинают с антибактериальной терапии. Через 6 мес рекомендуется курс грязелечения. При воспалении туберкулезной этиологии проводится длительная специфическая терапия. Обязательным компонентом консервативного лечения являются лечебные гидротубации. Их начинают обычно после курса комплексной противовоспалительной терапии. Для лечебных гидротубаций используется раствор, в состав которого могут входить новоканн, антибиотики, ферменты (химотрипсин или трипсин), лидаза, гидрокортизон. Курс гидротубаций состоит из 10—15 ежедневных процедур; он может быть повторен через несколько месяцев. Следует иметь в виду возможность обострения или возникновения воспаления придатков под влиянием гидротубации. При отсутствии положительных результатов от консервативной терапии показано хирургическое лечение (пластические операции на трубах).

К основным хирургическим вмешательствам, предпринимаемым на трубах, относятся: 1) фимбриолиз — освобождение фимбрий из сращений;

2) сальпинголизис — разделение сращений вокруг труб, ликвидация перегибов и искривлений;

3) сальпингостоматопластика — создание нового отверстия в маточной трубе с запаянным амулярным концом;

4) сальпинго-сальпингоанастомаз, заключающийся в резекции трубы с иссечением суженной облитерированной части. Маточную трубу сшивают на тонкой полиэтиленовой или капроновой трубке или нити конец в конец. Конец нити вводят через брюшную стенку и нить извлекают через несколько дней после операции;

5) пересадка трубы в матку, которая производится при окклюзии трубы в интрамуральной части и сохранении ее проходимости в среднем и дистальном отделах. Операции по поводу трубного бесплодия не всегда дают эффект даже при восстановлении проходимости труб (вследствие функциональных нарушений яйцеводов). Их должны выполнять высококвалифицированные специалисты, используя микрохирургическую технику, диатермический ток для бескровного разделения тканей.

Важную роль при проведении операций на трубах играет не только техника их выполнения, но и профилактика послеоперационных сращений в малом тазе, которые вновь могут привести к непроходимости маточных труб. К профилактическим мероприятиям относятся оставление в брюшной полости во время лапаротомии микроиригатора, через который в послеоперационном периоде вводят антибиотики и гидрокортизон; вливание в полость малого таза сразу после вмешательства раствора декстрана типа полиглюкина; проведение в послеоперационном периоде гидротубаций. Реабилитация больных после операций на маточных трубах включает диспансерное наблюдение с проведением комплексного противовоспалительного лечения, санаторно-курортной терапии.

Лечение эндокринного бесплодия проводится в зависимости от характера и локализации патологического процесса. При гипоталамо-гипофизарной недостаточности и явлениях инфантилизма (группа I) основным видом гормонотерапии являются препараты гонадотропинов. Перед назначением гонадотропинов обычно проводят несколько курсов заместительной эстроген-гестагеновой терапии до получения менструальноподобной реакции. Затем назначают препараты человеческого менопаузального гонадотропина (пергонал), содержащие ФСГ и ЛГ (пергонал выпускается в ампулах, каждая из которых содержит по 75 МЕ ФСГ и 75 МЕ ЛГ) и препараты человеческого хорионического гонадотропина (хориогонин). Лечение проводится в стационаре по специальным схемам (см. главу IV) под контролем тестов функциональной диагностики, посткоитального теста, уровня эстрогенов и прогестерона в крови, прегнандиола в моче, данных бимануального исследования. Такой детальный контроль необходим в связи с возможностью гиперстимуляции яичников, проявляющейся резким их увеличением и болезненностью. В некоторых случаях может возникнуть даже некроз яичников.

У женщин с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией (II группа) при нормальном уровне пролактина назначается стимуляция овуляции клонифеном. Этот препарат больные получают по 50 мг в день в течение 5 дней, начиная с 5-го дня менструального кровотечения. Если овуляция не наступила (отсутствие подъема базальной температуры), то в следующем цикле дозу препарата увеличивают до 100 мг в день,

а в следующем — до 150 мг. При отсутствии овуляции при высоких дозах кломифена лечение дополняют инъекциями хориогонина во второй фазе цикла. Лечение кломифеном проводится также под контролем тестов функциональной диагностики и путем определения уровня эстрогенов и прогестерона в крови. При введении кломифена возможна гиперстимуляция яичников, аналогичная таковой при лечении пергоналом.

Помимо кломифена, для стимуляции овуляции широко используются физиотерапевтические факторы. С этой целью применяются эндоназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub>, новокаина, шейно-лицевая ионогальванизация с витаминами Е, В<sub>6</sub>, воздействие ультразвуком, продольная диатермия головы, электростимуляция шейки матки, воздействие на шейку матки гелий-неоновым лазером.

При недостаточности яичников (III группа) показана циклическая терапия эстрогенами и прогестероном, вызывающая менструальноподобные кровотечения; если овуляция отсутствует, проводится ее стимуляция (см. выше).

При склерокистозных яичниках начинают со стимуляции овуляции кломифеном. При неудаче прибегают к клиновидной резекции яичников и последующей, если необходимо, гормонотерапии.

У больных (IV группа) с облитерацией полости матки, замещением эндометрия соединительной тканью после аборта прибегают к хирургическому лечению — подсадке децидуальной оболочки, эндометрии и др.

У больных с опухолями в гипоталамо-гипофизарной области (V группа) проводится соответствующее лучевое, хирургическое лечение.

При отсутствии опухоли и повышенном содержании пролактина в крови (группа VI) для угнетения секреции пролактина гипофизом назначают препарат бромкриптин (парлодел). Больные получают препарат перорально, начиная с небольших доз — по 1,25 мг один раз в день в течение недели, затем по 2,5 мг 2 раза в день под контролем уровня пролактина в крови и базальной температуры (контроль овуляции). Обычно нормального уровня пролактина удается достичь через 2 нед от начала лечения, а вызвать овуляцию — через 8—10 нед. При наступлении беременности прием препарата прекращается. У женщин с бесплодием и аменореей с гиперпролактинемией хороший терапевтический эффект наблюдается при применении парлодела по 2,5—5 мг в день в течение 6 мес.

При наличии аменореи, вызванной опухолью гипоталамо-гипофизарной системы (VII группа), показано оперативное лечение.

В практике нередко наблюдаются случаи бесплодия смешанного характера, причем не всегда удается провести четкую дифференциацию причин этой патологии. В подобных случаях, исходя из клинических данных и результатов дополнительного исследования, применяют сочетание различных методов терапии.

При бесплодии, в происхождении которого определенную роль играют изменения других желез внутренней секреции, проводится адекватная терапия. Так, при аденогенитальном синдроме назначают

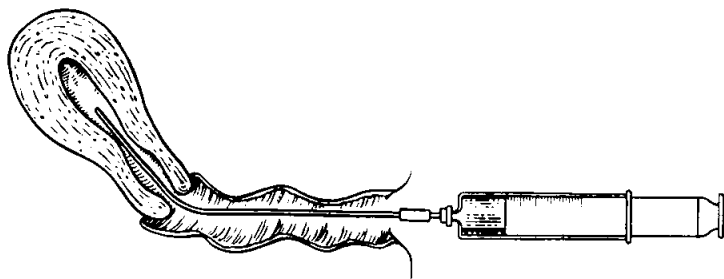


Рис. 131. Внутриматочная инсеминация (схема).

преднизолон или дексаметазон (см. главу XV). При гипотиреозидизме рекомендуются небольшие дозы тиреоидина.

При иммунологическом бесплодии с антиспермиоантителами в шейечной слизи, блокирующими продвижения сперматозоидов, наиболее перспективной является искусственная внутриматочная инсеминация (рис. 131). При этом методе семенную жидкость мужа вводят в матку, минуя нежелательный контакт с цервикальной слизью, содержащей антиспермальные антитела. Забор спермы обычно проводят методом мастурбации. Семенная жидкость вводится в матку 2—3 раза в период овуляции. Инсеминация выполняется в условиях операционной стерильным пластмассовым шприцем с полиэтиленовым катетером при помощи зеркала Куско без фиксации шейки матки. После введения спермы (0,4 мл) женщина должна находиться в горизонтальном положении в течение 30 мин.

У больных с грубыми анатомическими изменениями в половой системе производят соответствующую коррекцию. Оперативным путем устраняют гинатрезии, удаляют опухоли (миоматозные узлы), зашивают мочеполовые и кишечно-половые свищи, разрушают синехии в полости матки и т. д.

Лечение мужского бесплодия зависит от особенностей основного вида патологии, приводящей к стерильности. Часто причиной бесплодия являются нарушения функции семенных канальцев, развивающиеся в результате специфических процессов или имеющие характер идиопатической патологии. Из специфических нарушений довольно часто встречается варикоцеле. Заболевание подлежит оперативному лечению, которое дает хороший эффект в отношении восстановления способности к оплодотворению. При инфекционных заболеваниях мочеполового тракта, вызванных специфическими возбудителями (гонококк, микобактерии туберкулеза), а также воспалительных процессах, обусловленных кишечной палочкой, протеем и т. д., применяют антибактериальную терапию, вводят гормоны (метилтестостерон, тестостерона пропионат), витамины, хориогонин. Больным с идиопатическим нарушением функции семенных канальцев назначают препараты тестостерона, пергонал, кломифен, парлодел.

Больным с гипогонадизмом в результате недостаточной функции гипофиза (евнухоидизм, гипопизарный нанизм) наиболее целесообразно назначение хориогонина и пергонала. При гипоспадии, ретроградной

эякуляции, при гидроцеле больших размеров проводятся соответствующие хирургические вмешательства.

В отдельных случаях при невозможности наступления беременности у фертильной женщины от мужа с патологией спермо- или семявыводящих путей в учреждениях, имеющих соответствующее оборудование и опыт, проводится искусственная инсеминация (с согласия обоих супругов) спермой доноров, полученной от здоровых молодых мужчин, которые предварительно проходят специальное обследование.

Течение беременности и родов после лечения бесплодия часто сопровождается патологией, в связи с чем с первых месяцев после зачатия эти женщины выделяются в группу повышенного риска и находятся под особым контролем на протяжении беременности и во время родового акта.

**Профилактика.** Предупреждение бесплодия является задачей не только акушеров-гинекологов, но и педиатров, школьных врачей, венерологов, терапевтов, эндокринологов.

Профилактические мероприятия следует начинать с момента рождения девочки, предупреждая проникновение возбудителей инфекции в половые органы. Профилактика инфекции должна интенсивно проводиться и в последующие возрастные периоды жизни. В период полового созревания школьный врач должен внимательно следить за любыми возможными отклонениями (преждевременное или запоздавшее половое созревание). При наличии отклонений такую девочку направляют на консультацию в специализированные учреждения (в отделения гинекологии детского и юношеского возраста).

В предупреждении бесплодия значительную роль играют меры профилактики инфекционных и других заболеваний в детском возрасте и в периоде полового созревания — эндокринных нарушений, инфантилизма, воспалительных заболеваний, туберкулеза; методы профилактики, диагностики и лечения гонореи, мероприятия по предупреждению аборт, осложнений в родах и в послеродовом периоде.

Большое значение придается санитарному просвещению, включающему и половое воспитание.

## Глава XIX

### СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

Планирование семьи представляет собой комплекс мероприятий, направленных на регулирование количества детей у супружеских пар. В нашей стране каждой семье предоставлена возможность самостоятельно решать вопрос о числе будущих детей, в противоположность другим странам, где действуют ограничительные законодательства (Индия, КНР и др.).

Планирование семьи осуществляется с помощью противозачаточных (контрацептивных) средств, стерилизации (женщин и мужчин), а также производства искусственного аборта для прекращения неже-



лательной беременности (искусственное прерывание беременности описано в учебниках акушерства).

Контрацептивные средства назначаются по медицинским показаниям, но ими могут пользоваться и мужчины, и женщины для предупреждения нежелательной беременности и ограничения числа абортов, которые небезразличны, а иногда и очень опасны для здоровья женщины.

В нашей стране в широкой аптечной сети имеются различные контрацептивы (мужские презервативы, вагинальные диафрагмы, шарики, пасты и т. д.). Другие препараты (противозачаточные таблетки) и внутриматочные средства рекомендуются только по назначению врача. Подбор оптимального метода контрацепции проводится гинекологом в женской консультации или специалистом в консультации «Брак и семья».

Методы и средства контрацепции делятся на следующие основные группы: 1) средства и методы механического и спермицидного (химического) характера; 2) ритм-метод; 3) внутриматочные противозачаточные средства; 4) гормональные контрацептивы.

Контрацептивы механического и спермицидного характера. Метод прерванного полового сношения (coitus interruptus) — старый метод предупреждения беременности и заключается в извлечении мужского полового члена из половых путей женщины до начала извержения семенной жидкости. При тщательном выполнении метод может оказаться неэффективным (наступление беременности) лишь в тех случаях, если семенная жидкость выделится до наступления оргазма или если сперма изолюется в область наружных половых органов женщины вблизи входа во влагалище. Из-за резкого нарушения физиологии полового акта, особенно фазы оргазма, метод не может быть рекомендован для систематического использования в целях предохранения от беременности. Многие гинекологи его считают даже вредным.

Мужские презервативы (кондомы) представляют собой резиновую или пластиковую оболочку для полового члена, которая препятствует попаданию семенной жидкости во влагалище. Наряду с простотой и доступностью применения этих контрацептивов основным их недостатком является то, что они нарушают ощущения партнеров во время полового сношения. При использовании презерватива беременность может наступить при разрыве последнего. Это случается при сухости во влагалище, применении кондома без смазывания его пастой или кремом, а также при тугом облегании головки полового члена кондомом без оставления необходимого пространства для семенной жидкости. Несмотря на распространение новых контрацептивных средств, презервативы и теперь широко используются благодаря своей простоте, безвредности и сравнительно высокой эффективности.

Вагинальные диафрагмы (колпачки «КР») по механизму действия близки к мужским презервативам и представляют собой круглую чашеобразной формы резиновую мембрану с упругим кольцом по краю. Диафрагму вводит во влагалище сама женщина и

располагает ее там так, чтобы она упиралась в задний свод с одной стороны и заднюю поверхность симфиза — с другой. После полового сношения рекомендуется сделать спринцевание, чтобы удалить основную массу семенной жидкости, а позднее извлечь саму диафрагму. Вместо этого перед половым сношением можно ввести шарик или пасту с каким-либо спермицидным агентом. Это связано с тем, что одна диафрагма (которая должна находиться во влагалище не менее 6 ч после полового сношения) не является достаточно надежным контрацептивом. Применение диафрагмы нецелесообразно при несостоятельности мышц тазового дна, больших старых разрывах промежности, ретрофлексии матки (диафрагма не удерживается в правильном положении).

**К о л п а ч к и «К а ф к а»,** сделанные из алюминия, надеваются на шейку матки и более надежны, чем влагалищные диафрагмы. Самые употребительные номера от 8-го до 11-го. Колпачок на шейку матки надевает врач (или акушерка) и он может находиться на ней 3 сут и более. Снять его может женщина самостоятельно (после предварительно сделанного спринцевания). Метод недостаточно удобен; противопоказан при эрозиях, эндоцервиците, кольпите, деформациях шейки матки.

**Х и м и ч е с к и е с п е р м и ц и д н ы е с р е д с т в а,** вводимые в полость влагалища, применяются в основном в дополнение к механическим методам. Основными химическими агентами в используемых средствах являются борная, молочная, салициловая, виннокаменная кислоты, перманганат калия, хлорамин и др. В качестве форм применяются кремы и пасты (например, «Прекопсол»), суппозитории («Контрацептин»), а в последнее время — аэрозоли. Растворами со спермицидными агентами пропитывают влагалищные тампоны из пористой резины, пенопласта и других синтетических материалов.

Тампон, смоченный одним из средств, перед половым сношением женщина самостоятельно вводит во влагалище. После введения суппозитория и паст необходимо выждать, пока препарат равномерно распространится по стенкам влагалища. Отрицательными моментами применения этих средств контрацепции являются также избыточная влажность во влагалище, необходимость через очень короткий промежуток времени после окончания полового акта приступать к спринцеванию, возникновение раздражения слизистой оболочки влагалища и не очень высокая эффективность.

**Р и т м - м е т о д,** или **физиологический метод контрацепции.** В течение менструального цикла имеется только несколько дней (перед овуляцией и после нее), когда женщина может забеременеть. Во все остальные дни цикла возможность наступления беременности низкая и половая жизнь возможна без предохранения. Для определения опасных и безопасных дней учитывают время наступления овуляции, длительность фертильности сперматозоидов в половых путях женщины (48 ч и более) и продолжительность способности яйцеклетки к оплодотворению (несколько часов). При 28-дневном менструальном цикле овуляция наступает в среднем на 12—14-й день, причем возможны физиологические колебания в пределах 2 сут. Если принять во внимание эти

данные, то оплодотворение в условиях регулярного 28-дневного цикла возможно лишь между 10-м и 17-м днями цикла (опасные дни). Остальные дни цикла будут относительно безопасными. Сложнее рассчитывать время инфертильности при другой продолжительности менструального цикла, особенно при отсутствии регулярного цикла. Для уточнения дня овуляции можно рекомендовать использовать измерение базальной температуры. Если в середине цикла базальная температура повышается и не снижается в течение 3 дней, значит овуляция произошла и яйцеклетка погибла. В этих случаях можно жить половой жизнью без предохранения. Основными преимуществами ритм-метода являются его физиологичность и полная безвредность. Но в то же время для молодых супружеских пар воздержание от половых сношений с 10-го до 17-го дня цикла бывает затруднительным. В этот период можно использовать противозачаточные средства.

**Внутриматочные противозачаточные средства.** Эти средства вводят в полость матки через цервикальный канал. Они сделаны из инертных пластических материалов. Наибольшее распространение получили полиэтиленовая петля Липпса, а также внутриматочные средства в форме буквы Т и цифры 7.

Механизм противозачаточного действия этих контрацептивов окончательно не выяснен. Его связывают с усиленными рефлекторно сокращениями маточных труб, в результате чего оплодотворенная яйцеклетка попадает в матку на более ранней стадии развития и не может имплантироваться.

Применение внутриматочных средств противопоказано при острых и подострых воспалительных заболеваниях матки и придатков, при III—IV степенях чистоты влагалищного содержимого, при беременности или подозрении на нее, при злокачественных новообразованиях женских половых органов, дисфункциональных маточных кровотечениях.

Перед назначением этих средств женщину обследуют (общее обследование, анализы крови, мочи, мазки из влагалища, уретры и шейки матки, бимануальное исследование). Обычно контрацептив вводят сразу после окончания менструации. Возможно также введение этого средства после завершения операции искусственного аборта. Техника введения состоит в следующем. После обработки наружных половых органов и смазывания шейки матки и влагалища спиртом шейку матки фиксируют за переднюю губу пулевыми щипцами. Затем противозачаточное средство с помощью специального проводника вводят в матку, где оно в силу своей эластичности расправляется и занимает нужное положение в соответствии с формой полости матки. Тонкие пластиковые нити, идущие от нижнего конца контрацептива, после извлечения проводника, служащего для введения контрацептива, оказываются свисающими во влагалище. Они служат для контроля нахождения контрацептива в матке и для его извлечения при необходимости. Контрацептив вводят в амбулаторных условиях. Контроль за нахождением внутриматочного контрацептива можно осуществить с помощью ультразвукового исследования (рис. 132). После введения внутриматочного средства в течение 10 дней запрещается половая

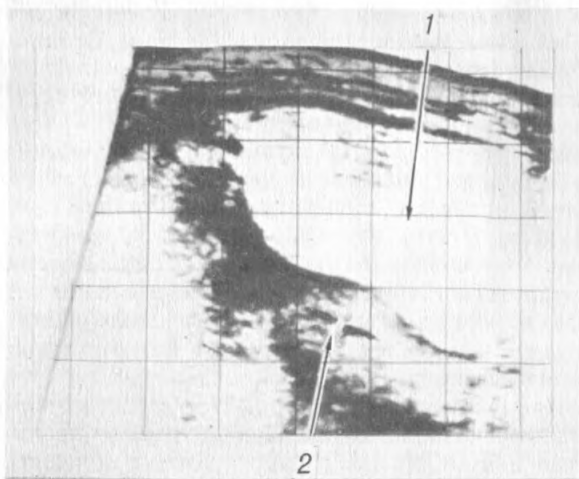


Рис. 132. Эхограмма. Внутриматочный контрацептив в полости матки.  
1 — мочевой пузырь.  
2 — контрацептив.

жизнь. При появлении болевых ощущений в области живота, поясницы назначаются анальгетические, спазмолитические препараты. При появлении кровянистых выделений, удлиненных, обильных менструациях применяют препараты кальция, сокращающие матку средства, викасол, аминокaproновую кислоту. Каждые полгода женщина проходит осмотр у гинеколога. Контрацептив может находиться в матке, если нет осложнений, 2—3 года. После этого срока его удаляют для замены через небольшой промежуток времени.

Помимо болей, кровотечений, осложнениями внутриматочной контрацепции являются воспалительные заболевания матки и придатков. В очень редких случаях контрацептив перфорирует матку. У некоторых женщин наблюдается изгнание его из матки (экспульсия). Эффективность современных внутриматочных средств (противозачаточный эффект) составляет около 98%.

Широкое распространение получили внутриматочные средства, сделанные из пластических материалов с добавлением металлов. Наиболее часто используется медная или серебряная тонкая проволока, спирально обвивающая контрацептив. По сравнению с полиэтиленовыми внутриматочными контрацептивы с металлическими элементами более эффективны, реже дают осложнения и дольше могут находиться в матке, не требуя смены. Имеются попытки усилить контрацептивное действие внутриматочных средств введением в них прогестинов, оказывающих местное действие на эндометрий.

**Гормональные контрацептивы.** Эти средства представляют собой синтетические стероиды, близкие по химической структуре к женским половым гормонам. Их применение в качестве противозачаточных средств основывается на свойствах половых гормонов подавлять овуляцию. Из эстрогенов в качестве контрацептивов нашли применение этинил-эстрадиол и местранол, обладающие более высокой активностью, чем натуральные гормоны яичника, а также гормональный контрацептив, применяемый сразу после полового акта. Производные

прогестерона, входящие в состав противозачаточных средств, более многочисленны.

Наибольшее распространение получили комбинированные эстроген-гестагенные препараты (бисекурин, гравитат, овидон и др.). Эти препараты принимают с 5-го по 25-й день менструального цикла. Через 2—3 дня после окончания приема противозачаточных таблеток у женщин возникает менструальноподобная реакция, внешне мало отличающаяся от обычной менструации.

Основной механизм контрацептивного действия этих средств заключается в подавлении овуляции вследствие того, что под влиянием постоянно вводимых эстроген-гестагенных веществ, воздействующих на систему гипоталамус—гипофиз, подавляется циклическая секреция рилизинг-факторов и гонадотропных гипофизарных гормонов (ФСГ и ЛГ). В результате этого яйцеклетка не овулирует, а фолликул подвергается обратному развитию. Определенное воздействие (в основном вследствие изменений гипоталамо-гипофизарной регуляции) гормональные противозачаточные средства оказывают также на яичники (уменьшение размеров), матку (эндометрий находится в состоянии гипоплазии и не способен к имплантации яйцеклетки), цервикальная слизь делается слишком вязкой для проникновения в полость матки сперматозоидов.

Эффективность эстроген-гестагенных контрацептивов, как и внутриматочных средств, составляет около 98%. Однако длительное поступление в организм значительных количеств высокоактивных синтетических гормональных средств может сопровождаться рядом побочных реакций и осложнений, обусловленных в основном эстрогенным компонентом. У таких женщин изменяется обмен веществ с появлением склонности к увеличению массы тела; иногда происходит снижение толерантности к глюкозе вплоть до появления сахара в моче. Сдвиги в пигментном обмене проявляются развитием хлоазм. За счет воздействия на сосудодвигательный центр может увеличиваться артериальное давление. У небольшой части пациенток возрастает свертываемость крови с развитием иногда тромбозомболических осложнений. Некоторые женщины отмечают появление тошноты и даже рвоты, ощущение дискомфорта, нагрубание молочных желез, особенно в первые дни и недели приема препаратов. Могут возникать межменструальные кровянистые выделения, уменьшение менструальных кровопотерь, укорочение месячных и даже развитие аменореи. Изредка женщины отмечают головные боли, депрессивное состояние, нервозность, головокружения. Имеются данные о том, что гормональные контрацептивы могут в некоторых случаях способствовать развитию рака молочной железы на фоне имеющихся гиперпластических процессов.

Как уже было отмечено, большинство осложнений вызывают производные эстрогенов, содержащиеся в гормональных контрацептивных препаратах. Поэтому всегда приходится учитывать соотношение эстрогенных и гестагенных компонентов в содержании назначаемых противозачаточных средств.

Гормональные контрацептивы назначает врач преимущественно рожавшим женщинам и только после предварительного их обследо-

ния (измерение артериального давления, анализы мочи и крови, исследование молочных желез, гинекологическое обследование, определение основных показателей свертывания крови).

Гормональные контрацептивы противопоказаны при новообразованиях (имеющихся или в прошлом), флебитах и склонности к тромбозам, артритам, при диабете, заболеваниях печени и почек, выраженной гипертонии, ожирении, депрессивном состоянии, рассеянном склерозе, гиперпигментации, аллергических состояниях, эпилепсии.

В нашей стране женщины, пользующиеся гормональными контрацептивами, находятся под постоянным врачебным наблюдением. Прием этих препаратов не должен продолжаться больше года.

В связи с тем что эстрогенный компонент контрацептивных средств является причиной развития многих осложнений, были созданы так называемые «мини-пили», содержащие небольшие дозы только прогестинов (континуин, фемулен и др.). Эти препараты применяют непрерывно, а не циклически, как комбинированные препараты. «Мини-пили» обладают несколько меньшей эффективностью, чем эстроген-гестагенные препараты. По своему механизму действия они отличаются от комбинированных эстроген-гестагенных препаратов способностью не подавлять овуляцию и действовать преимущественно на эндометрий.

Стерилизация как метод планирования семьи в нашей стране не применяется. Эта операция проводится только по медицинским показаниям.

## Глава XX

### ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Повреждения наружных половых органов и влагалища.** Повреждения наружных половых органов и влагалища могут произойти во время родов, при грубом половом сношении, особенно в состоянии алкогольного опьянения, при изнасиловании несовершеннолетних. Умышленный травматизм, производственные травмы встречаются весьма редко. Нечасто встречаются также термические и химические ожоги. Повреждения медицинского характера возможны в результате лучевой терапии при злокачественных новообразованиях, при неосторожном обследовании с помощью зеркал пожилых женщин.

Ведущими симптомами повреждений наружных половых органов и влагалища являются боль и кровотечение. При травмах мочевого пузыря, прямой кишки и ее сфинктера может отмечаться недержание мочи, газов и кала. В связи с обильной васкуляризацией области вульвы закрытые повреждения обычно сопровождаются отеком, развитием гематомы, при открытых травмах — кровотечением, иногда очень обильным. Образование гематомы в виде быстрорастущего синевато-красного (багрового) образования проявляется у большой чувством напряжения в области половых органов, болями, тенезмами, нередко анемизацией. При массивном повреждении влагалища нередко нарушается целостность уретры, мочевого пузыря, прямой кишки и окружаю-

шей клетчатки. В последующем у таких больных могут возникнуть кишечечно-влагалищные и мочеполовые свищи.

**Д и а г н о с т и к а.** Обычно не представляет трудностей и основывается на данных анамнеза, осмотра, влагалищного и прямокишечного исследований. При подозрении на повреждения, проникающие в брюшную полость, на ранение мочевого пузыря производятся цитоскопия, лапароскопия, диагностическая лапаротомия.

**Л е ч е н и е.** При нетяжелых травмах лечение ограничивается местным применением антисептических растворов; при тяжелых травмах приходится прибегать к различным оперативным вмешательствам. При обильном кровотечении следует срочно обеспечить гемостаз и восполнить кровопотерю, а иногда провести и противошоковые мероприятия. В связи с возможным инфицированием вводят противостолбнячную, а при загрязнении раны — и противогангренозную сыворотку. Назначаются антибиотики широкого спектра действия. Первичная обработка раны проводится согласно общим хирургическим принципам. При чистых свежих ранах в области промежности накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища, на кожу шелковые швы. При локализации раны вблизи уретры ушивание проводят при введенном в мочеиспускательный канал металлическом катетере, который затем заменяют эластическим и оставляют его в мочевом пузыре, учитывая возможность рефлекторной задержки мочеиспускания. При кровотечении из раны в области луковиц преддверия влагалища накладывают швы с подведением лигатур до самой надкостницы, чтобы не травмировать при ушивании венозное сплетение. При небольшом паренхиматозном кровотечении ограничиваются тугим тампонадой кровоточащего участка и наложением давящей повязки. При образовании гематомы, если она не увеличивается, накладывают давящую повязку, назначают хлорид кальция, викасол, витамины К, РР, С. Быстро увеличивающуюся или инфицированную гематому необходимо вскрывать, а кровоточащие в ране сосуды лигировать.

Если разрыв промежности сопровождается травмой прямой кишки и загрязнением раны каловыми массами, особенно когда помощь приходится оказывать спустя 12 ч и более после травмы, то рану и прямую кишку промывают 5% раствором перманганата калия, раствором фурацилина или риванола, рыхло тампонируют тампоном с фурацилином. Большой назначают жидкий стол, антибиотики, сульфаниламидные препараты, дезинтоксикационные средства, препараты опиума в первые дни. Постепенно вместо тампонов с фурацилином переходят на тампоны с мазью Вишневского, на 6—7-е сутки дают слабительные, на 10—11-е сутки разрешают ходить, а через 2½—3 мес приступают к операции, характер которой определяется особенностью травмы.

**Повреждения шейки и тела матки.** Этот вид травм наиболее часто встречается в акушерской практике (во время родов, при выполнении акушерских операций, при производстве искусственного аборта и т. д.). У гинекологических больных травмы шейки и тела матки чаще всего бывают связаны с диагностическими выскабливаниями слизистой оболочки матки, гистероскопией, поскольку этим вмешательствам

предшествует расширению цервикального канала. Нередко повреждения наносятся при производстве криминальных абортов.

Перфорация матки может быть вызвана маточным зондом, расширителем Гегара, кюреткой, наконечником вакуум-экссколеатора. Перфорации способствуют неправильное положение матки (гиперантефлексия, ретрофлексия), а также патологические изменения в стенке матки за счет деструктивных процессов, обусловленных разрастанием и распадом опухолевой ткани, например при раке, хорионэпителиоме и др.

Степень травматизации матки при ее перфорации может быть различной. Пробождение стенки может произойти без повреждения брюшины (периметрия). В более тяжелых случаях возникает повреждение брюшной полости в результате травмы других органов — кишечника, мочевого пузыря, сальника. Перфорации тела матки могут локализоваться в области ее дна, на передней, задней стенках, в области перешейка, по ребру, в частности в зоне сосудистого пучка (маточная артерия и маточные вены).

**К л и н и к а.** Картина перфорации матки определяется локализацией, степенью повреждения и нарушением целостности смежных органов. Перфорация матки маточным зондом без травмы брюшины и при отсутствии кровотечения может протекать бессимптомно. Для перфорации матки в области сосудистого пучка характерна клиника тяжелого внутреннего или наружного кровотечения. Перфорация с повреждением брюшины сопровождается резкой болевой реакцией вплоть до развития шока.

Важными симптомами перфорации матки являются проникновение инструмента (зонд, расширитель, кюретка) на глубину, значительно превышающую длину полости матки, извлечение из перфорационного отверстия сальника, петель кишечника, резкое изменение состояния больной (сильные боли, явления шока и внутреннего кровотечения). При повреждении сосудов и сохранении брюшинного покрова может образоваться гематома между листками широкой связки. Гематома определяется нередко при пальпации живота и особенно отчетливо при бимануальном исследовании (болезненное образование эластической консистенции с нечеткими контурами). Для уточнения диагноза перфорации, проникающей в брюшную полость, можно воспользоваться лапароскопией, кульдоскопией (в брюшной полости обнаруживают кровь).

Тактика врача при перфорации матки или подозрении на это осложнение заключается в немедленном прекращении всех дальнейших манипуляций. При перфорации матки зондом или небольшим расширителем большую укладывают в постель, назначают лед на низ живота и внимательно следят за появлением кровотечения из половых путей, систематически измеряют артериальное давление, частоту пульса, температуру, в динамике проводят пальпацию живота (для обнаружения симптомов раздражения брюшины). Исследуют кровь (клинический анализ, гематокрит), наблюдают за диурезом. Введение наркотических и анальгетических средств противопоказано, так как при этом маскируется картина начинающегося перитонита. При отсутствии симптомов воспаления брюшины и внутреннего кровотечения продолжают консер-



вативное лечение, включающее дезинтоксикационную терапию (внутривенное капельное введение гемодеза, неокомпенсана, реополиглюкина и других кровезаменителей), антибактериальную терапию, введение сокращающих матку средств (окситоцин, прегнантол и др.). При учащении пульса, повышении температуры, появлении даже незначительных симптомов пельвиоперитонита показана пункция заднего свода и при получении крови производится срочная лапаротомия. Нарастание симптомов раздражения брюшины и внутреннего кровотечения является показанием к лапаротомии даже при отрицательном результате пункции.

Если перфорация матки произведена большим расширителем, кюреткой или если из перфорационного отверстия были извлечены внутренние органы (кишечник, сальник), показана срочная операция. Операция обязательно проводится и в тех случаях, когда травма матки произошла вне лечебного учреждения (криминальный аборт). Вопрос об объеме операции (ушивание повреждения, удаление части или всей матки) решается в зависимости от обширности и локализации повреждения, возраста больной, развития инфекции.

Повреждения шейки матки наиболее часто бывают следствием грубого зондирования и форсированного расширения цервикального канала без учета положения матки. При перфорации шейки матки возможно возникновение ранений, проникающих в брюшную полость. Иногда перфорации шейки матки представляют собой ход, идущий в широкую маточную связку. В таких случаях обычно образуется гематома.

При перфорации стенки шейки матки расширителем или зондом врач, испытывавший значительное затруднение при введении инструмента, ощущает внезапное его проваливание, а затем свободное прохождение на большую глубину. Во время перфорации, особенно при повреждении брюшины и образовании гематомы в широкой связке, женщина испытывает сильные боли; помимо внутреннего, возможно наружное кровотечение из канала шейки матки. Диагноз проникающего ранения шейки матки подтверждается при осторожном зондировании. При подтверждении диагноза перфорации все дальнейшие манипуляции следует прекратить и вести больную так, как при перфорации тела матки.

Разрывы шейки матки, возникшие в родах, при недостаточном анатомическом восстановлении нередко заживают вторичным натяжением. Кольцевая мускулатура в области наружного зева в таких случаях оказывается нарушенной, а продольные мышечные волокна без противодействия кольцевых мышц благодаря своему тону приоткрывают наружный зев. Такое состояние шейки матки с выворотом слизистой оболочки канала шейки матки называется эктропионом. В шеечный канал со свойственной ему щелочной средой начинает попадать влагалищное содержимое, имеющее кислую реакцию. Это создает условия постоянного химического раздражения. Анатомические изменения шейки матки и недостаточность образования секрета создают условия для проникновения в канал шейки матки инфекции, развивается хронический воспалительный процесс (эндоцервицит).

При двусторонних разрывах шейка деформируется более значительно. Жалобы больных сводятся к появлению слизисто-гнойных белей; в некоторых случаях возможны контактные кровотечения.

**Лечение.** При разрывах, деформациях и эктропионе шейки матки лечение начинают с проведения противовоспалительных мероприятий в виде спринцеваний (с содой, перманганатом калия, фурацилином), влагалистных ванночек (с протарголом), тампонов (с синтомициновой эмульсией). После ликвидации явлений воспаления при нерезко выраженной деформации шейки производят диатермо- или криокоагуляцию. Глубокие разрывы подлежат оперативному лечению.

Оперативным вмешательствам на шейке матки предшествуют цитологические исследования, кольпоскопия, а при необходимости и биопсия в связи с возможностью ракового поражения.

**Прямокишечно-влагалистные свищи.** Прямокишечно-влагалистные свищи обычно возникают вследствие травматического повреждения тканей. Они могут возникнуть при патологических родах (крупный плод, узкий таз и пр.), оперативных вмешательствах в родах (наложение щипцов, плодоразрушающие операции), при ранении во время производства гинекологических операций. Прямокишечно-влагалистные свищи иногда возникают после перенесенного парапроктита и облучения.

