



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
КИСТ И КИСТОВИ
ЯЧУШКА

Проф. Ф. Е. ПЕТЕРБУРГСКИЙ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
КИСТ И КИСТОМ
ЯИЧНИКА

БИБЛИОТЕКА
ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
г. Анджиево



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1958 — МОСКВА

ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия достигнуты сравнительно большие успехи в решении ряда актуальных проблем в теории и практике акушерско-гинекологической науки, в частности по снижению материнской и ранней детской заболеваемости и смертности; много внимания уделяется также вопросам улучшения диагностики и усовершенствования методов хирургического лечения гинекологических больных.

Однако вопросам хирургического лечения доброкачественных кистозных образований яичника в настоящее время уделяется еще недостаточно внимания.

Доброкачественные кисты и кистомы яичников, поражая преимущественно женщин в молодом, цветущем возрасте, по общепринятому мнению, встречаются в пять раз чаще злокачественных новообразований. Поэтому изучение доброкачественных кистозных опухолей яичника и выбор наиболее рациональных методов их оперативного лечения имеет актуальное значение.

Между тем в течение последних десятилетий, с тех пор как наши предшественники детально разработали методику овариотомии, этот вопрос не пересматривался. Имеющиеся руководства и пособия по гинекологической оперативной технике повторяют в основном все то, что было много лет назад сказано и написано корифеями нашей отечественной науки (А. Я. Крассовский, К. Ф. Славянский, В. Ф. Снегирев, Д. О. Отт, А. П. Губарев и др.).

Отдельные моменты усовершенствования овариотомии касаются лишь технических деталей этой операции, не затрагивая принципиальных сторон самой методики хирургического лечения кист и кистом яичника.

Такое положение, по-видимому, объясняется тем, что вопросы хирургического лечения кистозных обра-

зований яичников в свое время были разработаны с технической стороны достаточно хорошо. Существующие и применяющиеся методы операций на яичниках давали вполне удовлетворительные непосредственные результаты.

При хирургическом лечении кистозных опухолей яичника во главу угла был поставлен принцип радикализма, заключающийся главным образом в удалении больного органа, при этом недостаточно учитывались последствия выключений функций удаляемого органа для организма женщины в целом после операции.

Большинством отечественных и зарубежных гинекологов и хирургов в настоящее время овариотомия производится так же, как 30—40 лет назад.

Однако по мере углубления наших знаний относительно физиологии и патологии женских половых органов и их взаимодействия со всем организмом, вопросы целесообразного консерватизма при оперативном лечении кистозных опухолей яичника постепенно начинают привлекать внимание клиницистов.

Учитывая физиологические особенности женского организма, мы по возможности должны бережно относиться к органам и тканям во время хирургического удаления доброкачественной кисты яичника, постоянно имея в виду функциональное значение последнего для благополучия организма в целом.

Именно с этих позиций, нам кажется, необходимо пересмотреть и объективно оценить существующие методы хирургического лечения кистозных образований яичника.

Задачей настоящего исследования является изучение и выяснение целесообразности и эффективности консервативных методов хирургического лечения доброкачественных кист и кистом яичника. К сожалению, в настоящее время техника консервативных гинекологических операций, их преимущества перед радикальными хирургическими приемами малоизвестны широким кругам оперирующих врачей.

Являясь сторонниками физиологически обоснованного метода сохранения при операциях яичника, мы в течение более чем 20-летней работы накопили сравнительно большой фактический материал и на основании

всестороннего клинического наблюдения пришли к выводу, что при хирургическом лечении доброкачественных кистозных образований яичников у молодых женщин консервативный метод вполне себя оправдал и заслуживает дальнейшего развития и широкого распространения.

ГЛАВА I

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК ОВАРИОТОМИИ

Первые сведения об операциях на яичниках имеются в древнейших источниках. Так, у древних историков есть указания на вырезывание яичников с целью погашения их функции у животных и даже у здоровых людей. В литературе того времени встречается также немало рассказов об этой операции, причем сообщаемые факты не всегда отличаются достоверностью и относятся больше к области фантазии и легенд. Этот период, по выражению В. А. Матвеева, может быть назван «мифическим периодом овариотомии». Мы не будем останавливаться на нем, а попытаемся дать краткий очерк истории возникновения и развития этой операции.

Название «овариотомия» не вполне соответствует значению самой операции, и в настоящее время в клиниках и лечебных учреждениях этим термином врачи практически не пользуются, но тем не менее он до сих пор применяется в учебниках и руководствах по оперативной гинекологии.

Будучи по своему морфологическому строению доброкачественными, кистозные опухоли яичников в начале и середине XIX века представляли собой тяжелое заболевание: носительницы кистом, когда опухоли достигали огромных размеров, испытывали невыразимые страдания и в конце концов умирали от истощения.

Радикального лечения тогда не было, о профилактике заболеваний яичников не могло быть и речи.

Естественно, усилия ученых направлены были на то, чтобы по возможности облегчить положение больной женщины. Предлагалось много терапевтических средств,

которыми старались задержать рост опухоли и вызвать ее обратное развитие: употребляли слабительные, мочегонные, ртутные препараты, ванны, местные отвлечения и т. п. Однако указанные средства, естественно, не могли дать желаемого результата.

В конце концов ученые пришли к идее овариотомии как единственно действенному способу лечения опухолей яичника. Эта операция была выполнена в начале прошлого века почти одновременно в нескольких странах.

С этого времени, следовательно, и начинается период ее научного развития.

Однако в начале XIX века многие хирурги, видные корифеи науки, являлись противниками этой операции и лишь в начале 60-х годов прошлого столетия овариотомия признана всеми.

Овариотомию справедливо можно поставить в один ряд с многими гениальными открытиями и завоеваниями естественных наук XIX века.

Чтобы понять и правильно оценить ее значение, необходимо осветить вопрос о состоянии брюшной хирургии и познакомиться с методами лечения кистозных опухолей яичника в то время. Вся современная оперативная терапия заболеваний органов брюшной полости имеет своим исходным пунктом успешную овариотомию.

По этому поводу В. Ф. Снегирев писал: «Нисколько не будет преувеличением сказать, что отдел чревосечений в гинекологии послужил основой всей полостной хирургии и всему ее антисептическому направлению... И не мудрено потому, что гинекологам чаще, чем хирургам, приходилось прибегать к вскрытию брюшной полости».

Первая овариотомия в России была произведена в 80-х годах XVIII века ревельским врачом Г. Фрезе на 26 лет раньше американца Мак Доуэлла (McDowell), которому историки медицины неправильно приписывают приоритет этой операции (М. Ф. Леви).

К сожалению, эта операция Г. Фрезе не была известна широким врачебным кругам и не оказала какого-либо влияния на дальнейшее развитие овариотомии.