**Клиника.** Проявления прямокишечно-влагалистных свищей достаточно характерны. Основные жалобы больных сводятся к выделению из влагалища газов, гноя, а иногда и кала. При гинекологическом осмотре отмечаются гиперемия и мацерация слизистой оболочкой влагалища и кожи наружных половых органов. При осмотре влагалища в зеркалах обнаруживают на задней его стенке наружное отверстие свища различного диаметра — от 1—2 мм до нескольких сантиметров. Размеры внутреннего свищевого отверстия, расположенного на передней стенке прямой кишки, можно определить пуговчатым зондом, введенным через наружное отверстие свища, с одновременным пальцевым исследованием прямой кишки.

Формы свища могут быть различны. Чаще всего встречается цилиндрическая форма (свищ на всем протяжении имеет приблизительно одинаковый диаметр). Несколько реже наблюдается воронкообразная форма свища (диаметр одного из отверстий больше другого). Возможна и сложная форма свища, когда наружное и внутреннее отверстие одинаковы, а в центральной части свищ образует полость большего размера.

**Диагностика.** При ректовагинальных свищах в случае нормально сформированного заднего прохода трудностей не представляет. Диагноз основывается на данных анализа, жалоб и гинекологического осмотра. В случаях затруднительной диагностики (при очень маленьком диаметре наружного отверстия свища) применяют окрашенный раствор, который вводят в прямую кишку и наблюдают за его выделением во влагалище.

**Лечение.** Хирургическое.

Мочеполовые свищи описаны в главе XXII.

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

### ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕВОЧЕК

Гинекологическое обследование девочек имеет ряд особенностей. Под влиянием страха, ожидания боли или неприятных ощущений дети часто оказывают физическое сопротивление действиям врача. Поэтому врач обязан еще до начала обследования успокоить маленькую пациентку, добиться ее доверия и расположения. Девочка не должна видеть приготовленные для исследования инструменты, испачканные кровью перевязочный материал и белье. Совершенно недопустимо, чтобы в помещении, где происходит обследование девочек, находились посторонние люди или чтобы такое обследование производилось в присутствии других пациентов.

Внутренние половые органы у девочек менее доступны для ручного и инструментального обследования, чем у взрослых женщин. Поэтому весьма осторожно следует подходить к вопросу о выборе необходимых инструментов и отдавать предпочтение наименее травматичным. В связи с этим врачи, средний и младший медицинский персонал специализированных учреждений или кабинетов гинекологии детского возраста должны иметь специальную подготовку.

Обследование детей с гинекологическими заболеваниями делится на общее и специальное. Общее обследование девочек целесообразно начинать с исключения экстрагенитальных заболеваний, которые могут явиться непосредственной причиной тех или иных поражений половых органов. Перед изучением анамнеза у девочек следует расспросить мать или других близких родственников о больном ребенке и только после этого следует задавать дополнительные вопросы самой девочке. Важно знать, как протекала беременность профессиональные вредности или действие других повреждающих факторов в критические периоды эмбриогенеза. Необходимо далее уточнить, как протекали роды. Особое внимание врач должен уделить периоду полового созревания.

Общее исследование девочки следует начинать с осмотра. Устанавливают особенности телосложения, отсутствие или наличие дефектов развития, состояние кожных покровов, выраженность вторичных половых признаков и их соответствие возрасту обследуемой.

При оценке полового развития применяют определение морфотипов. Затем переходят к обследованию больной по важнейшим органам и системам (дыхательная, сердечно-сосудистая, пищеварительная и др.).

После общего осмотра и объективного исследования необходимо перейти к специальным методам. Специальное обследование производится в следующем порядке: осмотр наружных половых органов: осмотр девственной плевы; взятие мазков для бактериоскопического и бактериологического исследования из преддверия влагалища, уретры, парауретральных ходов, выводящих протоков больших вестибулярных желез и из прямой кишки. При необходимости берется мазок из

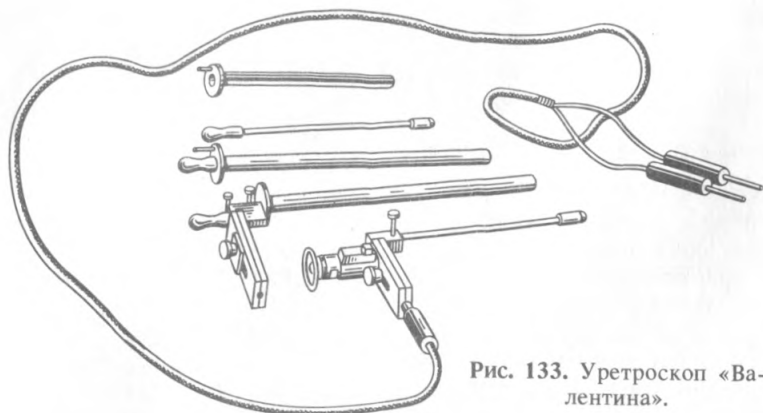


Рис. 133. Уретроскоп «Валентина».

влагалища для цитологического исследования. Бимануальное влагалищно-брюшностеночное исследование в детской гинекологии, как правило, не применяется, а заменяется прямокишечно-брюшностеночным.

Дополнительные методы специального исследования применяют в зависимости от характера патологического процесса.

**Вагиноскопия.** Осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки с помощью различных осветительных систем. Наибольшее распространение для производства вагиноскопии получили сухой смотровой уретроскоп типа уретроскопа «Валентина» (рис. 133), а также специальные детские зеркала с осветителями. Любой из этих приборов следует применять с большой осторожностью, так как неосторожное манипулирование с ним может привести к травматизации гениталий девочки.

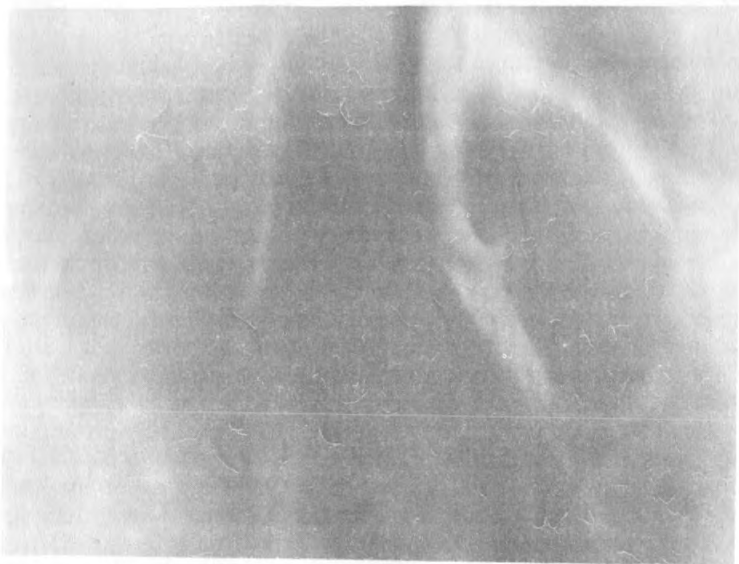
**Зондирование.** Применяется для исследования влагалища. В ряде случаев зондирование влагалища целесообразно сочетать с прямокишечным исследованием. К такому комбинированному исследованию нередко прибегают для обнаружения инородного тела влагалища.

**Пробная пункция.** В детской гинекологической практике к пробному проколу приходится прибегать не в области заднего свода влагалища, как это обычно делается у взрослых женщин, а в других местах, например в области гинатрезий при атрезии девственной плевы или влагалища при возникновении гематокольпоса.

**Кольпоцитологическое исследование.** Этот метод в детской гинекологической практике применяется довольно широко для суждения о гормональной функции яичников. Мазки обычно берут из боковых сводов влагалища.

**Аспирация из матки.** В последние годы все большее распространение получил метод взятия аспирата из матки для цитологического исследования. В силу относительно легкой проходимости цервикального канала у девочек аспират из матки получают шприцем Брауна без расширения шейечного канала.

**Газовая рентгенопельвиграфия.** С помощью это-



**Рис. 134.** Ретропневмоперитонеум. Тень левого надпочечника не изменена, тень правого надпочечника увеличена.

го метода можно получить необходимое представление о наличии и форме внутренних половых органов, обнаружить опухоль в полости малого таза и уточнить ее локализацию. Принимаются во внимание возраст и комплекция девочки. Детям в возрасте до 4 лет обычно вводят 300—700 мл газа, от 4 до 9 лет — 700—1200 мл, в предпубертатном и пубертатном периодах — 1200—1800 мл. Газовая рентгенопельвиграфия может производиться у девочек в возрасте от 1 года до 16 лет. При наличии соответствующих инструментов (зеркала, подъемники, щипцы и др.) гистерография легко производится без дефлорации. При плохой растяжимости девственной плевы прибегают к введению 0,25% раствора новокаина, после чего осторожно через гименальное отверстие во влагалище вводят детское зеркало и подъемник. Шейку матки подтягивают ближе ко входу во влагалище при помощи пулевых щипцов. Зондирование полости матки выполняется небольшим зондом, после чего в цервикальный канал вводят детский маточный наконечник. В полость матки вводят 2—5 мл водорастворимого контрастного вещества, после чего производят гистерограмму.

**Вагинография.** Вагинография представляет собой рентгенографическое исследование влагалища. При подозрении на порок развития влагалища или его атрезию вагинографию можно проводить в предпубертатном периоде (до начала менструальной функции).

**Рентгенография надпочечников в условиях пневморетроперитонеума.** Этот метод представляет собой рентгенографическое исследование надпочечников на фоне газа, введенного в окологпочечную клетку. В

зависимости от возраста и характера телосложения девочки вводят кислород в количестве от 500 до 1800 мл.

До производства рентгенограммы поясничной области газ должен хорошо распределиться в окологочечной клетчатке, что достигается переменной положения тела после введения газа. На рентгенограмме бывают хорошо видны почки и надпочечники, что дает возможность получить представление об их величине и форме (рис. 134).

Применение указанных рентгенологических методов в детской гинекологической практике способствует правильной и своевременной диагностике аномалий развития половых органов и других гинекологических заболеваний. Однако необходимо помнить о нежелательном влиянии рентгеновских лучей на яичники. Поэтому рентгенологические методы исследования должны применяться по строгим показаниям.

Особенности этиологии, патогенеза и клиники отдельных заболеваний половых органов в детском и юношеском возрасте обуславливают специфику обследования таких больных.

При обследовании больных с воспалительными заболеваниями половых органов следует подробно останавливаться на данных анамнеза, касающихся общих заболеваний девочки: инфекционных, экстрагенитальных и др. Необходимо также выяснить условия быта, заболевания родителей (трихомониаз, венерические заболевания), условия питания ребенка, наличие экссудативного диатеза и других аллергических заболеваний, нарушения обмена веществ, глистной инвазии и пр.

Особое значение у данной группы больных имеет бактериологическое и бактериоскопическое исследование отделяемого из влагалища, уретры, прямой кишки, а также из зева и носа.

Залогом успешного лечения воспалительного процесса является идентификация возбудителя, а также определение чувствительности его к антибиотикам. Для того чтобы снизить частоту вульвовагинитов с невыясненной этиологией, необходимо более широко использовать вирусологические методы исследования.

Важными дополнительными методами исследования девочек с вульвовагинитом являются осмотр шейки матки с помощью зеркал и вагиноскопия.

Эти методы дают возможность выявить степень поражения слизистой оболочки влагалища и шейки матки, распространенность процесса, рубцовые изменения влагалища, а также обнаружить инородное тело или гельминты, которые могут обусловить развитие вторичного вульвовагинита.

При ювенильных кровотечениях обследование больных должно быть комплексным — с участием педиатра, гематолога, эндокринолога, отоларинголога, невропатолога и других специалистов. При сборе анамнеза особое внимание должно быть обращено на антенатальный период развития (соматическая и акушерская патология у матери, влияние профессиональных вредностей), особенности течения родов, а также на развитие девочки во все периоды ее жизни и перенесенные ею заболевания.

При сборе анамнеза у девочек с ювенильными кровотечениями

следует подробно остановиться на периоде полового созревания, времени появления менархе, характере менструаций и выяснить возможные в этом периоде жизни неблагоприятные воздействия на ее организм (психогенная травма, переутомление, хронические инфекции и др.).

Кроме общего объективного и специального гинекологического обследования, следует изучить показатели, характеризующие свертывающую систему крови. Изменение коагулограммы (тромбопения, удлинение времени свертывания крови, повышение длительности кровотечения и др.) выявляется у многих больных с ювенильными кровотечениями. У всех обследованных должно быть проведено многократное исследование крови, мочи, влагалищных мазков. По показаниям производится рентгеноскопия органов грудной клетки, рентгенография черепа, ЭКГ, определяется функциональное состояние печени и почек.

Особое внимание при обследовании больных с ювенильными кровотечениями следует обратить на выяснение функционального состояния яичников и других эндокринных желез: гипофиза, щитовидной, надпочечников. Для выяснения характера менструальных циклов наиболее простым и доступным методом является измерение базальной температуры, а также цитологическое исследование влагалищных мазков. Более точным методом, позволяющим судить о функциональном состоянии яичников, является фракционное определение эстрогенных гормонов в крови и моче, прогестерона в крови и прегнандиола в моче.

Величина экскреции эстрогенов зависит не столько от возраста пациентки, сколько от продолжительности менструальной функции.

Соотношение трех основных фракций эстрогенов (эстрадиола, эстрона и эстриола) таково, что больше половины составляет эстриол; отношение эстрона к эстрадиолу в первую половину цикла равно 3,5, а во вторую — 2,8.

Обнаруживаемый у большинства больных низкий уровень прегнандиола свидетельствует об ановуляторном характере первых менструальных циклов. В 12—14-летнем возрасте они наблюдаются в 60%, в 15-летнем — в 47%, в 16—17-летнем — в 43% случаев. Следовательно, ановуляторные циклы в период полового созревания представляют собой физиологическое явление.

При подозрении на наличие эстрогенпродуцирующей опухоли яичника необходимо применить газовую рентгенопельвиграфию.

У больных с аномалией развития половых органов при собирании анамнеза следует обязательно обращать внимание на неблагоприятные факторы, воздействующие на плод в период его антенатального развития (врожденные гинатрезии), а также на роль инфекционных заболеваний, перенесенных девочками в раннем детстве, которые могут обусловить возникновение приобретенных гинатрезий. Кроме обычных методов исследования, при подозрении на наличие пороков развития половых органов для уточнения диагноза следует предпринять ряд дополнительных исследований: осмотр влагалища с помощью детских зеркал, зондирование влагалища и матки, рентгенография органов малого таза (может быть применена и газовая

рентгенопельвиграфия), пиелография. Для диагностики пороков развития матки и влагалища используют гистерографию.

Для своевременной диагностики опухолей половых органов, в том числе и опухолей наружных половых органов, необходимо привлекать внимание матерей и патронажного медицинского персонала к обязательному осмотру девочек в различные периоды их жизни.

При опухолях влагалища большое диагностическое значение имеет вагиноскопия в сочетании с цитологическим методом исследования. В подозрительных случаях производят биопсию патологически измененной ткани с помощью конхотома.

В диагностике поражений шейки матки могут помочь вагиноскопия и цитологическое исследование мазков. При подозрении на рак шейки матки необходима биопсия. При подозрении на опухоль матки применяется зондирование, в отдельных случаях допускается применение гистерографии и диагностического выскабливания слизистой оболочки матки.

Самого пристального внимания заслуживают больные с опухолями яичников. Требуется особая тщательность при обследовании этой группы больных. Кроме общепринятых методов, применяют ультразвуковое исследование, обзорную рентгеноскопию брюшной полости, рентгенографию кишечника и желудка. В некоторых случаях производят пиелографию и цитоскопию. В особо трудных в диагностическом отношении случаях следует применить газовую рентгенопельвиграфию и даже пробное чревосечение.

При травме наружных половых органов применяются общепринятые методы исследования. Диагноз обычно легко поставить на основании осмотра. При наличии повреждения влагалища производят вагиноскопию.

Осмотр девочек с травмами гениталий обычно производят под наркозом. При необходимости обследуются и соседние органы: уретра, мочевого пузыря, прямая кишка. С этой целью применяют цитоскопию, уретроскопию, пальцевое обследование прямой кишки или ректоскопию с помощью специального ректального зеркала.

Все большее значение в обследовании девочек и подростков приобретают генетические методы исследования. С развитием медико-генетических исследований значительно расширились наши представления об этиологии и патогенезе задержки полового созревания и различных формах нарушений половой дифференцировки. В основе этих форм патологии могут лежать нарушения наследственного аппарата, характеризующиеся хромосомными и генными мутациями.

Для правильного формирования и функционирования яичников необходимо сохранение нормального набора не только половых, но и соматических хромосом. Структурные и числовые нарушения в системе половых хромосом являются причиной различных форм дисгенезии гонад: а) синдром Шерешевского—Тернера—кариотип больных 45X0; 46XX/45X0; б) стертая форма дисгенезии гонад — хромосомные аномалии в виде мозаицизма: 46XX/45X0 или структурная аномалия



одной из X-хромосомы; в) «чистая» форма дисгенезии гонад — кариотип больных может быть как 46XY, так и 46XX; реже встречается мозаицизм типа 45X0/46XX; 46XX/47XXX; 45X0/46XY; г) смешанная форма дисгенезии гонад — кариотип больных различный: 46XY/45X0; 46XY/46XX; 46XX. Хромосомные нарушения половой дифференцировки лежат в основе нарушений при аденогенитальном синдроме и мужском псевдогермафродитизме.

Большое внимание в настоящее время уделяется выяснению причин, приводящих к появлению хромосомных и генных мутаций. Для этой цели применяются клиничко-цитогенетические, генеалогические и биохимические методы исследования.

У детей дошкольного возраста наиболее частой патологией являются воспалительные заболевания половых органов. В школьные годы у девочек и подростков воспалительные процессы отходят на второй план, уступая в пубертатном периоде место расстройствам менструальной функции и нейроэндокринным нарушениям.

### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В силу анатомических и физиологических особенностей половых органов девочек (слабая выраженность плоского многослойного эпителия слизистой оболочки влагалища, сниженные регенераторные возможности тканей половых органов, недостаточность местного иммунитета, почти полное отсутствие механизма самоочищения влагалища) воспалительный процесс сравнительно легко возникает на наружных половых органах и во влагалище (вульвовагиниты различной этиологии).

Вульвовагиниты делятся на первичные и вторичные. К группе первичных неспецифических вульвовагинитов относятся заболевания, которые вызваны непосредственным воздействием на половые органы физических (механических, термических), химических или инфекционных факторов. В группу вторичных неспецифических воспалений включают такие процессы в половых органах, которые сами являются следствием первичного общего (корь, краснуха, скарлатина, тонзиллит, энтеробиоз, пневмония, экссудативный диатез, сахарный диабет и др.) или местного (аппендицит, цистит, проктит и др.) заболевания.

**Неспецифические воспаления вульвы и влагалища. Этиология. Патогенез.** Возникновению вульвитов и вагинитов способствуют не только анатомо-физиологические особенности половых органов у девочек, но и особенности этиологического фактора.

Инфекционные факторы в происхождении вульвовагинитов занимают первое место: у 70% детей инфекционный процесс вызывают бактерии и грибы, у 20% — вирусы, у 10% при бактериологическом исследовании не удается выделить какую-либо флору. Смешанная микробная флора (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, энтерококк, грибы) встречается почти у половины больных. Причиной воспаления часто становятся сапрофитные микроорганизмы; при снижении защитных сил организма нередко активизируются микоплазмы, вирусы прос-

того герпеса и другие возбудители. Инфицирование половых органов происходит различными путями: путем непосредственного контакта, интраканаликулярно, гематогенно, лимфогенно и по перинеуральным пространствам (вирусная инфекция).

При вторичных воспалительных процессах наружных половых органов инфекция развивается в результате снижения общих и местных защитных реакций организма, что способствует инфицированию половых органов патогенной флорой или приводит к активизации сапрофитов.

При рассмотрении этиологии и патогенеза неспецифических воспалительных процессов половых органов в детском возрасте следует учитывать роль факторов, которые могут способствовать развитию и поддержанию воспаления.

1. Анатомо-физиологические особенности половых органов у девочек: а) повышенная складчатость слизистых оболочек влагалища, низкая эстрогенная насыщенность организма, недостаточное содержание гликогена в эпителии влагалища, нейтральная или щелочная среда влагалищного содержимого; б) преобладание во влагалище кокковой флоры, снижение местного иммунитета.

2. Эндогенные патологические факторы: анемия, системные заболевания крови, сахарный диабет, экссудативный диатез, гломерулонефрит, пиелонефрит, цистит, инфантилизм, наличие экстрагенитальных очагов инфекции, энтеробиоз.

3. Экзогенные патологические факторы: травма половых органов, введение во влагалище инородных тел, нарушение гигиенического режима.

4. Алиментарные нарушения, неблагоприятные бытовые условия.

**К л и н и к а.** Клиническое течение неспецифических вульвитов и кольпитов отличается постепенным развитием и длительностью. Больные жалуются на жжение после мочеиспускания, зуд, боли в области наружных половых органов. Общее состояние детей страдает мало. При осмотре наблюдаются отграниченная гиперемия и отек наружных половых органов.

Очень характерно наличие белей (водянистые, желтые или серозно-гнойные, редко — гнойные), которые иногда имеют гнилостный запах. В острый период бели обильные, иногда с примесью крови. Бели вызывают зуд и мацерацию кожных покровов.

**Д и а г н о с т и к а.** В установлении диагноза большую роль играет тщательно собранный анамнез: экссудативный диатез в раннем детстве, аллергические дерматиты, экстрагенитальные воспалительные процессы, нарушения гигиены и т. д. Большое внимание уделяется характерным жалобам на боли в области наружных половых органов, патологические выделения из половых путей, дизурические расстройства.

Во время осмотра обнаруживают гиперемию, отечность, мацерацию преддверия влагалища, иногда ссадины, гиперпигментацию. Одновременно следует внимательно осмотреть нижнюю часть живота и внутренние поверхности бедер, куда также могут распространяться гиперемия и мацерация. Большое диагностическое значение имеют

данные вагиноскопии. Необходимость в проведении этого исследования особенно важна при рецидивирующем течении воспаления, так как кольпит может поддерживаться инородным телом, введенным во влагалище. При невозможности производства вагиноскопии необходимо сделать зондирование влагалища.

Во время осмотра влагалища с помощью вагоскопа могут быть обнаружены кровянисто-фибриновые налеты, локализующиеся чаще всего в сводах, а также петехии и мелкие кровоизлияния. Эти проявления выражены тем ярче, чем острее протекает воспалительный процесс.

Данные вагиноскопии иногда позволяют предположить характер возбудителя. Так, серые налеты в виде островков с гиперемизированной каймой характерны для кандидамикоза, серые, плотно прикрепленные налеты могут свидетельствовать о дифтеритическом поражении влагалища. Для герпеса характерно наличие на слизистой оболочке влагалища и на коже вульвы мелких пузырьков с водянистым содержимым и язвочек на инфильтрированном основании. Возникновение пустул во влагалище, в области преддверия, на коже бедер и ягодиц характерно для стрептококковой и стафилококковой инфекции.

Обязательными диагностическими методами являются культуральный и бактериоскопический. Однако обнаруженная в отделяемом из половых путей микрофлора не всегда является этиотропной. При подозрении на вирусную инфекцию соскоб из влагалища исследуют с помощью иммунофлюоресцентного метода. В воспалительный процесс наряду с влагалищем и наружными половыми органами могут быть вовлечены уретра, мочевого пузыря и прямая кишка. Поэтому бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из этих органов также является обязательным.

**Л е ч е н и е.** При вульвовагините необходимо обратить внимание на необходимость строгого соблюдения личной гигиены девочки: поддержание чистоты тела, наружных половых органов, частая смена белья и др. Диета должна содержать умеренное количество углеводов, из пищи исключаются раздражающие вещества.

формированию синехии (сращение малых и больших половых губ), образованию рубцовых изменений во влагалище, в наружном маточном зеве. Разъединение синехий (тупым или острым путем) должно быть произведено вскоре после их обнаружения. Это вмешательство не может быть отложено до периода полового созревания девочки, так как оставление синехий может принести к нарушению естественного оттока мочи, а в дальнейшем и менструальной крови.

В результате длительного течения вульвовагинитов могут возникать полипы и кондиломы влагалища и вульвы. Иногда отмечается экзема вульвы.

**Профилактика.** Профилактика вульвовагинитов складывается из комплекса мероприятий, направленных на оздоровление организма девочки: соблюдение правил личной гигиены, общеукрепляющие мероприятия (правильное соблюдение режима занятий и отдыха, назначение витаминов), ликвидация очагов хронической инфекции (своевременное лечение тонзиллитов и заболеваний верхних дыхательных путей), лечение энтеробиоза.

### ЮВЕНИЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Под ювенильным кровотечением следует понимать расстройство менструального цикла у девочек периода полового созревания, проявляющееся маточными кровотечениями ациклического (чаще) или циклического (реже) характера. Ювенильные кровотечения встречаются у 2—3% девочек, чаще в возрасте 13—14 лет.

**Этиология и патогенез.** Этиологические факторы можно условно распределить на три группы: предрасполагающие, обуславливающие и разрешающие.

активации эстрогенов; г) врожденная или приобретенная неполноценность матки.

**Разрешающие факторы.** Возникновению ювенильных кровотечений непосредственно предшествуют психические потрясения (экзамены, хирургическая операция, испуг, смерть близких), физические перегрузки (тренировки, соревнования), сотрясение головного мозга (транспортная катастрофа, падение с высоты, спортивная травма), простудные заболевания (грипп, бронхит, ангина), обострение очагов хронической инфекции. Таким образом, ювенильные кровотечения представляют собой полиэтиологическое заболевание.

С точки зрения патогенеза возникновение ювенильных кровотечений можно рассматривать как следствие неустойчивости менструальной функции в период ее становления. В основе патогенеза ювенильных кровотечений лежат разнообразные нарушения функции яичников: персистенция фолликулов, множественная их атрезия, недостаточность желтого тела. Чаще всего ювенильные кровотечения возникают на почве ановуляции. Большое значение принадлежит также повышенной чувствительности рецепторов эндометрия к действию эстрогенных гормонов.

**Клиника.** При развитии данного заболевания часто наблюдается внезапное возникновение кровотечения. При этом кровопотеря достигает большой степени, приводя к развитию выраженной анемии.

У других больных кровотечение бывает необильным, но длительным, продолжается несколько недель, а иногда и месяцев и также часто приводит к развитию вторичной анемии.

Ювенильные кровотечения чаще всего наблюдаются при первых месячных и в течение первого года становления менструального цикла. Реже заболевание может возникнуть через более продолжительный промежуток времени.

По характеру ювенильные кровотечения могут быть ациклическими (чаще) и циклическими (реже). Иногда речь идет о единичном маточном кровотечении.

Ювенильные кровотечения циклического характера наступают обычно в срок очередной менструации и могут продолжаться длительное время. Реже наблюдаются рецидивирующие циклические кровотечения, которые повторяются через определенный промежуток времени, иногда в одно и то же время года.

**Циклические овуляторные кровотечения** характерны для конца пубертатного и постпубертатного (подросткового) периода. В основе патогенеза овуляторных ювенильных кровотечений лежит неполноценное развитие желтого тела, чаще всего как следствие недостаточной продукции ЛГ гипофизом. Необходимо отметить, что у большинства девочек в период становления менструальной функции имеют место ановуляторные циклы, но только у 10—15% из них возникают ювенильные кровотечения. В диагностическом отношении важен факт расхождения между развитием вторичных половых признаков (которые запаздывают на 1—3 года) и появлением менархе (раньше положенного времени приблизительно на такой же срок).

**Диагностика.** Проводится с помощью тестов функциональ-

ной диагностики, которые свидетельствуют об отсутствии овуляции и кратковременной, ритмичной персистенции фолликула или о неполноценном развитии желтого тела.

**Ациклические кровотечения**, как правило, ановуляторные. Они могут возникнуть на фоне гипо- или гиперэстрогении.

Кровотечения гипозэстрогенного генеза обусловлены длительной атрезией фолликулов (низкое содержание эстрогенов в крови, снижение КПИ до 10—30%). У этих больных наблюдается или раннее, или запоздалое половое созревание.

**Клиника.** Гипозэстрогенные ациклические кровотечения проявляются в виде весьма длительного, но необильного кровотечения, которому обычно предшествует длительная задержка (в течение нескольких месяцев) менструаций.

Гиперэстрогенная форма ювенильных кровотечений обусловлена персистенцией зрелого фолликула. Для этой патологии характерен высокий уровень эстрогенов в крови с преобладанием активных фракций (эстрадиол), КПИ достигает 50% и более.

Ациклические гиперэстрогенные кровотечения проявляются гиперменореей, наступающей вслед за кратковременной (1—3 нед) задержкой месячных.

Основными жалобами больных являются кровотечение из половых путей, общая слабость, недомогание, головная боль, плохой сон, отсутствие аппетита, понижение работоспособности, раздражительность или, наоборот, апатия.

При сборе анамнеза особое внимание следует обращать на заболевания матери во время беременности, течение родов, наличие эстрагенитальной патологии, условия труда. В связи с частым развитием анемии большое внимание следует уделять исследованию периферической крови. Анемией у детей и подростков принято считать уменьшение цветного показателя ниже 0,8, эритроцитов — ниже  $4 \cdot 10^{12}/л$  в 1 мл, гемоглобина — ниже 116 г/л. У девочек, страдающих ювенильными кровотечениями, анемия носит в основном нормохромный характер. При длительных и обильных кровотечениях может наступить выраженная анемизация больной: количество гемоглобина может снизиться до 20 г/л, а число эритроцитов — до  $2 \cdot 10^{12}/л$ .

При определении показателей свертывающей системы крови установлены уменьшение количества тромбоцитов, замедление свертывания крови, снижение протромбинового индекса, удлинение времени кровотечения, замедленная ретракция кровяного сгустка.

**Диагностика.** Обследование девочек с ювенильными кровотечениями должно быть комплексным с привлечением детских врачей разного профиля: педиатра, отоларинголога, гематолога, эндокринолога, невропатолога, генетика.

Обследование больных делится на общее и специальное. В процессе общего обследования выясняют состояние сердечно-сосудистой системы, печени, почек, эндокринных желез, щитовидной железы, крови. При исследовании системы крови необходимо в первую очередь исключить эссенциальную тромбоцитопению — заболевание, которое также сопровождается маточными кровотечениями.

При антропометрическом исследовании нередко отмечается, что среди девочек, страдающих ювенильными кровотечениями в возрасте 11—14 лет, преобладают опережающие норму и половое развитие морфотипы, а в подростковом возрасте (15—17 лет) — девочки интерсексуального и инфантильного морфотипа.

Большое значение при обследовании имеет выяснение функционального состояния яичников. Данные гормональных исследований при ювенильных кровотечениях различны, но значительно чаще отмечается состояние гипозстрогении. Изучение соотношений отдельных фракций эстрогенов свидетельствует о повышенном содержании эстрадиола и эстриола. При изучении содержания прогестерона в крови отмечаются низкие показатели. При обследовании по тестам функциональной диагностики выявляют монофазную кривую базальной температуры, снижение КПИ (10—30%); феномен «зрачка», определяемый при вагиноскопии, колеблется от + до ++.

При специальном (гинекологическом) обследовании находят некоторую гипоплазию малых и больших половых губ. При бимануальном прямокишечно-брюшностеночном обследовании определяют размеры шейки и тела матки, их положение, консистенцию, подвижность. Тщательно исследуют область расположения придатков матки. При подозрении на анатомические изменения яичников (киста, опухоль) целесообразно применить газовую рентгенопельвиграфию. Обязательным является проведение вагиноскопии.

Большое значение в диагностике ювенильных кровотечений имеет цитологическое исследование эндометрия. Для этого берут аспират из полости матки при помощи шприца Брауна.

У больных, страдающих длительными рецидивирующими кровотечениями, не поддающимися терапии, целесообразно, учитывая онкологическую настороженность, производить диагностическое выскабливание матки с последующим гистологическим исследованием соскоба слизистой оболочки.

Дифференцировать ювенильные кровотечения необходимо прежде всего от эссенциальной тромбоцитопении (болезнь Верльгофа). Для болезни Верльгофа характерны указания в анамнезе на кровоточивость десен, кровотечения из носа, подкожные кровоизлияния. Указанные симптомы обычно наблюдаются до менархе и усиливаются с наступлением пубертатного периода. Решающее значение принадлежит исследованию крови с целью определения количества тромбоцитов (снижение числа тромбоцитов характерно для болезни Верльгофа).

Из других заболеваний, сопровождающихся кровянистыми выделениями из половых путей, следует упомянуть о гранулезоклеточной опухоли яичника, полипозе и саркоме влагалища.

При выявлении гранулезоклеточной опухоли яичника используют методы пневмопельвиграфии и лапароскопии.

Полипоз и саркома влагалища сопровождается кровотечением из половых путей. Вагиноскопия и гистологическое исследование биопсии тканей позволяют поставить правильный диагноз.

Лечение. Терапия ювенильных кровотечений должна быть комплексной, дифференцированной и, по возможности, патогенетичес-

кой. В каждом отдельном случае нужно стремиться выяснить, а затем и устранить причину, вызвавшую кровотечение. Иногда стоит лишь удалить очаг хронической фокальной инфекции (тонзиллит, холецистит, кариозные зубы), как менструальный цикл нормализуется. При проведении лечения необходимо стремиться к быстрой остановке кровотечения и нормализации в дальнейшем менструальной функции.

**Общие мероприятия и симптоматическая терапия.** В период становления менструальной функции применению общеукрепляющих средств, витаминов, противоанемических препаратов и средств, повышающих тонус матки, а также правильной организации труда, отдыха и рационального питания принадлежит более значительная роль, чем при лечении дисфункциональных кровотечений репродуктивного возраста.

Применение витаминотерапии (С, Е, В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>) целесообразно при всех формах ювенильных кровотечений. Средства, тонизирующие мускулатуру матки (питуитрин, окситоцин, эрготал и др.), показаны при всех формах ювенильных кровотечений. Их использование особенно эффективно при генитальном инфантилизме.

При наличии анемии и общего ослабления организма показаны стимулирующие кроветворение и общеукрепляющие средства: витамины, препараты железа, гематоген, экстракт печени. При анемии необходимо применение гемотрансфузий. Используются кровоостанавливающие средства (викасол, кальция хлорид, настой калины, пастушьей сумки и др.).

При возникновении вторичных нарушений коагулирующих свойств крови назначают внутривенное введение плазмы крови, эписилон-аминокапроновую кислоту.

**Гормонотерапия.** Гормональная терапия ювенильных кровотечений в основном преследует две основные цели: остановку кровотечений и нормализацию менструального цикла. Для остановки дисфункционального маточного кровотечения в ювенильном возрасте используют гормональный гемостаз с помощью высоких доз эстрогенов или синтетических эстроген-гестагенных препаратов. «Чистые» гестагены с целью гемостаза в этом возрасте применяют значительно реже из-за возможности усиления кровотечения.

**Эстрогенный гемостаз** осуществляют введением высоких доз эстрогенных препаратов (0,1% раствор синестрола по 1 мл внутримышечно через 3—6 ч или фолликулин по 10 000—20 000 ЕД через 2—3 ч). После остановки кровотечения необходимо продолжить введение эстрогенов, постепенно снижая их дозу под контролем тестов функциональной диагностики. Такую терапию проводят в течение 12—14 дней, а затем переходят на введение гестагенов (1 мл 1% раствора прогестерона внутримышечно в течение 6—8 дней).

Синтетические комбинированные эстроген-гестагенные препараты (бисекурин, нон-овлон и др.) с целью гемостаза применяют у девочек без резко выраженной анемии. Гемостаз достигается при приеме 2—3 таблеток препарата в день в течение 1—2 дней, после чего дозу постепенно снижают до 1 таблетки в день. Введение препарата продолжают в течение 15—25 дней. Через 2—3 дня после отмены препарата наступает менструальноподобная реакция.



При циклических кровотечениях, когда предполагается искусственно воссоздать вторую фазу цикла, прибегают к прогестерону (суточная доза 10 мг), прегнину (суточная доза 15 мг) или хориогонину (суточная доза 1000—1500 ЕД).