Попытку произвести овариотомию, заранее решив удалить кисту яичника, сделал в Виленской хирургии

ческой клинике С. Галензовский в 1827 г. К сожалению, хирург не смог удалить целиком опухоль, так как кисты яичника оказались огромных размеров, причем имелись обширные сращения. Поэтому автор произвел разрез брюшной стенки, вскрыл стенку кистозной опухоли, вытянул ее к ране и фиксировал узловыми швами (марсупиализация). Края раны брюшной стенки были соединены узловыми швами и полосками липкого пластыря: в нижнем углу раны осталось небольшое отверстие, через которое была введена турунда, пропитанная оливковым маслом. На 70-й день после операции больная выписалась с небольшим фистулезным отверстием. Этот случай С. Галензовского был опубликован в виде приложения к диссертации Н. Лавицкого в 1828 г.

Относительная безуспешность этой операции заставила автора и других хирургов воздержаться от попыток произвести чревосечение с целью удаления кистозной опухоли яичника. Страх повреждения брюшины был слишком велик: самые смелые хирурги того времени не нашли в себе достаточно мужества, чтобы вновь произвести овариотомию.

Только через 20 лет после этого полную овариотомию в России в 1848 г. произвел Ванцетти в Харьковской хирургической клинике в присутствии почти всех профессоров медицинского факультета. У 23-летней больной была удалена целиком кисты огромных размеров; на рану живота было наложено 22 узловых шва; в нижнем углу раны выведена лигатура, наложенная на перерезанную ножку кисты. Присутствовавший на этой операции И. О. Вилкомирский писал: «Наложение узловых швов причиняло больной немало беспокойства, тогда как удаление опухоли было почти безболезненно и продолжалось менее четверти часа». Больная скончалась на 21-й день после операции. Этот случай Ванцетти описал только в 1868 г., так что о нем долгое время не было ничего известно.

Следующая полная овариотомия произведена в 1849 г. Гаартманом в Гельсингфорсе. Больная погибла от общего перитонита.

Неудовлетворительный результат этих первых овариотомий в России до некоторой степени дискредитировал эту операцию. Поэтому в течение следующих 13 лет овариотомия в России не производилась и вопрос об

удалении кистом яичника путем чревосечения в литературе почти не затрагивался.

Почти до 60-х годов XIX столетия эта операция производилась в различных странах отдельными хирургами большей частью с неблагоприятным исходом. Необходимо отметить, что во Франции, где в то время медицинская наука стояла на высокой ступени развития, дольше чем где-либо не решались принять эту операцию.

Начиная с 1847 г. в течение целого десятилетия в заграничной печати велись споры о значении овариотомии в ряду других хирургических операций, о законности ее применения в медицинской практике вообще и т. д.

Вопрос об овариотомии обсуждался различными медицинскими обществами и учеными коллегиями. Так, в 1850 г. в Лондонском хирургическом обществе начались горячие дебаты по поводу сообщения Дуффина (Duffin). Роберт Ли (R. Lee), основываясь на статистике 162 случаев овариотомии, считал эту операцию убийственной. В своем негодовании он дошел до того, что защитников овариотомии назвал «мясниками-живодерами». На этом же заседании Лавренц (Lawrence), наиболее уважаемый член общества, заявил: «Не лучше ли вместо того чтобы спорить о достоинствах овариотомии, покинуть ее раз и навсегда, чтобы перестать компрометировать науку постыдными для нас попытками».

Особенно резко овариотомия была осуждена в 1856 г. в Парижской медицинской академии, где проводилась дискуссия по поводу сообщения Барта (Barth). Жобер (Jobert) и Моро (Moreau) со всей силой своего авторитета обрушились на хирургов, осмелившихся предпринять эту операцию. Обыкновенно сдержанный Вельпо (Velpau) назвал овариотомию отвратительной операцией, которую следует отвергнуть, если даже описываемые случаи излечений были на самом деле. Один лишь Казо (Cazeaux) высказался за овариотомию и имел мужество протестовать против нападков ярых противников этой операции. Свое выступление он закончил следующими словами: «Ужели же, в самом деле, в таких несчастных случаях не остается ничего, как предоставить больных верной смерти? Прежде чем отверг-

нужно исследовать, а между тем всестороннее исследование не было сделано».

Официальные высказывания наиболее авторитетных хирургов против овариотомии, особенно после дискуссий в Лондонском обществе и Парижской академии, не могли не отразиться на дальнейшем развитии этой операции.

Во Франции до 1862 г. овариотомия почти не делалась. В Англии, особенно ввиду весьма большого числа несчастных исходов, хирурги стали применять ее значительно реже, а в Германии эта операция совсем не производилась. Сканцони (Scanzoni), наиболее авторитетный в то время гинеколог, заявил: «Мы совершенно должны отвергнуть овариотомию и мы отказываемся от славы сделать с успехом подобную операцию до тех пор, пока факты не докажут, что она не кончается так часто смертью, как в настоящее время».

В Америке овариотомия также не производилась [Ольсгаузен (Olshausen)].

После первых неудачных операций взамен овариотомии стали предлагать консервативное лечение кистозных опухолей яичника медикаментами и некоторыми хирургическими приемами. Были вновь испробованы терапевтические средства, но безуспешно. Правда, в литературе появились отдельные сообщения об успешном применении внутреннего лечения. Так, например, Вельпо уверял, что он достиг уменьшения и даже излечения опухоли путем энергичного и длительного употребления йода. Н. Стацевич сообщает об излечении двухсторонних опухолей у 40-летней женщины после родов (он применял слабительные и мочегонные средства). После терапии больная стала чувствовать себя лучше, а через некоторое время опухоли в малом тазу исчезли.

Сообщения о единичных случаях излечения кистозных опухолей яичника в результате применения медикаментозных средств малодостоверны. Возможно, что в этих случаях был поставлен неправильный диагноз: кистозную опухоль яичника могли симулировать переполненный мочевой пузырь, метеоризм, воспалительные процессы в малом тазу и т. п. В этих случаях при благоприятном сочетании обстоятельств любое средство могло произвести эффект уменьшения и даже излечения «опухоли».

Опухоли яичника пробовали лечить электропунктурой. Особенно увлекались этим методом во Франции и Англии. Жобер сообщает, что электропунктурой в 5—6 сеансов ему удалось излечить опухоль яичника. Джемс Симонс (G. Simons) также неоднократно употреблял электропунктуру, но ни разу не получил эффекта; более того, одна больная умерла после такого лечения (Р. Ольсгаузен).

В этих случаях, по мнению Ольсгаузена, главную роль играл прокол стенки однокамерной кисты. По этому поводу он писал: «Что же касается до действия электропунктуры, особенно в научном отношении, то тут остается еще доказать, принадлежит ли целебное действие электрическому току или же, может быть, оно лучше объясняется повторными проколами, при которых жидкое содержимое мало-помалу изливается в полость живота».

Наконец, убедившись еще раз в бесполезности йодистых и ртутных препаратов, мочегонных и слабительных средств, врачи обратились к хирургическому способу: простому проколу кисты, проколу со вставлением резиновой трубки или дренажа в полость кисты, проколу кисты со впрыскиваниями йода и, наконец, подкожному разрезу кистозной опухоли. По сравнению с неоперативными методами, которые, конечно, не давали никакого лечебного эффекта, прокол кисты для того времени явился некоторым достижением, так как он, уменьшая объем опухоли, давал временное облегчение больным. Правда, эта помощь, за исключением единичных случаев, была только паллиативом, так как вслед за опорожнением кисты она обычно вновь наполнялась. Прокол кисты врачи производили по жизненным показаниям, когда у больных появлялась высокая степень одышки вследствие оттеснения диафрагмы кверху со сдавлением легких; в таких случаях прокол действительно мог на некоторое время облегчить состояние больных.

Являясь паллиативом, давая лишь временное облегчение тяжелобольным, прокол кисты часто давал серьезные осложнения. Одним из частых и опасных последствий прокола кисты было воспаление брюшины, от которого больные чаще и погибали. Представляли опасность также кровоизлияния в кисту и смерть от

внутреннего кровотечения. При проколах кисты нередко имели место ранения подлежащего перед опухолью кишечника и подтянутого кверху и фиксированного мочевого пузыря. Повторные многократные проколы кист способствовали образованию плотных сращений, что ухудшало условия для последующей операции. Во избежание названных осложнений Ф. В. Сканцони рекомендовал производить прокол кисты через влагалище, если опухоль была вколочена в малый таз и выпячивала задний свод.

Наконец врачи стали применять разрез с частичным вырезыванием стенки кисты, особенно тогда, когда кистозная опухоль располагалась межсвязочно и предлежала в рану брюшной стенки. Но последний способ имел все те отрицательные моменты, что и прокол кисты с впрыскиванием йода, и поэтому вскоре был оставлен.

Первая успешная овариотомия в России была произведена А. Я. Крассовским. Сначала А. Я. Крассовский педантично лечил больных различными методами, которые рекомендовались и особенно восхвалялись зарубежными авторами. Однако он пришел к убеждению, что все эти лечебные приемы не могут излечить заболевание и даже вызвать временное улучшение в состоянии больных. «В подлинных случаях, — писал он, — терапия вообще бессильна, и я не могу припомнить ни одного случая, в котором восхваляемые препараты брома, йода, железа, хины и т. п. принесли бы видимую пользу».

А. Я. Крассовский в течение 5 лет лечил 43 больных женщин, страдавших кистами и кистомами яичников. Лечение заключалось в проколе кисты с впрыскиванием йода и вставлением дренажа; 32 из них являлись носительницами многополостных опухолей яичника. Результаты лечения этой группы больных были следующие: умерло 28, выписалось из клиники с рецидивом заболевания 4 женщины. Ко второй группе были отнесены 11 больных — носительниц серозных кист яичника. Из них умерло 6, временное улучшение отмечено у 3 и выздоровели 2 женщины (правда, последние находились под наблюдением всего лишь 6 месяцев).

Таким образом, убедившись, что проколы кист со впрыскиванием йода и без него столь же опасны, как и овариотомия, А. Я. Крассовский решил произвести чере-

всечение с целью удалить кистозную опухоль яичника. Операция была произведена 23/ХІІ 1862 г. По этому поводу Крассовский писал: «Несмотря на предупреждения сотоварищей по науке, на суровость климата, несмотря на то, что мне раньше не случалось видеть производство овариотомии, произвел первую овариотомию со счастливым исходом».

Примеру А. Я. Крассовского последовали Н. Грубе в Харькове (1864), Э. Х. Икавитц в Тамбове и Н. В. Склифосовский в Одессе (1864), В. Караваев в Киеве и Фробен в С.-Петербурге (1865).

Спенсер Уоэльс (Sp. Wells), который вначале был противником овариотомии, посвятил свою медицинскую деятельность вопросу изучения и улучшения этой операции и добился прекрасных результатов. Приблизительно в эти же годы овариотомия стала производиться в Германии [Бильрот (Billroth), Черни (Czerny)], во Франции [Кеберле (Koeberle), Пеан (Pean)] и в других странах.

Интересно отметить, что Парижская медицинская академия, члены которой с такой враждебностью высказались в 1856 г. против овариотомии, в начале 60-х годов назначила Кеберле премию в 200 франков за выполнение первых успешных овариотомий.

В России уже с 1864—1865 гг. овариотомия стала широко применяться, давая хорошие результаты. И. О. Масловский в своей диссертации писал: «В настоящее время овариотомия в нашем отечестве имеет гораздо лучшие результаты, чем в Германии и первое время во Франции и Англии».

Сравнительно поздно эту операцию стали производить в Москве; первая успешная операция была сделана И. Н. Новацким в 1869 г.

В 1868 г. А. Я. Крассовский издал книгу «Об овариотомии» с атласом, в котором с натуры воспроизведены рисунки отдельных моментов операции. Ценность этой монографии заключается в том, что в ней автор сообщает результаты произведенных им овариотомий, дает подробное и весьма точное описание способа производства операции. Зарубежные авторы высоко оценили работу русского ученого и часто цитировали ее.

У А. Я. Крассовского были и смертельные исходы, но эти неудачные операции не остановили ученого, а,

наоборот, заставили его глубже изучать вопрос и по возможности устанавливать причины этих неблагоприятных результатов. На основе тщательных наблюдений и исканий автор разработал собственный способ производства операции. Таким образом родилась русская школа овариотомии.

В предисловии, озаглавленном «Материалы для овариотомии», А. Я. Крассовский научно обосновывает свой взгляд на хирургическое лечение кистозных опухолей яичника. Он считал, что большое значение для успешной операции имеет точное распознавание; только в сомнительных случаях он прибегал к проколу и пробному вскрытию брюшной полости: «Опыт привел меня к убеждению, что отличительное распознавание кист яичников гораздо труднее самого производства операции. Я говорю это без всякой предвзятой задней мысли и вовсе не для того, чтобы запугать соговарищей, а говорю с той целью, чтобы к операции не приступали наобум. Тяжело положение добросовестного оператора, когда он, вскрыв брюшную полость длинным разрезом, убедится, что имеет перед собой не кисту, а водянку живота, заматочную кровяную опухоль, фиброид матки, осложненный водянкой; одним словом, убедится, что брюшина понапрасну вскрыта».

Главную часть сочинения А. Я. Крассовского составляет описание способа производства овариотомии. Много внимания автор уделяет моменту отделения сращений. При больших многополостных кистах он получал лучшие результаты, чем при однополостных. Как наблюдательный клиницист, А. Я. Крассовский обратил внимание на то, что после удаления кисты с одной стороны менструация сохраняется, а после удаления двухсторонних опухолей яичника наступает аменорея. Особенно тщательно и детально он разработал технику удаления кистозной опухоли яичника. Всю операцию автор разделил на четыре отдельных момента, проводимых последовательно друг за другом.