При гипозэстрогенной форме ациклических ювенильных кровотечений наиболее эффективна циклическая гормонотерапия. В первые 12 дней больным назначают эстрогены, затем в течение 3—4 дней смесь эстрогенов с гестагенами в половинной дозе и в последующие 10 дней — только гестагены в полной дозе (прогестерон по 10 мг внутримышечно). Курс лечения 4—6 мес.

При гиперэстрогенной форме ациклических ювенильных кровотечений требуется иной подход. Вначале лечения назначают большие (ударные) дозы эстрогенов (фолликулин внутримышечно по 40—60 тыс. ЕД в сутки на протяжении 3—4 дней) с целью подавления избыточной продукции ФСГ и создания необходимых условий для выработки эндогенного ЛГ. После этого применяется общепринятая циклическая схема заместительной терапии эстрогенами и гестагенами.

Поскольку гиперэстрогенный вариант ациклических кровотечений с трудом поддается терапии, то нередко лечебный эффект достигается применением сильнодействующих средств — кломифена, хориогонина.

Применение гормонотерапии в пубертатном возрасте требует особой осторожности, так как у этих больных особенно важна опасность выраженного подавления функции системы гипоталамус-гипофиз. В связи с этим широкое распространение получили негормональные методы лечения ювенильных кровотечений. Негормональное лечение может быть как патогенетическим, так и симптоматическим.

Патогенетическое лечение включает применение седативных средств, транквилизаторов, снотворных, десенсибилизирующих препаратов. Сюда же относятся такие физиотерапевтические методы, как интраназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub> или новокаина (10—15 сеансов), электростимуляция рецепторов шейки матки, электропунктура и иглорефлексотерапия.

Механизм действия многих этих методов терапии основан на использовании рефлекторных связей между шейкой матки и системой гипоталамус—гипофиз. Вследствие этого нормализуется функция всей системы гипоталамус—гипофиз—яичник—матка.

Для электростимуляции рецепторов шейки матки используется гинекологический электростимулятор и двухполюсный электрод (вводится в цервикальный канал до внутреннего зева), через который подаются электрические импульсы прямоугольной формы. Длительность импульса — 2 мс, частота — 80 Гц, напряжение — 5 В, продолжительность процедуры — 10 мин, на курс лечения — 10 процедур.

Метод электропунктуры дает возможность получать аналогичный шеечно-гипофизарному рефлексу эффект без воздействия на гениталии, что особенно важно при лечении девочек. В настоящее время выявлена непосредственная связь между некоторыми биологически активными точками кожи и половыми органами и показана возможность воздействия через первых на половые органы. Для нахождения биологически

активных точек на поверхности тела и лечебного воздействия на них электрическим током используют аппарат ЭЛАП-Б (рис. 138). Курс лечения состоит из 8—10 процедур.

Оба метода рефлексотерапии (электростимуляция рецепторов шейки матки и электропунктура) следует отнести к патогенетическим методам лечения ювенильных кровотечений, так как они оказывают не только кровоостанавливающий эффект, но влияют и на гормональный статус организма, нормализуя ритм менструального цикла и способствуя переводу ановуляторных менструальных циклов в овуляторные. В крайне редких случаях при неэффективности консервативной терапии, возникновении профузного кровотечения, угрожающего жизни больной в ювенильном возрасте, приходится прибегать к выскабливанию слизистой оболочки матки. Это вмешательство производится как с целью гемостаза, так и диагностики состояния эндометрия и исключения предраковых изменений.

**Прогноз.** При целенаправленном и патогенетическом лечении ювенильных кровотечений благоприятный. Однако примерно у 30% больных возникают рецидивы кровотечения. У 5% больных, страдавших ранее ювенильными кровотечениями, в репродуктивном возрасте наблюдаются различные расстройства менструальной и репродуктивной функции.

**Профилактика.** Меры предупреждения ювенильных кровотечений должны предусматривать: а) охрану плода в антенатальном периоде развития, так как неблагоприятные условия внутриутробного развития создают отрицательный «преморбидный» фон, способствующий возникновению функциональной несостоятельности половой системы в период становления менструальной функции; б) выделение групп девочек повышенного риска в отношении возможности возникновения дисфункциональных маточных кровотечений (осложненное течение антенатального периода развития, высокий индекс заболеваемости в раннем детстве, отклонения в морфограммах и др.) для диспансерного наблюдения за ними и своевременного проведения профилактических мероприятий.

## Глава XXII

### НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Острые заболевания брюшной полости у большинства гинекологических больных возникают обычно внезапно среди кажущегося полного благополучия. В то же время диагностика острых заболеваний брюшной полости должна быть не только правильной, но и своевременной, так как от этого часто зависит не только здоровье, но и жизнь самой женщины. Все остро возникшие заболевания, при которых имеет место клиническая картина острого живота, требуют оказания неотложной помощи.

В этой главе приведены основные сведения о наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваниях, при которых показана экстренная помощь.

Заболевания женских половых органов, при которых наблюдается клиника острого живота, в зависимости от патогенеза могут быть разделены на следующие основные группы: 1) острые кровотечения из внутренних половых органов, 2) внезапные нарушения кровообращения во внутренних половых органах и 3) разрыв пиосальпинкса (гнояника трубы) либо пиовара (абсцесса яичника) с последующим развитием перитонита.

Острое внутреннее кровотечение наиболее часто возникает при нарушении трубной беременности, реже — при кровотечении из яичника.

Внезапные нарушения кровообращения во внутренних половых органах, как правило, обусловлены перекрутом ножки опухоли яичника либо нарушением питания миоматозного узла. Перфорация гнойного мешотчатого образования придатков матки происходит в результате протеолитического действия гноя на пиогенную капсулу.

### ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность, при которой оплодотворенное яйцо имплантируется и развивается не в полости матки, а вне ее, называется внематочной (эктопической). В зависимости от места прикрепления плодного яйца различают трубную, яичниковую и брюшную беременность. Сравнительно редко внематочная беременность локализуется в рудиментарном роге матки.

Самой частой формой патологии является трубная беременность (98—99%). В свою очередь в зависимости от места внедрения оплодотворенной яйцеклетки трубную беременность подразделяют на беременность в ампулярием, истмическом и интерстициальном отделах трубы. Беременность в правой маточной трубе наблюдается несколько чаще, чем в левой.

Яичниковая беременность является одной из редких форм внематочной беременности, ее частота составляет 0,1—0,7%. Различают две формы указанной беременности — интрафолликулярную и эпиофоральную. При первой оплодотворение и имплантация происходят в фолликуле, при второй — на поверхности яичника.

К редким формам данной патологии также относится брюшная беременность (0,3—0,4%). Локализация брюшной беременности различна — сальник, печень, крестцово-маточные связки, прямокишечно-маточное углубление и др. Она может быть первичной (имплантация осуществляется в органах брюшной полости) и вторичной (первоначально имплантация происходит в трубе, а затем вследствие трубного аборта оплодотворенная яйцеклетка изгоняется из трубы и вторично имплантируется в брюшной полости). Различие это представляет чисто теоретический интерес, так как к моменту операции труба бывает уже макроскопически неизменной и установить первоначальную имплантацию можно только путем гистологического исследования.

Беременность в рудиментарном роге матки встречается в 0,1—0,9% случаев. Анатомически эта беременность может быть отнесена к маточной, однако в связи с тем что в большинстве случаев рудиментар-

ный рог не имеет сообщения с влагалищем, клинически такая беременность протекает как внематочная.

Больные с внематочной беременностью составляют 1,3—6% от общего числа стационарных гинекологических больных. В последние годы отмечается увеличение частоты случаев внематочной беременности, что обусловлено увеличением числа абортот и воспалительных заболеваний женских половых органов, а также более широким применением современных методов диагностики.

Наиболее часто внематочная беременность встречается у женщин 20—35 лет.

**Этиология и патогенез.** В обычных условиях оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярной части маточной трубы и затем оплодотворенная яйцеклетка продвигается по ней к матке. Такое продвижение обусловлено транспортной функцией трубы — перистальтическими движениями и движениями ресничек мерцательных клеток цилиндрического эпителия слизистой оболочки. Транспортная функция маточных труб зависит от многих факторов: гормональной функции яичника и введенных экзогенно гормонов, полноценности всех слоев стенки трубы, состояния кровоснабжения и иннервации внутренних половых органов. Следовательно, все те факторы, которые могут препятствовать нормальному механизму транспортировки оплодотворенной яйцеклетки, могут явиться причиной возникновения внематочной беременности. Такие причины чрезвычайно разнообразны. Чаще всего (48%) к внематочной беременности приводят воспалительные процессы маточных труб. Этиология воспалительных заболеваний может быть специфической (гонорея) или чаще — неспецифической. Возможно также инфицирование маточных труб из червеобразного отростка ввиду анатомической близости этого образования к правой трубе, чем и обусловлена, по-видимому, более частая локализация плодного яйца в правой трубе. Следствием перенесенного воспалительного процесса может быть образование перитубарных спаек, что приводит к сращению трубы со смежными органами, фиксации ее, смещениям и перегибам. Нарушаются нормальное анатомическое расположение трубы и ее двигательная активность, что также может явиться одним из предрасполагающих моментов возникновения внематочной беременности.

Слизистая оболочка трубы, отличающаяся большой складчатостью, реагирует на воспаление срастанием складок, образованием мелких полостей и лакун, в результате чего ее просвет значительно суживается. Нарушается функция клеток мерцательного эпителия. Вследствие воспалительного процесса изменяется иннервация маточных труб. Изменения в нервных волокнах наблюдаются при воспалении во всех слоях маточных труб. Нарушается двигательная активность маточных труб, снижается способность нервных рецепторов воспринимать воздействие эстрогенов и прогестерона.

Одной из причин внематочной беременности является нарушение функции яичников, что может быть следствием как нейроэндокринных нарушений, так и воспалительного процесса. Установлено, что перистальтика труб и состояние сфинктера, находящегося в интерстициаль-

ном отделе трубы, зависят от фазы менструального цикла. В фолликулярной фазе цикла наблюдается спастическое сокращение мускулатуры маточных труб, интенсивность сокращений увеличивается ко времени овуляции, что способствует попаданию яйцеклетки в ампулу трубы. В лютеиновую фазу тонус и возбудимость маточных труб уменьшается, возникают направленные к матке перистальтические сокращения, способствующие продвижению яйцеклетки в полость матки. Слизистая оболочка трубы также претерпевает циклические изменения. В фолликулярной фазе цикла возрастает число мерцательных и секреторных клеток, в лютеиновой фазе секреторные клетки вырабатывают секрет, обволакивающий яйцеклетку, благодаря чему создается питательная среда и облегчается продвижение яйцеклетки по трубе. Поэтому нарушения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, приводящие к недостатку или избытку выработки половых гормонов в яичнике или нарушению нормальной цикличности секреции гормонов, извращают моторную функцию труб — их перистальтику, состояние сфинктера и слизистой оболочки. Все это приводит к тому, что транспорт яйцеклетки затрудняется и она имплантируется не в матке, а в трубе.

Достаточно часто внематочная беременность возникает у женщин с инфантилизмом. При инфантилизме почти всегда наблюдаются гипофункция яичников и анатомо-физиологические изменения маточных труб (длинные, извитые, слабоперистальтирующие трубы), что облегчает имплантацию яйцеклетки вне матки.

Возникновение внематочной беременности часто связано с искусственным абортом. Вследствие аборта часто возникают воспалительные изменения в трубах, нарушение функции яичников и рецепторного аппарата матки, а также слипчивые процессы и частичная облитерация просвета в интерстициальной части трубы (после чрезмерного выскабливания углов матки).

Эндометриоз маточных труб не только создает механическое препятствие в трубах, нарушает ее перистальтику, но и вызывает значительный спаечный процесс, в результате чего может развиваться внематочная беременность.

Определенную роль в этиологии эктопической беременности играют опухоли матки и придатков (изменение анатомии органов малого таза, сдвигание просвета трубы), оперативные вмешательства, особенно осложнившиеся пельвиоперитонитом (спайки и сращения), стрессовые ситуации, ведущие к спазму труб.

**К л и н и к а.** Неблагоприятные условия для развития беременности в трубе определяют и исходы внематочной беременности.

Как известно, при маточной беременности оплодотворенная яйцеклетка с помощью трофобласта расплавляет децидуальную оболочку и погружается в нее. Слизистая оболочка трубы почти не претерпевает децидуальных превращений, поэтому ворсины трофобласта, разрушая слизистую оболочку, внедряются в мышечную оболочку, нарушая ее целостность. Незначительно выраженные децидуальные изменения в слизистой оболочке маточной трубы обуславливают низкую выработку антипротеолитического фермента, препятствующего погружению трофобласта. Все это предопределяет исход трубной беременности,

которая редко достигает больших сроков и чаще всего прерывается в 5—6 нед.

Различают прогрессирующую трубную беременность и прервавшуюся. Прерывание может происходить по типу трубного аборта или разрыва трубы. Описаны редкие случаи доношивания внематочной беременности и извлечения оперативным путем живого ребенка (чаще это относится к брюшной беременности).

**Прогрессирующая внематочная беременность.** Внематочная беременность вызывает такие же изменения в организме женщины, как и маточная: задержку менструаций, нагрубание молочных желез, появление молозива, тошноту, извращение вкуса. Отмечается цианоз входа во влагалище, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка увеличивается в размерах и размягчается, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку. В яичнике формируется желтое тело беременности. Иммунологическая реакция на беременность положительная. Постановка диагноза развивающейся внематочной беременности в ранние сроки исключительно трудна. Однако имеются признаки, более характерные для внематочной беременности, чем для маточной. При внематочной беременности увеличение размеров матки, как правило, не соответствует предполагаемому сроку беременности. В области придатков матки с одной стороны пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании. Содержание хориогонического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока.

При динамическом наблюдении и повторных гинекологических исследованиях (не реже 1 раза в 3—4 дня) отмечается увеличение размеров образования в области придатков матки при отставании величины матки. Иногда появляются периодические схваткообразные боли внизу живота. Возможны субфебрильная температура и незначительное увеличение СОЭ. Постановке диагноза способствуют анамнестические данные (позднее начало менструаций, их нерегулярность, длительное бесплодие, перенесенные воспалительные процессы внутренних половых органов, осложненные аборты и роды).

Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводится только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, так как прерывание ее происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость.

**Д и ф ф е р е н ц и р о в а т ь** прогрессирующую внематочную беременность следует от воспалительного процесса придатков матки. Больная должна находиться в стационаре вплоть до установления окончательного диагноза. Реакцию на хорионический гонадотропин в случае отрицательного результата следует повторять неоднократно. Ультразвуковое сложное сканирование позволяет определить плодное яйцо в трубе (рис. 135). Дифференциально-диагностической пробой может служить противовоспалительное лечение: при воспалительном процессе оно в большинстве случаев дает положительные результаты, в то время как при внематочной беременности улучшения не наступает. Для дифференциальной диагностики прогрессирующей внематочной

**Рис. 135.** Эхограмма при прогрессирующей трубной беременности у больной с миомой матки.

1 — миома; 2 — матка; 3 — плодное яйцо.

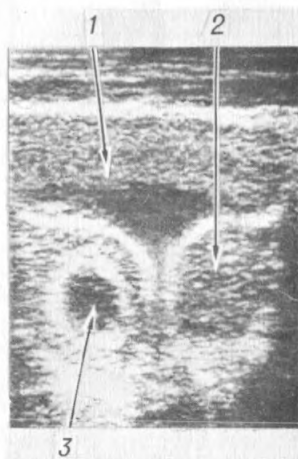
беременности с воспалением придатков матки в условиях стационара с круглосуточной работой операционного блока можно применять прогестероновую пробу. Прогестерон (1 мл 1% раствора) вводят внутримышечно ежедневно в течение 3—5 дней. Положительной считается проба, при которой в процессе введения прогестерона клинические признаки трубной беременности становятся более выраженными. Для уточнения диагноза в отдельных случаях прибегают к реографическому исследованию. Кровообращение

и функциональное состояние сосудов при воспалительном процессе и внематочной беременности отличаются друг от друга. Так, если при воспалительном процессе наблюдается повышенная интенсивность кровенаполнения и сравнительно большая скорость оттока венозной крови на фоне пониженного тонуса сосудов, то при внематочной беременности значительно снижается интенсивность кровенаполнения на фоне повышения тонуса сосудов. В затруднительных случаях приходится прибегать к эндоскопическим методам исследования — кульдо- или лапароскопии.

**Разрыв маточной трубы.** Локализация беременности в истмической части трубы, как правило, приводит к разрыву последней, массивному кровотечению в брюшную полость, шоку. Это и обуславливает острую клиническую картину заболевания.

Внезапно, иногда при физической нагрузке или акте дефекации, у больной наступает острый приступ боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, появляются холодный пот, бледность, наступает кратковременная потеря сознания, наблюдается снижение артериального давления. Пульс становится слабым, частым. Френикус-симптом положителен, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови, появляются симптомы раздражения брюшины. Такое состояние больной может быть связано как с кровопотерей, так и с болевым шоком.

В боковых отделах живота определяется притупление перкуторного звука (свободная кровь в брюшной полости). Живот умеренно вздут, отмечаются нерезко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы. При гинекологическом исследовании (его следует проводить крайне осторожно во избежание повторного болевого шока, усиления кровотечения и коллапса) обычно определяется увеличение матки до 6—8 нед беременности, пальпация ее и движения шейки (поднятие ее кверху или смещение в сторону) резко болезненны. Через боковой свод влагалища в области придатков матки отмечается



опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров. Задний свод влагалища уплощен или даже выпячен во влагалище. При влагалищном исследовании пальпация заднего свода резко болезненна. Из шеечного канала вскоре после болевого приступа появляются незначительные темно-кровянистые выделения (в первые часы они могут отсутствовать). Через несколько часов после приступа болей из матки начинает отторгаться децидуальная ткань, которая представляет собой почти полный слепок полости матки. Состояние больной может на какое-то время стабилизироваться и даже улучшиться, но по мере увеличения внутрибрюшинного кровотечения развивается картина тяжелого коллапса и шока. Тяжесть состояния больной обычно зависит от величины кровопотери, однако при этом большое значение имеет способность адаптации ее к кровопотере. Данные клинико-лабораторных исследований могут не соответствовать общему состоянию больной: при низком содержании гемоглобина и сниженном числе эритроцитов больная может чувствовать себя удовлетворительно.

Информативным диагностическим тестом является пункция через задний свод влагалища, с помощью которого может подтвердиться наличие свободной крови в брюшной полости. Пункцию целесообразно делать только при затруднительной диагностике прервавшейся внематочной беременности. Полученная путем пункции кровь имеет темный цвет, содержит мягкие сгустки крови и не свертывается, что отличает ее от крови, полученной из кровеносного сосуда (кровь алого цвета с быстрым образованием сгустков). Если в результате пункции через задний свод кровь не получена, то это еще не отвергает диагноз внематочной беременности, так как возможно неправильное выполнение пункции или отсутствие крови в позадиматочном углублении ввиду спаек и сращений в области малого таза.

**Трубный аборт.** Прерывание внематочной беременности по типу трубного аборта встречается значительно чаще разрыва трубы.

Клиника трубного аборта, как и разрыва трубы, складывается из сочетания субъективных и объективных признаков беременности вообще и из симптомов прервавшейся трубной беременности. Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы болей внизу живота, чаще односторонние. Из половых путей через тот или иной интервал времени появляются скудные темно-кровянистые выделения, обусловленные отторжением децидуальной оболочки. Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и артериального давления, особенно при перемене положения тела, является достаточно характерным признаком. Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторными кровоизлияниями в брюшную полость, образованием заматочной гематомы, в результате чего возникает анемия (бледность кожных покровов, желтушность ладоней и подошв, слабость) и появляются симптомы раздражения брюшины.



**Д и а г н о с т и к а.** Распознавание трубного аборта требует тщательного анализа анамнеза и клинических проявлений заболевания. Исключительно важна оценка клинических симптомов в динамике. Вспомогательную роль играет положительная иммунологическая реакция на беременность. Симптоматика разрыва трубы при внематочной беременности достаточно характерна. Однако причиной аналогичного постгеморрагического или перитонеального шока могут быть и другие заболевания (аппендицит яичника, острый аппендицит и пр.). Характерным отличием указанных заболеваний от разрыва трубы является отсутствие признаков беременности. Разрыв яичника чаще происходит в середине менструального цикла. В связи с наличием признаков внутрибрюшного кровотечения аппендицит яичника, так же как и разрыв трубы, является показанием к срочному оперативному вмешательству. При остром аппендиците симптомы раздражения брюшины более выражены, отмечаются повышенная температура, высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ (эти показатели в динамике нарастают). При разрыве трубы острая боль постепенно утихает, а при остром аппендиците она нарастает и перемещается из эпигастриальной области в правую подвздошную. При остром аппендиците пальпация передней брюшной стенки болезненна в области локализации отростка и сопровождается резким напряжением мышц передней брюшной стенки. При разрыве трубы пальпация живота менее болезненна, напряжение мышц передней брюшной стенки также менее выражено. Концентрация гемоглобина в крови при остром аппендиците не снижается, в то время как при нарушенной внематочной беременности этот показатель снижается. Наконец, при остром аппендиците почти всегда наблюдаются характерные аппендикулярные симптомы, отсутствующие при внематочной беременности. Для уточнения диагноза проводится гинекологическое исследование, которое в сочетании с анамнезом и вспомогательными методами исследования (пункция через задний свод) помогает поставить правильный диагноз.

Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта, по своим клиническим симптомам (кровянистые выделения из матки, периодические схваткообразные боли внизу живота, увеличение и размягчение матки и др.) во многом сходна с клиникой прервавшейся маточной беременности малых сроков. Дифференциальная диагностика основывается на данных анализа, клинической картины заболевания и дополнительных методов исследования.

В табл. 7 и 8 приведены основные дифференциально-диагностические признаки трубного аборта и острого аппендицита и воспаления придатков матки.

В затруднительных случаях производится диагностическое выскабливание стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием. При внематочной беременности в соскобе гистологически выявляется децидуальная ткань без ворсин хориона, при прерывании маточной беременности — остатки или части плодного яйца, элементы хориона. Гистологическому исследованию необходимо подвергать и кусочки ткани, отторгнувшиеся из матки самостоятельно. После выскабливания стенок полости матки при маточном аборте

Т а б л и ц а 7. Дифференциально-диагностические признаки трубного выкидыша и неполного маточного аборта

Трубный выкидыш	Неполный маточный аборт
<p>Чаще наступает на 3—5-й неделе беременности</p> <p>Боли возникают внезапно и имеют характер острого приступа, сопровождающегося обморочным состоянием, коллапсом, рвотой, шоком</p> <p>Обычно наблюдается френикус-симптом</p> <p>Имеется небольшое напряжение мышц передней стенки живота</p> <p>Имеются явления раздражения брюшины</p> <p>Влагалищное исследование резко болезненно</p> <p>Размер матки (по данным последней менструации) не соответствует сроку беременности, цервикальный канал закрыт</p> <p>Пальпируется увеличенная в размере труба</p> <p>Определяется часто перитубальная гематома тестоватой консистенции, болезненная при пальпации</p> <p>Выделения из матки кровянистые, умеренные. Кровь обычно темного цвета</p> <p>При пункции заднего свода удаётся обнаружить свободную кровь в брюшной полости</p> <p>Введение сокращающих матку средств усиливает внутреннее кровотечение и болевой симптом</p> <p>В соскобе эндометрия обнаруживают децидуальные изменения, ворсины хориона отсутствуют</p> <p>При пельвископии обнаруживается утолщение трубы выраженного фиолетового цвета</p>	<p>Чаще наблюдается на 6—10-й неделе беременности</p> <p>Боли нарастают постепенно и носят схваткообразный характер, повторяются через определенный промежуток времени; локализуются над лоном</p> <p>Френикус-симптом отсутствует</p> <p>Напряжение мышц передней стенки живота отсутствует</p> <p>Явления раздражения брюшины отсутствуют</p> <p>Влагалищное исследование почти безболезненно</p> <p>Размер матки чаще соответствует сроку беременности, цервикальный канал приоткрыт</p> <p>Придатки матки не увеличены</p> <p>Иногда определяются утолщенные болезненные придатки матки (при воспалительном процессе)</p> <p>Обычно наблюдается обильное кровотечение. Кровь ярко-красного цвета со сгустками</p> <p>Свободная кровь в брюшной полости отсутствует</p> <p>Инъекции сокращающих средств уменьшают наружное кровотечение</p> <p>В соскобе обнаруживают эндометрий с явлениями децидуальной реакции, ворсины хориона</p> <p>При пельвископии обнаруживаются нормальные придатки матки</p>

клинические проявления заболевания ликвидируются, при внематочной беременности — не изменяются либо нарастают. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища при его сглаживании или выпячивании дает возможность при трубном аборте получить темную кровь с мелкими сгустками. Полученная при пункции темная кровь не сворачивается в отличие от алой, полученной из сосудов. Не менее характерным является симптом «ареол», отмечаемый при наличии крови, полученной из сосуда: вокруг кровяного пятна ободок просветления, при внематочной беременности — темное гомогенное пятно.

В дифференциальной диагностике помогает и реография, поскольку в кровообращении внутренних половых органов при трубном аборте и угрозе прерывания маточной беременности имеются отличия.

Т а б л и ц а 8. Дифференциально-диагностические признаки трубного выкидыша и острого воспаления придатков матки

Трубный выкидыш	Воспаление придатков матки
<p>Имеется задержка менструаций на 3—5 нед</p> <p>Наблюдаются субъективные признаки беременности</p> <p>Температура тела обычно остается нормальной</p> <p>Боли возникают остро, протекают в виде приступа, сопровождаются обморочными состояниями</p> <p>Обычно наблюдается френникус-симптом.</p> <p>Живот слегка вздут и напряжен. Отмечается болезненность при глубокой пальпации на стороне внематочной беременности</p> <p>Матка несколько увеличена в размере</p> <p>Перемещение матки умеренно болезненно</p> <p>Определяется увеличение маточной трубы тестоватой консистенции</p> <p>Имеются темно-кровянистые выделения</p> <p>При пункции заднего свода получают свободную кровь</p> <p>Иммунологические реакции на беременность положительные</p> <p>В крови отмечаются умеренный лейкоцитоз, слегка увеличенная СОЭ</p> <p>Противовоспалительное лечение оказывается неэффективным</p> <p>Признаки общей интоксикации отсутствуют</p>	<p>Задержки менструаций обычно не бывает</p> <p>Признаки беременности отсутствуют</p> <p>Температура тела бывает повышенной</p> <p>Боли развиваются постепенно, носят постоянный характер. Обмороков нет</p> <p>Френникус-симптом отсутствует.</p> <p>Живот напряжен. Болезненность отмечается при пальпации внизу живота, обычно с обеих сторон</p> <p>Матка нормальных размеров</p> <p>Перемещение матки резко болезненно</p> <p>Определяется двустороннее (чаще) увеличение придатков матки</p> <p>Кровянистые выделения обычно отсутствуют</p> <p>При пункции заднего свода удается получить небольшое количество серозной жидкости</p> <p>Иммунологические реакции на беременность отрицательные</p> <p>В крови выраженный лейкоцитоз, значительное увеличение СОЭ</p> <p>Противовоспалительное лечение эффективно</p> <p>Имеются явления общей интоксикации</p>

Т а б л и ц а 9. Дифференциально-диагностические признаки трубного выкидыша и острого аппендицита

Трубный выкидыш
<p>Имеются признаки беременности (задержка менструаций на 3—5 нед, субъективные изменения и др.)</p> <p>Приступообразные боли внизу живота, сопровождаются головокружением, обмороками</p> <p>Температура тела обычно нормальная</p> <p>Френникус-симптом часто хорошо выражен</p> <p>Напряжение мышц передней стенки живота умеренное с обеих сторон</p> <p>Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный</p> <p>Влагалищное исследование болезненно</p>

Трубный выкидыш	Острый аппендицит
<p>Матка несколько увеличена в размере и размягчена. В сводах определяется тестоватость</p> <p>Определяется увеличенная маточная труба</p> <p>Из половых путей появляются темнокровянистые выделения</p> <p>Может наблюдаться отхождение децидуальной оболочки</p> <p>При пункции заднего свода влагалища удается получить свободную кровь темного цвета с мелкими сгустками. Кровь не свертывается.</p> <p>В крови отмечается умеренный лейкоцитоз</p> <p>Иммунологические реакции на беременность положительные</p> <p>При пельвископии удается обнаружить утолщение маточной трубы фиолетового цвета и свободную темную кровь в брюшной полости</p>	<p>Матка нормальных размеров. Своды свободны</p> <p>Придатки матки обычно не увеличены</p> <p>Кровянистые выделения отсутствуют</p> <p>Децидуальная оболочка не отходит</p> <p>При пункции заднего свода влагалища удается получить серозную жидкость</p> <p>В крови выраженный лейкоцитоз</p> <p>Иммунологические реакции на беременность отрицательные</p> <p>При пельвископии обнаруживают неизмененные придатки матки. Кровь в брюшной полости отсутствует</p>

Помощь при установлении диагноза может оказать и кульдоскопия (лапароскопия), дающая возможность визуально оценить состояние маточных труб. По совокупности симптомов прерывание внематочной беременности по типу трубного аборта приходится дифференцировать от острого аппендицита, апоплексии яичника, обострения воспалительного процесса придатков. Важнейшие дифференциально-диагностические признаки, способствующие установлению диагноза, представлены в табл. 7—9.

ми коллапса. У таких больных на 3—5-е сутки после операции еще сохраняется выраженная гиповолемия, в связи с чем необходимы повторные гемотранфузии.

Во время операции целесообразно производить реинфузию аутокрови (переливание собственной крови, взятой из брюшной полости). С этой целью можно использовать кровь, находящуюся в брюшной полости не более 5 ч.

Техника реинфузии состоит в следующем. Для взятия крови из брюшной полости и ее обратного переливания необходимо иметь стерильную литровую банку с широким горлом, воронку, черпак из нержавеющей стали и систему для переливания крови. Такой набор хранят обычно в операционной.

Перед операцией (с обязательным соблюдением правил асептики) в банку наливают 200—300 мл стерильного физиологического раствора комнатной температуры (18—20°C). Этим же раствором смачивают сложенную в 8 слоев стерильную марлю. Кровь из брюшной полости с помощью черпака собирают в банку с физиологическим раствором, при этом ее фильтруют через 8 слоев марли. Нельзя размельчать сгустки крови, так как эта манипуляция приводит к высвобождению тромбопластических субстанций.

До начала операции в зависимости от тяжести состояния больной начинают внутривенное переливание кровезаменителей. После вскрытия брюшной полости собирают первую порцию крови, затем находят источник кровотечения и после остановки его собирают остальную кровь. Излившуюся в брюшную полость кровь следует максимально удалить в целях профилактики спаечного процесса.

При использовании крови из брюшной полости, помимо разведения физиологическим раствором, целесообразно одновременно с кровью вводить 2500 ЕД гепарина, что способствует снижению коагуляционных свойств и нормализации процесса свертывания крови.

Следует помнить, что полученная из брюшной полости кровь усиливает активацию фибринолитической системы в первые часы после операции. Поэтому после реинфузии, особенно свыше 500 мл, в раннем послеоперационном периоде необходимо тщательное наблюдение за состоянием больной и за показателями коагулограммы.

Описание операции тубэктомии см. в главе XXIII.

Восстановительное лечение после операции внематочной беременности. У 40—50% женщин, перенесших операцию по поводу трубной беременности, в последующем возникает бесплодие или повторная эктопическая беременность, обусловленная воспалительным процессом во второй трубе. Поэтому проведение реабилитационных мероприятий после операции является патогенетически обоснованным.

После операции, кроме обычной терапии, проводимой в раннем послеоперационном периоде, больным следует назначать комплекс лечебных мероприятий, направленных на предупреждение спаек и сращений в месте операции и на восстановление функциональной активности маточных труб.

С 4—5-го дня после операции приступают к лечебным гидротубаци-

ям (25% раствор новокаина, гидрокортизон, протеолитические ферменты). Гидротубагии проводят ежедневно, на курс 15 процедур. Обычно их комбинируют с ультразвуком. После получения данных морфологического исследования удаленной трубы уточняется этиология воспалительного процесса и назначается соответствующее лечение.

Через 2 мес после операции назначаются индуктотермия, биостимуляторы, протеолитические ферменты, повторно проводится курс гидротубагий.

Через 3—4 мес аналогичный курс лечения повторяют, после чего следует провести грязелечение или лечение озокеритом. Подобная терапия, которая осуществляется в течение 6 мес, позволяет восстановить репродуктивную функцию у большинства больных.

### АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Эта патология обусловлена внезапным кровоизлиянием, сопровождающимся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Среди причин внутрибрюшинных кровотечений на долю апоплексии яичника приходится 0,5—2,5%. Наиболее часто заболевание наблюдается в возрасте 20—36 лет и связано с разрывом гематомы желтого тела или реже — с разрывом гематомы фолликула.

**Этиология и патогенез.** Гематома в яичнике может возникнуть вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, чему способствуют гиперемия, варикозно расширенные, склерозированные сосуды, воспалительные процессы, мелкокистозные изменения яичников и др. Провоцирующими моментами возникновения апоплексии яичников служат травма, физическое напряжение, половое сношение и другие факторы. У многих больных яичниковое кровотечение может возникнуть при отсутствии провоцирующих факторов.

**К л и н и к а.** Клиническая картина заболевания обусловлена характером внутреннего кровотечения и сопутствующими заболеваниями. Если кровотечение связано с разрывом фолликула, симптомы заболевания обычно возникают между 12-м и 16-м днем менструального цикла. В это время происходит овуляция, которая и является непосредственной причиной возникновения кровотечения. При разрыве желтого тела симптомы появляются в последнюю неделю менструального цикла или даже во время менструации. Наиболее характерными для апоплексии яичников являются боли и признаки внутреннего кровотечения. В связи с преобладанием того или иного симптома условно различают анемическую и болевую формы заболевания; при одинаковой выраженности этих симптомов выделяют смешанную форму яичниковой апоплексии.

Заболевание часто начинается внезапно среди полного здоровья. Появляются резкие боли внизу живота или в одной из подвздошных областей, иррадиирующие в ногу или в задний проход. Анемическая форма заболевания часто принимается за трубную беременность, а болевая — за аппендицит. Окончательный диагноз, как правило, устанавливают во время операции. Обычно при яичниковых кровоте-

ниях нет задержки менструации. Отсутствуют такие признаки беременности, как тошнота, рвота, нагрубание молочных желез, выделение из них молозива и др. Если кровотечение в брюшную полость массивное, то развиваются симптомы вторичной анемии, коллапса, шока. Кожа и слизистые оболочки становятся бледными, пульс частый, артериальное давление снижено. Пальпация живота болезненна, иногда можно определить напряжение передней брюшной стенки на стороне поражения и симптомы раздражения брюшины. При гинекологическом исследовании вероятных признаков беременности не обнаруживается (отсутствие цианоза слизистых оболочек, нормальные размеры матки и пр.). Пальпация придатков матки на стороне поражения резко болезненна. Если у больных имеется выраженная картина внутреннего кровотечения или шока, то дифференциальный диагноз между яичниковым кровотечением и внематочной беременностью не имеет практического значения, так как в обоих случаях показано срочное чревосечение. Если же симптомы апоплексии яичника выражены менее остро, то дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями должен быть проведен. Это связано с тем, что при внематочной беременности чревосечение является абсолютно показанным. При яичниковых кровотечениях, если симптомы выражены слабо, можно вначале применить консервативную терапию, внимательно наблюдая за состоянием больной в условиях стационара. Уточнению диагноза очень помогает определение иммунологической или биологической реакции на беременность. При положительной реакции речь обычно идет о внематочной беременности, а не о яичниковом кровотечении.

Небольшие кровотечения из правого яичника клинически могут напоминать приступ острого аппендицита. При аппендиците точка наибольшей болезненности во время пальпации определяется чаще всего на середине прямой линии, соединяющей пупок с передне-верхней остью правой подвздошной кости. При возникновении апоплексии яичника наибольшая болезненность при пальпации обнаруживается ниже этой точки. Отраженные боли при аппендиците концентрируются в основном в области пупка и эпигастрия, а при острых яичниковых кровотечениях они иррадируют в ногу или задний проход. Для дифференциальной диагностики между аппендицитом и кровотечением из яичника имеет значение признак Промптова: при аппендиците исследование через прямую кишку вызывает резкую боль в области прямокишечно-маточного углубления, перемещение матки болезненно; при апоплексии болезненность дна прямокишечно-маточного углубления незначительна, в то время как поднятие матки вызывает резкую боль. Иногда с целью установления диагноза приходится прибегать к лапароскопии. Немаловажное значение имеет исследование крови в динамике: увеличение количества лейкоцитов и СОЭ более характерно для аппендицита.