Первый момент. Вскрытие брюшной стенки, которое необходимо производить осторожно, во избежание вскрытия стенки кисты. После вскрытия брюшины хирург вводит пальцы или всю кисть руки в брюшную полость с тем, чтобы убедиться в наличии опухоли и определить приращение. Это исследование должно окон-

чительно решать вопрос о возможности продолжения операции. Небольшие и нежные приращения опухоли к передней брюшной стенке и сальнику нарушались обычно введенной рукой. Если же определялись сплошные плотные приращения, то дальнейшие манипуляции прекращались и на рану накладывались швы.

После определения операбельности кисты приступали ко второму моменту — уменьшению объема опухоли путем выпуска содержимого последней при помощи троакара. Для этой цели А. Я. Крассовский употреблял изогнутый длинный троакар средней толщины (длина 28 см, толщина 2 см). Прокол кисты троакаром обычно делался у верхнего угла раны. В тех же случаях, когда густое содержимое кисты не вытекало через троакар, автор рекомендовал проводить разрез подлежащей стенке кисты и удалять ее содержимое рукой. Часть содержимого при такой манипуляции неизбежно попадала в брюшную полость. Впрочем, автор не наблюдал, чтобы это вызывало особенно плохие последствия.

После уменьшения опухоли троакаром приступали к извлечению опухоли из брюшной полости. Для этого кисту захватывали рукой или щипцами и легкими подтягиваниями выводили наружу.

После извлечения кисты из брюшной полости наступал третий, самый ответственный момент — отделение кисты от ее ножки. Для этой цели пользовались различными способами: лигатурой, жомом с отжиганием каленым железом и т. п.

Лигатура рассматривалась древними хирургами как инородное тело. Поэтому она по возможности выводилась на поверхность раны. Отсюда этот принцип хирургов был перенесен в практику гинекологических операций и педантично соблюдался при овариотомиях. Перевязанную ножку кисты опускали в брюшную полость, а длинные концы лигатуры выводили в нижний угол брюшной раны. При таком способе оставления лигатуры вне брюшной полости наблюдались продолжительные нагноения раны брюшной стенки, сама же лигатура долго не отпадала.

Хирурги часто наблюдали осложнения после овариотомий с выведением лигатуры наружу. В связи с этим они стали прибегать к жому, начали отжигать ножку

кисты каленым железом. Сам А. Я. Крассовский очень редко употреблял лигатуру. Взамен последней он предложил свой жом, имеющий вид экразера с виллообразными пластинками, который, по мнению автора, значительно удобнее лигатуры, ибо он предотвращает внутреннее кровотечение, уменьшает опасность от последствий опускания ножки в брюшную полость, предохраняет от воспаления, нагноения и может быть удален на 3—4-й день после операции.

К сожалению, применение жома было возможно и целесообразно только при наличии длинной ножки. При короткой ножке наложенный жом вызывал значительное натяжение, сильные боли, не говоря о том, что можно было произвести повреждение кишки.

Четвертый, заключительный момент операции—соединение краев раны брюшной стенки. Для этой цели употреблялись проволока (железная, серебряная, платиновая) и шелковые нитки, которыми накладывали узловатые, обвивные и непрерывные швы.

В первое время в клинике А. Я. Крассовского для сближения краев раны брюшной стенки употреблялись обвивные швы, наложение которых занимало значительно больше времени, чем другие моменты операции; брюшная рана закрывалась швами, за исключением того места, где ножка была укрепена жомом.

При оставлении ножки кисты снаружи А. Я. Крассовский советовал пропитывать ее полутораклористым железом. На рану накладывалась повязка из липкого пластыря, а поверх него клались теплые фланелевые компрессы; живот покрывался широким поясом.

В послеоперационном периоде старались создавать хорошие гигиенические условия и уход; назначали строгую диету: в первый день давали пить ячменный отвар, во второй день — бульон (клизма). Против болей подкожно впрыскивали морфин, назначали большие дозы опия с целью вызвать искусственно запор и т. д.

Если на ножку кисты был наложен жом, то время от времени им сжимали ножку. Первая перевязка производилась на 3—4-й день; жом удаляли на 4—6-й день; швы с брюшной стенки снимались на 7—9-й день после операции; на 4—5-й день старались вызвать действие кишечника.

Успех овариотомии в первые годы в значительной мере зависел от предоперационной подготовки больных, от тщательного обмывания брюшной стенки, приготовления губок, мытья рук и т. д. Запрещалось присутствовать на операциях врачам, работающим в инфекционных отделениях, в анатомическом театре; вводить руку в брюшную полость никто, кроме хирурга, не имел права (В. Ф. Снегирев).

В числе отягчающих моментов, увеличивающих смертность от сепсиса, большую роль играли ножка опухоли и лигатура, помещавшаяся в первое время вне брюшной полости. В этих условиях предупреждение гнилостного распада и воспаления брюшины было почти невозможно. Поэтому естественно было стремление хирургов перенести культю перевязанной ножки кисты внутрь брюшной полости. Дальнейшие наблюдения показали, что опускание ножки с коротко обрезанной лигатурой в брюшную полость не вызывает плохих последствий, как об этом думали раньше. Наоборот, оперированные больные выздоравливали значительно быстрее. Тем не менее этот новый способ вызвал среди хирургов много споров. Один из противников внутрибрюшного оставления перевязанной ножки кисты — В. А. Добролюбов в 1877 г. писал: «В принципе я против внутрибрюшного лечения ножки, потому что отпускать с своих глаз на произвол судьбы инородное тело, подчас кровоточащее, это значит делаться рабом всякой случайности».

В окончательном решении этого спорного вопроса большую роль сыграли опыты И. О. Масловского, который экспериментально доказал, что лигатуру можно оставлять в брюшной полости, где она инкапсулируется образованием вокруг себя новой соединительной ткани.

Н. В. Комаревский описывает случаи, когда через 5½ лет после операции он при последующем вскрытии никаких следов лигатуры не обнаружил. По этому поводу он писал: «Шелковые лигатуры, вероятно, медленно, но все же всасываются; с другой стороны, почему бы им не всасываться, ведь шелк — тоже органическая животная ткань».

Хирурги и гинекологи в дальнейшем смелее стали погружать перевязанную ножку кисты с коротко обрезанной лигатурой в брюшную полость и от этого после-

операционный период значительно сократился. Результаты получались лучше, чем раньше, когда длинные лигатуры выводились с частью ножки в нижний угол раны и фиксировались здесь каким-либо способом.

Таким образом, оперативная гинекология постепенно вступила в период внутрибрюшного погружения ножки яичниковой кисты.

До 1865 г. в разных городах России девятью хирургами была произведена овариотомия по одному разу; в 6 случаях наступила смерть и только 3 оперированные выздоровели. В 1868 г. клинический материал А. Я. Красовского составлял уже 24 случая полных овариотомий. 13 оперированных остались в живых (54,2%).

О том, какие трудности встретились врачам-хирургам в первые годы применения овариотомий, пишет в своих воспоминаниях В. Ф. Снегирев, который описывает обстановку предоперационной подготовки и производство самой операции: «Не могу вспомнить без ужаса, как по часу, по два, по три брюшная полость оставалась открытою. Больная, хирург и его ассистенты находились под непрерывным шпреем из 5% раствора карболовой кислоты... мы отравлялись и отравляли больных, потому, что верили, что мы этим убиваем сразу в организме больной и в окружающей атмосфере. Еще ужаснее стало, когда карболовую кислоту сменила сулема; мы мыли руки раствором 1:500, а брюшную полость промывали иногда ею же в растворе 1:1000, мы теряли зубы, а больная жизнь... Прошло и это время, особенно в связи с введением асептики: ожили больные, ожили хирурги и работа забила веселым ключом; выздоровление стало правилом, а смерть исключением».

Начиная с 1870 г. в истории овариотомии начинается новая эра: судьба овариотомии решается уже не отдельными лицами, а совокупностью новых приобретений и изобретений в области гинекологии и хирургии вообще.

Начинается постепенный переход от антисептики к асептике. Диагностические ошибки стали встречаться значительно реже.

В настоящее время все хирурги-гинекологи делают операцию тогда, когда распознана опухоль яичника. От-

дельные моменты и факторы, являвшиеся раньше противопоказанием к овариотомии, сведены теперь до минимума.

Различные случайные и тяжелые осложнения со стороны самой опухоли или соседних органов, как, например, перекручивание ножки, нагноение кисты, непроходимость кишечника и т. д., не являются противопоказанием к операции, а делают ее тем более неотложной.

Ученые всех стран и практические врачи направили все свои усилия на усовершенствование диагностики и улучшение методики и техники оперативного лечения при кистозных опухолях яичника.

После А. Я. Крассовского особенно много труда в дело улучшения и усовершенствования оперативного лечения в гинекологии вложили В. Ф. Снегирев, Д. О. Отт, А. П. Губарев, капитальные труды которых в настоящее время могут явиться настольной книгой для всякого акушера-гинеколога и хирурга. Эти авторы хорошо изучили анатомию и топографию женских половых органов. К 1910—1915 гг. методика и техника овариотомии была разработана настолько хорошо, что, казалось, нет больше надобности заниматься этим вопросом.

Поэтому в последующие годы не вышло ни одной монографии, не было сделано ни одного обстоятельного доклада на научных съездах и конференциях, не публиковалось даже журнальных статей по вопросу о хирургическом лечении доброкачественных кистозных опухолей яичника и паровария.

ГЛАВА II

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ЖЕЛЕЗ

Женские половые железы, яичники, представляют собой парные органы. Форма, величина, вес их и строение зависят от возраста, различных физиологических состояний и, кроме того, от индивидуальных особенностей.

В раннем периоде эмбрионального развития в половой железе нельзя еще отграничить корковое вещество от мозгового слоя: повсюду имеются прослойки молодой соединительной ткани, а между ними — пространства неправильно многоугольной формы, заполненные клетками, среди которых много первичных яйцевых. Такие скопления зародышевого эпителия, в которых содержатся половые клетки, К. П. Улезко-Строганова называет яйцевыми гнездами.

Приблизительно в конце третьего месяца эмбриональной жизни картина резко меняется: в центре будущего органа, половой железы, элементы соединительной ткани энергично атрофируются и сердцевина яичника приобретает соединительнотканное строение, образуется мозговой слой яичника с богатым развитием нервов и кровеносных сосудов. Из периферических слоев половой железы постепенно формируется корковое вещество, в котором начинают развиваться первичные фолликулы. Каждый фолликул отделен от другого прослойкой соединительной ткани и представляет собой группу клеток — это яйцевая клетка, окруженная со всех сторон клетками фолликулярного эпителия. Обычно она занимает центральное положение и отличается от остальных клеток величиной, формой и строением.

Уже на первом году жизни первичные фолликулы начинают интенсивно расти, постепенно превращаясь в

яйцевые пузырьки; образование новых первичных фолликулол к этому времени заканчивается.

На втором году жизни яйцевые пузырьки развиваются хорошо. У трехлетней девочки структура яичника напоминает таковую у женщины, достигшей половой зрелости.

Таким образом, из нейтральной недифференцированной половой железы развивается яичник, претерпевая последовательные изменения в своем строении и топографии.

Яичник новорожденной примерно соответствует величине фасоли — длина его заметно преобладает над шириной (18:6 мм). В это время в нем ясно можно различить поверхностный эпителий, подэпителиальный волокнистый слой, корковый (паренхиматозный) и мозговой (сосудистый) слои.

Поверхностный эпителий соответствует бывшему за рудышевому эпителию и состоит из низкоцилиндрических и кубических клеток.

Белочная оболочка в виде прослойки волокнистой соединительной ткани продолжает разрастаться дальше, пока не превратится в плотную, бедную сосудами оболочку, которая отграничивает поверхностный или покровный эпителий от собственно яичниковой паренхимы. Слой, где до сих пор располагались яйцевые гнезда, тяжи и трубки, постепенно дифференцируется, и спустя несколько месяцев после рождения в яичнике девочки этих полей и гнезд обычно обнаружить уже не удается.

Таким образом, к моменту рождения девочки ее половая железа представляется почти законченным образованием; в дальнейшем она развивается в направлении обеднения клеточными элементами и обогащения соединительной тканью.

Однако следует указать, что в яичнике девочки нередко встречаются эпителиальные включения, являющиеся эмбриональными дистопиями, не имеющими никакого отношения к паренхиме этого органа.

У девочки до четырехлетнего возраста яичники находятся еще только в начальных стадиях своего развития: среди генеративных элементов коркового слоя можно встретить атипические фолликулы с двумя-тремя яйцевыми клетками; интерстициальная ткань яичника

представляется рыхлой и состоит преимущественно из клеток вытянутой и веретенообразной формы (Ф. Е. Агейченко).

У девочек в возрасте 7—8 лет интерстициальная ткань яичника выражена более значительно, хорошо развита и нервно-сосудистая система его. Период этот можно назвать концом периода сложных процессов развития, перестройки и дифференцировки сравнительно рыхлого органа и вместе с тем началом перехода к собственно росту ткани яичника. Исследования Н. Стацевича, Н. П. Овчинникова и др. показывают, что рост яичника в этот период происходит преимущественно в толщину, меньше — в ширину и очень мало — в длину. К этому периоду вес яичников увеличивается в 6—7 раз за счет развития интерстициальной ткани и сосудов.