**Л е ч е н и е.** При небольшом кровотечении и удовлетворительном состоянии больной возможна консервативная терапия (покой, холод на низ живота). Проводится тщательное наблюдение за больной в условиях стационара. При значительном кровотечении прибегают к чревосечению, резекции или ушиванию яичника.

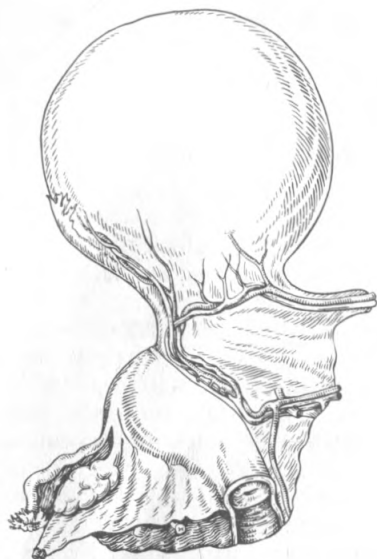
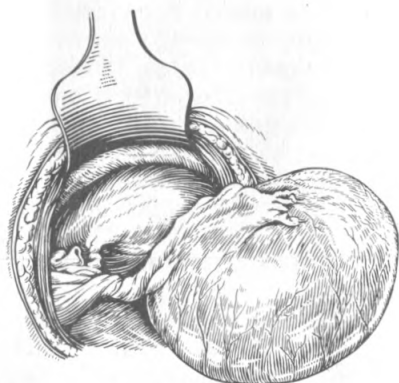


Рис. 136. Анатомическая ножка кисты.

Рис. 137. Хирургическая ножка кисты (перекрут).



#### ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

В понятие «ножка опухоли (кисты) яичника» входят анатомические образования, которые подходят к яичнику: брыжейка яичника, собственная связка яичника, подвешивающая связка яичника. Все эти образования образуют анатомическую ножку опухоли яичника (рис. 136). В ножке опухоли яичника проходят кровеносные сосуды (яичниковая артерия, одноименные вены, анастомоз ее с маточной артерией), лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка, образовавшаяся в результате перекрута, может включать и другие органы: перерастянутую маточную трубу, сальник, петли кишечника. Чаще всего в перекрут ножки опухоли яичника попадает только маточная труба (рис. 137).

**Этиология и патогенез.** Причины перекрута ножки опухоли яичника не всегда ясны. У многорожавших женщин с перерастянутой передней брюшной стенкой перекрут встречается чаще. Иногда перекрут ножки опухоли возникает при внезапной остановке вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, быстрый поворот туловища в кровати, при танцах), физических напряжениях.

**К л и н и к а.** При перекруте ножки опухоли прежде всего нарушается питание опухоли и вследствие этого развиваются симптомы, характерные для перекрута. Перекрут ножки опухоли может произойти быстро или постепенно. Оно может быть полным (перекрут на  $360^\circ$  и более) и частичным (менее чем на  $360^\circ$ ). В зависимости от этого клиническая картина будет различной. Если перекрут происходит медленно, то вначале нарушается отток крови по более тонкостенным и легко сжимаемым венозным сосудам, в то время как по артериям с более упругими стенками кровь продолжает поступать. В опухоли



образуется венозный застой, она увеличивается в размерах, возникают кровоизлияния и может даже наступить разрыв капсулы опухоли с кровотечением в брюшную полость. Цвет опухоли вначале темно-вишневый, а затем становится коричневым. При более значительном перекруте ножки кровь перестает поступать и по артерии, опухоль лишается питания и в ней появляются некротические изменения. Иногда это может повести к тяжелым септическим осложнениям (перитонит), если своевременно не оказать хирургическую помощь.

Чаще подвергаются перекруту подвижные дермоидные кисты, имеющие длинную ножку, реже паровариальные кисты, фибромы и кистомы яичника.

**Д и а г н о с т и к а.** При остром перекруте ножки опухоли обычно не вызывает трудностей. В анамнезе у таких больных имеется указание на наличие кисты или опухоли. Заболевание начинается с резких болей приступообразного характера; они возникают внезапно, иррадируют в ноги и поясницу. Вскоре появляются тошнота, рвота, задержка стула и газов. Пульс учащен, иногда наступает шоковое состояние, температура нормальная или субфебрильная. Живот вздут, при пальпации отмечаются ригидность мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины (картина острого живота). При гинекологическом исследовании в области придатков матки определяется опухолевидное образование овальной формы, туго- или плотноэластической консистенции, ограничено подвижное и резко болезненное. Матка и придатки с другой стороны обычно не изменены. Часто из-за напряжения и болезненности передней брюшной стенки трудно определить опухолевидное образование. Иногда в таких случаях приходится прибегать к исследованию больной под наркозом. Если перекрут ножки опухоли происходит постепенно, то симптомы выражены менее резко, боли локализуются в области расположения опухоли; симптомы стихают, то появляются вновь. Дифференциальный диагноз чаще всего приходится проводить с нарушенной внематочной беременностью и острым аппендицитом. Тщательно собранный анамнез, признаки беременности, картина внутреннего кровотечения, кровянистые выделения из половых путей, положительная реакция на хориальный гонадотропин, пункция заднего свода влагалища (обнаружение крови) помогают правильно поставить диагноз. При дифференциальной диагностике с острым аппендицитом особые трудности возникают при тазовом расположении червеобразного отростка. Здесь большое значение приобретают данные, полученные при гинекологическом исследовании. Определение одностороннего образования, расположенного в области придатков матки, боли в надлобковой области характерны для перекрута ножки овариального образования.

**Л е ч е н и е.** Лечение оперативное. После чревосечения на перекрученную ножку, не раскручивая ее во избежание возникновения эмболии из затромбированных сосудов, накладывают зажимы, между которыми ножку пересекают. Перитонизицию культы проводят листками широкой связки. Сразу же после удаления опухоли ее необходимо вскрыть. Гладкая внутренняя поверхность свидетельствует о доброкачественном характере образования. При различных уплотнениях,

Рис. 138. Рождение подслизистого узла миомы.

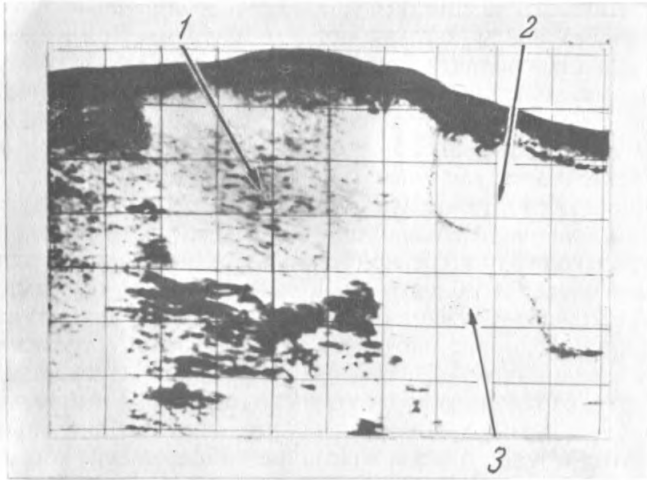
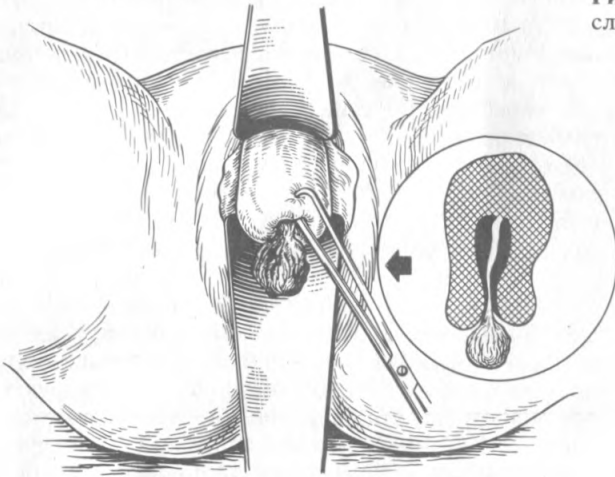


Рис. 139. Эхограмма. Выраженные вторичные изменения в миоматозно-измененной матке.

1 — миома; 2 — мочевого пузыря; 3 — матка.

хрупких сосочках, мозговидном содержимом показано срочное гистологическое исследование препарата для решения вопроса об объеме оперативного вмешательства.

#### ЭКСТРЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Иногда при наличии миоматозно измененной матки возникают показания для оказания экстренной хирургической помощи. К этим показаниям относят: рождающийся подслизистый узел, нарушение

кровообращения и дистрофические изменения в миоматозном узле, перекут ножки подбрюшинного узла.

При рождении подслизистого узла миомы необходимо оказание неотложной хирургической помощи, так как оно часто сопровождается профузными маточными кровотечениями, схваткообразными болями и нарушениями кровообращения в узле.

При рождении подслизистого миоматозного узла происходят сглаживание и раскрытие канала шейки матки, при этом подслизистый узел может родиться в канал шейки матки или во влагалище (рис. 138). В подобных случаях показано срочное оперативное вмешательство. После соответствующей обработки операционного поля щипцами Мюзо захватывают верхушку узла и максимально низводят книзу, затем ножницами надсекают основание узла и производят вращательные движения (откручивание), после чего он легко отделяется от стенки матки.

При высоком расположении ножки узла предварительно рассекают переднюю губу шейки матки, чтобы открыть доступ к ножке узла и произвести его отсечение. Иногда родившийся подслизистый узел миомы некротизируется вследствие резкого нарушения кровообращения. Цвет узла становится серовато-черным, ткань опухоли хрупкая, легко рвется. Обычно некроз узла сопровождается повышением температуры, увеличением СОЭ, количества лейкоцитов.

Показанием к оказанию неотложной помощи служит появление болей в области расположения того или иного миоматозного узла, что является следствием нарушения питания узла (рис. 139). Обычно вначале прибегают к консервативному лечению (спазмолитики, антибактериальная и инфузионная терапия). Если боли, несмотря на лечение, продолжают нарастать, повышается температура тела, возникают изменения со стороны крови, то показано оперативное вмешательство (удаление матки).

Картина острого живота может возникнуть при перекуте ножки подбрюшинного миоматозного узла. У таких больных при гинекологическом исследовании определяют болезненное плотное образование, связанное с маткой. Пальпация ножки подбрюшинного узла обычно затруднена из-за болезненности и напряжения передней брюшной стенки. При перекуте ножки подбрюшинного миоматозного узла прибегают к консервативной миомэктомии или надвлагалишной ампутации матки, если имеются другие узлы.

#### ПИОСАЛЬПИНКС И ПИОВАР

Гнойные мешотчатые образования придатков матки нередко служат показанием к неотложной хирургической помощи.

**К л и н и к а.** При наличии пиосальпинкса и пиовара в воспалительный процесс нередко вовлекаются брюшина, сальник, петли кишечника с образованием единого воспалительного конгломерата. Развивается картина острого живота, появляются высокая температура, озноб, тошнота, рвота, увеличиваются количество лейкоцитов, СОЭ, наблюдается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При гинекологическом исследовании определяется опухолевидное болезненное образование с плотной капсулой и нечеткими границами из-за наличия сращений с окружающими органами. При нарастании симптомов острого живота возникает угроза разрыва пиосальпинкса (пиовара) с излитием гноя в брюшную полость и развития разлитого гнойного перитонита. Гной может прорваться также в мочевой пузырь, прямую кишку и влагалище, вызвав воспалительный процесс в этих органах.

При намечающемся прорыве гнойника в прямую кишку появляются тенезмы, выделение слизи и нередко поносы; при прорыве в мочевой пузырь — частые и болезненные позывы к мочеиспусканию. При гнойниках придатков матки после опорожнения их через влагалище часто остаются длительно существующие свищи.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз может быть поставлен на основании следующих данных: 1) указаний в анамнезе на длительное течение воспаления придатков матки с частыми обострениями; 2) внезапного острого начала, которое иногда сопровождается симптомами шока; 3) типичной картины начинающегося разлитого перитонита; 4) результатов гинекологического исследования, при котором обнаруживается опухолевидное, болезненное образование с нечеткими контурами.

**Л е ч е н и е.** Методы оперативного вмешательства при пиосальпинксах и пиовариумах индивидуальны. У молодых женщин при одностороннем процессе следует удалить воспалительно измененные придатки матки.

У женщин пожилого возраста объем оперативного вмешательства расширяется — проводится надвлагалищная ампутация или экстирпация матки вместе с придатками. Необходимо отметить, что при длительно текущих воспалительных процессах возникают обширные спайки пораженных придатков матки с кишечником, сальником, мочевым пузырем, поэтому оперативное вмешательство в техническом отношении представляет большие трудности.

При отсутствии выпота в брюшной полости и явлений разлитого перитонита брюшную полость зашивают обычно наглухо. При разлитом перитоните производят дренирование брюшной полости через боковые каналы с оставлением микроирригаторов для введения антибиотиков и проведения перитонеального диализа.

## Г л а в а X X I I I

### ТИПИЧНЫЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Оперативное лечение должно осуществляться в том случае, когда выявленное заболевание (угрожающее здоровью или жизни больной) может быть излечено только хирургическим путем.

Исход операции и отдаленные результаты во многом зависят от правильно установленных показаний к операции, обоснованно выбранного объема оперативного вмешательства и оценки общего состояния больной, поэтому перед решением вопроса о плановой операции должно быть проведено всестороннее клиническое обследование больной для выявления возможных сопутствующих заболеваний и осложнений.

## ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Перед операцией тщательно обследуют больную. Обследование в основном проводят в условиях поликлиники. Сопутствующие заболевания следует лечить в соответствующем стационаре или в условиях поликлиники. Плановые операции назначают только после лечения и улучшения клинического течения сопутствующих заболеваний. При хронических экстрагенитальных заболеваниях (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ревматизм, заболевания печени и др.) вопрос о времени операции после проведенного лечения решается совместно с соответствующим специалистом. В процессе обследования больной большое внимание следует обращать на функцию тех органов и систем организма, которые во время операции и в послеоперационном периоде испытывают максимальные нагрузки (сердечно-сосудистая, дыхательная, выделительная системы). Необходимо тщательно выяснить аллергологический анамнез с обязательным уточнением лекарственных средств и продуктов, на которые больная давала реакцию.

В период предоперационной подготовки необходимо изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, измерение АД), легких (флюорография или рентгеноскопия). При изучении функционального состояния почек проводят общий анализ мочи, определяют суточный диурез, концентрационную способность почек, уровень креатинина и мочевины плазмы.

О характере водного и электролитного баланса судят по концентрации в плазме крови натрия, калия, хлоридов, электролитам мочи и показателям кислотно-основного состояния.

Не менее важным является исследование общего белка и альбумина в плазме крови. При исследовании крови определяют гематокрит, количество гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, СОЭ, вычисляют лейкоцитарную формулу, определяют основные показатели свертывающей системы крови, группу крови и резус-фактор.

При необходимости проводится специальная дооперационная подготовка больной в гинекологическом отделении.

Следует помнить, что не только экстрагенитальная патология может быть причиной гемодинамических нарушений, возникающих во время операции и в послеоперационном периоде, но и некоторые гинекологические заболевания. У больных с опухолями половых органов, внематочной беременностью и другой патологией отмечают снижение объема циркулирующей крови и связанные с этим другие нарушения гомеостаза. В связи с этими нарушениями снижается реактивность организма больной и ухудшается течение процесса регенерации. Поэтому во время подготовки больных к операции необходима коррекция имеющихся нарушений.

У больных с тубоовариальными воспалительными образованиями в процессе подготовки к операции рекомендуется проведение инфузионной терапии (10—20% раствор глюкозы, гемодез и др.).

У всех больных пожилого возраста нарушения гемодинамики обусловлены в основном возрастными изменениями сердечно-сосудистой

системы. Потому предоперационная подготовка должна быть в первую очередь направлена на улучшение функции этой системы.

У больных с миомой матки часто наблюдается постгеморрагическая железодефицитная анемия. Однако в этих случаях не всегда следует прибегать к гемотрансфузии, так как утилизация железа, содержащегося в донорской крови, недостаточна и не полностью восполняет дефицит железа в организме. Поэтому при подготовке больной с железодефицитной анемией к плановой операции гемотрансфузии следует проводить только при снижении количества гемоглобина до 4—5 г%; в остальных случаях рекомендуется назначение препаратов железа. При показаниях к срочной операции и наличии выраженной анемии (даже без нарушения гемодинамики) гемотрансфузия необходима.

При проведении предоперационной подготовки необходимо выявить имеющиеся флебиты и тромбозы. Наличие этой патологии является показанием для применения антикоагулянтов (лучше прямого действия), которые отменяют за 2—3 дня до операции. Необходимо бинтование ног эластическим бинтом.

При решении вопроса о времени операции необходимо учитывать срок менструации. Нельзя назначать операцию во время менструации и за 2—3 дня до нее в связи с физиологическим повышением кровоточивости тканей тазовых органов. Плановую операцию предпочтительнее проводить в первую фазу менструального цикла.

Плановую операцию нельзя назначать, а уже назначенную операцию необходимо отменить при появлении острых воспалительных процессов верхних дыхательных путей, полости рта, внутренних органов, гнойничковых заболеваний кожи, при повышении температуры, измененных показателях крови или мочи.

С целью улучшения компенсаторных возможностей дыхательной системы до операции больные должны систематически (4—5 раз в день) делать специальные упражнения.

В периоде подготовки к операции больная должна получать калорийную и легкоусвояемую пищу с малым количеством клетчатки и за 14—16 ч до операции вообще не принимать пищи. Существенное значение имеет опорожнение кишечника перед операцией, так как в результате плохой его подготовки в послеоперационном периоде (на 2—3-й день) могут возникать явления метеоризма и пареза кишечника. Вечером и утром перед операцией ставят очистительные клизмы.

Перед операцией проводится медикаментозная подготовка с целью снятия психического напряжения и нормализации сна.

Непосредственно перед операцией катетером выводят мочу или ставят постоянный катетер на все время операции, так как при заполненном мочевом пузыре возможны ранение его при вскрытии брюшной полости и травмирование лобковым зеркалом во время операции.

Подготовка больных с экстренной операцией (внутрибрюшное кровотечение, перекрут ножки кисты и др.) сводится к минимуму. Необходимо определить группу крови и резус-принадлежность. Целесообразно промыть желудок или удалить его содержимое с помощью зонда и сделать очистительную клизму. При нарушенной внепочечной

беременности, сопровождающейся сильным кровотечением, очистительная клизма может усилить кровотечение, поэтому ставить ее не следует.

При шоке, связанном с внутренним кровотечением (внематочная беременность, апоплексия яичника), показано проведение срочных реанимационных мероприятий и срочной операции. Сразу же после поступления больной в стационар и определения группы крови и резус-принадлежности начинают переливание крови или кровезаменителей и одновременно проводят подготовку к чревосечению. При постоянно действующей операционной больной из приемного отделения на каталке переводится в операционную, где одновременно приступают к гемотрансфузии и чревосечению.

При подготовке к влагалищным операциям больным с явлением кольпита, III—IV степенью чистоты влагалища проводится противовоспалительная терапия. При выпадении матки влагалище тщательно обрабатывают перекисью водорода, а затем вправляют матку и вводят тампоны с синтомициновой эмульсией. Такую обработку проводят вплоть до получения II степени чистоты.

При наличии трофической язвы, псевдоэрозии, лейкоплакии и других патологических изменений на шейке матки и стенках влагалища проводится расширенная кольпоскопия с прицельной биопсией и последующим патоморфологическим исследованием. В зависимости от полученных данных решается вопрос об объеме операции.

#### ОПЕРАЦИИ НА ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

**Пластика шейки матки.** При старых боковых разрывах шейки матки и отсутствии гипертрофии ее производится пластическая операция по восстановлению шейки матки.

**Техника операции.** После предварительной подготовки влагалище раскрывают зеркалами. Отдельно на переднюю и заднюю губу шейки матки накладывают пулевые шипцы и низводят шейку ко входу во влагалище. Скальпелем освежают края старых разрывов на всем протяжении, предварительно наметив границу иссечения тканей (с внутренней стороны — на уровне слизистой оболочки шеечного канала, с наружной — на уровне слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть шейки (рис. 140). Тщательно освежают и углы разрывов. Отсепарованные края соединяют отдельными кетгутовыми швами, проходящими через все слои шейки, исключая слизистую оболочку шеечного канала (рис. 141).

**Ампутация шейки матки.** Эту операцию производят при гипертрофии и удлинении шейки матки.

**Техника операции.** Влагалище раскрывают зеркалами, влагалищную часть шейки матки захватывают пулевыми шипцами и низводят ко входу во влагалище. Скальпелем иссекают ткань в виде конуса, острие которого направлено в шеечный канал (рис. 142). Иссеченный конус удаляют. Оставшуюся влагалищную часть шейки матки со стороны шеечного канала захватывают зажимами. На границе разреза отсепаровывают спереди и сзади на 2 см слизистую оболочку

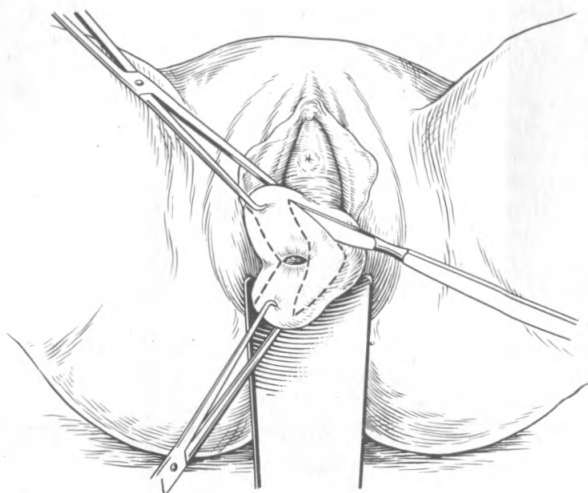


Рис. 140. Иссечение рубцово-измененных участков шейки матки.

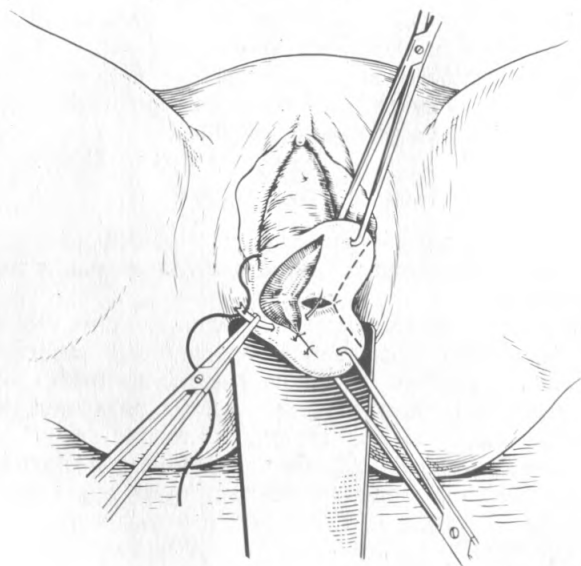


Рис. 141. Наложение отдельных кетгутовых швов на шейку матки.

влагалища и сшивают ее с иссеченной шейкой матки с помощью специального шва. Шов накладывают на передний край отсепарованной слизистой оболочки влагалища (на расстоянии 0,5 см от края). Прошив край слизистой оболочки, лигатуру проводят из цервикального канала через всю толщу шейки на переднюю стенку влагалища на 2 см выше переднего вкола. Конец шва берут на зажим, а в ушко иглы вводят противоположный конец кетгутовой нити и повторяют ход шва рядом с предыдущим (рис. 143). Обе выведенные лигатуры берут в зажимы. На заднюю стенку шейки матки накладывают аналогичный шов, затем связывают верхние и нижние лигатуры, при этом формируется шеечный



Рис. 142. Конусовидное иссечение шейки матки.

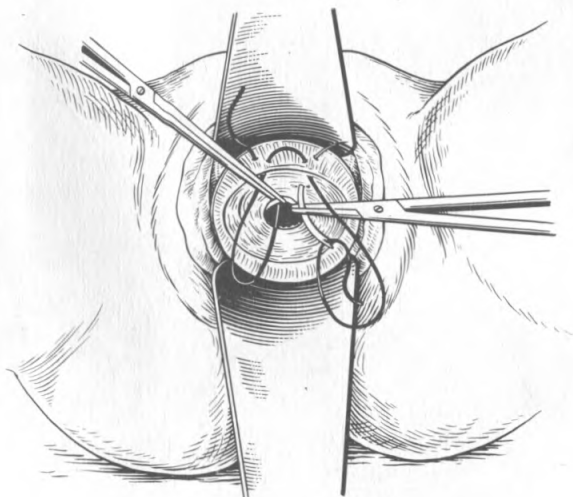
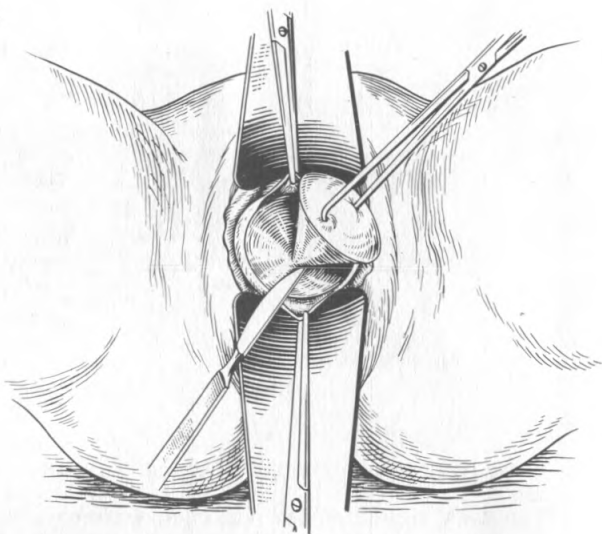


Рис. 143. Наложение лигатур.



канал, а лоскут отсепарованной слизистой оболочки влагалища вворачивают в него. По бокам справа и слева шейку матки дополнительно ушивают.

**Клиновидная ампутация шейки матки.** Чаще всего эту операцию производят при эктропионе шейки матки.

**Техника операции.** Справа и слева от шеечного канала ножницами или скальпелем производят разрезы влагалищной части шейки (рис. 144). Глубина разреза зависит от предполагаемого объема ампутации. Иссекают клиновидно переднюю губу шейки матки, края сшивают отдельными швами, проводят их через всю толщу тканей.

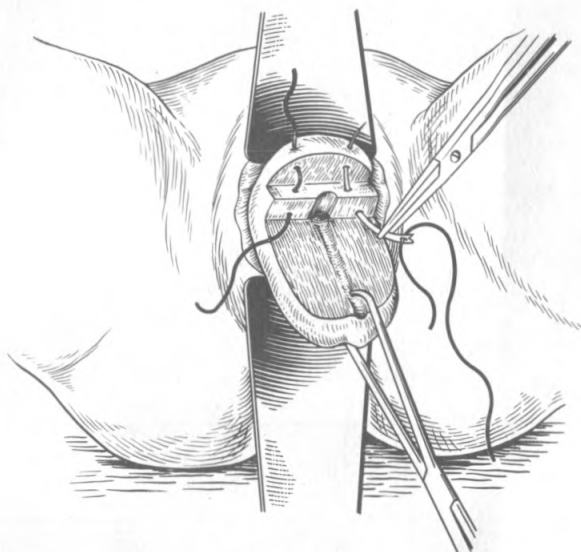


Рис. 144. Клиновидная ампутация шейки матки.

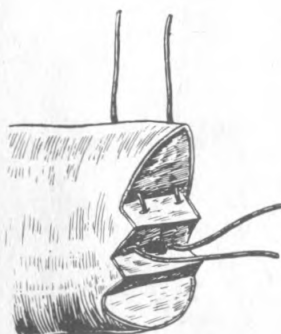


Рис. 145. Наложение швов.

Затем таким же образом иссекают заднюю губу шейки матки с последующим ее ушиванием отдельными кетгутовыми швами. Операция заканчивается наложением боковых швов на шейку матки (рис. 145). Зондом проверяют проходимость шеечного канала.

#### ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУЩЕНИИ И ВЫПАДЕНИИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

**Передняя кольпорафия и кольпоперинеорафия.** Обычно опущение передней стенки влагалища сочетается с опущением задней стенки вследствие недостаточности мышц тазового дна. Поэтому передняя кольпорафия почти всегда сочетается с кольпоперинеорафией.

**Передняя кольпорафия.** Техника операции. Влагалище раскрывают зеркалами, шейку матки захватывают пулевыми щипцами и подтягивают ко входу во влагалище. На передней стенке влагалища скальпелем намечают овальной формы лоскут слизистой оболочки. Верхний край этого лоскута должен находиться на 1,5—2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, а нижний — на 1,5—2 см от наружного маточного зева. Верхний край лоскута захватывают зажимом и частично острым, частично тупым путем постепенно

отсепаровывают и иссекают выкроенный лоскут. При правильной анатомической отсепаровке лоскут удаляют сравнительно легко. Затем проводят тщательный гемостаз. Производят наложение отдельных погружных кетгутовых швов (рис. 146), после чего непрерывным кетгутовым швом сшивают края слизистой оболочки влагалища с погружением наложенных ранее швов.

**Кольпоперинеорафия.** Во влагалище вводят зеркала, шейку матки берут пулевыми щипцами и подтягивают кверху. Тремя зажимами отграничивают треугольник на задней стенке влагалища, при этом два из них накладывают справа и слева на границе перехода слизистой оболочки влагалища в кожу промежности, а третий накладывают на заднюю стенку влагалища по средней линии (рис. 147). В пределах намеченного треугольника отсепаровывают скальпелем и с помощью тупфера слизистую оболочку задней стенки влагалища. При отсепаровке лоскута необходимо помнить, что внутренняя поверхность лоскута очень близко соприкасается с передней стенкой прямой кишки. После удаления лоскута слизистой оболочки обнажают леваторы и соединяют их друг с другом с помощью нескольких кетгутовых швов. Несколькими отдельными швами соединяют ткани над леваторами, после чего слизистую оболочку задней стенки влагалища ушивают непрерывным кетгутовым швом сверху вниз.

**Срединная кольпорафия.** При полном выпадении матки у пожилых женщин, не живущих половой жизнью и не имеющих патологических изменений шейки матки, может быть произведена операция срединной кольпорафии.

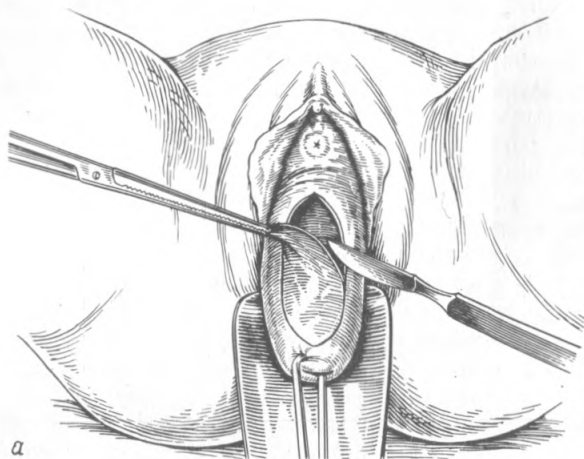
**Техника операции.** Переднюю и заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и выводят из половой щели матку и влагалище. Из передней и задней стенок влагалища отсепаровывают и иссекают прямоугольные лоскуты слизистой оболочки. Участки удаленных лоскутов должны совпадать друг с другом по размерам и форме. Затем сшивают вначале передние края раневых поверхностей, затем боковые и задние. В процессе зашивания происходит постепенное погружение матки, шейки и стенок влагалища.

#### ОПЕРАЦИИ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ И МАТКЕ

**Удаление маточной трубы.** При нарушенной внематочной беременности производят операцию удаления маточной трубы (тубэктомия).

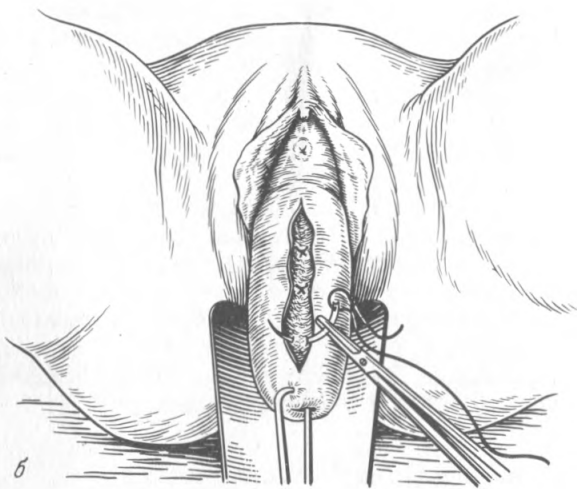
**Техника операции.** По вскрытии брюшной полости продольным или поперечным разрезом в операционную рану выводят матку, которую захватывают рукой, а затем берут на лигатуры. После этого находят патологически измененную маточную трубу и быстро накладывают два зажима: один — на трубу у угла матки, другой — на брыжейку трубы (мезосальпинкс) со стороны ампулярного отдела (рис. 148). В результате лигирования сосудов, питающих маточную трубу, кровотечение сразу прекращается. После этого свежую кровь из брюшной полости можно использовать для реинфузии.

Маточную трубу отсекают выше наложенных зажимов; при этом трубный угол матки иссекают вместе с трубой. Производят перевязку



**Рис. 146.** Передняя кольпорафия.

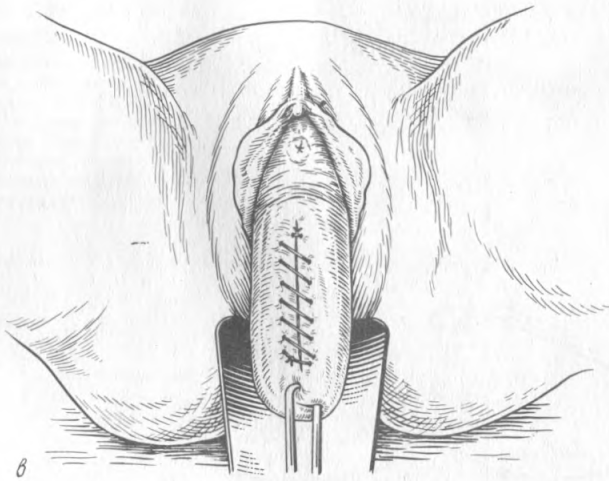
а — отсепаровка овального лоскута слизистой оболочки передней стенки влагалища; б — ушивание предпузырной фасции; в — наложение отдельных кетгутовых швов на слизистую оболочку влагалища.



тканей, находящихся в зажимах, зажимы снимают. Перитонизацию производят за счет круглой связки, при этом последовательно прошивают круглую связку (несколько отступя от матки), мезосальпинкс и заднюю поверхность матки.

**Резекция яичника.** Операцию резекции яичника (или яичников) в основном производят у молодых женщин при наличии различных видов кистозных образований (фолликулярная киста, киста желтого тела), при апоплексии яичника, а также при безуспешном консервативном лечении синдрома склерокистозных яичников.

**Техника операции.** Брюшную полость вскрывают поперечным надлобковым разрезом. Патологически измененный яичник выводят в рану и обкладывают марлевой салфеткой. С целью меньшей



травматизации зажимы не накладывают, а яичник берут на кетгутовые лигатуры, наложенные с двух сторон. Скальпелем клиновидно иссекают часть яичника, подлежащего удалению, при этом острие клина направлено к хилюсной части (рис. 149). После этого яичник ушивают несколькими отдельными кетгутовыми швами (расстояние между швами 0,5—0,8 см) (рис. 150). Для ушивания ткани яичника используются тонкие круглые иглы и тонкий кетгут. При завязывании нитей необходимо следить, чтобы края яичника были хорошо сопоставлены.