Дифференцировка отдельных элементов и систем яичника заканчивается и достигает своего полного развития к моменту полового созревания.

Яичник женщины в период половой зрелости имеет вид уплощенного овального тела с неровной поверхностью. В среднем длина его составляет 3—5 см, ширина — 2—3 см, толщина — 1—1,5 см, а вес равняется 5—8 г. По наблюдениям К. П. Улезко-Строгановой, правый яичник обычно несколько больше и тяжелее левого. Соответственно миндалевидной форме в яичнике различают две широких поверхности, два длинных края (прямой и выпуклый) и два узких конца, или полюса. Одна из широких поверхностей яичника, срединная (*facies medialis*), обращена в полость малого таза — внутрь и кверху; другая, боковая поверхность (*facies lateralis*), располагаясь кнаружи и книзу, прилежит к боковой стенке малого таза в области встречающегося здесь углубления (*fossa ovarica*). Следовательно, яичник занимает косое положение, среднее между горизонтальным и вертикальным, но при нормальных условиях длинник его имеет более вертикальное направление. Прямым своим краем (*marginus rectus*) яичник прикреплен, как бы вставлен в задний листок широкой связки, так что небольшая часть этого органа располагается внутрисвязочно, образуя брыжейку (*mesovarium*). В этом месте через прямой край яичника входят и выходят сосуды и нервы последнего, поэтому он называется

также воротами яичника (*hilus ovarii*). Прямой край обращен кпереди, а вся остальная масса яичника с выпуклым краем (*margo liber*) свободно выдается в брюшную полость кзади.

Более острый маточный полюс яичника (*extremitas uterina*) обращен книзу и соединяется с маткой посредством собственной связки, а более закругленный трубный конец направлен более кверху и приближается к устью трубы.

Поверхность яичника матовая, розовато-белая, мелко-бугристая с вдавлениями и рубцами; она покрыта слоем низких кубических клеток, который называется покровным или яичниковым эпителием.

В указанном положении яичник удерживается, кроме упомянутой широкой связки, еще двумя связками. По мере развития и оформления половые железы благодаря обратному развитию верхнего полюса и дифференцировке тазового конца образуют брыжейку и связки. Из складки, соединяющей в раннем периоде эмбрионального развития головной конец вольфова тела с областью диафрагмы (*plica phrenico-mesonephrica*), впоследствии образуется подвешивающая или поддерживающая воронко-тазовая связка яичника — *lig. infundibula pelvisum*. С другой стороны, из паховой складки, идущей от хвостового конца вольфова тела к паховому каналу (*plica inguinomesonephrica*), образуются собственная связка яичника и круглая связка матки. Воронко-тазовая связка представляет собой складку брюшины, которая начинается от линии входа в малый таз в том месте, где общая подвздошная артерия делится на внутреннюю и наружную ветви, затем спускается вниз, несколько кпереди от крестцово-подвздошного сочленения, и достигает наружного полюса яичника и устья трубы. Эта складка, состоящая из плотной волокнистой соединительной ткани и гладких мышечных волокон, содержит сосуды и нервы яичника. Собственная связка яичника соединяет его маточный полюс с углом дна матки сзади и несколько ниже места отхождения трубы. Эта связка имеет вид круглого шнура и состоит из фиброзной ткани, гладких мышечных пучков; она также содержит кровеносные сосуды. Толщина ее у яичникового конца 5 мм и несколько меньше около дна матки. Названные связки входят в состав так

называемой ножки кисты яичника, а поэтому точное знание их необходимо практическому врачу.

Артериальную кровь яичник получает из маточной и внутренней яичниковой артерии. Последняя отходит справа от аорты, слева — от почечной артерии, перекрещивает по пути мочеточник и, опустившись в малый таз, вступает в воронко-тазовую связку. Проходя между листками последней вдоль прямого края яичника, она анастомозирует здесь с яичниковой веточкой маточной артерии.

Анастомоз этот имеет приблизительно одинаковый диаметр, так что одна артерия прямо переходит в другую, а поэтому трудно определить границу, где кончается одна и где начинается другая артерия. Из описанной анастомотической дуги к яичнику отходят почти под прямым углом несколько веточек, которые, извиваясь, поступают в ворота яичника. Таким образом, яичниковая ветвь маточной артерии и внутренняя яичниковая артерия принимают одинаковое участие в питании органа. Названные веточки, вступая в ворота яичника, идут по мозговому слою сначала перпендикулярно к длиннику яичника, затем, приближаясь к корковому слою, изгибаются дугообразно и образуют густую сеть на границе между обоими слоями; в самом корковом слое конечные разветвления этих сосудов образуют сеть капилляров, оплетающих периферию фолликулов, особенно созревающих и зрелых.

Отток венозной крови совершается по многочисленным мелким сосудам, выходящим из ворот яичника и образующих здесь густое узкопетлистое сплетение, переходящее в лозообразное венозное сплетение (*plexus ramipiniformis*). Последнее венозное сплетение, заложенное между листками широкой связки, анастомозирует с маточным сплетением, устанавливая, таким образом, непосредственную связь между внутренней яичниковой и маточной венами. Направляясь далее кнаружи, лозообразное сплетение переходит в яичниковую вену, которая, сопровождая соименную артерию, поднимается из области малого таза по воронко-тазовой связке, проходя по передней поверхности большой поясничной мышцы, перекрещивает наискось мочеточник и вливается справа под острым углом в нижнюю полую вену, а слева под прямым углом — в почечную вену.

Лимфатические сосуды яичника начинаются в капиллярных сетях наружной оболочки фолликулов; в мозговом слое они делаются шире и затем в виде нескольких довольно крупных стволиков покидают яичник, проходя через его ворота. В дальнейшем они присоединяются к артериям и венам яичника, проходят вместе с ними по воронко-тазовой связке и достигают группы поясничных лимфатических узлов.

А. Шварц и В. М. Флоринский указывают, что лимфатическая система яичников устроена по типу лимфатической системы других органов. Она представляется в виде периваскулярных пространств, щелей и стволиков; особенно обильно наделены лимфатическими щелями наружная и внутренняя оболочки фолликула и желтое тело беременности (Шварц).

Яичники обладают способностью к окольному кровообращению. С целью выяснения потенциальных возможностей окольного кровообращения яичников Е. Д. Долго-Сабурова тем или иным способом (перевязка, иссечение и др.) нарушала кровоток основной сосудистой магистрали и через некоторое время отмечала, что в системе сосудов окольного русла параллельно развиваются процессы морфологических и функциональных преобразований: сосуды-коллатерали расширяются, становятся извилистыми, сосуды местного значения превращаются в пути магистрального значения, обеспечивая транспорт крови от центра к периферии и от периферии к центру в случае восстановления венозной системы.

По данным большинства исследователей, яичники имеют богатую иннервацию (А. П. Марковитин, Б. И. Лаврентьев, В. Н. Тонков, В. С. Груздев и др.).