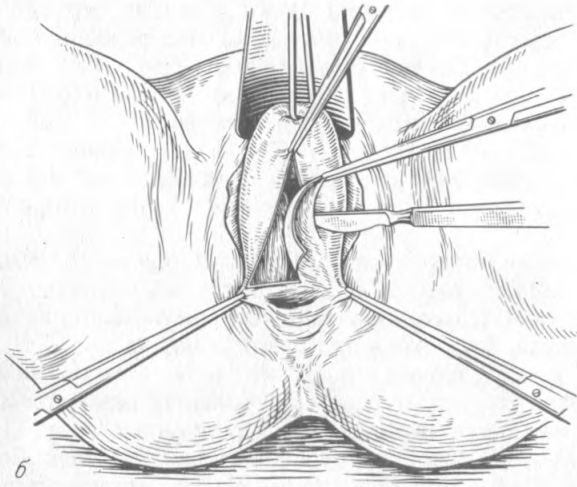
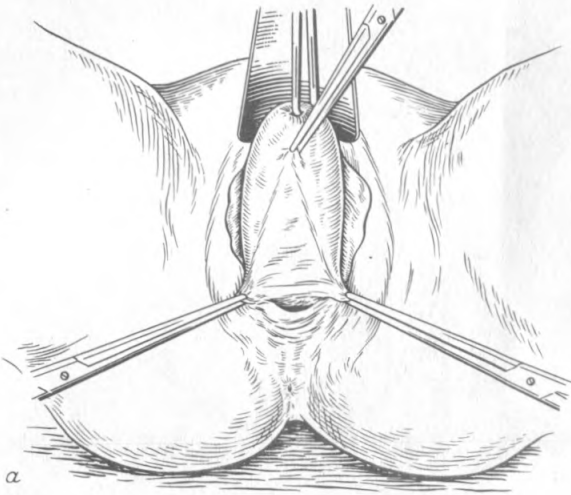
Если операция проводится по поводу синдрома Штейна—Левантала, то клиновидной резекции подвергаются оба яичника.

**Овариэктомия.** Операция в основном показана при патологическом изменении (киста, фиброма и др.) всего яичника.

**Техника операции.** Разрез может быть как поперечным надлобковым, так и продольным. Небольших размеров и подвижная опухоль яичника легко выводится в операционную рану. При больших размерах опухоли разрез передней стенки должен быть только продольным, чтобы при необходимости его можно было продлить кверху (с обходом пупка влево). При наличии спаек с маткой и кишечником рыхлые спайки разъединяют тупым путем, плотные сращения рассекают ножницами ближе к поверхности опухоли (чтобы не повредить стенку кишки). Если опухоль очень больших размеров и наполнена жидким содержимым, необходимо выпустить жидкость путем пункции с помощью троакара. Нельзя пунктировать плотные бугристые образования, внешне подозрительные на злокачественные. После опорожнения кистозного образования место пункции зашивают с помощью кисетного шва. Затем выведенную в операционную рану кисту или опухоль вновь обкладывают салфетками и накладывают зажимы на ножку, состоящую из собственной связки яичника, воронко-тазовой связки, мезоовариума (иногда в ножку входит и

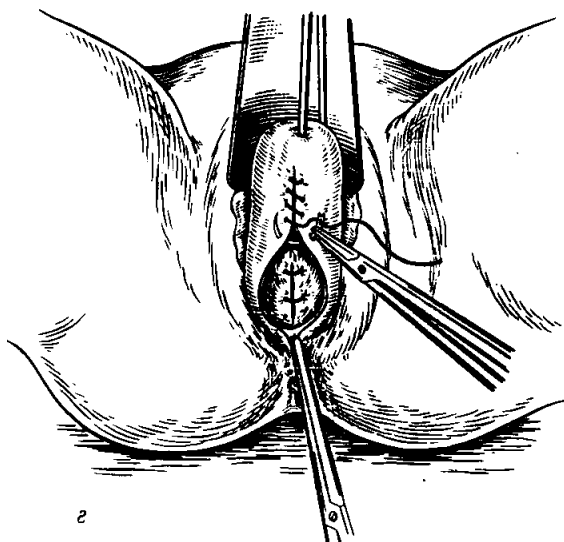
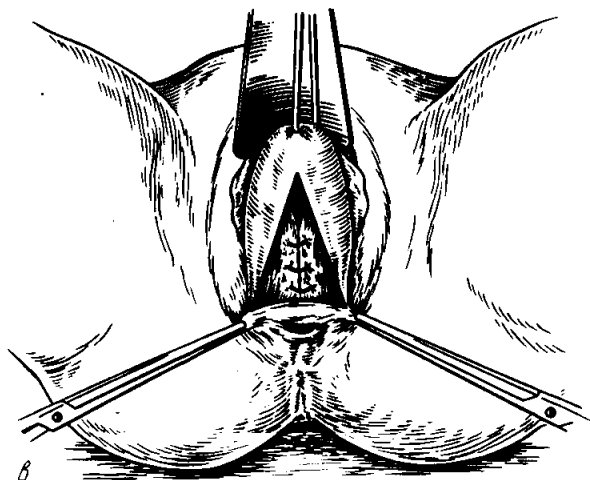
**Рис. 147.** Кольпоперинеорафия.

а — намечены границы удаляемого лоскута задней стенки влагалища; б — иссечение лоскута и обнажение *m. levator ani*; в — ушивание *m. levatoris ani*; г — наложение швов на заднюю стенку влагалища.



маточная труба). При перекруте ножки зажимы накладывают ниже места перекрута, при этом ножку не раскручивают. Если ножка опухоли толстая, можно раздельно пережать и лигировать отдельные анатомические образования, входящие в нее, так как с толстой культы лигатура может соскользнуть.

Между наложенными зажимами ножницами рассекают ткани, опухоль (кисту) удаляют, культю прошивают и перевязывают. Перитонизацию производят кистным швом от угла матки с последовательным прошиванием переднего и заднего листков широкой связки. В созданный кистет погружают культю и затягивают. Брюшную полость послойно зашивают наглухо. При наличии воспалительных изменений в

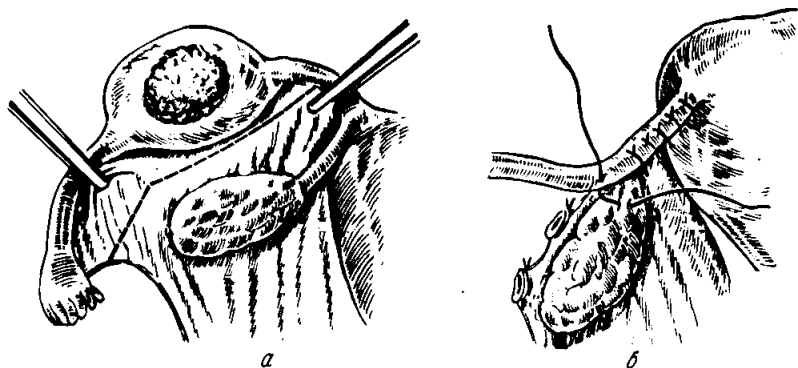


самой опухоли (или кисте) или в области малого таза (спайки) брюшную полость ушивают, оставляя дренажную трубку для введения антибиотиков.

**Надвлагалищная ампутация матки без придатков.** Обычно эту операцию производят по поводу миомы матки.

**Техника операции.** Матку в области дна захватывают пулевými щипцами или прошивают кетгутом, после чего выводят в операционную рану. При наличии спаек матки с кишечником или сальником производят разъединение спаек, после чего матку выводят в операционную рану.

На ребра матки с обеих сторон накладывают по два параллельных



**Рис. 148.** Удаление трубы при внематочной беременности.

а — наложение зажимов на маточный конец трубы и ее брыжейку; б — перитонизация культи круглой связки.

прямых длинных зажима (расстояние между ними до 1,5 см) с захватом маточной трубы, собственной связки яичника и круглой связки с обеих сторон (рис. 151). Придатки матки и круглые связки отсекают и перевязывают. Зажимы снимают, а лигатуры оставляют в качестве держалок.

Поднимая за лигатуры культи круглых связок с обеих сторон, одновременно пинцетом приподнимают пузырно-маточную складку брюшины в области подвижной ее части (над рыхлым слоем клетчатки) и ножницами рассекают ее от одной круглой связки до другой (рис. 152). Пересеченный край предпузырной брюшины вместе с мочевым пузырем марлевым тупфером осторожно сдвигают вниз. После этого несколько подсекают задние листки широких связок около ребра матки, чтобы освободить сосудистые пучки.

Для пересечения сосудистых пучков необходимо наложить по два параллельных зажима перпендикулярно ребру матки на уровне внутреннего зева (рис. 153). Между зажимами рассекают сосуды вплоть до мышечной ткани шейки матки. При наложении зажимов и перерезании сосудистых пучков матку подтягивают в противоположную сторону. Под зажимом сосуды прошивают кетгутотом с захватом ткани шейки матки и перевязывают у носика зажима с обходом вокруг него, после чего зажимы осторожно снимают. Затем скальпелем отсекают тело матки от шейки на 1—2 см выше уровня перевязки сосудов (рис. 154). Целесообразно производить отсечение матки в виде конуса, для чего наклон скальпеля должен быть направлен вниз (в сторону цервикального канала). После отсечения тела матки шеечный канал смазывают 5% настойкой йода, а культи шейки ушивают отдельными восьмиобразными кетгутowymi швами, не захватывая слизистой оболочки шеечного канала (рис. 155).

Перитонизация культи шейки матки производится за счет пузырно-маточной складки брюшины (рис. 156). С целью перитонизации культи придатков матки и круглых маточных связок с каждой стороны



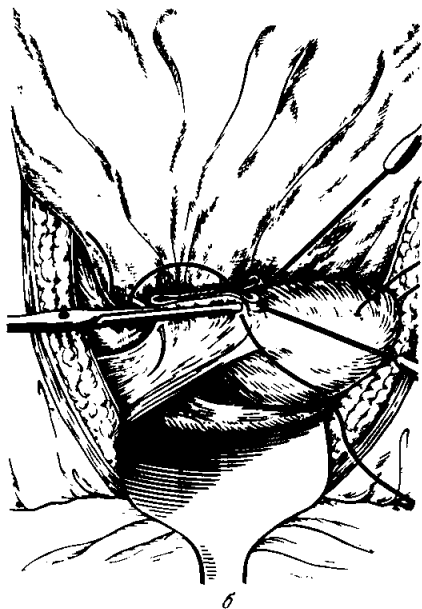


Рис. 149. Удаление опухоли яичника и маточной трубы.  
а — наложение зажимов на ножку опухоли; б — наложение узловых швов.

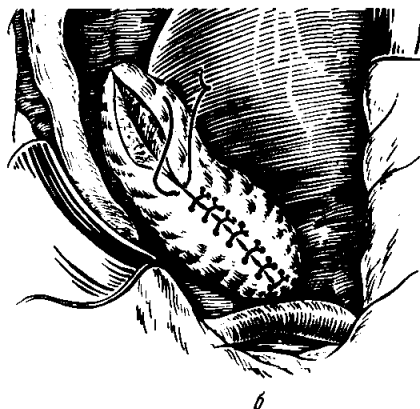
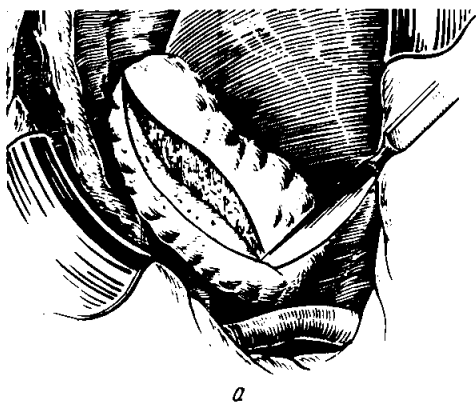


Рис. 150. Клиновидное иссечение яичника. Ушивание яичника.

непрерывным кетгуттовым швом прошивают последовательно задний листок широкой связки (у культи шейки), брюшину маточной трубы, брюшину круглой связки (ниже места их перевязки) и передний листок широкой связки. Нить затягивают, предварительно погрузив культи вовнутрь. Перед перитонизацией необходимо осмотреть культи и



**Рис. 151.** Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Зажимы наложены вдоль ребер матки, захватывая маточный конец трубы, собственную и круглую связки.

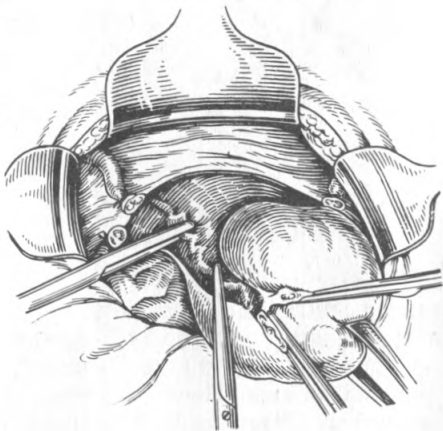
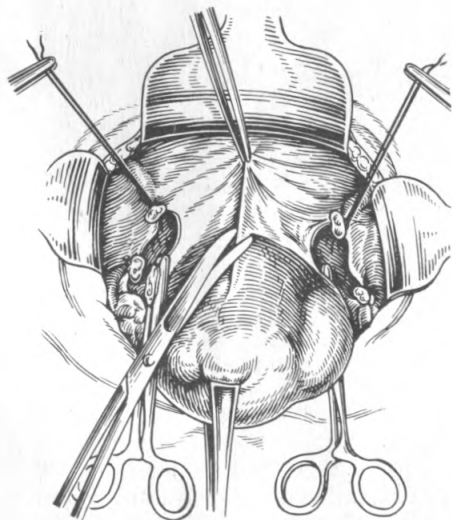
убедиться в надежности наложенных лигатур и отсутствии из них кровотечения.

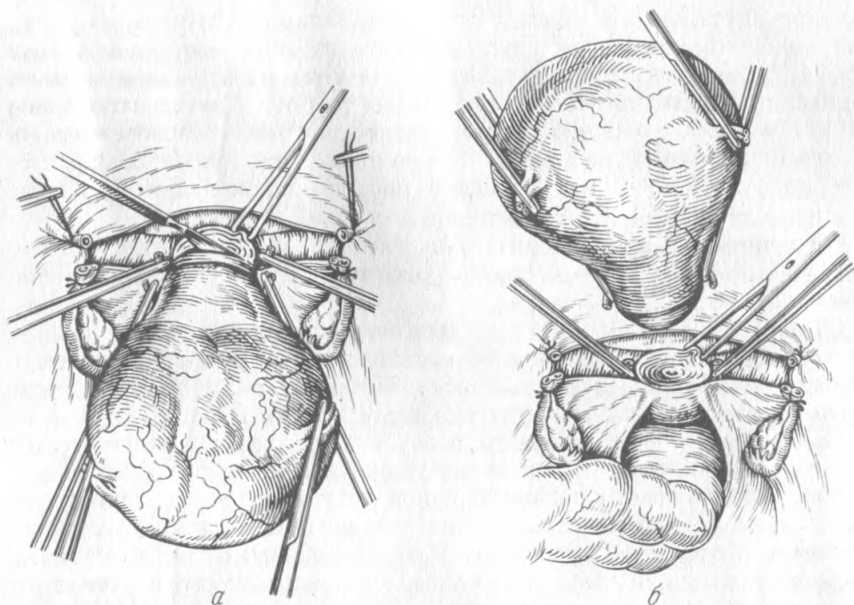
**Надвлагалищная ампутация матки с придатками.** Надвлагалищную ампутацию матки с придатками чаще всего проводят при опухолях яичника, при сочетанном поражении придатков и матки (и неизменной шейке матки).

**Техника операции.** При необходимости удаления придатков с телом матки методика надвлагалищной ампутации сохраняется, но в нее вносится ряд дополнений. После выведения матки в операционную рану на воронко-тазовые связки, ближе к яичнику, с обеих сторон накладывают два параллельных зажима. Ткани между ними рассекают, а

**Рис. 152.** Вскрытие пузырно-маточной складки.

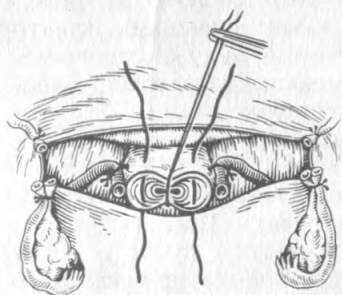
**Рис. 153.** Наложение зажимов на сосудистый пучок.



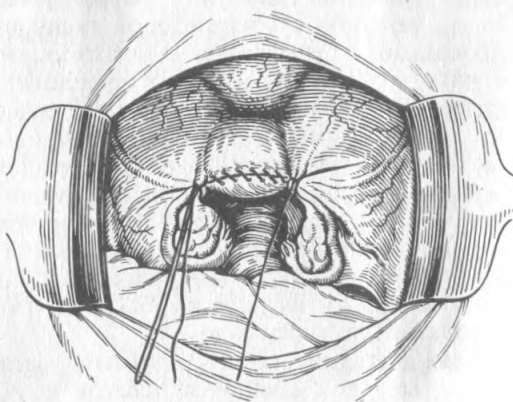


**Рис. 154. Отсечение матки.**

а — разрез передней стенки матки; б — разрез задней стенки и удаление матки.



**Рис. 155. Наложение отдельных кетгутовых швов на культю шейки матки.**



**Рис. 156. Перитонизация с погружением культей связок.**

культю прошивают под зажимом и дважды перевязывают. Зажимы снимают. Надсекают под контролем глаза задний листок широкой связки и тупфером спускают его вниз. В дальнейшем операция

продолжается, как это описано при надвлагалишной ампутации матки без придатков (рассечение круглых связок, пузырно-маточной складки брюшины, перевязка сосудов, отсечение тела матки с придатками, ушивание и перитонизация культи шейки матки). Для перитонизации культей круглой и воронко-тазовой связок непрерывным швом последовательно прошивают задний листок брюшины, брюшину воронко-тазовой и круглой связок и передний листок широкой связки. После погружения культей в кисетный шов последний затягивают.

**Экстирпация матки с придатками.** Экстирпация матки с придатками показана при раке эндометрия, а также при ряде других заболеваний придатков тела и шейки матки.

**Техника операции.** Влагалище перед операцией спринцуют, обрабатывают спиртом и 5% настойкой йода. Влагалищную часть шейки матки также обрабатывают 5% настойкой йода. Влагалище тампонируют стерильным бинтом, конец которого выводят за пределы половой щели и берут на зажим. Мочу выводят катетером или ставят постоянный катетер на время операции. Начальный ход операции полностью совпадает с надвлагалишной ампутацией матки с придатками. Однако с момента выделения мочевого пузыря ход операции меняется. Мочевой пузырь должен быть отсепарован от шейки матки на всем протяжении до области переднего влагалищного свода. Для этого после пересечения пузырно-маточной складки последнюю приподнимают пинцетом, подсекают ножницами соединительнотканые волокна между мочевым пузырем и шейкой матки. Тугим маленьким тупфером смещают мочевой пузырь книзу, после чего зеркалами отодвигают его к лону. Матку подтягивают впереди, а крестцово-маточные мышцы берут в зажимы (каждую отдельно) у места их отхождения от матки. Выше зажимов с обеих сторон ткани рассекают ножницами, культю прошивают и перевязывают, а зажимы снимают. Между крестцово-маточными связками рассекают брюшину прямокишечно-маточного пространства и тугим тупфером отсепаровывают прямую кишку. Рассекают оба листка широкой связки под придатками, причем разрез должен быть произведен параллельно собственной связке яичника. При рассечении заднего листка широкой связки нужно проследить за расположением мочеточника, чтобы случайно его не травмировать. После этого два параллельных зажима накладывают на сосудистые пучки с обеих сторон. Между зажимами рассекают сосуды, причем при перевязке сосудов культи их должны быть не фиксированы к шейке матки, а оставаться подвижными.

Из влагалища удаляют тампон, введенный перед операцией. Это делает врач или медицинская сестра, не участвующая непосредственно в операции. Затем на переднюю стенку влагалища ниже шейки матки накладывают два длинных зажима и между ними вскрывают стенку влагалища на протяжении до 2 см. В отверстие вводят длинную марлевую салфетку, смоченную настойкой йода, расширяют полученное отверстие, влагалищную часть шейки матки захватывают на пулевые щипцы и выводят в рану. Постепенно вокруг шейки рассекают влагалище, а края его захватывают зажимами. Матку с придатками удаляют. Влагалище ушивают отдельными кетгутовыми швами.

Перитонизация производится непрерывным кетгутовым швом, при этом последовательно прошивают листки широкой связки, маточно-пузырную складку и брюшину маточно-прямокишечного пространства. После операции из влагалища извлекают марлевую полосу.

## ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Ведение послеоперационного периода представляет собой не менее ответственную задачу, чем сама операция, так как в это время могут развиваться опасные осложнения, угрожающие здоровью и жизни больной. Поэтому все мероприятия после операции должны быть направлены на профилактику и своевременное выявление возможных осложнений.

В послеоперационной палате (при отсутствии отделения или палаты реанимации) должна постоянно находиться медицинская сестра, специально подготовленная и владеющая навыками необходимых реанимационных манипуляций. Палата должна быть оснащена подводкой кислорода, наркозной аппаратурой и набором медикаментов для оказания экстренной помощи (дыхательный аппарат, ларингоскоп, антидоты миорелаксантов, одноразовые системы, кардиостимуляторы, дыхательные аналептики и др.). Наблюдение за больной в течение всего послеоперационного периода ведут хирург, производивший операцию, и анестезиолог.

При ведении послеоперационных больных необходимо учитывать их возраст, сопутствующие заболевания, объем оперативного вмешательства, осложнения во время операции и другие моменты.

Перевод больной из операционной производится на предварительно согретую (грелками) функциональную кровать, на которой больная продолжает находиться и в послеоперационной палате (во избежание дополнительного перекармливания с операционного стола на каталку и с каталки — на кровать). При транспортировке больную необходимо хорошо укрыть и к ногам положить грелки.

Особое внимание больной необходимо уделять в первые 6 ч после операции: каждый час следует измерять артериальное давление, вести подсчет частоты пульса и дыхания. При снижении артериального давления, изменении частоты и наполнения пульса, расстройствах дыхания, возникновении кровотечения и других осложнениях срочно вызывают лечащего или дежурного врача.

При брюшностеночных операциях сразу после операции на область послеоперационной раны на 3—4 ч кладут груз с целью гемостаза и предохранения передней брюшной стенки при рвоте или кашле. С целью гемостаза целесообразно также применение холода на область послеоперационной раны, который оказывает и анальгетическое действие. Холод назначают на 30 мин через 1½—2 ч и отменяют через 2—3 дня.

Одним из симптомов, отрицательно влияющих на течение послеоперационного периода, являются боли. Для борьбы с болями через 4—6 ч после операции больной назначают анальгетики (промедол, баралгин и др.); инъекции при необходимости повторяют каждые 4—6 ч. На 2—

3-сутки введение анальгетиков можно ограничить применением 1 раз в сутки (на ночь).

Внимание лечащего врача в послеоперационном периоде должно быть направлено на оценку общего состояния больной (температура, пульс, артериальное давление, дыхание), состояние послеоперационной раны, своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника. Важным в оценке состояния больной является пальпация живота с целью определения наличия или отсутствия признаков раздражения брюшины, состояния кишечника.

Через 8—10 ч после операции мочевого пузыря должен быть опорожнен, несмотря на то что сразу после операции моча была выведена катетером. Если не произошло самостоятельного мочеиспускания, необходимо устранить задержку мочи медикаментозными и рефлекторными средствами (теплое судно, пуск струи воды) или катетеризацией мочевого пузыря стерильным катетером.

В первые часы после операции больной для утоления жажды смачивают губы влажной салфеткой, через 10—12 ч можно разрешить пить кипяченую воду, настой шиповника без сахара, минеральную воду типа «Боржоми». Обильное питье (до 1,5—2 л) рекомендуют на следующий день после операции, особенно больным с большим объемом операции или перенесшим большую кровопотерю.

Учитывая потери жидкости во время операции, в послеоперационном периоде следует проводить инфузионную терапию с целью коррекции водно-электролитного и белкового обмена и кислотно-основного состояния крови. При этом характер и объем инфузионной терапии должны быть обусловлены основным заболеванием, особенностями оперативного вмешательства и возрастом больной. Инфузионную терапию проводят в течение нескольких дней после операции. Количество вводимой жидкости в среднем составляет 2—3 л. Суточный диурез при таком объеме вводимой жидкости составляет в среднем 1200—1400 мл. Количество перелитой жидкости снижают вдвое, если у больной до операции были явления сердечной недостаточности. Для инфузионной терапии используют 5% раствор глюкозы, раствор хлорида натрия и др. При большом объеме операции вводят полиглюкин, реополиглюкин, белковые препараты (альбумин, протеин, плазма крови), гемодез. Антибиотики целесообразно назначать только при наличии воспалительных процессов в малом тазу, после травматичных операций, при повторных операциях или опасности инфицирования.

В комплексе мероприятий по тромбпрофилактике эмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде ведущее место наряду с достаточной гидратацией больной принадлежит активному ведению послеоперационного периода (активная и пассивная гимнастика, раннее вставание) и применению (по показаниям) прямых и непрямых антикоагулянтов.

Поведение больной в постели к концу первых суток должно быть активным (глубокие вдохи, сгибание ног, перемена положения тела). Это делается для профилактики пневмонии. Назначают дыхательную гимнастику, горчичники, отхаркивающие препараты. На 2-й день больной можно сидеть в постели, на третий день — вставать и ходить.

Состояние кишечника нормализуется обычно на 2—3-и сутки после операции, когда восстанавливается перистальтика и начинают самостоятельно отходить газы; на 3-и сутки рекомендуется очистительная или гипертоническая клизма.

Питание больных можно начинать со 2-го дня после операции (нежирный бульон, яйцо всмятку, чай, сухари). С 3-го дня можно добавить кефир, отварную курицу, протертый суп. В дальнейшем больных постепенно переводят на общий стол.

На 1—5-е сутки после операции меняют повязку на животе, а швы обрабатывают спиртом и йодом, на 7—8-й день снимают кожные швы и производят гинекологическое исследование. На 11—14-й день при неосложненном течении послеоперационного периода больная может быть выписана под наблюдение участкового гинеколога.

После влагалищных операций в послеоперационном периоде необходимо соблюдать следующие правила: строгий постельный режим, назначение анальгетиков и антибиотиков (по показаниям), дыхательная гимнастика, регуляция функций кишечника и мочевого пузыря. При операциях, выполненных на мышцах тазового дна, стул задерживают до 5 сут. Задержка стула обеспечивается тщательным освобождением кишечника перед операцией и назначением жидкой диеты в течение первых 5 дней после операции. С 6-го дня пищевой рацион постепенно расширяется, но в пище должно быть мало клетчатки, чтобы стул был не слишком обильным и твердым.

При операциях, связанных с пластикой мочевого пузыря, целесообразно применение тонкого эластичного постоянного катетера, который вводят на 3—4 сут; через этот катетер промывают мочевой пузырь 1 раз в сутки раствором фурацилина. Это уменьшает частоту возникновения послеоперационных циститов, является профилактикой послеоперационной атонии мочевого пузыря и позволяет избежать излишней травматизации уретры при частых катетеризациях.

Уход за послеоперационной раной на промежности ведется открытым способом. Влагалище обрабатывают 0,1% раствором калия перманганата. На 5-е сутки назначается клизма. Швы снимают на 6-е сутки.

Вставать и ходить больным после влагалищных операций разрешается на 5—7-е сутки, садиться — после 20-го дня от момента операции. Выписывают на 12—14-й день. В течение 3 мес рекомендуется ограничение подъема тяжестей (не более 3 кг). Больные освобождаются от тяжелого физического труда до 6 мес.

Большое практическое значение имеет знание возможных осложнений послеоперационного периода.

При задержке мочеиспускания необходимо установить ее причину (рефлекторная, психогенная и др.). Отсутствие мочи при катетеризации мочевого пузыря свидетельствуют об анурии, причины которой должны быть срочно установлены и устранены. Этими причинами могут быть незамеченное при операции ранение мочевого пузыря или мочеточников, нарушение функции почек вследствие невосполненной кровопотери, сепсиса, шока.

Частым осложнением послеоперационного периода являются тошно-

та и рвота, которые могут быть центрального генеза, следствием ацидоза, начинающегося перитонита, атонии кишечника, обострения хронических заболеваний со стороны желудочно-кишечного тракта и желчных путей. В таких случаях необходимы тщательная дифференциальная диагностика и патогенетическая терапия.

У многих гинекологических больных после полостных операций наблюдается парез кишечника. Гипотония кишечника связана со сниженной перистальтикой. Таким больным последовательно внутримышечно применяют прозерин (1 мл 0,05% раствора), внутривенно—гипертонический раствор хлорида натрия (10—20 мл 10% раствора). При гипотонии желудка его промывают с помощью зонда. Широко используют гипертонические клизмы, в критических случаях прибегают к сифонным клизмам.

## Г л а в а X X I V

### ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН

#### ЦИСТИТЫ

Цистит — самое распространенное заболевание мочевой системы. Преимущественно им болеют женщины в возрасте от 20 до 30 лет. Цистит бывает первичным и вторичным.

Первичный цистит встречается у женщин в 5—6 раз чаще, чем у мужчин. Такое соотношение объясняется анатомо-физиологическими особенностями женской уретры (короткая и широкая уретра, ее близость к влагалищу и анальному отверстию). Сопутствующими факторами являются беременность, пре- и постменопаузальный период.

Вторичный цистит развивается на почве каких-либо других заболеваний: камней, инородных тел, дивертикулов мочевого пузыря, структур уретры, доброкачественных или злокачественных поражений внутренних половых органов.

С патологоанатомической точки зрения выделяют катаральные, геморрагические, фолликулярные, язвенно-некротические, гангренозные формы циститов.

**Этиология и патогенез.** Воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря возникает в результате проникновения микробной флоры восходящим, гематогенным или лимфогенным путем. Располагают к развитию инфекции снижение реактивности организма вследствие различных заболеваний, функциональные нарушения уродинамики, простудные заболевания, хронические запоры, воспалительные заболевания внутренних половых органов.

По клиническому течению различают острые и хронические циститы.

Острый цистит в основном вызывается кишечной палочкой. При хроническом течении болезни микробная флора, как правило, имеет смешанный характер. Сравнительно редко встречаются трихомонадные



циститы. Влагалищные трихомонады попадают в мочевой пузырь в основном при половых сношениях. Часто инфекция проникает в мочевой пузырь из уретры. Заболевание развивается в результате недостаточной асептики или травмы при катетеризации, к которой вынуждены прибегать в связи с задержкой мочи в послеродовом или послеоперационном периодах. Циститы нередко возникают при воспалительных процессах внутренних половых органов.

В патогенезе заболевания большое значение придается местным нарушениям кровообращения вследствие перенесения таких операций, как экстирпация матки по поводу миомы или рака, поскольку в процессе таких вмешательств производят отслойку мочевого пузыря.

**К л и н и к а и д и а г н о с т и к а.** Клиническая картина острого цистита характеризуется расстройством мочеиспускания, болями, изменениями мочи. Мочеиспускание учащено в дневное и ночное время, при это позывы могут появляться через каждые 10—15 мин. На функцию мочевого пузыря оказывает влияние кровенаполнение внутренних половых органов. Дизурические явления почти всегда обостряются во время месячных и уменьшаются после их окончания. Наряду с учащением мочеиспускания больные испытывают боли, усиливающиеся в конце мочеиспускания, поскольку слизистая оболочка соприкасается с пузырьным треугольником, где имеется большое количество нервных окончаний. Боли иррадиируют в паховую область, в промежность и во влагалище. Моча мутная с примесью крови в конце мочеиспускания. Терминальная гематурия обусловлена травмой шейки мочевого пузыря и пузырного треугольника. У больных появляются симптомы недержания мочи, что объясняется повышением тонуса детрузора и ослаблением функций сфинктеров. Характерны внезапное начало и быстрое нарастание симптомов заболевания. Общее состояние больных при остром цистите страдает мало.

Поражения слизистой оболочки могут быть ограниченными или диффузными, но они не распространяются глубже субэпителиального слоя слизистой оболочки. Для распознавания острого цистита достаточно характерными симптомами являются данные микроскопического исследования мочи. Моча, как правило, кислая и содержит большое количество лейкоцитов. Из других форменных элементов в ней обнаруживают эпителиальные клетки и белок, но его количество обычно не превышает 1‰. При цистоскопии обнаруживают умеренно расширенные сосуды, слизистая оболочка гиперемирована. При шейечном цистите более всего гиперемированы шейка мочевого пузыря и треугольник Льео. Эта форма цистита часто встречается при воспалении матки или ее придатков.

**Л е ч е н и е.** Рекомендуются покой, в том числе и половой. Больные должны находиться в теплом помещении. Для уменьшения болей при сокращения мочевого пузыря назначают обильное питье и лекарственные средства, оказывающие спазмолитическое и мочегонное действие. Пища не должна быть раздражающей. Назначают молочно-растительную диету. Следует нормализовать функцию кишечника. Хорошо действуют теплые сидячие ванны, свечи с белладонной, микроклизмы с антипирином, а также болеутоляющие препараты

(анальгин, амидопирин, папаверин и др.). После уменьшения поллакиурии назначают обильное питье: чай, клюквенный морс, минеральные воды и др.

В арсенал терапевтических средств включают химиопрепараты (фурагин, неграм, 5-НОК) и антибиотики — тетрациклин, оксациллин и др. После купирования острого процесса инстиллируют мочевой пузырь раствором ляписа начая с концентрации 1:5000. Терапия продолжается в среднем 7—10 дней. Под влиянием лечения уменьшаются дизурические явления и нормализуется состав мочи.

**Прогноз благоприятен.**

**Хронический цистит** редко протекает как самостоятельное заболевание. В основном он развивается как осложнение различных заболеваний мочевого пузыря и уретры или сопутствует воспалительным процессам матки и придатков. Симптомы заболевания менее интенсивны, чем при остром цистите, но носят упорный характер.

Основным симптомом хронического цистита является пиурия. Наряду с пиурией имеется гематурия, которая появляется в конце акта мочеиспускания. Поллакиурия остается, так как уменьшается физиологическая емкость мочевого пузыря в связи с вовлечением в патологический процесс мышечной оболочки. Обострения цистита совпадают с половыми сношениями и с менструальным периодом.

**Диагностика** основывается на характерных симптомах заболевания, изменениях мочи и данных цистоскопии.

Цистоскопию нередко приходится осуществлять под наркозом. Изменения в мочевом пузыре весьма разнообразны. В пременопаузальном и постменопаузальном периодах слизистая оболочка мочевого пузыря бледная. Довольно распространенной формой в этих периодах являются так называемые шейчные циститы, когда в воспалительный процесс вовлечены только шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры. При диффузном воспалении слизистая оболочка имеет красноватый цвет и теряет свой блестящий вид. Сосуды не видны, на отдельных участках заметны фибриновые наложения и отложения солей (рис. 157).

**Лечение.** Комплексное. В первую очередь необходимо санировать воспалительные очаги в половых органах. Применяют антибиотики, препараты налидиксовой кислоты (неграм), сульфаниламиды, этазол и др.

При щелочной реакции мочи назначают хлорид аммония, диуретические средства (лазикс, гипотиазид, фурасемид). Хорошим терапевтическим эффектом обладают минеральные воды (боржоми и др.). При гормональной недостаточности вводят эстрогены, причем можно назначать их в виде влагалистных свечей. Успокаивают боли и дизурические явления спазмолитические средства, теплые ванны, микроклизмы с болеутоляющими средствами, инстиляция мочевого пузыря рыбьим жиром, синтомициновой эмульсией, растворами колларгола и нитрата серебра. Хорошим эффектом обладает грязелечение. При стойких циститах применяют антигистаминные препараты, новокаиновые блокады, термальные воды.

**Прогноз.** Благоприятный.

**Профилактика.** При послеродовой и послеоперационной задержке мочи катетеризацию мочевого пузыря следует осуществлять в строжайших асептических условиях. Своевременно лечат гинекологические заболевания, способствующие развитию цистита.

**Постлучевые циститы.** Серьезным осложнением в лучевой терапии рака гениталий являются пострadiационные циститы. Последние возникают вследствие сосудистых изменений и нарушений трофики слизистой оболочки.

По степени поражения различают три формы лучевого цистита: катаральную, фиброзную и язвенную. Постлучевая реакция может быть ранней — в течение первого полугодия и поздней — от 1 года до 10 лет и более после окончания лечения.

Циститы, развивающиеся непосредственно после лучевого лечения, характеризуются острым воспалением слизистой оболочки (рис. 158). Больные жалуются на частое мочеиспускание (4—5 раз в час). Поздние лучевые поражения мочевого пузыря проявляются болями в области промежности, затрудненным мочеиспусканием. При изъязвлении и некрозе слизистой оболочки наступает массивное пузырное кровотечение. Ранняя лучевая реакция выражается в отечности слизистой оболочки. Последняя обычно темно-вишневого цвета, местами с участками телеангиэктазий. Патологический процесс преимущественно локализуется на задней стенке мочевого пузыря, что соответствует зоне наиболее интенсивного воздействия ионизирующей радиации. В дальнейшем появляются рубцовые и язвенно-некротические изменения слизистой оболочки и уменьшается его емкость. Мочевой пузырь принимает шарообразную форму, стенки его становятся ригидными.

**Лечение.** При пострadiационном цистите представляет сложную задачу и продолжается длительно (3—4 мес). Назначают антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к ним микробной флоры. Удовлетворительные результаты получают при инстилляции в мочевой пузырь масла облепихи, рыбьего жира, метацина, метилурацила, синтомициновой эмульсии в комбинации с анестезирующими препаратами и витаминами В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>. Под влиянием лечения дизурические явления сравнительно быстро исчезают и общее состояние больных улучшается. Хорошие результаты получают от местного применения глюкокортикоидных гормонов. При безуспешности консервативной терапии показана резекция мочевого пузыря.

**Прогноз.** При язвенно-некротических процессах малоблагоприятен.

В профилактике цистита большую роль играет периодическое цистоскопическое исследование больных, которые по поводу злокачественных новообразований половых органов подвергались лучевой терапии.

## ЦИСТАЛГИЯ

Цисталгия — сравнительно распространенное заболевание мочевого пузыря, которое встречается преимущественно у женщин молодого возраста.

**Этиология и патогенез.** Заболевание полиэтиологическое. Поражаются нервно-мышечные структуры мочевого пузыря, при этом отсутствуют воспалительные изменения. В развитии цисталгии большое значение принадлежит дисфункции яичников, вызывающей реактивные изменения в пузырном треугольнике. Развитию заболевания способствуют миома матки, обширные рубцовые спайки после операций, воспалительные заболевания половых органов, опущение стенок влагалища. Немаловажное значение имеют нервно-психические факторы: эмоциональные кризы, сексуальные конфликты. Причиной заболевания могут быть также аллергены: домашняя пыль, некоторые пищевые продукты, в частности шоколад, молоко и др.

**Клиника.** При цисталгии характерны две группы жалоб. К первой относится частое, императивное и болезненное мочеиспускание. Дизурические явления усиливаются при запорах, охлаждении, в предменструальном периоде и после приема острых блюд. Ко второй группе жалоб относятся боли в промежности и в надлобковой области. Как правило, боли тупые, но весьма длительные, обостряющиеся во время менструаций, в период беременности, пременопаузы и постменопаузы.

**Диагностика.** Основывается на анамнестических данных и тщательном клиническом обследовании больных. Моча, как правило, не содержит патологических элементов. При эндоскопическом исследовании обнаруживается нормальная картина слизистой оболочки мочевого пузыря. В области треугольника и шейки имеются легкая гиперемия и отечность, которая распространяется на проксимальный отдел уретры, а иногда возникают изменения, напоминающие лейкоплакию (рис. 159).

**Лечение.** Эффективно только при устранении этиологического фактора. Назначают лидазу, кортизон и другие препараты, рассасывающие рубцовую ткань, появляющуюся после операции. Из физиотерапевтических процедур показаны бальнеотерапия, грязелечение, а также синусоидально модулированные токи. Хорошее терапевтическое действие оказывает гормональное лечение. При гипозэстрогении назначают эстрогены, при гиперэстрогемии — гестагены и реже андрогены. В результате повышается тонус детрузора и снижается тонус сфинктеров мочевого пузыря.

Аналгезирующее действие оказывает рефлексотерапия. Для успокоения более назначают транквилизаторы: андаксин, триоксазин, и др.

**Прогноз.** Благоприятный.

## ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВЫХ ОРГАНОВ

Травматические повреждения мочевой системы в акушерской и гинекологической практике встречаются нередко.

Особенно большой риск повреждения мочевой системы возникает при радикальных операциях по поводу рака шейки матки, при удалении интралигаментарно расположенных опухолей (миоматозные узлы, кистомы яичника). При незамеченном повреждении во время операции мочевой системы возникают различные урологические осложнения: мочевые затеки, перитонит, острая почечная недостаточность, мочеполовые свищи, требующие специальных методов терапии.

Ранения почки возможны во время беременности. Травмируются преимущественно патологически измененные почки (гидронефроз, поликистоз и др.). Травма почки возникает в основном во время стремительных родов, сопровождающихся сильным сокращением матки, что повышает внутрибрюшное и внутрипочечное давление.

Во время операций ранения почки встречаются крайне редко. Определенный риск представляют дистопированные почки, расположенные по средней линии живота несколько выше места расположения мочевого пузыря. Такие почки по своей форме напоминают опухоли гениталий. В зависимости от характера повреждений почечную рану ушивают, резецируют полюс почки или удаляют ее целиком.

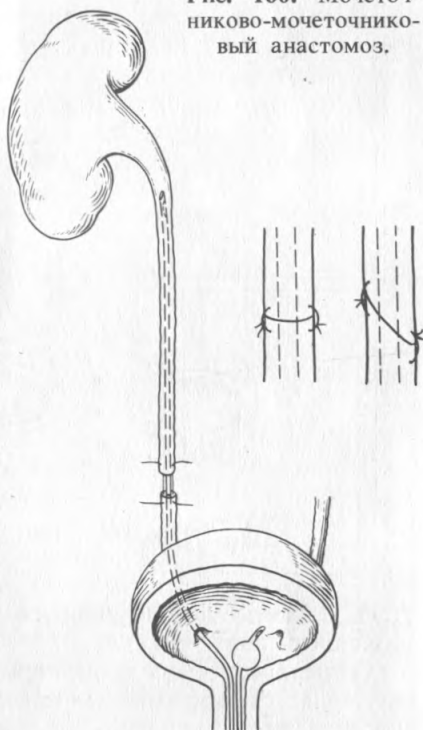
Травмы мочеточников происходят чаще всего при оперативных вмешательствах по поводу злокачественных и доброкачественных заболеваний внутренних половых органов. Чаще повреждается левый мочеточник, расположенный ближе к половым органам. Характер травмы разнообразный. Мочеточники могут быть перевязаны, раздавлены зажимами, пересечены.

Мочеточники нередко перевязывают вместе с сосудами и связками. В течение нескольких минут отрезок мочеточника, расположенный выше обструкции, расширяется. После снятия лигатуры очень быстро восстанавливается нормальный пассаж мочи. К сожалению, такая травма далеко не всегда распознается в процессе операции. Более опасная ситуация возникает тогда, когда перевязывают оба мочеточника. При этом осложнении осуществляют билатеральную нефростомию. При неполном рассечении мочеточника его ушивают тонкими кетгутowymi швами. К этому участку подводят резиновую трубку, по которой выводится излившаяся моча.

При полном пересечении мочеточника его концы соединяют на полиэтиленовой шине конец в конец тонкими кетгутowymi нитями (рис. 160).

Хорошие результаты операции получают в тех случаях, когда косо срезают концы мочеточников, что позволяет увеличить площадь анастомоза. Шину через мочеиспускательный канал выводят наружу и оставляют на 8—10 сут. К месту анастомоза подводят дренажную

Рис. 160. Мочеточниково-мочеточниковый анастомоз.



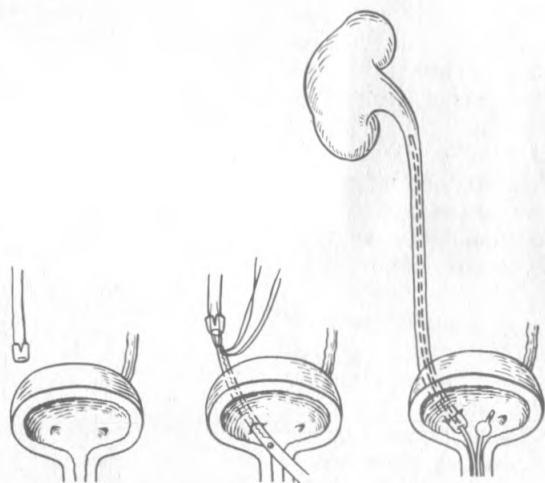


Рис. 161. Уретероцистоанастомоз.

трубку. Такую же операцию следует произвести, когда мочеточники раздавлены зажимом.

Общепринятой операцией при травме дистального отдела мочеточника является наложение уретероцистоанастомоза. Известно несколько способов этой операции, но предпочтение следует отдавать более простой методике, когда почечный конец мочеточника вшивают в мочевой пузырь (рис. 161). Следует стремиться к тому, чтобы анастомоз оказался расположенным вблизи от пузырного треугольника. Мочевой пузырь ушивают наглухо кетгуттовым швом в два этажа: первый — непрерывным, второй — узловатым. В мочевой пузырь через уретру вводят постоянный катетер и оставляют его на 8—10 сут.

При обширных поражениях тазового отдела мочеточника восстановить целостность мочевой системы можно с помощью операции Боари. Сущность операции заключается в формировании уретральной трубки из стебля мочевого пузыря. В проксимальный конец мочеточника вводят тонкую полиэтиленовую трубку на глубину 10—12 см и фиксируют ее к стенке мочеточника кетгуттовой нитью. Затем из переднебоковой стенки мочевого пузыря выкраивают стебель шириной 2—2,5 см. Длина его должна немного превышать дефект мочеточника. При двусторонней травме мочеточников одновременно выкраивают два стебля или один широкий стебель. Выкроенный стебель на катетере сшивают в трубку, с которой соединяют мочеточник инвагинационным способом или конец в конец. Мочевой пузырь ушивают наглухо, предварительно выведя конец полиэтиленового катетера по мочеиспускательному каналу наружу. Катетер удаляют через 8—10 дней.

Все описанные операции обеспечивают нормальную функцию почек и мочевых путей.

Если по каким-либо причинам нельзя восстановить целостность верхних мочевых путей, тогда мочеточники временно имплантируют в кожу, а позже осуществляют пластическую операцию.

Клинический опыт показывает, что травма мочеточника часто не распознается в процессе операции и проявляется в раннем или позднем послеоперационном периоде в виде образования мочевых флегмон или мочеточниковых свищей.

Воспалительные изменения в половых органах и окружающей клетчатке предрасполагают к травме мочевого пузыря. Менее опасно ранение передней стенки мочевого пузыря. В этих случаях достаточно травмированную стенку ушить кетгутowymi нитями в два этажа и на 2—3 сут ввести постоянный катетер. Более серьезные осложнения связаны с ранением задней стенки мочевого пузыря. Ушить такой дефект нетрудно, но при этом всегда имеется опасность повредить интрамуральные отделы мочеточников. Чтобы избежать этого грозного осложнения, устья мочеточников все время должны оставаться в поле зрения хирурга. Для этого рассекают переднюю стенку мочевого пузыря и с помощью зеркал широко обнажают травмированную область. Если рана расположена вблизи от устьев мочеточников, то в их просветы вводят катетеры. Затем ушивают рану мочевого пузыря. Зашивание производят наглухо кетгутowymi швами в два этажа, после чего на 5—6 сут устанавливают постоянный уретральный катетер. Если были травмированы серозные покровы и мышечный слой, тогда ушивают травмированную зону. В мочевой пузырь на несколько дней устанавливают уретральный катетер, а в паравезикальное пространство — дренажную трубку. Нераспознанная травма мочевого пузыря может привести к инфильтрации окружающих тканей мочой и перитониту. Симптомы мочевого перитонита проявляются обычно через 2—3 сут после травмы мочевого пузыря. В таких случаях прибегают к лапаротомии, освобождению брюшной полости от скопившейся мочи и к ушиванию дефекта мочевого пузыря. При внутрибрюшинном ранении мочевого пузыря моча быстро инфильтрирует клетчатку таза, приводя к некротическим изменениям тканей. У таких больных своевременным отведением мочи и дренированием паравезикального пространства можно предупредить образование свищей и мочевых флегмон таза. После ушивания дефекта обязательно дренируют паравезикальное пространство.

Мочеиспускательный канал чаще травмируется при пластических влагалищных операциях, реже — при удалении кист влагалища. Тяжелые повреждения уретры может быть самой различной — от ранения стенки до обширных разрушений. Ушить поврежденную заднюю стенку нетрудно, но целостность уретры удастся восстановить редко. Причиной этого осложнения является введенный уретральный катетер, которым вынуждены пользоваться для отведения мочи. Катетер как инородное тело способствует развитию инфекции и тем самым препятствует заживлению раны. Чтобы оградить травмированные ткани от воздействия на них мочи, лучше ее отвести путем цистостомии.

При обширном разрушении уретры не следует стремиться произвес-

ти реконструктивную операцию, так как такие операции, проведенные в экстренном порядке, редко бывают успешными. Их лучше проводить в плановом порядке.

**Профилактика.** При опухолях, расположенных в малом тазу, надо предварительно исследовать мочевую систему с помощью рентгенологических и эндоскопических методов. При трудных гинекологических операциях лучше катетеризировать мочеточники и проводить операции с участием уролога.

## МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ

Мочеполовые свищи — тяжелое и сравнительно частое осложнение в урогинекологии. Хотя это заболевание и не угрожает непосредственно жизни больных, оно является источником глубоких психологических травм.

**Этиология и патогенез.** Мочеполовые свищи преимущественно возникают в результате ранений мочевых органов или трофических расстройств во время патологических родов, акушерских и гинекологических операций. Более редкими причинами являются химические ожоги, бытовая травма или огнестрельные ранения.

Акушерские свищи обычно возникают в результате длительного прижатия головкой плода мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, в частности. Такая ситуация чаще всего имеет место при клинически узком тазе. В результате длительного сдавления тканей нарушается крово- и лимфообращение, что вызывает некроз тканей мочевых и половых органов и образование свища.

Травматические свищи образуются при плодоразрушающих операциях или наложении акушерских шипцов. Иногда это осложнение встречается при кесаревом сечении в нижнем маточном сегменте с последующим удалением матки.

В гинекологии свищи чаще всего образуются после экстирпации матки. Большую опасность таят в себе криминальные аборты. Ишемический некроз тканей с последующим образованием фистул возможен при лучевой терапии. Наиболее тяжелую форму представляют мочеполовые свищи, которые образуются в результате распада злокачественных опухолей половых органов.

Чаще всего встречаются пузырно-влагалищные (рис. 162), несколько реже — уретровлагалищные, мочеточниково-влагалищные и сложные свищи.

**Клиника.** Общим симптомом для всех свищей является подтекание мочи. При травматических свищах моча немедленно после ранений мочевых органов начинает выделяться во влагалище. Трофические свищи формируются через 8—12 дней после родов или хирургических операций.

Величина фистул может колебаться в широких пределах — от точечных отверстий до обширных разрушений мочевого пузыря и уретры. От их размера зависит количество выделяющейся мочи. При небольших пузырно- и уретровлагалищных свищах мочеиспускание



Рис. 162. Пузырно-влагалищный свищ.

естественным путем может быть сохранено, а при обширных дефектах вся моча изливается во влагалище.

Для мочеточниково-влагалищных фистул характерно постоянное подтекание мочи в сочетании с нормальным мочеиспусканием.

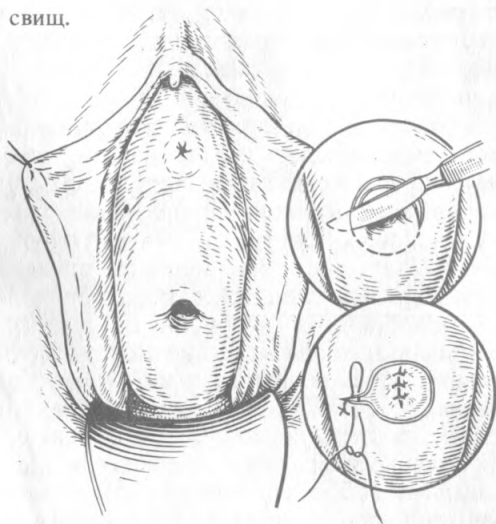
Пузырно - шейчно - маточные свищи в виду высокого их расположения и малой величины не всегда сопровождаются недержанием мочи. Моча начинает подтекать, когда свищ находится между мочевым пузырем и каналом шейки матки. У этих больных моча окрашивается кровью во время менструации. Среди других симптомов следует указать на боли в мочевом пузыре и во влагалище, обусловленные сопутствующим воспалительным процессом. Формированию мочеточниково-влагалищных фистул предшествуют лихорадка и дизурические явления.

**Д и а г н о с т и к а.** При влагалищном исследовании определяют локализацию свища и размеры свищевого отверстия. Большие пузырно- и уретро-влагалищные свищи отчетливо видны при осмотре влагалища в зеркалах. Значительно труднее выявить маленькие фистулы, расположенные в глубине культи влагалища. В таких случаях мочевой пузырь наполняют окрашенной жидкостью, которая при наличии фистулы появится во влагалище. Мочеточниковые свищи, как правило, располагаются в своде влагалища и очень редко через суженное рубцовое отверстие удается их катетеризировать.

Ценным методом является цистоскопия, при которой удастся выяснить расположение свища в мочевом пузыре и его отношение к устьям мочеточников и к внутреннему отверстию уретры.

Диагноз мочеточниково-влагалищных свищей устанавливают с помощью рентгено- и радиологических исследований.

**Л е ч е н и е.** Консервативные методы лечения мочеполовых свищей малоэффективны. В первые 2—3 нед после образования пузырно-влагалищной фистулы ее прижигают 5% раствором нитрата серебра, кристаллом ляписа, настойкой йода или с помощью диатермических токов. В результате этих воздействий образуется струп и после его отторжения фистула может зарубцеваться. Такое лечение следует проводить при введенном на 8—10 сут уретральном катетере. Мочеточниково-влагалищные свищи поддаются успешной терапии путем катетеризации мочеточника с оставлением катетера на 6—8 сут. Эти свищи в



период от 1 до 3 мес могут самостоятельно закрыться, но прекращение выделения мочи почти всегда сопряжено с гибелью почечной паренхимы. Консервативные методы лечения неэффективны при пострадиационных и осложненных свищах.

Основная цель пластических операций — восстановить произвольное мочеиспускание естественным путем, сохранив при этом необходимые анатомические и физиологические взаимоотношения между мочеполовыми органами. Оптимальные сроки для оперативного лечения мочеполовых фистул — 4—6 мес после их образования. Более выжидательной тактики следует придерживаться у больных с пострадиационными свищами, так как облученные ткани ранее чем через год не приобретают необходимых пластических свойств. Исключение составляют больные с мочеточниково-влагалищными свищами. При таких свищах операцию выполняют спустя 5—6 нед после их образования.

Успех операции во многом зависит от предоперационной подготовки больных и ведения послеоперационного периода. У многих больных слизистая оболочка влагалища и кожа наружных половых органов мацерированы вследствие постоянного попадания мочи. Такие больные часто страдают циститом, кроме того, у них чрезмерно развита рубцовая ткань в области фистулы. Все это значительно осложняет проведение операции.

Предоперационная санация мочеполовой системы заключается в спринцевании влагалища и промывании мочевого пузыря различными дезинфицирующими растворами. Участки мацерированной кожи обрабатывают жидкостью Каstellани, пастой Лассара, антисептическим кремом. Наряду с местной противовоспалительной терапией больным назначают сульфаниламидные препараты и антибиотики с учетом преобладания в моче бактерий кишечной группы.

Некоторое рассасывание рубцов достигается применением алоэ, стекловидного тела, ронидазы в сочетании с физиотерапевтическими процедурами. Проводится общеукрепляющая и седативная терапия.

Критерием готовности больных к пластическим операциям является исчезновение воспалительных процессов в мочеполовой системе. Операции выполняют под интубационным наркозом или перидуральной анестезией.

Пластику пузырно-влагалищных свищей выполняют различными доступами: трансвагинальным, трансвезикальным или трансабдоминальным. Решающее значение в выборе операционного доступа имеют локализация свища, его размеры и отношение к устьям мочеточников.

**Прогноз.** У большинства больных после пластических операций прогноз благоприятный. Менее благоприятным прогноз бывает при пострадиационных свищах в связи с выраженными патологическими изменениями окружающих тканей.

Если после операции наступает беременность, ее целесообразно прервать (искусственный аборт). При сохранении беременности показано родоразрешение экстраперитонеальным кесаревым сечением.

**Профилактика.** Рациональное ведение родов и шадящая оперативная техника при выполнении гинекологических операций.

## НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ

Под термином «недержание мочи при напряжении» понимают непроизвольное выделение мочи из уретры при пассивном повышении внутрипузырного давления (при кашле, чиханье, напряжении мышц брюшного пресса и т. д.). Этим заболеванием в основном страдают женщины среднего и старшего возраста. Заболевание наступает в результате анатомического и функционального нарушения функции сфинктеров мочевого пузыря.

Недержание мочи при напряжении может быть связано с родовой травмой, тяжелой физической работой и гормональными нарушениями. Различают три степени недержания мочи: легкую, среднюю и тяжелую. При легкой степени недержания мочи во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшинного давления (сильный кашель, быстрая ходьба или бег) у больной непроизвольно выделяется несколько миллилитров мочи. Средняя степень характеризуется подтеканием мочи во время смеха, спокойной ходьбы и легкой физической нагрузки. Больные с тяжелой степенью заболевания теряют почти всю мочу при расслаблении мышц тазового дна, когда они переходят из горизонтального положения в вертикальное. Моча может подтекать во время сна и половых сношений.

Д и а г н о с т и к а проводится на основании комплексного урологического, гинекологического, эндокринологического и неврологического обследования. В первую очередь следует исключить пороки развития мочевой системы — эктопию мочеоточника, гипо- или эписпадию. Недержание мочи при напряжении необходимо дифференцировать с неудержанием мочи. Под этим термином понимают непроизвольное отхождение мочи, сочетающееся с императивными позывами. Это заболевание часто сопровождают уретриты и циститы. Ему также сопутствуют психогенные факторы (истерия и депрессия).

При исследовании центральной и периферической нервной системы надо обратить внимание на мышечный тонус и двигательные рефлексы. Затем осматривают наружные половые органы, промежность и мочеиспускательный канал. При напряжении нередко выявляют цистоцеле. Диагностическое значение имеет симптом кашлевого толчка. Для этого предварительно наполняют мочевой пузырь жидкостью и наблюдают за ее выделением во время кашля. Надо также убедиться в целостности стенок мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Обязательно исследуют мочу, так как воспалительные процессы в органах мочевой системы поддерживают и усиливают непроизвольное выделение мочи.

Определенное значение в диагностике имеет эндоскопическое исследование мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Часто встречаются гиперемия пузырного треугольника, отечность в области шейки и западение задней стенки мочевого пузыря. Слизистая оболочка уретры обычно атрофична. Уточняют расположение мочевого пузыря, длину и форму мочеиспускательного канала. О недержании мочи свидетельствует низкое расположение мочевого пузыря по отношению к костям лонного сочленения.

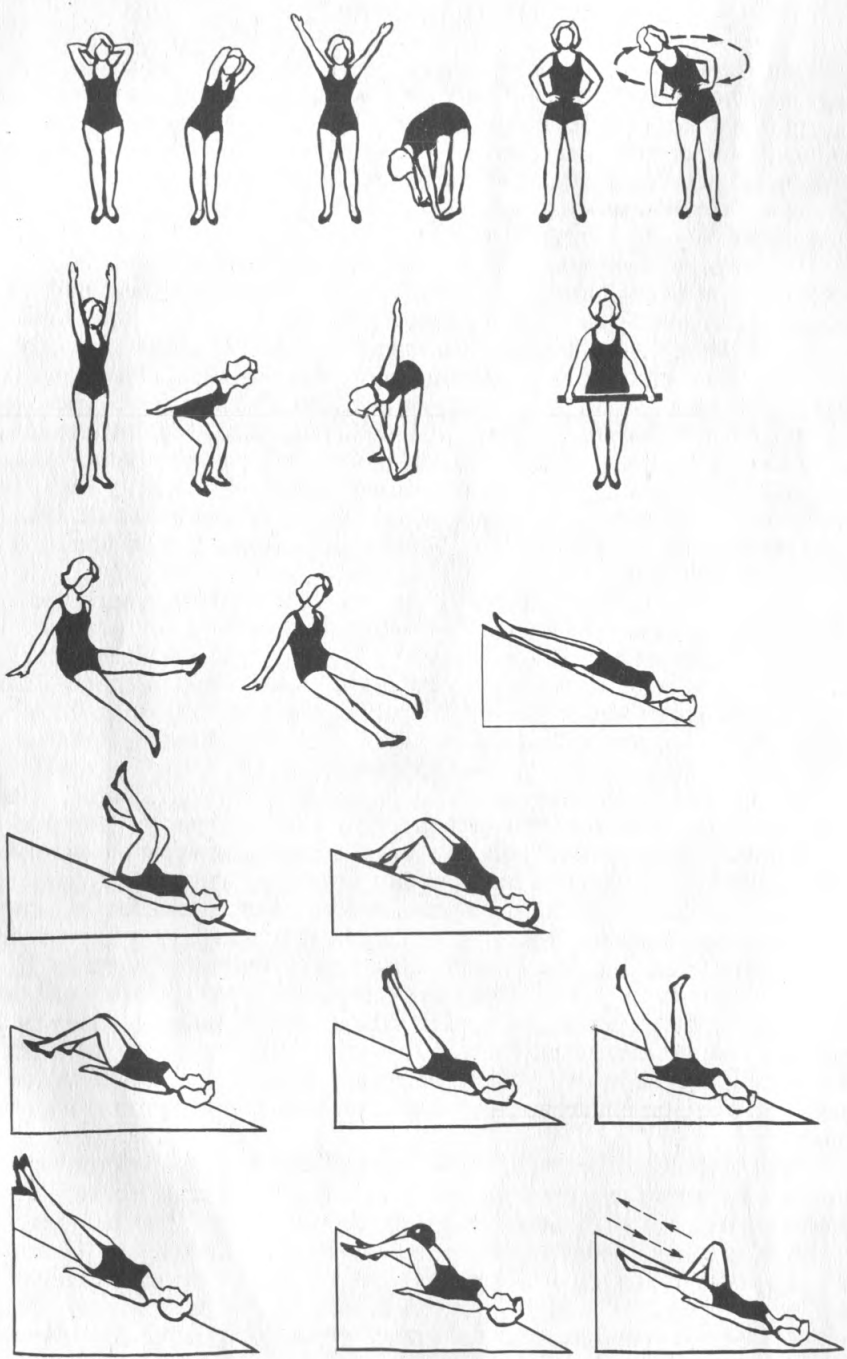
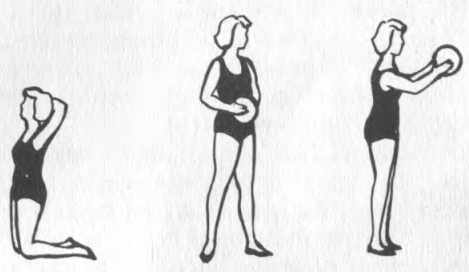
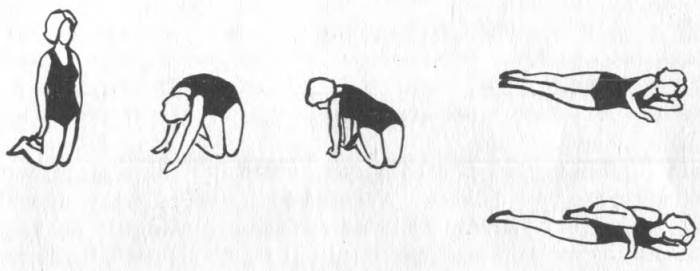


Рис. 163. Комплекс упражнений лечебной гимнастики.



Если длина уретры у здоровых женщин равна 35—38 мм, то при недержании мочи она не длиннее 30 мм и имеет горизонтальную форму. При уретроцистографии определяют состояние внутреннего сфинктера мочевого пузыря.

Среди функциональных методов важное значение имеет цистометрия. В зависимости от степени недержания мочи прибегают к консервативному или оперативному лечению.

Неоперативные методы лечения показаны больным с недержанием мочи стрессового характера. Им следует отдавать предпочтение у престарелых женщин при наличии сопутствующих заболеваний. **Л е ч е н и е.** Комплексное. Состоит из диеты, курса лечебной физкультуры, медикаментозной терапии и электростимуляции мочевого пузыря. Поскольку масса тела у женщин с недержанием мочи часто выше нормы, назначают малокалорийную диету с ограничением углеводов, соли и жидкости.

Для реабилитации больных применяют комплекс лечебных гимнастических упражнений, направленных на укрепление мышечно-связочного аппарата тазового дна и нормализацию массы тела (рис. 163).

Хорошие результаты наблюдаются при применении физиотерапевтических методов лечения: вибрационного массажа, гальванических и диадинамических токов. Электростимулирующая терапия с помощью аппаратов «Амплипульс-4» и «Бион-3» повышает рефлекторный порог детрузора и усиливает тонические сокращения поперечно-полосатых мышц тазового дна.

Большую роль играет психотерапия, так как в состоянии нервного напряжения симптомы болезни усиливаются. Назначают препараты, снижающие внутрипузырное давление и увеличивающие уретральное сопротивление: атропин, эфедрин и др. Для улучшения тонуса гладких мышц и нормализации функции сфинктеров мочевого пузыря применяют эстрогены.

При отсутствии положительных результатов от консервативной терапии применяют оперативные методы лечения. Существует большое число операций, цель которых — укрепление сфинктера мочевого пузыря.

С помощью консервативных и оперативных методов лечения удается вылечить большинство больных с недержанием мочи при напряжении.

### **АНОМАЛИИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ**

В урогинекологической практике нередко встречаются больные с аномалиями развития почек и мочевых путей. Различают следующие аномалии развития почек: 1) количественные аномалии (агенезия, аплазия, добавочная почка, удвоение); 2) аномалии положения (дистопия), 3) аномалии структуры (гидронефроз, гипоплазия, губчатая почка, простая киста почки, поликистоз).

Большой клинический интерес представляет **п о д к о в о о б р а з н а я п о ч к а**. Этот порок заключается в сращении полюсов почки, преимущественно нижних. Подковообразная почка в виду низкого расположения и ограниченной подвижности легко подвергается травме, гидронефротическим изменениям. Другим осложнением при этой

патологии является мочекаменная болезнь. Лечение оперативное. Не меньший клинический интерес представляет дистопия почки. При перекрестной дистопии почки смещены в противоположную сторону. В гинекологической практике большую опасность во время операции представляет почка, расположенная глубоко в малом тазу. Иногда такую почку ошибочно принимают за опухоль половых органов. Основная роль в диагностике аномалий расположения почек принадлежит рентгенорадиологическим методам исследования.

**Гидронефроз** чаще всего развивается в результате длительного сдавления мочеточника. Нарушения уро- и гемодинамики, сопутствующие гидронефрозу, способствуют развитию пиелонефрита.

Одной из самых тяжелых аномалий является **поликистоз** почек, который всегда имеет двусторонний характер. Заболевание наследуется по доминантному типу и возникает в связи с нарушением развития почек в эмбриональном периоде. При этой аномалии почечная ткань постепенно замещается кистами различных размеров, окруженными незначительным слоем сохранившейся паренхимы. У большинства больных при поликистозе почек встречается пиелонефрит.

Больные жалуются на тупые боли в области поясницы, быструю утомляемость; отмечается гематурия и артериальная гипертензия. При глубокой пальпации живота иногда можно определить увеличение размера почек с плотной бугристостью.

К числу кистозных заболеваний почек принадлежат простые кисты. Возникновение патологии обусловлено внутриутробной обструкцией мочевыводящих путей.

В отличие от поликистоза почек эта аномалия не имеет наследственного характера. Основным симптомом — гематурия.

**Диагностика.** При кистозных изменениях почек различного происхождения возможна с использованием рентгенорадиологических методов. В гинекологической практике можно встретиться с различными аномалиями мочеточников. Среди них наиболее часто встречается уретероцеле. Для этой патологии характерно булавовидное расширение дистального отдела мочеточника, выступающее в просвет мочевого пузыря. Аномалия может быть двусторонней. Заболевание развивается в результате недоразвития подслизистого слоя или недостаточности фиброзных волокон интрамурального отдела мочеточника. Как правило, это заболевание сочетается со стенозом устья мочеточника. Часто развивается уретерогидронефроз вплоть до гибели паренхимы почки. Больные жалуются на боли в поясничной области и дизурические расстройства. Вследствие ущемления уретероцеле в шейке мочевого пузыря может наступить острая задержка мочи. При цистоскопии обнаруживается шаровидное выпячивание в области устья мочеточника, покрытое слизистой оболочкой мочевого пузыря.

**Лечение.** В основном оперативное.

**Мегауретер** развивается вследствие врожденной нейромышечной слабости стенки мочеточника. Заболевание всегда сочетается со стриктурой интрамурального отдела мочеточника. Данный порок развития в большинстве случаев бывает двусторонним. Застой мочи и

частый везико-уретральный рефлюкс предрасполагают к развитию инфекции и возникновению почечной недостаточности.

Среди аномалий мочевой системы определенный клинический интерес представляет эктопия устья мочеточника. Преимущественно она бывает односторонней. Эктопическое устье располагается на задней стенке уретры или во влагалище, реже в шейке матки.

Полное раздвоение мочеточников происходит либо вследствие развития двух мочеточников-зачатков, либо в результате их отпочкования в урогенитальном синусе. Для этого порока характерно постоянное истечение мочи с раннего детства, однако при этом произвольное мочеиспускание сохранено. Наряду с недержанием мочи больных беспокоят боли в поясничной области, сопровождающиеся повышением температуры в результате присоединившегося воспалительного процесса.

**Д и а г н о с т и к а.** Основывается на результатах урографии. Определенную диагностическую помощь оказывает также катетеризация эктопированного устья мочеточника с последующей уретеропиелографией. Важное значение имеет почечная ангиография, с помощью которой не только устанавливается этот порок развития, но и выявляются особенности кровоснабжения, что имеет большое значение при определении лечебной тактики.

**Л е ч е н и е.** Оперативное.

При незаращении мочевого протока сохраняется просвет мочевого протока (урахуса), который обычно облитерируется во времени рождения ребенка. Урахус отходит от верхушки мочевого пузыря и по средней линии достигает пупка.

При сохранении просвета урахуса из пупка выделяется инфицированная моча. При неполном его заращении формируются пупочные кисты или свищи. Фистулография позволяет подтвердить диагноз. **Л е ч е н и е** оперативное.

**Э к с т р о ф и я** мочевого пузыря — наиболее тяжелый, но редко встречающийся порок развития мочевой системы. При этой аномалии имеется дефект передней стенки мочевого пузыря, мочеиспускательный канал полностью отсутствует. Лобковые кости недоразвиты, а на месте симфиза находится соединительная ткань.

Моча выделяется через открытый со стороны передней брюшной стенки мочевого пузыря, мацерируя промежность и кожу бедер. Эта аномалия нередко сочетается с пороками развития верхних мочевых путей. Многие больные умирают в юношеском возрасте вследствие почечной недостаточности или гнойно-воспалительных процессов в почке.

Оперативную коррекцию целесообразно осуществлять в раннем детском возрасте.

**П о р о к и** развития мочеиспускательного канала. **Аплазия уретры** — сравнительно редкий и очень тяжелый порок развития. У таких больных вход в мочевой пузырь имеет вид воронкообразного канала диаметром 1,5—2 см. **Л е ч е н и е** оперативное.

Другой аномалией развития уретры является **гипоспадия**.



Для этого порока характерно частичное или полное расщепление задней стенки мочеиспускательного канала и недоразвитие клитора. Лечение оперативное.

Дивертикулы мочеиспускательного канала чаще всего бывают одиночными. Диаметр их обычно не превышает 2—3 см. Располагаются они в основном на задней стенке уретры.

Дивертикулы уретры могут возникать в антенатальном периоде в результате неправильного развития зачатков мочевыводящей системы, но чаще вследствие родовой травмы.

Симптомы заболевания разнообразны. Наиболее постоянными являются боли и дизурические расстройства. При опорожнении инфицированного дивертикула появляются гематурия и пиурия. Может быть и недержание мочи.