Основной магистралью этой иннервации является яичниковое сплетение. Последнее исходит из почечного и аортального сплетения и сопровождает внутреннюю яичниковую артерию до ворот яичника. Вместе с кровеносными сосудами через ворота в яичники проникают главным образом безмякотные нервы и меньшее количество мякотных стволов. Нервы располагаются преимущественно по соседству с сосудами, образуя в мозговом слое густые сплетения, которые можно видеть также и в корковом слое. Мякотные нервы, проникнув в яичник, тотчас же делятся здесь на мелкие пучки и отдель-

ные волокна, которые идут в корковый слой и распадаются здесь на тончайшие нити, оплетающие фолликулы и проникающие в самую их стенку. Окончания этих нитей А. П. Марковитин мог проследить и в более зрелых фолликулах до зернистой оболочки и почти до яйцевых клеток.

А. З. Кочергинский подчеркивает, что источник иннервации яичников лежит значительно выше самого органа, в грудной области: «Половая железа, располагаясь на ранних стадиях эмбрионального развития краниально в близком соседстве с первичной почкой, опускаясь в тазовую область, тем не менее сохраняет свою первичную связь с соответствующими нервными сплетениями. Иннервация яичников симпатическая или преимущественно симпатическая. Нервный ствол, идущий к яичнику, не имеет связей с другими симпатическими ганглиями и сплетениями, а также с тазовыми нервами».

Надъяичниковый придаток (epoophoron) представляет собой эмбриональный остаток первичной почки. Макроскопически — это совершенно плоское образование, состоящее из группы тонких тяжей-канальцев, расположенных между двумя листками широкой связки, как раз в том ее отделе, который ограничен воротами яичника и наружным концом трубы. Общая форма этого образования у женщин различна (треугольная, трапециевидная и пр.). Число поперечных канальцев тоже различно (от 8 до 16—20), но располагаются они в общем всегда одинаково: более или менее параллельно; одним концом канальцы приближаются к воротам яичника, иногда даже входят в него, а другим, обращенным к трубе концом, несколько извиваясь и расходясь друг от друга, впадают в один общий, более толстый продольный с двумя слепыми концами канал-тяж, который проходит почти параллельно трубе, представляя собой рудиментарный остаток вольфова хода. Слегка извилистый продольный канал на местах впадения в него поперечных канальцев несколько расширен в диаметре. Удаляясь от места впадения в продольный ход, канальцы ветвятся, местами анастомозируют и в несколько сходящемся направлении идут к воротам яичника; клубочков и их следов среди канальцев нет (П. В. Маненков).

У новорожденных девочек надъяичниковый придаток хорошо виден невооруженным глазом при рассматривании мезосальпинкса в проходящем свете; он более или менее выражен у молодых женщин; в 30—40-летнем возрасте придаток начинает постепенно атрофироваться.

Являясь рудиментом канальцев вольфова тела в той его части, которая у мужчин превращается в придаток яичка, паровариум не имеет физиологического значения, но из него возникают и развиваются так называемые паровариальные кисты.

Питание надъяичникового придатка обеспечивается мелкими разветвлениями от трубной ветки внутренней яичниковой артерии. Что же касается лимфатических сосудов, то через паровариум проходят от яичника к трубе несколько отдельных стволиков, которые не всегда можно отличить от самих поперечных канальцев (Н. А. Гиглер).

Половые железы женщины, отличаясь сложным анатомическим строением, обладают еще более разнообразными физиологическими функциями.

Основные функции яичника — генеративная и вегетативная. Первая из них служит для продолжения человеческого рода. Вегетативная деятельность половых желез, теснейшим образом связанная с генеративной функцией, сводится к явлениям возбуждения, гиперемии и стимуляции и оказывает огромное влияние на ряд основных физиологических процессов и отправлениях, развивающихся в женском организме и характеризующих его половую специфичность. Вегетативно-половая функция яичника имеет своей задачей усиленный рост и полную дифференцировку всего полового аппарата женщины, т. е. способствует превращению ее половых органов в зрелое состояние, а вегетативно-соматическая функция содействует формированию индивидуума в женский организм.

Клиника и экспериментальная эндокринология накопили огромный материал, свидетельствующий о значении яичника как органа, выполняющего многогранную функцию и в значительной мере влияющего на физиологическое и патологическое состояние организма женщины.

Уже к моменту рождения девочки ясно выявляются половые органы и некоторые из так называемых вторич-

ных половых признаков, например строение таза и др. Кроме того, вегетативно-соматическая функция половых желез оказывает активное влияние на общий рост, на процессы обмена веществ, на кальцинацию костей, нервную и сердечно-сосудистую деятельность организма в целом.

Наконец, изменения во всем организме и половом аппарате женщины в климактерическом и старческом периоде также находятся в определенной зависимости от функционального состояния половых желез. Таким образом, развитие половых органов, циклическое течение их функций, проявление вторичных половых признаков в женском организме, почти от момента зарождения до глубокой старости, происходят под физиологическим влиянием половых желез.

Следовательно, вегетативная функция половых желез осуществляется в течение всей жизни человека.

Биологические особенности и морфологические отличия женского организма от мужского зависят не только от инкреторной деятельности яичников. Здесь играет роль не одна половая железа, а целый ряд желез внутренней секреции: придаток мозга, щитовидная железа, надпочечник и др., которые в корреляции с другими органами и системами под общим управлением центральной нервной системы выполняют сложную и весьма многообразную функцию.

Выпадение или искусственное выключение функции половых желез заметно нарушает физиологическую гармонию органов, систем и всего организма в целом. В опытах на животных и в клинических наблюдениях над молодыми женщинами после радикального удаления яичников были отмечены резко выраженные признаки нарушения физической и психической жизни.

Большое влияние на функцию половой железы оказывает, естественно, воздействие на организм внешней среды: условий жизни, труда, питания и прочего, что безусловно имеет огромное значение во все периоды жизни и особенно в момент развития и полового созревания женщины.

Известно, что плохие бытовые и экономические условия пагубно отражаются на развитии девочки: наблюдается общее недоразвитие, и прежде всего половых органов, первичная аменорея или позднее наступление

менструальной функции, а в последующем — бесплодие. Поэтому особое внимание следует обращать на девочек дошкольного и школьного возраста, создавая им необходимые условия для нормального физического и психического развития.

Полного развития яичники достигают в период полового созревания, т. е. в среднем на 13—15-м году жизни. К этому времени обычно происходят коренные изменения как во всем организме женщины, так и в половом аппарате: в яичнике начинает происходить овуляция с последующим развитием желтого тела и появлением из половых органов кровяных выделений (менархе).