## Глава XXV

### ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

До Великой Октябрьской социалистической революции единой системы организации гинекологической помощи населению в России не существовало.

Немногочисленные гинекологические учреждения и лечебные кабинеты были частными и стоимость их услуг, как правило, превышала возможности даже среднезажиточных слоев населения.

Гинекологических больных нередко лечили врачи смежных специальностей, фельдшера, а часто и знахари без какого-либо медицинского образования. Неудивительно, что процент тяжелых и хронических гинекологических заболеваний, а также смертность от них были очень высокими.

Великая Октябрьская социалистическая революция освободила женщину от бесправия, экономической зависимости и угнетения и сделала ее равноправным участником общественной, культурной, хозяйственной и политической жизни страны. Вопрос о здоровье женщины стал одной из первостепенных государственных задач.

Забота о здоровье женщины и организация гинекологической медицинской помощи нашли отражение во многих постановлениях, документах и решениях Партии и Правительства нашей страны. Наглядным свидетельством внимания Советского государства к здоровью женщин является новая Конституция СССР, в которой в законодательном порядке закрепляются социальные меры по охране их труда и здоровья.

В историческом документе, утвержденном XXVI съездом КПСС, — «Основные направления экономического и социального развития СССР на 1981—1985 годы и до 1990 года», предусмотрена широкая программа медицинских и социальных мероприятий по охране здоровья женщин и детей на ближайшее десятилетие.

В настоящее время в нашей стране функционируют более 10 000 женских консультаций, обеспечивающих полный объем поликлинической

гинекологической помощи. Получила интенсивное развитие коечная сеть в гинекологических отделениях крупных родильных домов и специализированных отделениях больниц. В результате этого число гинекологических коек только в Российской Федерации выросло до 102,7 тыс., что составляет 7,5 койки на 10 000 населения.

Следует отметить, что, кроме специализированной коечной сети развернутой органами здравоохранения, существует довольно широкая ведомственная коечная сеть в составе медико-санитарных частей крупных предприятий.

Параллельно росту поликлинической и лечебной сети быстро увеличивается количество квалифицированных медицинских кадров по данной специальности. В настоящее время подготовка врачей ведется в 125 высших учебных заведениях, а научно-исследовательскими работами и разработкой новых профилактических, диагностических и лечебных средств и методов занимаются, кроме соответствующих кафедр медицинских вузов, 13 крупных научно-исследовательских институтов.

#### ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

В основу организации гинекологической помощи в СССР положены следующие основные принципы:

1. Гинекологическая помощь в нашей стране является общедоступной.

2. Все виды гинекологической помощи в СССР оказываются бесплатно.

3. Гинекологическая помощь стремится охватить все 100% гинекологических больных.

4. Одним из главных направлений гинекологической помощи в нашей стране являются профилактика гинекологических заболеваний, а также восстановление специфических функций женского организма после перенесенных гинекологических заболеваний, осложнений беременности и родов.

5. Постоянное внедрение в гинекологическую практику последних достижений медицинской науки.

6. Существенной чертой гинекологической помощи в СССР является наличие единого административного, научного и методического руководства всеми учреждениями, оказывающими эту помощь.

Гинекологическая помощь оказывается в городах и сельской местности.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДАХ

Основным лечебно-профилактическим учреждением, обслуживающим беременных женщин и гинекологических больных, является женская консультация, которая в последние годы стала отделением поликлиники, реже родильного дома или является самостоятельным учреждением.

Главным принципом работы женской консультации является ее профилактическая направленность. Поэтому выявление ранних форм

гинекологических заболеваний, особенно при проведении массовых профилактических осмотров, служит основным критерием работы этих учреждений.

Неменьшее значение имеет диспансерный метод обслуживания женского населения, который предусматривает активное наблюдение, а при необходимости и лечение больных в условиях женской консультации. В женской консультации проводятся и реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление специфических функций женского организма и трудоспособности больных после перенесенных гинекологических заболеваний.

В женской консультации осуществляется амбулаторная гинекологическая помощь. В настоящее время здесь проводят гистеросальпингографию, биопсию, кольпоскопические и цитологические исследования, гидротубации и другие диагностические и лечебные мероприятия. В крупных городах в условиях женской консультации осуществляется ультразвуковое исследование больных, позволяющее во многих случаях уточнить диагноз.

Качество лечебно-профилактической работы в женских консультациях во многом зависит от оказания специализированной помощи. Поэтому во многих крупных женских консультациях организованы специализированные приемы онкогинеколога, эндокринолога, специалистов по бесплодию, контрацепции, гинекологии детского возраста.

Врачи женской консультации решают вопросы о необходимости курортного лечения при воспалительных и других формах заболеваний и дают рекомендации относительно типа курорта.

Женской консультации приходится решать также такие социально-правовые вопросы, как экспертиза нетрудоспособности женщин, страдающих или перенесших тяжелые гинекологические заболевания. При женских консультациях работают комиссии по экспертизе трудоспособности гинекологических больных. Заключение этих комиссий является основанием для перевода женщин на более легкую работу.

Наряду с большой лечебно-профилактической работой в женских консультациях юристом проводятся правовые консультации, а также большая санитарно-просветительная работа.

Важной особенностью деятельности женской консультации является преемственность в работе с гинекологическим отделением больницы.

В настоящее время в каждом районе крупного города имеются базовые женские консультации, где осуществляется повышение квалификации врачей, оказание специализированной помощи женскому населению. Базовые женские консультации оказывают методическую и консультативную помощь врачам-гинекологам всех женских консультаций данного района.

Женщины, работающие на фабриках и заводах, получают гинекологическую помощь в медико-санитарных частях и здравпунктах предприятий. Помимо лечебной работы, гинеколог изучает влияние профессиональных вредностей на специфические функции женского организма. Специализированная помощь женщинам, работающим на производстве, оказывается по месту жительства.

В последние годы созданы укрупненные женские консульта-

ции, охватывающие вместо 5 участков 10—15. Это позволило значительно улучшить качественные показатели работы и оснащение женских консультаций.

Появились новые женские консультации «Семья и брак», где ведется прием супругов по вопросам гигиены брака, регуляции рождаемости, сексопатологии.

В крупных городах созданы медико-генетические консультации, где осуществляется изучение наследственных заболеваний и прогноз для потомства.

Важную роль в выявлении гинекологических заболеваний играют смотровые кабинеты, созданные при крупных поликлиниках, в которых проводится гинекологическое исследование всех женщин, обратившихся за любым видом медицинской помощи.

Стационарная гинекологическая помощь осуществляется в гинекологических отделениях родильных домов, многопрофильных больниц, в гинекологических больницах, научно-исследовательских институтах акушерства и гинекологии.

На кафедрах акушерства и гинекологии медицинских вузов, в научно-исследовательских институтах охраны материнства и детства женщинам оказывается лечебно-диагностическая помощь, проводится подготовка врачебных кадров, осуществляются мероприятия по повышению квалификации врачей.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Основным звеном в оказании квалифицированной помощи женщинам и детям являются центральные районные больницы (ЦРБ).

В ЦРБ работают акушеры-гинекологи, хирурги, анестезиологи и другие специалисты, что дает возможность осуществить централизацию акушерско-гинекологической помощи в пределах всего района. При ЦРБ существует районная женская консультация, обслуживающая женское население всего района. В ЦРБ проводится также большая работа по повышению квалификации фельдшеров и акушерок.

Широкое распространение получила система плановой выездной врачебной помощи в сельских районах. Выездные женские консультации из центральных и районных больниц в соответствии с графиком работают в сельских участковых больницах и на фельдшерско-акушерских пунктах. На месте оказывается диагностическая и лечебная помощь гинекологическим больным, выявляются женщины для диспансерного наблюдения, проводятся профилактические осмотры, санитарно-просветительная работа, занятия по повышению квалификации врачей и средних медицинских работников.

В связи с концентрацией всей медицинской помощи в ЦРБ в настоящее время изменилась функция участковой больницы, фельдшерско-акушерского пункта и колхозного родильного дома. Постепенно сокращается число коек в участковых больницах и ликвидируются многие колхозные родильные дома. Остающиеся колхозные родильные дома

несут чисто профилактические функции (профилактические осмотры, патронаж и т. д.).

Специализированная помощь сельскому населению оказывается в городских, областных и краевых больницах.

Пациенты, у которых в женской консультации во время профилактического осмотра или в смотровом кабинете поликлиники обнаружены клинические признаки предопухолевых или опухолевых заболеваний половых органов, в обязательном порядке направляются в специализированные гинекологические отделения стационаров или в онкологические лечебные учреждения (больница, диспансеры, клиники, институты).

Система онкологической помощи в СССР строится по следующей схеме: 1) гинекологический кабинет женской консультации или смотровой кабинет поликлиники; 2) районный онколог; 3) онкологический диспансер; 4) онкологический институт.

Смотровой и онкологический кабинеты организованы во всех крупных районных и городских поликлиниках.

Онкологический диспансер имеет в своем составе поликлинику с хирургическим, гинекологическим, терапевтическим и другими кабинетами, операционную для производства биопсий, перевязочную и лаборатории. Кроме того, онкологический диспансер включает в себя стационар, обеспечивающий диагностику и все виды радикального лечения раковых заболеваний (хирургическое, лучевое, фармакологическое). В состав диспансера входят отделение для хронических онкологических больных, рентгенодиагностический, рентгенотерапевтический, радиологический кабинеты.

Как правило, онкологический диспансер включает в себя организационно-методический кабинет, кабинет медицинской статистики, регистратуру и архив.

Являясь по существу комплексным онкологическим лечебным подразделением, онкологические диспансеры организуются в городских, краевых и республиканских центрах.

Следующим звеном системы онкологического обслуживания населения являются онкологические научно-исследовательские институты. Они представляют собой лечебные, методические и научные центры, руководящие работой всех подведомственных онкологических учреждений данного региона. Кроме того, онкологические институты, а также однопрофильные кафедры медицинских вузов ведут большую научно-исследовательскую работу по проблемам онкологии.

Начавшееся в настоящее время проведение всеобщей диспансеризации населения в стране позволит выявить ранние проявления заболевания, будет способствовать своевременному и полноценному лечению больных, а также позволит наметить конкретные профилактические мероприятия по борьбе с заболеваемостью женского населения.

#### ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕВОЧКАМ И ПОДРОСТКАМ

Этот вид медицинской помощи как одна из форм специализированной гинекологической помощи начал развиваться сравнительно недавно.

В детском и подростковом возрасте встречаются разнообразные гинекологические заболевания и аномалии развития, которые в дальнейшем могут явиться причиной серьезных нарушений менструальной и репродуктивной функции женщины.

Правильная организация лечения и особенно профилактика гинекологических заболеваний в детском возрасте способствуют их значительному снижению.

Выделение гинекологии детей и подростков в самостоятельную дисциплину отвечает современным требованиям научной и практической медицины и является ярким примером профилактического направления советского здравоохранения. Гинекология детей и подростков в настоящее время должна рассматриваться как одно из ранних и действенных средств реабилитации специфических функций женского организма, особенно репродуктивной. В нашей стране гинекология детей и подростков начала развиваться раньше, чем в других странах. Еще в 1955 г. при акушерско-гинекологической клинике Киевского медицинского института был создан диспансер гигиены и физического развития девочек. В 1956 г. при кафедре акушерства и гинекологии Ленинградского педиатрического медицинского института были выделены койки для госпитализации девочек с различными гинекологическими заболеваниями. В этом же году в Москве во Всесоюзном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР было организовано специализированное отделение гинекологии детей и подростков.

В Советском Союзе разработана и функционирует трехступенчатая система организации профилактики и лечения гинекологических заболеваний у детей.

Первая ступень — медицинское обслуживание в детских яслях, садах, школах, интернатах, средних учебных заведениях, детских санаториях; вторая ступень — амбулаторное наблюдение в районных кабинетах гинекологии детей и подростков; третья ступень — специализированные гинекологические стационары и консультативные кабинеты при них.

В задачу мероприятий первой ступени входят широкая санитарно-просветительная работа среди девочек, их родителей и педагогов, проведение профилактических осмотров и выявление больных, которые нуждаются в более углубленном обследовании у врача-гинеколога — специалиста по гинекологии детей и подростков. В санитарно-просветительной работе широко используются кинофильмы, радио, телевидение, диафильмы и другие виды наглядных пособий.

Задачи мероприятий второй ступени заключаются в диагностике и лечении гинекологических заболеваний у детей и подростков в условиях детской поликлиники. Здесь направляют в стационар нуждающихся в лечении в условиях больницы, наблюдают за больными после выписки их из стационара. Здесь же осуществляется руководство мероприятиями первой ступени.

В задачи третьей ступени обслуживания входят диагностика и лечение гинекологических заболеваний детей и подростков в условиях стационара, руководство районными детскими гинекологами, подго-

товка кадров, научно-исследовательская и организационно-методическая работа.

Амбулаторный прием детей и подростков ведется в районных детских поликлиниках, где можно получить необходимые консультации у детских специалистов любого профиля. В детских поликлиниках организованы специально оборудованные гинекологические кабинеты для диспансерного наблюдения и лечения детей и подростков, страдающих гинекологическими заболеваниями.

Стационарное обследование и лечение детей и подростков осуществляются в специализированных гинекологических отделениях, при детских соматических больницах или при педиатрических факультетах медицинских вузов, так как страдающие гинекологическими заболеваниями девочки нуждаются в соответствующих консультациях детских врачей различных специальностей.

Специализированный гинекологический стационар для детей и подростков должен иметь в штатах не только врача-гинеколога и консультантов по различным смежным специальностям, но и воспитателей и педагогов для того, чтобы находящиеся на лечении в стационаре девочки школьного возраста могли бы проходить школьную учебную программу.

Для правильной организации профилактики и оказания гинекологической помощи детям и подросткам в стационаре и поликлинике должен быть выделен специально подготовленный персонал: врачи, медицинские сестры, санитарки.

Девочки в возрасте до 16 лет подлежат наблюдению, обследованию и лечению у врача-гинеколога, специализировавшегося по гинекологии детского возраста. Девочки в возрасте 16—18 лет должны быть выделены в особую группу и также наблюдаться, обследоваться и подвергаться лечению у врача-гинеколога, имеющего опыт работы в области гинекологии детского возраста. Девушки, достигшие 18-летнего возраста, могут находиться под наблюдением врача-гинеколога общего профиля.

В связи с возрастными анатомо-физиологическими особенностями половых органов заболевания у девочек и подростков отличаются как по распространенности, так и по течению. В детском возрасте нередко встречаются воспалительные процессы половых органов, нарушения менструальной функции, опухоли, аномалии развития и травматические повреждения гениталий. Течение всех этих заболеваний отличается значительными возрастными особенностями и требует специальных методов диагностики и терапии.

#### РУКОВОДСТВО АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Акушерско-гинекологическую помощь в стране возглавляет Главное управление лечебно-профилактической помощи детям и матерям Министерства здравоохранения СССР.

В составе управления имеются отдел лечебно-профилактической помощи детям и отдел по акушерско-гинекологической помощи. Отдел

акушерско-гинекологической помощи осуществляет организационно-методическое руководство акушерско-гинекологической помощью в стране.

Контроль за проводимой работой наряду с отделом акушерско-гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР осуществляется аналогичными отделами (или инспекторами) в республиках, областях и городах. В проведении этих мероприятий активное участие принимают также сотрудники научно-исследовательских институтов и кафедр акушерства и гинекологии.

При отделе родовспоможения Министерства здравоохранения СССР функционирует консультативный совет, в состав которого входят представители институтов и кафедр, а также практические врачи. На заседаниях совета обсуждаются важнейшие вопросы организации акушерско-гинекологической помощи и перспективы ее развития.

Республиканские, краевые, областные и районные больницы наряду с оказанием помощи городскому населению осуществляют большую консультативную и лечебную помощь жительницам села. Руководство акушерско-гинекологической помощью в районе проводится центральной районной больницей. Главные акушеры-гинекологи оказывают консультативную помощь, участвуют в научных исследованиях, анализируют деятельность акушерско-гинекологических учреждений.

Всесоюзный научно-исследовательский центр по охране здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения СССР (Москва), Институт акушерства и гинекологии АМН СССР (Ленинград), научно-исследовательские институты в республиках, кафедры акушерства и гинекологии медицинских вузов разрабатывают важнейшие научные проблемы по охране здоровья женщины.

Научные общества акушеров-гинекологов (Всесоюзное, республиканские, областные) организуют и проводят съезды, способствующие внедрению научных достижений в практику здравоохранения.



## ПРИЛОЖЕНИЕ

### Лекарственные средства, наиболее часто применяемые в гинекологической практике

*Лекарственные средства,  
применяемые при воспалительных заболеваниях  
женских половых органов*

#### 1. Амидопирин

Rp.: Sol. Amydopirini 4% 5 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. Внутримышечно 3—4 раза в день

#### 2. Химотрипсин кристаллический

Rp.: Chymotrypsini crystallisati 0,005  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. Для внутримышечных инъекций. Растворить в 1—2 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида

#### 3. Лидаза

Rp.: Lydasi 0,2  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Для внутримышечных инъекций вблизи патологического очага. Растворить в 5 мл 0,25% раствора новокаина

#### 4. Кислота аденозинтрифосфорная

Rp.: Sol. Natrii adenosintri-phosphatis 1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно

#### 5. Масло облепиховое

Rp.: Olei Hippopheae 50 ml  
D.S. Смочить обильно тампон маслом (10 мл) и подвести к шейке матки

#### 6. Масло шиповника

Rp.: Olei Rosae 100 ml  
D.S. Смочить марлевую салфетку и подвести к псевдоэрозии шейки матки. Тампоны менять ежедневно

### *Пирогенные препараты*

#### 7. Пирогенал

Rp.: Pyrogenali 25 МПД  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 1 ампуле ежедневно внутримышечно либо увеличивая каждую последующую дозу на 25 МПД

#### 8. Продигиозан

Rp.: Sol. Prodigiosani 0,005% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Для внутримышечных инъекций 1 раз в 3—5 дней

*Биогенные стимуляторы*

9. Экстракт алоэ жидкий для инъекций

Rp.: Extr. Aloes fluidi 1 ml  
D.t.d. N. 15 in ampull.  
S. По 1 мл под кожу

10. ФибС

Rp.: Fibs pro injectionibus 1 ml  
D.t.d. N. 30 in ampull.  
S. По 1 мл 1 раз в день, на курс 30 инъекций

11. Левамизол

Rp.: Levamisoli 0,05  
D.t.d. N. 30 in tab.  
S. По 1 таблетке 1—2 раза в неделю

12. Метилурацил

Rp.: Ung. Methyluracili 10% 25,0  
D.S. На тампонах подводить к шейке матки

*Химиотерапевтические средства*

13. Изониазид

Rp.: Tab. Isoniazidi 0,3 N. 30  
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

14. ПАСК

Rp.: Tab. Natrii para-aminosalicylatis 0,5 N. 100  
D.S. По 6 таблеток 3 раза в день через полчаса после еды

15. Фтивазид

Rp.: Tab. Phthivazidi 0,5 N. 30  
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

16. Фуразолидон

Rp.: Tab. Furazolidoni 0,1 N. 10  
D.S. По 1 таблетке 4 раза в день в течение 3 суток

17. Метронидазол

Rp.: Metronidazoli 0,5  
D.t.d. N. 10 in tab.  
S. По 1 таблетке 3 раза в день в течение 2 дней, затем 3—4-й день по 0,25 г 3 раза в день

18. Трихопол

Rp.: Tab. Trichopoli 0,25 N. 20  
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день в течение 7—10 дней

19. Фурадонин

Rp.: Tab. Furadonini 0,05 N. 20  
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды

20. Фурагин

Rp.: Tab. Furagini 0,05  
D.S. По 2 таблетке 4 раза в день после еды

21. Бензилпенициллина натриевая соль

Rp.: Benzylpenicillini-natrii 200 000 ED  
D.t.d. N. 12

S. Для внутримышечных инъекций. Перед введением растворить в 0,5% растворе новокаина

22. Метициллина натриевая соль

Rp.: Methicillini-natrii 1,0  
D.t.d. N. 10

S. По 1 г внутримышечно каждые 6 ч. Перед введением растворить в 1,5 мл воды для инъекций.

23. Оксациллина натриевая соль

Rp.: Oxacillini-natrii 0,25  
D.t.d. N. 6

S. Для внутримышечных инъекций. Перед введением растворить в 1,5 мл воды для инъекций

24. Ампициллина натриевая соль

Rp.: Ampicillini-natrii 0,25  
D.t.d. N. 6

S. Для внутримышечных инъекций. Перед введением растворить в 1,5 мл воды для инъекций

25. Тетрациклин

Rp.: Tab. Tetracyclini 0,1 (или 0,25) N. 30  
D.S. По 2 таблетки 4—6 раз в сутки

26. Эритромицин

Rp.: Tab. Erythromycini 0,1 (или 0,25) N. 20  
D.S. По 2 таблетки 4 раза в сутки

27. Морфоциклин

Rp.: Morphocyclini 0,1  
D.t.d. N. 6

S. Для внутривенных вливаний. Предварительно развести в 20 мл 5% раствора глюкозы

28. Олететрин

Rp.: Oletetrini 0,25  
D.t.d. N. 40 in tab.

S. По 1 таблетке 4 раза в день

29. Мономицин

Rp.: Monomycini 0,25 (0,5)  
D.t.d. N. 10

S. Для внутримышечных инъекций

30. Канамицин

Rp.: Kanamycini sulfatis 0,5  
D.t.d. N. 6

S. Для внутримышечных инъекций. Содержимое флакона растворить в 1—4 мл 0,25% раствора новокаина

31. Гентамицина сульфат

Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4% — 2 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.

S. Для внутримышечных инъекций

32. Нистатин

Rp.: Tab. Nystatini 250 000 ED N. 40  
D. S. По 2 таблетки 3—4 раза в день

33. Леворин

Rp.: Tab. Levorini 500 000 ED N. 50  
D. S. По 1 таблетке 3 раза в сутки

34. Цепорин

Rp.: Ceporini (Cefaloridini) 0,25 (0,5; 1,0)  
D.t.d. N. 10  
S. Для внутримышечных инъекций

*Противоаллергические средства*

35. Димедрол

Rp.: Sol. Dimedroli 1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно 1—2 раза в день  
Rp.: Tab. Dimedroli 0,05 (0,03) N. 10  
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день (при аллергических заболеваниях)

36. Супрастин

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 20  
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

*Сульфаниламиды*

37. Этазол-натрий

Rp.: Sol. Aethazoli-natrii 10% 10 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 5—10 мл внутривенно (медленно)  
Rp.: Tab. Aethazoli 0,5 N. 20  
D. S. По 2 таблетки 4 раза в день

38. Сульфамонетоксин

Rp.: Tab. Sulfamonomethoxini 0,5 N. 20  
D. S. По 1 таблетке 2 раза в день

39. Сульфадиметоксин

Rp.: Tab. Sulfadimethoxini 0,5 N. 20  
D. S. По 1 таблетке 2 раза в день

40. Сульфадимезин

Rp.: Sulfadimezini 0,5  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 2 таблетки 4 раза в день

*Обезболивающие средства*

41. Пантопон (омнопон)

Rp.: Sol. Pantoponi 2% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл подкожно

42. Промедол

Rp.: Sol. Promedoli 1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл подкожно

43. Анальгин

Rp.: Tab. Analgini 0,5 N. 10  
D.S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

*Витамины и их аналоги*

44. Ретинола ацетат (витамин А)

Rp.: Sol. Retinoli acetatis oleosae 1 ml (100 000 ED)  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. 1 мл внутримышечно

45. Аевит

Rp.: Aeviti 1 ml  
D.t.d. N. 20 in ampull.  
S. По 1 мл 1 раз в день

46. Тиамин бромид (витамин В<sub>1</sub>)

Rp.: Thiamini bromidi 0,002  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 1 таблетке 3 раза в день

47. Кокарбоксилаза

Rp.: Cocarboxylasi hydrochloridi 0,05  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. Растворитель по 2 мл прилагается

48. Рибофлавин (витамин В<sub>2</sub>)

Rp.: Riboflavini 0,005  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 1 таблетке 3 раза в день

49. Пиридоксина гидрохлорид (витамин В<sub>6</sub>)

Rp.: Pyridoxini hydrochloridi 0,01  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 1 таблетке 3—4 раза в день

50. Кислота аскорбиновая

Rp.: Acidi ascorbinici 0,25  
D.t.d. N. 30 in tab.  
S. По 1 таблетке 2 раза в день  
Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в день

51. Аскорутин

Rb.: Tab. Ascorutini 0,5 N. 30  
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день

52. Витамин В<sub>12</sub>

Rp.: Vitamini B<sub>12</sub> 0,02% (0,05%) 1 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно

53. Кислота никотиновая

Rp.: Acidi nicotini 0,025  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 1 таблетке 2 раза в день

54. Кислота фолиевая

Rp.: Tab. Acidi folici 0,001 N. 20  
D. S. По 1 таблетке 3 раза в день

55. Токоферола ацетат (витамин Е)

Rp.: Sol. Tocopheroli acetatis oleosae 5% 1 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно

56. Викасол

Rp.: Tab. Vicasoli 0,015 N. 20  
D. S. По 1 таблетке 2 раза в день  
Rp.: Sol. Vicasoli 1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно

*Средства, стимулирующие мускулатуру матки  
и другие маточные средства*

57. Эрготал

Rp.: Tab. Ergotali 0,001 N. 10  
D. S. По 1 таблетке 2—3 раза в день  
Rp.: Sol. Ergotali 0,05% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 0,5—1 мл под кожу 1—2 раза в день

58. Эргометрин (выпускается в виде эргометрина малеата)

Rp.: Tab. Ergometrini maleatis 0,0002 N. 6  
D. S. По 1 таблетке 3 раза в день  
Rp.: Sol. Ergometrini maleatis 0,02% 1 ml  
D.t.d. N. 3 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день

59. Котарнина хлорид (стиптицин)

Rp.: Tab. Cotarnini chloridi obductae N. 20  
D. S. По 1 таблетке 2—3 раза в день

60. Прегнантол

Rp.: Tab. Praegnantoli citratis 0,02 N. 10  
D. S. По 1 таблетке 3—4 раза в день после еды  
Rp.: Sol. Praegnantoli hydrochloridi 1,2% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Под кожу или в мышцы по 1 мл 1—2 раза в день

61. Трава пастушьей сумки

Rp.: Extr. Bursae pastoris fluidi 25 ml  
D. S. По 20 капель 3 раза в день

*Спазмолитические средства*

62. Но-шпа

Rp.: Sol. Nospani 2% 2 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 2 мл внутримышечно  
Rp.: Tab. Nospani 0,04 N. 50  
D. S. По 1—2 таблетки 2—3 раза в день

63. Никошпан

Rp.: Tab. Nicospani N. 20  
D. S. По 1—3 таблетки в день после еды

64. Папаверин

Rp.: Tab. Papaverini hydrochloridi 0,04 N. 20  
D.S. По 1 таблетке 3—4 раза в день  
Rp.: Supp. cum Papaverini hydrochloridi 0,02 N. 10  
D.S. По 1 свече в прямую кишку

65. Апрофен

Rp.: Sol. Apropheini 1% 1 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно

*Антианемические средства*

66. Железа лактат

Rp.: Ferri lactatis 1,0  
D.t.d. N. 20 in caps. gelat.  
S. По 1 капсуле 3 раза в день (после еды)

67. Гемостимулин

Rp.: Tab. «Haemostimulinum» 0,5 N. 20  
D. S. По 1 таблетке 3 раза в день (во время еды)

68. Ферковен

Rp.: Fercoveni 5 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. Первые 2 дня по 2 мл, затем по 5 мл внутривенно медленно

69. Таблетки «Феррокаль»

Rp.: Tab. «Ferrocolum» obductae N. 40  
D. S. По 3—4 таблетки в день (после еды)

*Средства, влияющие на свертывание крови*

70. Кальция глюконат

Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10% 10 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 10 мл внутривенно или внутримышечно

71. Кальция хлорид

Rp.: Sol. Calcii chloridi 10% 10 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Для внутривенного введения

*Средства, влияющие на свертывание крови*

**72. Фибринолизин**

Rp.: Fibrinolysini 30 000 ЕД  
D.S. Прилагается растворитель (200, 300 и 400 мл изотонического раствора хлорида натрия), вводить внутривенно 10—12 капель в минуту

**73. Протамина сульфат**

Rp.: Sol. Protamini sulfatis 1% 5 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. 2—4 ампулы в смеси с глюкозой внутривенно 1—2 раза в день

**74. Гепарин**

Rp.: Heparini 5 ml (5000 ЕД в 1 мл)  
D.t.d. N. 5  
S. Через 4—6 ч внутримышечно

**75. Кислота аминакапроновая**

Rp.: Sol. Acidi aminocapronici 5% 100 ml  
D.S. Вводить внутривенно капельно

*Плазмозамещающие (детоксикационные) растворы*

**76. Гемодез**

Rp.: Haemodesi 400 ml  
D.S. Вводить внутривенно капельно (40—50 капель в минуту)

**77. Реополиглюкин**

Rp.: Rheopolyglucini 400 ml  
D.S. Вводить внутривенно капельно (40—50 капель в минуту)

**78. Полиглюкин**

Rp.: Polyglucini 400 ml  
D.S. Вводить внутривенно капельно.

**79. Раствор натрия хлорида изотонический**

Rp.: Sol. Natrii chloridi isotonicae (0,9%) 400 ml  
D.S. Для введения в вену капельно

**80. Глюкоза**

Rp.: Sol. Glucosi 40% 10 ml  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. Вводить внутривенно 10 мл.

**Гормоны и их аналоги**

*Препарат передней доли гипофиза*

**81. Кортикотропин (АКТГ)**

Rp.: Corticotropini 10 ЕД (20—40 ЕД)  
D.t.d. N. 10  
S. По 25—50 ЕД 3 раза в неделю внутримышечно



82. Гонадотропин хорионический

Rp.: Gonadotropini chorionici 1000 ЕД (500 ЕД, 2000 ЕД)  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. 1000 ЕД через день внутримышечно

*Препараты задней доли гипофиза*

83. Питуитрин

Rp.: Pituitrini 1 ml (5 ЕД)  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. Для инъекций внутримышечно и под кожу

*Гормоны коры надпочечников  
и их синтетические аналоги*

84. Кортизон

Rp.: Tab. Cortisoni acetatis 0,025 N. 50  
D. S. По 1 таблетке 4 раза в день

85. Преднизолон

Rp.: Prednisoloni 0,005 (0,001)  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 1 таблетке 2 раза в день

86. Дексаметазон

Rp.: Dexamethasoni 0,0005  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По схеме

*Эстрогены*

87. Эстрон (фолликулин)

Rp.: Sol. Folliculini oleosae 0,05% 1 ml (5 000 ЕД)  
D.t.d. N. 10 in ampull.  
S. По 1 мл через день внутримышечно

88. Эстрадиола дипропионат

Rp.: Sol. Oestradioli dipropionatis oleosae 0,1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в неделю

89. Синэстрол

Rp.: Sol. Synoestrolini oleosae 0,1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно  
Rp.: Tab. Synoestrolini 0,001 N. 10  
D. S. По 1 таблетке в день

90. Этинилэстрадиол

Rp.: Aethinyloestradioli 0,00001  
D.t.d. N. 10 in tab.  
S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

91. Октэстрол

Rp.: Tab. Octoestrolī 0,001 N. 20  
D.S. По 1 таблетке 1—2 раза в день

*Гормоны желтого тела и их аналоги*

92. Прогестерон

Rp.: Sol. Progesteroni oleosae 1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Для внутримышечных инъекций

93. Оксипрогестерона капронат

Rp.: Sol. Oxyprogesteroni caproatis oleosae 12,5%  
1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Для внутримышечных инъекций

94. Прегнин

Rp.: Tab. Praegnini 0,01 N. 20  
D.S. По 1 таблетке 3 раза в день (под язык)

95. Норколут

Rp.: Norcoluti 0,005  
D.t.d. N. 20 in tab.  
S. По 1 таблетке с 16-го по 25-й день менструального цикла

*Комбинированные прогестино-эстрогенные препараты*

96. Бисекурин

Rp.: Tab. Bisecurini N. 21  
D.S. По 1 таблетке на ночь с 5-го по 25-й день менструального цикла

97. Нон-овлон

Rp.: Tab. Non-Ovloni N. 21  
D.S. По 1 таблетке на ночь с 5-го по 25-й день менструального цикла

*Андрогены*

98. Тестостерона пропионат

Rp.: Sol. Testosteroni propionatis oleosae 1% 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. По 1 мл внутримышечно через день

99. Метилтестостерон

Rp.: Tab. Methyltestosteroni 0,005 N. 20  
D.S. По 1 таблетке на прием 2—3 раза в день (под язык)

100. Метиландростендиол

Rp.: Tab. Methylandrosterendioli 0,025 N. 30  
D.S. По 1 таблетке 2 раза в день (под язык)

101. Амбосекс (комбинированный андрогено-эстрогенный препарат)

Rp.: Ambosexī 1 ml  
D.t.d. N. 6 in ampull.  
S. Для внутримышечных инъекций

102. Кломифен

Rp.: Tab. Clomifeni citratis 0,05 N. 30

D.S. По 1 таблетке с 5-го по 10-й день менструального цикла (на ночь)

103. Парлодел

Rp.: Tab. Parlodeli 0,0025 N: 30

D.S. По 1 таблетке в день

*Контрацептивные лекарственные средства*

Эстроген-гестагенные препараты:

Бисекурин, нон-овлон и др. принимать по контрацептивной схеме — с 5-го по 25-й день включительно по 1 таблетке на ночь (подробно см. в учебнике по акушерству).

# ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ<sup>1</sup>

## *Периоды жизни женщины*

Infantia	— детство, младенчество
Pubertas	— пубертатный период, период полового созревания
Maturitas sexualis	— половая зрелость
Climacterium, climax	— климактерий, климакс, менопауза, переходный период жизни женщины, когда прекращаются менструальная и репродуктивная функции
Menopausa	— менопауза, прекращение менструаций
Postmenopausa	— период жизни женщины, когда менструации отсутствуют (окончательно прекратились)
Senium	— старость, угасание всех жизненных функций организма

## *Менструальный цикл*

Menstruatio	— менструация, регулярные кровянисто-слизистые выделения из матки
Menarche	— первая менструация
Ovulatio	— овуляция, разрыв созревшего фолликула

## *Строение фолликула*

Folliculus	— мешочек, пузырек, железа внутренней секреции в яичнике, в котором развивается яйцеклетка
Folliculus primordialialis	— первоначальный фолликул, образовавшийся внутриутробно в яичнике плода
Theca	— оболочка, капсула
Theca folliculi externa	— наружная, преимущественно соединительнотканная, оболочка фолликула
Theca folliculi interna	— внутренняя, богатая клеточными элементами оболочка фолликула
Membrana granulosa folliculi	— зернистая оболочка фолликула
Zona pellucida	— блестящая (стекловидная) оболочка яйцеклетки
Corona radiata	— оболочка яйцеклетки, образованная лучеобразно расположенным слоем зернистых клеток
Liquor folliculi	— фолликулярная жидкость

## *Строение желтого тела*

Corpus luteum	— желтое тело, железа
Corpus luteum menstruationis, s. spurium	— желтое тело менструации (ложное)
Corpus luteum graviditatis, s. verum	— желтое тело беременности (истинное)
Corpus albicans s. fibrosum	— белое тело, соединительнотканное перерождение желтого тела

<sup>1</sup> «Словарь анатомических и клинических терминов по акушерству и гинекологии»/Под ред. А. А. Радионченко и Л. Н. Василевской. — Томск, 1984.

## Женские половые гормоны

Hormonum	— гормон, продукт железы внутренней секреции
Folliculinum	— фолликулин, фолликулярный (эстрогенный) гормон
Oestradiolum	— эстрадиол, наиболее активная фракция фолликулярного гормона
Oestronum	— эстрон, менее активная фракция фолликулярного гормона
Oestriolum	— эстриол, неактивная по отношению к эндометрию фракция фолликулярного гормона
Progesteronum	— прогестерон, гормон желтого тела

## Фазы изменения в эндометрии

Desquamatio endometrii	— десквамация, фаза отторжения функционального слоя эндометрия
Regeneratio endometrii	— регенерация, фаза заживления (восстановления) эндометрия
Proliferatio endometrii	— пролиферация, фаза разрастания функционального слоя эндометрия
Secretio endometrii	— секреторная фаза эндометрия

## Внематочная беременность

Graviditas ectopica s. extrauterina	— эктопическая или внематочная беременность
Graviditas abdominalis	— брюшная беременность
Graviditas abdominalis secundaria	— вторичная брюшная беременность
Graviditas tubaria	— трубная беременность
Graviditas tubaria ampullaris	— беременность в расширенной части трубы
Graviditas tubaria interstitialis	— беременность в промежуточной части трубы
Graviditas tubaria isthmica	— беременность в суженном отделе трубы
Graviditas tubaria intraligamentaris	— внутрисвязочная беременность
Graviditas fimbriaca	— бахромковая беременность
Graviditas infundibularis	— беременность в воронке трубы
Graviditas tubaria progressiva	— беременность, прогрессирующая в маточной трубе
Abortus tubarius	— трубный выкидыш
Graviditas in cornu rudimentario	— беременность в рудиментарном роге матки
Ruptura tubae	— разрыв трубы
Salpingectomy	— сальпингэктомия, удаление трубы
Haematoma peritubarium	— перитубарная, околотрубная гематома
Haematoma retrouterinum	— заматочная гематома
Haematoma ligamenti lati	— гематома широкой связки
Haematosalpinx	— скопление крови в трубе
Graviditas ovarica	— яичниковая беременность, развитие оплодотворенного яйца в фолликуле

## Трофобластические заболевания

Mola	— занос
Mola hydatidosa	— пузырный занос
Mola hydatidosa destruens	— разрушающий пузырный занос
Chorionepithelyoma	— злокачественная опухоль, исходящая из ворсинок хориона, хорионэпителиома
Atresia vulvae	— атрезия вульвы, эпителиальное склеивание малых и иногда больших половых губ у девочек

Vulvovaginitis gonorrhoeica	— вульвовагинит гонорейного происхождения
Atresia vaginae hymenalis	— заращение влагалища в области девственной плевы

### *Менструальная функция и ее расстройства*

Pubertas praecox	— преждевременное половое созревание
Pubertas tarda	— позднее половое созревание
Syndromum praemenstruale	— предменструальный синдром
Eumenorrhoea	— регулярные овуляторные менструации
Molimina menstrualia	— симптомы недомогания, сопутствующие менструациям
Folliculus persistens	— персистенция фолликула
Atresia folliculi	— атрезия фолликула
Corpus luteum persistens	— персистенция желтого тела
Menstruatio vicaria	— добавочная менструация
Menorrhagia	— циклические маточные кровотечения
Hypermenorrhoea	— обильные менструации
Polymenorrhoea	— длительные менструации
Hyperpolymenorrhoea	— обильные и длительные менструации
Oligomenorrhoea	— недостаточные менструации
Opsomenorrhoea	— редкие менструации
Syndromum hypomenstruale	— гипоменструальный синдром
Metrorrhagia	— ациклическое маточное кровотечение
Metrorrhagia dysfunctionalis	— дисфункциональное маточное кровотечение
Metrorrhagia juvenilis	— ювенильное маточное кровотечение
Metrorrhagia climacterica	— климактерическое маточное кровотечение
Algodismenorrhoea	— болезненная менструация
Gonas-adis	— гонада, половая железа
Amenorrhoea	— аменорея, отсутствие менструации
Amenorrhoea physiologica	— физиологическая аменорея
Amenorrhoea primaria	— первичная аменорея
Amenorrhoea secundaria	— вторичная аменорея
Syndromum Sheehani, hypopituitarismus post partum	— синдром Шихана, послеродовой гипопитуитаризм
Syndromum Chiari-Frommel	— синдром Шари—Фроммеля, патологическая галакторея
Syndromum Icenko—Cushing	— синдром Иценко—Кушинга
Syndromum adrenogenitale congenitum, pseudohermaphroditismus feminus	— врожденный адреногенитальный синдром, женский псевдогермафродитизм
Syndromum Stein—Leventhal, syndromum ovariorum sclerocysticorum	— синдром Штейна—Левенталя, синдром склерокистозных яичников
Syndromum Morris, feminisatio testicularis	— синдром Морриса, тестикулярная феминизация
Syndromum Turner—Shereshevsky, dysgenesia gonadum	— синдром Тернера—Шерешевского, дисгенезия гонад
Eunochoidismus	— евнухоидизм
Hypergenitalismus	— гипергенитализм, чрезмерное или преждевременное развитие первичных или вторичных половых признаков
Hypogenitalismus	— гипогенитализм, недоразвитость и неполноценность функции половых желез
Infantilismus universalis	— общий инфантилизм
Syndromum post castrationem	— посткастрационный синдром
Syndromum climactericum	— климактерический синдром
Acromegalia	— акромегалия
Dystrophia adiposo—genitalis	— адипозогенитальная дистрофия
Nanismus hypophysarius	— гипофизарный нанизм

*Воспалительные заболевания женских половых органов*

Vulvitis	— воспалительный процесс в наружных половых органах, вульвит
Vulvitis acuta	— острый вульвит
Vulvitis subacuta	— подострый вульвит
Vulvitis chronica	— хронический вульвит
Pruritis vulvae	— зуд вульвы
Pruritis vulvae essentialis	— зуд вульвы неустановленного происхождения
Vestibulitis	— воспаление преддверия влагалища
Papilloma	— сосочковая опухоль кожи, слизистых оболочек
Condylomata acuminata	— остроконечные кондиломы вульвы
Colpitis seu vaginitis	— воспаление слизистой оболочки влагалища
Colpitis simplex	— простой кольпит
Colpitis granulosa	— гранулезный кольпит
Colpitis gonorrhoeica	— гонорейный кольпит
Colpitis trichomonadica	— трихомонадный кольпит
Colpitis senilis	— старческий кольпит
Colpitis soor	— грибковый кольпит
Cervicitis	— цервицит, воспаление шейки матки
Erosio cervicis uteri	— истинная эрозия шейки матки
Pseudoerosio cervicis uteri seu erosio simplex	— ложная, или простая, эрозия шейки матки
Pseudoerosio cervicis uteri papillomatosa	— сосочковая псевдоэрозия шейки матки
Pseudoerosio cervicis uteri follicularis seu ovula Nabothi	— фолликулярная псевдоэрозия шейки матки
Erosio congenita	— врожденная эрозия шейки матки
Polypus cervicis	— слизистый полип шейки матки
Ectropion	— выворот слизистой оболочки шеечного канала
Metritis	— воспаление слизистого слоя матки
Endometritis	— эндометрит, воспаление слизистой оболочки матки
Metroendometritis	— метроэндометрит, воспаление слизистой оболочки и мышечной стенки матки
Pyometra	— скопление гноя в полости матки
Abscessus recto-uterina	— скопление гноя в позадиматочном углублении
Pyometritis	— пиометрит, гнойное воспаление матки
Endometritis post abortum seu post partum	— эндометрит после аборта или родов
Oophoritis	— оофорит, воспаление яичника
Pyoovarium	— абсцесс яичника
Cystis tuboovarialis	— воспалительная трубно-яичниковая киста с серозным содержимым
Adnexitis	— воспаление придатков матки
Salpingitis	— воспаление маточной трубы
Salpingoophoritis	— воспаление маточной трубы и яичника
Sactosalpinx	— мешотчатое образование маточной трубы
Hydrosalpinx	— мешотчатое образование маточной трубы с серозным содержимым
Pyosalpinx	— мешотчатое образование маточной трубы с гнойным содержимым
Haematosalpinx	— мешотчатое образование маточной трубы с кровянистым содержимым
Parametritis	— параметрит, воспаление околоматочной клетчатки

Parametritis purulenta	— гнойное воспаление околоматочной клетчатки
Restitutio ad integrum	— полное обратное развитие патологического процесса, восстановление прежнего состояния
Parametritis lateralis dextra s. sinistra	— правосторонний или левосторонний параметрит
Parametritis anterior s. posterior	— передний или задний параметрит
Residua parametritidis	— остаточные явления параметрита
Phlegmona pelvis seu pelviocellulitis	— флегмона или воспаление клетчатки малого таза
Perimetritis	— периметрит, воспаление брюшины, покрывающей матку
Pelvioperitonitis	— пельвиоперитонит, ограниченное воспаление брюшины малого таза
Pelvioperitonitis exudativa	— экссудативный пельвиоперитонит
Pelvioperitonitis adhaesiva	— слипчивый пельвиоперитонит
Cystis glandulae vestibularis majoris	— киста большой железы преддверия влагалища
Pseudoabscessus glandulae vestibularis majoris	— ложный абсцесс большой железы преддверия влагалища

#### *Бесплодный брак*

Potentia concipiendi	— способность к зачатию и беременности
Sterilitas primaria	— бесплодие первичное
Sterilitas secundaria	— бесплодие вторичное
Sterilitas tubaria	— бесплодие трубное
Oligozoospermia	— олигозооспермия, пониженное количество сперматозоидов
Oligozoospermia gravis	— тяжелая форма олигозооспермии
Azoospermia	— азооспермия, отсутствие сперматозоидов
Asthenozoospermia	— астенозооспермия, малоподвижность сперматозоидов
Necrospermia	— некроспермия, неподвижность сперматозоидов
Aspermatismus	— асперматизм, отсутствие эякулята
Testum spermopentrationis	— сперматопроницационный тест Шваровского—Хунера, Курцрок—Маллера
Anovulatio	— ановуляция, отсутствие овуляции
Pertubation (tubarum uterinorum)	— пертубация, продувание маточных труб
Metrosalpingographia s. hysterosalpingographia	— метросальпингография или гистеросальпингография, контрастная рентгенография матки и труб
Cervicographia	— цервикография, рентгенография шейного канала
Pneumopelviographia s. gynecographia	— пневмопельвиография, газовая рентгенография малого таза
Pneumoperitoneum	— пневмоперитонеум, воздух в брюшной полости
Culdoscopia	— кульдоскопия, эндоскопическое исследование позаднематочного углубления
Laparoscopia	— лапароскопия, осмотр брюшной полости
Hydrotubatio	— гидротубация, введение жидкости в полость матки и труб
Chromohydrotubatio	— хромогидротубация, введение окрашенной жидкости в трубы
Discisio cervicis uteri	— дисцизия, рассечение шейки матки



## Оперативная гинекология

### I. Операция на наружных половых органах, влагалище и шейке матки

- Discisio pseudoabscessus glandulae vestibularis majoris — рассечение псевдоабсцесса большой железы преддверия влагалища
- Cystectomy glandulae vestibularis majoris — удаление кисты большой железы преддверия влагалища
- Marsupialisatio — марсупиализация (восстановление проходимости) выводного протока большой железы преддверия влагалища
- Condylomectomia — удаление кондиломы
- Discisio synechiaе labiorum minorum pudendi — рассечение сращения малых половых губ
- Clitoridectomia — клиторидэктомия, удаление гипертрофированного клитора
- Vulvoectomy s. exstirpatio vulvae — вульвоэктомия или экстирпация вульвы
- Exstirpatio vulvae et nodorum lymphaticorum (seu vulvoectomia et lymphadectomia) — оперативное удаление вульвы и лимфатических узлов
- Hymenotomia — рассечение девственной плевы
- Hymenectomia — иссечение девственной плевы
- Hymenorrhaphia — гименорафия, сшивание девственной плевы
- Discisio septi vaginae — рассечение перегородки влагалища
- Sectio adhaesionum — рассечение спаек
- Enucleatio cystis vaginae — энуклеация, удаление (вылушивание) кисты влагалища
- Myomectomia vaginae — миомэктомия, удаление миомы влагалища
- Punctio fornicis posterioris — пункция брюшной полости через задний свод влагалища
- Colpotomia posterior — кольпотомия, разрез задней стенки влагалища
- Colporrhaphia anterior — сшивание передней стенки влагалища
- Colporrhaphia posterior — сшивание задней стенки влагалища
- Colporrhaphia posterior cum levatoroplastica — задняя кольпорафия с леваторопластикой
- Colpoperineorrhaphia — кольпоперинеорафия, пластическая операция в области задней стенки влагалища и промежности
- Colporrhaphia mediana modo Neugebauer—Le Fort — срединная кольпорафия по Нейгебауэру—Лефору
- Colporrhaphia anterior cum suspensione vesicae urinaria modo Figurnovi — передняя кольпорафия с подшиванием мочевого пузыря по Фигурнову
- Colporrhaphia anterior (adincontinentiam urinae relativam) modo Martius—Figurnovi — передняя кольпорафия (при относительном недержании мочи по Марциусу—Фигурнову)
- Colpopoësis — кольпопозз, образование искусственного влагалища
- Colpopoësis per segmentocoli sigmoidei — кольпопозз, образование искусственного влагалища из отрезка сигмовидной кишки
- Hysterometrum — зондирование для измерения полости матки
- Hysterometria et dilatatiocanaliscervicalis — зондирование матки и расширение шейчного канала
- Abrasio endometrii probatoria — диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки
- Transplantatio endometrii — трансплантация, пересадка эндометрия
- Autotransplantatio endometrii — ауто трансплантация эндометрия
- Ablatio polypi canalis cervicis — удаление полипа шейчного канала
- Ablatio polypi fibrosi cervicis — удаление фиброзного полипа шейки матки

Ablatio polypi fibrosis cavitateri	— удаление фиброзного полипа полости матки
Excisio cervicis uteri probatoria	— диагностическая экцизия шейки матки
Electroexcisio s. diathermoexcisio cervicis uteri	— диатермоэксцизия шейки матки
Diathermoconisatio cervicis uteri	— диатермоконизация шейки матки
Cervicorrhaphia modo Emmet	— цервикорафия, ушивание разрывов шейки матки по Эммету
Discisio cervicis uteri	— рассечение шейки матки
Amputatio cervicis uteri	— ампутация, удаление шейки матки
Amputatio cervicis uteri alta	— высокая ампутация шейки матки
Amputatio cervicis uteri conusoidea modo Sturmdorf	— конусовидная ампутация шейки матки по Штурмдорфу
Amputatio cervicis uteri aeneiformis modo Schreder	— клиновидная ампутация шейки матки по Шредеру
Amputatio portionis vaginalis aeneiformis	— клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки
Hysterotomia anterior	— передняя гистеротомия
Colpohysterotomia	— кольпогистеротомия

## *II. Операции при ушивании свищей*

Fistulorrhaphia urethro vaginalis	— ушивание уретровлагалищного свища
Fistulorrhaphia vesicovaginalis	— ушивание пузырно-влагалищного свища
Fistulorrhaphia vesicocervicalis	— ушивание пузырно-шейечного свища
Fistulorrhaphia uretrovaginalis	— ушивание мочеточниково-влагалищного свища
Fistulorrhaphia retrovaginalis	— ушивание прямокишечно-влагалищного свища

## *III. Гинекологические операции с брюшностеночным доступом*

### *(а) Операции на придатках матки*

Salpingectomy	— сальпингэктомия, оперативное удаление маточной трубы
Salpingoophorectomia	— сальпингооооариэктомия, удаление маточной трубы и яичника
Salpingolysis	— высвобождение маточной трубы из спаек
Salpingostomia	— сальпингостомия, рассечение трубы с образованием отверстия
Salpingostomia lateralis	— боковое рассечение трубы
Salpingostomia partialis s. salpingoanastomosis	— отсечение части трубы с последующим соединением концов
Salpingostomia linearis	— иссечение трубы продольное на всем протяжении
Reimplantatio tubae in uterum	— пересадка трубы в матку
Sterilisatio tubaria	— стерилизация женщины путем нарушения проходимости маточных труб
Implantatio ovarii in uterum	— пересадка яичника в матку
Decapsulatio ovarialis partialis	— частичная декапсуляция яичника
Resectio ovarii	— резекция яичника
Resectio ovarii bilateralis	— двусторонняя резекция яичников
Cystectomy ovarii	— удаление кисты яичника
Cystomectoneia ovarii	— удаление кистомы яичника
Tuboovarioectomia	— тубоовариэктомия, удаление трубы и яичника
Ovariectomia	— овариэктомия, удаление яичника
Cystomectomia ovariorum intraligamentaris	— интралигаментарное удаление кисты яичника

Paraovariectomia	— параовариэктомия
Omentoovariopechia	— оментоовариопексия

(б) *Операции на матке*

Eucleatio noduli myomatosi uteri	— энуклеация, вылушивание фиброматочных узлов
Myomectomy conservativa	— консервативная миомэктомия, вылушивание узлов опухоли
Defundatio uteri	— дефундация (резекция) матки
Amputatio uteri alta	— высокая ампутация матки
Amputatio uteri supravaginalis sine adnexis per abdomen	— надвлагалищная ампутация матки без придатков путем чревосечения
Exstirpatio uteri	— экстирпация матки
Panhysterectomy s. exstirpatio uteri totalis cum adnexis per abdomen	— пангистерэктомия, или полная экстирпация матки с придатками, брюшностеночная
Operatio modo Wertheim	— расширенная абдоминальная экстирпация матки по Вертгейму
Autotransplantatio endometrii	— аутотрансплантация эндометрия
Metroplastica	— пластика матки
Hysterorrhaphia	— наложение шва на матку
Resectio omenti majoris	— резекция большого сальника
Commisurotomia	— разделение спаек
Amputatio uteri supravaginalis sine adnexis per vaginam	— надвлагалищная ампутация матки без придатков через влагалище
Amputatio uteri supravaginalis cum adnexis per vaginam	— надвлагалищная ампутация матки с придатками через влагалище
Exstirpatio uteri sine adnexis per vaginam	— экстирпация матки без придатков через влагалище
Exstirpatio uteri cum adnexis per vaginam	— экстирпация матки с придатками через влагалище
Exstirpatio uteri totalis per vaginam	— полное удаление матки через влагалище

*Аномалии положения половых органов*

Flexio uteri	— перегиб матки
Anteflexio uteri	— перегиб матки кпереди
Hyperanteflexio uteri	— перегиб матки кпереди с образованием острого угла между телом и шейкой матки
Retroflexio uteri	— перегиб матки кзади
Lateroflexio uteri	— боковой изгиб матки
Dextroflexio uteri	— боковой изгиб матки вправо
Sinistroflexio uteri	— боковой изгиб матки влево
Versio uteri	— поворот матки
Versio uteri mobilis	— поворот матки подвижный
Versio uteri fixata	— поворот матки фиксированный
Anteversio uteri	— поворот матки вперед
Retroversio uteri	— поворот матки назад
Lateroversio uteri	— боковой поворот матки по сагиттальной оси
Dextroversio uteri	— поворот матки вправо
Sinistroversio uteri	— поворот матки влево
Anteflexio et retroversio uteri	— перегиб матки вперед с поворотом назад
Retroversio-flexio uteri mobilis	— подвижная ретродевиация матки, подвижный поворот — перегиб матки назад
Deviatio uteri	— отклонение, смещение матки
Retroversio-flexio uteri subfixata	— ограниченная в подвижности ретродевиация матки, ограниченный в подвижности поворот — перегиб матки назад
Retroversio-flexio uteri fixata	— фиксированная ретродевиация матки, фиксированный поворот — перегиб матки назад

Positio uteri	— положение матки в малом тазу
Antepositio uteri	— смещение матки кпереди
Retropositio uteri	— смещение матки кзади
Lateropositio uteri dextra	— смещение матки вправо
Lateropositio uteri sinistra	— смещение матки влево
Rotatio uteri	— вращение матки по вертикальной оси
Torsio uteri	— перекручивание матки
Elevatio uteri	— смещение матки вверх
Descensus parietis anterioris vaginae	— опущение передней стенки влагалища
Descensus parietis posterioris vaginae	— опущение задней стенки влагалища
Descensus parietum vaginae	— опущение стенок влагалища
Descensus uteri	— опущение матки
Haematocoele uterina	— инкапсулированное кровоизлияние в области матки
Cystocele	— опущение стенки мочевого пузыря и передней стенки влагалища
Rectocele	— опущение прямой кишки и задней стенки влагалища
Prolapsus parietis anterioris vaginae	— выпадение передней стенки влагалища
Prolapsus parietis posterioris vaginae et recti	— выпадение задней стенки влагалища и прямой кишки
Prolapsus parietum vaginae	— выпадение стенок влагалища
Prolapsus parietum vaginae totalis	— полное выпадение стенок влагалища
Prolapsus uteri incipiens	— начинающееся выпадение матки
Prolapsus uteri incompletus	— неполное выпадение матки
Prolapsus uteri completus	— полное выпадение матки
Decubitus parietum vaginae	— пролежень стенок влагалища
Elongatio cervicis uteri	— удлинение шейки матки

#### *Пороки развития половых органов*

Hermaphroditismus seu intersexualitas	— гермафродитизм, или интерсексуальность
Pseudohermaphroditismus masculinus	— мужской ложный гермафродитизм
Pseudohermaphroditismus femininus	— женский ложный гермафродитизм
Aplasia vaginae	— отсутствие влагалища
Vagina duplex	— двойное влагалище
Vagina septa	— полная перегородка влагалища
Vagina subseptata	— неполная перегородка влагалища
Uterus duplex	— двойная матка
Uterus pseudoduplex cum vagina septa	— ложно-двойная матка с полной перегородкой влагалища
Uterus duplex cum vagina duplici	— двойная матка с двойным влагалищем
Uterus bicornis	— двурогая матка
Uterus bicornis bicervicalis	— двурогая матка с удвоенной шейкой
Uterus bicornis ungetcervicalis	— двурогая матка с одной шейкой
Uterus arcuatus	— седловидная матка
Uterus septus	— матка с полной перегородкой
Uterus subseptus	— матка с неполной перегородкой
Uterus unicornis	— однорогая матка
Uterus infantilis	— инфантильная матка
Uterus foetalis	— недоразвитая детская матка
Uterus hypoplasticus	— гипопластическая недоразвитая матка
Aplasia uteri	— отсутствие матки
Atresia hymenalis	— заращение в области девственной плевы

Atresia vaginalis	— заращение влагалища
Atresia cervicalis	— заращение в области шейки матки
Haematocolpos	— скопление крови во влагалище
Haematometra	— скопление крови в матке
Haematosalpinx	— скопление крови в трубе
Aplasia ovariorum	— полное отсутствие яичников

### *Доброкачественные опухоли матки*

Leiomyoma uteri	— доброкачественная опухоль матки, происходящая из гладких мышечных волокон
Myoma (leiomyoma) uteri multiplex	— множественная миома матки
Myoma uteri submucosum	— подслизистая миома
Myoma uteri intrastitiale	— внутривенечная межмышечная миома
Myoma subserosum	— подбрюшинная миома
Myoma intraligamentare	— миома внутрисвязочная
Myoma retrocervicale	— миома на задней поверхности шейки матки
Myoma ligamenti teretis uteri	— миома круглой маточной связки
Endometriosis	— эндометриоз, разрастание ткани, похожей по строению на ткани слизистой оболочки матки
Endometriosis genitalis	— эндометриоз половой системы
Endometriosis genitalis interna uteri et tubae uterinae	— внутренний половой эндометриоз матки и маточной трубы
Endometriosis genitalis externa	— наружный половой эндометриоз
Endometriosis ovarii	— эндометриоз яичника
Endometriosis retrocervicalis	— позадишеечный эндометриоз
Endometriosis vaginae	— эндометриоз влагалища
Endometriosis partis vaginalis cervicis uteri	— эндометриоз влагалищной части шейки матки
Endometriosis extragenitalis	— внеполовой эндометриоз
Endometriosis cicatricis postoperativae	— эндометриоз послеоперационного рубца

### *Доброкачественные опухоли яичников и операции по их удалению*

Cystis follicularis ovarii	— фолликулярная киста яичника
Cystis corporis lutei	— киста желтого тела
Cystis paraovarialis	— параовариальная, окоояичниковая киста
Cystis tuboovarialis	— трубно-яичниковая киста
Syndromum ovariorum sclerocysticorum	— синдром склерокистозных яичников
Cystoma ovarii pseudomucinosum	— псевдомуцинозная киста яичника
Cystoma ovarii cilioepitheliale (serosum)	— цилиоэпителиальная (серозная) киста яичника
Cystoma ovarii cilioepitheliale (serosum) papillare	— папиллярная цилиоэпителиальная (серозная) киста яичника
Pseudomyxoma ovarii	— псевдомиксома яичника
Adenofibroma ovarii	— аденофиброма яичника (опухоль Бреннера)
Fibroma ovarii	— фиброма яичника
Cystis dermoidalis (teratoma) adultum	— дермоидная киста
Tumor ovarii granulocellulae (folliculoma ovarii)	— гранулезоклеточная опухоль яичника (фолликулома яичника)
Thecoma ovarii	— текома яичника, текаклеточная опухоль яичника
Teratoma adultum	— тератоидная опухоль зрелых тканей
Teratoma embryonale	— опухоль тканей с эмбриональным характером
Androblastoma ovarii	— андробластома яичника

*Фоновые и предраковые заболевания  
половой системы*

Leucoplakia	— очаг слизистой оболочки, сопровождающийся ороговением эпителия
Leucoplakia vulvae	— лейкоплакия вульвы
Craurosis vulvae	— крауроз вульвы, атрофия наружных женских половых частей
Pseudoerosio cervicis uteri papillaris	— папиллярная псевдоэрозия шейки матки
Pseudoerosio cervicis uteri follicularis	— фолликулярная псевдоэрозия шейки матки
Leucoplakia cervicis uteri	— лейкоплакия шейки матки
Erythroplakia cervicis uteri	— эритроплакия шейки матки
Polypus canalis cervicalis	— полип шеечного канала
Hyperplasia	— избыточное образование структурных элементов ткани
Hyperplasia endometrii recidiva	— рецидивирующая гиперплазия эндометрия
Hyperplasia endometrii atypica	— атипичная гиперплазия эндометрия
Polyposis endometrii	— полипоз эндометрия
Atrophia endometrii	— атрофия эндометрия
Adenomatosis endometrii	— аденоматоз эндометрия
Acanthosis endometrii	— акантоз эндометрия

*Злокачественные опухоли женской половой системы*

Cancer	— рак
Cancer in situ	— рак без инвазии, внутриэпителиальная карцинома
Adenocarcinoma	— железистый рак
Cancer genitalium externorum	— рак наружных половых органов
Cancer labiorum majorum pudendi	— рак больших половых губ
Cancer labiorum minorum pudendi	— рак малых половых губ
Cancer clitoridis	— рак клитора
Cancer perinei	— рак промежности
Cancer genitalium internorum	— рак внутренних половых органов
Cancer vaginae	— рак влагалища
Cancer cervicis	— рак шейки матки
Cancer cervicis uteri endophytus	— эндофитный рак шейки матки
Cancer cervicis uteri exophytus	— экзофитный рак шейки матки
Cancer cervicis uteri endoexophytus	— эндоэкзофитный рак шейки матки
Cancer uteri	— рак матки
Cancer uteri diffusus	— диффузный рак матки
Cancer uteri polyposus	— ограниченный рак матки
Cancer canalis cervicalis	— рак шеечного канала
Cancer tubae uterinae	— рак маточной трубы
Cancer ovarii	— рак яичника
Teratoblastoma	— тератобластома
Dysgerminoma	— дисгерминома, эмбриональная карцинома, опухоль, возникающая в половой железе
Carcinoma ovarii	— злокачественная опухоль, рак яичника
Adenocarcinoma ovarii (papillare)	— аденокарцинома, рак яичника (папиллярный)
Chorionepithelioma	— злокачественное новообразование из тканей хориона
Krukenbergi tumor	— опухоль Крукенберга, метастатический рак яичника
Chorionepithelioma vaginae	— хорионэпителиома влагалища
Chorionepithelioma uteri	— хорионэпителиома матки

Chorionepithelioma cervicis uteri	— хорионэпителиома шейки матки
Chorionepithelioma tubae uterinae	— хорионэпителиома маточной трубы
Chorionepithelioma ovarii	— хорионэпителиома яичника
Chorionepithelioma abdominis	— хорионэпителиома брюшной полости
Cancer gradus primarij	— I стадия рака
Cancer gradus secundarii	— II стадия рака
Cancer gradus tertii	— III стадия рака
Cancer gradus quarti (cancer disseminatus)	— IV стадия рака (рак рассеянный)

Предисловие . . . . .	3
Введение . . . . .	5
<b>Глава I. Анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы женщины . . . . .</b>	<b>12</b>
Менструальный цикл и его регуляция . . . . .	13
Анатомо-физиологические особенности женских половых органов в различные возрастные периоды . . . . .	29
<b>Глава II. Препедевтика гинекологических заболеваний. Общие принципы и методы терапии . . . . .</b>	<b>31</b>
Система опроса (сбор анамнеза) . . . . .	32
Общие и специальные методы исследования гинекологических больных . . . . .	40
Принципы и методы лечения гинекологических заболеваний . . . . .	64
<b>Глава III. Воспалительные заболевания женских половых органов . . . . .</b>	<b>75</b>
Воспалительные процессы неспецифической этиологии и хронические нейрогормональные заболевания нижнего отдела половых органов . . . . .	78
Вульвит . . . . .	78
Бартолинит . . . . .	79
Кольпит . . . . .	81
Зуд половых органов . . . . .	82
Вагинизм . . . . .	84
Эндоцервицит . . . . .	84
Воспалительные процессы неспецифической этиологии верхнего отдела половых органов . . . . .	85
Эндометрит . . . . .	85
Сальпингофорит . . . . .	88
Пельвиоперитонит . . . . .	94
Параметрит . . . . .	95
Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии . . . . .	99
Трихомоноз . . . . .	99
Гонорея . . . . .	102
Кандидоз . . . . .	115
Вирусные заболевания . . . . .	117
Микоплазмоз . . . . .	119
Урогенитальные хламидиозы . . . . .	119
Туберкулез женских половых органов . . . . .	120
<b>Глава IV. Нарушения менструальной функции . . . . .</b>	<b>130</b>
Классификация нарушений менструальной функции . . . . .	131



<u>Аменорея</u> и гипоменструальный синдром . . . . .	132
<u>Дисфункциональные маточные кровотечения</u> . . . . .	142
Овуляторные (двухфазные) маточные кровотечения . . . . .	142
<u>Ановуляторные</u> (однофазные) маточные кровотечения . . . . .	144
<u>Болезненные менструации</u> . . . . .	149
<b>Глава V. Нейроэндокринные синдромы</b> . . . . .	152
Предменструальный синдром . . . . .	152
Посткастрационный синдром . . . . .	155
Климактерический синдром . . . . .	157
Синдром склерокистозных яичников . . . . .	161
Синдром Киари—Фроммеля . . . . .	167
Синдром Шихана . . . . .	168
Адреногенитальный синдром . . . . .	171
<b>Глава VI. Кисты половых органов</b> . . . . .	174
<b>Глава VII. Миома матки</b> . . . . .	178
<b>Глава VIII. Саркома матки</b> . . . . .	193
<b>Глава IX. Эндометриоз</b> . . . . .	194
<b>Глава X. Дисгормональные заболевания молочных желез</b> . . . . .	202
<b>Глава XI. Предопухолевые и опухолевые заболевания наружных половых органов и влагалища</b> . . . . .	210
Предопухолевые и опухолевые заболевания наружных половых органов . . . . .	210
Опухоли влагалища . . . . .	213
<b>Глава XII. Фоновые, предраковые заболевания и рак шейки матки</b> . . . . .	214
Фоновые заболевания шейки матки . . . . .	214
Предраковые заболевания шейки матки . . . . .	218
Рак шейки матки . . . . .	223
<b>Глава XIII. Гиперпластические процессы и рак эндометрия</b> . . . . .	230
Гиперпластические процессы эндометрия . . . . .	230
Рак эндометрия . . . . .	236
<b>Глава XIV. Опухоли яичников и маточных труб</b> . . . . .	240
<u>Эпителиальные доброкачественные опухоли яичников</u> . . . . .	243
<u>Фиброма яичника</u> . . . . .	248
<u>Герминогенные опухоли</u> . . . . .	253
<u>Рак яичников</u> . . . . .	255
<u>Опухоли маточных труб</u> . . . . .	259
<b>Глава XV. Трофобластическая болезнь</b> . . . . .	261
<b>Глава XVI. Нарушения развития половых органов</b> . . . . .	266
<u>Пороки развития половых органов</u> . . . . .	266
<u>Инфантилизм</u> . . . . .	273

Нарушения полового развития . . . . .	276
<u>Дисгенезия</u> гонад . . . . .	286
<b>Глава XVII. Неправильные положения половых органов</b> . . . . .	289
Ретроверзия и ретрофлексия матки . . . . .	294
Опущение и выпадение матки и влагалища . . . . .	296
<b>Глава XVIII. Бесплодный брак</b> . . . . .	300
Бесплодие женщин . . . . .	300
Мужское бесплодие . . . . .	309
Лечение бесплодия . . . . .	312
<b>Глава XIX. Современные средства контрацепции</b> . . . . .	316
<b>Глава XX. Повреждения половых органов</b> . . . . .	322
<b>Глава XXI. Гинекологические заболевания у детей и подростков</b>	327
<u>Особенности</u> обследования девочек . . . . .	327
Воспалительные заболевания половых органов . . . . .	333
Ювенильные кровотечения . . . . .	336
<b>Глава XXII. Неотложные состояния в гинекологии</b> . . . . .	342
Внематочная беременность . . . . .	343
Апоплексия яичника . . . . .	354
Перекрут ножки опухоли яичника . . . . .	356
Экстренные состояния при миоме матки . . . . .	358
Пиосальпинкс и пиовар . . . . .	359
<b>Глава XXIII. Типичные гинекологические операции</b> . . . . .	360
Предоперационная подготовка . . . . .	361
Операции на влагалищной части шейки матки . . . . .	363
Операции при опущении и выпадении половых органов . . . . .	366
Операции на придатках матки и матке . . . . .	367
Ведение послеоперационного периода . . . . .	377
<b>Глава XXIV. Заболевания органов мочевыделительной системы у женщин</b>	380
Циститы . . . . .	380
Цисталгия . . . . .	383
Травматические повреждения мочевых органов . . . . .	384
Мочеполовые свищи . . . . .	388
Недержание мочи при напряжении . . . . .	391
Аномалии органов мочевой системы . . . . .	394
<b>Глава XXV. Основы организации гинекологической помощи в СССР</b> . . . . .	397
<b>Приложение</b> . . . . .	405
<b>Терминологический словарь</b> . . . . .	416

ЛИДИЯ НИКОЛАЕВНА ВАСИЛЕВСКАЯ  
ВАЛЕНТИН ИВАНОВИЧ ГРИЩЕНКО  
НИНА ВАСИЛЬЕВНА КОБЗЕВА  
ВАЛЕНТИНА ПЕТРОВНА ЮРОВСКАЯ

Гинекология

Зав. редакцией *С. Д. Крылов*  
Редактор *А. П. Кирющенко*  
Редактор издательства *В. Ю. Лернер, И. Н. Кононова*  
Художественный редактор *Т. М. Смага*  
Технический редактор *Н. М. Гаранкина*  
Корректор *Л. П. Петрова*

ИБ № 3934

Сдано в набор 27.12.84. Подписано к печати 25.07.85. Т-02601  
Формат бумаги 60×90/16. Бумага офс. № 1. Гарнитура таймс.  
Печать офсет. Усл. печ. л. 27,5. Усл. кр.-отт. 56,0. Уч.-изд. л. 32,29.  
Тираж 100 000 экз. Заказ 960. Цена 1 р. 50 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина»,  
103062, Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Госу-  
дарственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и  
книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.

Г49                    Гинекология/Под ред. Л. Н. Василевской. — М.: Медицина, 1985.—432 с., ил.

В пер.: 1 р. 50 к. 100 000 экз.

В учебнике представлены основные сведения по анатомии и физиологии репродуктивной системы женщины; рассмотрены этиологические, патогенетические и клинические особенности гинекологических заболеваний, их диагностика, профилактика, терапия и восстановительное лечение. Описаны воспалительные процессы различной этиологии, опухоли, опухолевидные образования, нарушения развития половых органов, бесплодный брак, гинекологические заболевания у детей и подростков, типичные операции на половых органах. Особое внимание обращено на раннюю диагностику, формирование групп повышенного риска, патогенетическое обоснование рациональной комплексной терапии, в том числе в амбулаторно-поликлинических условиях. Изложены основы организации гинекологической помощи в СССР.

Учебник соответствует программе, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и предназначен для студентов медицинских институтов.

Г  $\frac{412300000-292}{039(01)-85}$  212—85

ББК 57.1