Возраст полового созревания представляет собой один из важнейших критических периодов в жизни девочки. Те или иные физиологические процессы, происходящие в организме в период общего развития и протекающие до *pubertas* обычно в скрытом виде, получают окончательное выражение только с наступлением половой зрелости, когда гормоны половых желез дают могучий толчок к формированию новых качеств, особенностей организма: девочка превращается в девушку.

Время наступления половой зрелости, так же как и продолжительность ее, колеблется в зависимости как от общих условий, так и от индивидуальных особенностей организма.

Хотя девушка после появления менструальной функции может забеременеть, нельзя считать, что в этом возрасте она может вести нормальную половую жизнь. Полного физического и психического развития женщина средней полосы достигает примерно к 20 годам; в этом возрасте наблюдается усиленная деятельность половых желез, резко выявляются вторичные половые признаки и т. п.

В основе анатомо-физиологических изменений, которые происходят в организме девушки с наступлением половой зрелости, лежат нормальные биологические и физиологические процессы, осуществляемые в половых железах и соответственно во всей эндокринно-вегетативной системе, причем в детском и пубертатном периоде функция яичников играет определяющую и направляющую в этом отношении роль. Нормальное развитие женского организма в основном зависит от правильной коррелятивной связи и взаимосвязи отдельных частей,

органов и систем при благоприятных внешних условиях окружающей среды. В период полового созревания мы можем наблюдать перестройку и изменения в работе всех желез внутренней секреции. Рост половых органов женщины вообще и яичников в частности происходит под непосредственным влиянием гипофиза [Цондек (Zondec)]. Многочисленные наблюдения клиницистов и экспериментаторов указывают на связь, существующую между щитовидной железой и ростом женского организма в период половой зрелости (В. Г. Штефко).

Суммируя кратко приведенные данные, мы должны указать, что как развитие, так и выраженная дифференцировка отдельных тканей, органов и систем организма в целом в период половой зрелости происходят главным образом за счет функциональной деятельности половой и щитовидной железы, гипофиза и других желез под коррелятивным управлением центральной нервной системы.

Некоторые авторы, занимавшиеся изучением функций половых желез, приписывали им доминирующую роль, недостаточно учитывая их связь с нервной системой (Цондек, С. М. Павленко, М. В. Могилев и др.).

Успешное развитие отечественной физиологии, и прежде всего материалистическое учение И. П. Павлова, позволили расширить наши представления о деятельности половых желез. Установлено, что физиологическая функция яичников безусловно связана с состоянием центральной нервной системы, коры головного мозга. К сожалению, в настоящее время клинических наблюдений и экспериментальных исследований в этом направлении проведено еще мало. Работы К. М. Быкова и его учеников, посвященные изучению вопросов функциональной связи коры головного мозга с работой внутренних органов, показывают, что нормальная работа желудка, почек и других внутренних органов осуществляется благодаря сложным процессам иррадиации и взаимной индукции в нервных центрах, связанных с гуморальными факторами.

Исследования зрительной адаптации с целью определения степени чувствительности высшей нервной деятельности были осуществлены в физиологии (П. П. Лазарев), в акушерстве и гинекологии (И. И. Яковлев, В. В. Пацук и Э. М. Сенкевич). Установлено, что при

неполноценности половых желез имеется понижение адаптационных кривых.

В сущности при неполноценности половых желез отмечается своеобразное явление преждевременного старения организма с понижением чувствительности центральной нервной системы. Подобная зависимость установлена между чувствительностью головного мозга и рефлекторной возбудимостью матки (Н. А. Подзоров, И. И. Яковлев).

Физиологическая деятельность половых желез интимно связана с морфологическими и функциональными состояниями других органов и систем организма женщины: изменения любого органа могут нарушить или затруднить нормальную работу других органов и систем, а следовательно, и всего организма в целом. Исследования М. Е. Папиташвили показывают, что неполноценная функция инфантильных яичников или ее отсутствие после кастрации не только отражается на развитии матки, но и вызывает ряд функциональных и морфологических изменений в щитовидной, вилочковой, поджелудочной железе, надпочечнике, гипофизе, в периферических узлах вегетативной нервной системы и т. д. — нарушается корреляция между органами внутренней секреции. Впрыскивая фолликулярный гормон, автор в эксперименте вызывал частичное или почти полное восстановление морфологического строения и функциональной деятельности органов.

Вегетативно-половая и вегетативно-соматическая функции половых желез начинаются в эмбриональном периоде и продолжаются до глубокой старости. Изученное еще в 70-х годах прошлого столетия явление атрезии яйцевых фолликулов в яичниках рассматривалось как нормальный физиологический процесс. Это положение было впервые постулировано К. Ф. Славянским.

Если вегетативная функция яичника продолжается в течение всей жизни, оказывая благотворное влияние на организм женщины, то генеративная функция продолжается приблизительно около 30 лет.

Особенностью этого периода полового расцвета женщины является полное созревание фолликула с его разрывом, овуляцией в узком смысле слова, и выделением яйцеклетки, развитием желтого тела и наконец

менструальными выделениями или наступлением беременности. Циклические изменения, которые протекают в яичнике, принято делить на две фазы: фолликулярную и лютеиновую. Каждая фаза имеет свои особенности, вызывая ряд изменений в половых органах и во всем организме женщины. Однако яичниковый цикл не является самостоятельным процессом, а вызывается взаимодействием других систем и координируется корой головного мозга. На нервные раздражения полового центра передняя доля гипофиза отвечает продукцией гонадотропных гормонов, которые стимулируют рост фолликула и развитие желтого тела.

В фолликулярную фазу яичник выделяет в организм женщины эстрогенный гормон, гормон-конструктор, антагонист мужского гормона. В лютеиновую фазу яичник продуцирует прогестерон, гормон-трансформатор слизистой оболочки матки.

Циклические изменения в яичниках, внешним проявлением которых являются менструальные выделения, заканчиваются к 45—50 годам. В яичниках женщины за всю жизнь созревает около 300—400 яйцеклеток, способных к оплодотворению. Остальные фолликулы постепенно гибнут, так же как и в детском возрасте. Гибель фолликулов в более позднем периоде в результате физиологической их атрезии и является источником внутренней секреции, оказывающей вегетативное влияние.

Играя важнейшую роль в жизни организма, влияя на течение всех процессов, совершающихся в нем, нервная система получает из различных областей организма сигналы и реагирует на них. Особенно велико воздействие на центральную нервную систему со стороны эндокринных органов, в частности половых желез, инкреты которых поступают непосредственно в кровь, которая при посредстве гормонов осуществляет взаимное, очень сложное действие органов и тканей друг на друга. Нервная система управляет органами внутренней секреции, как и всеми другими системами; однако гормоны половых желез, со своей стороны, могут влиять как на периферические окончания нервов, так и на нервные центры.

Следовательно, обе системы связаны между собой теснейшим образом и это дает нам право говорить о единой нервно-гуморальной корреляции организма при

ведущей роли центральной нервной системы. Об этом единстве организма 50 лет назад говорил В. В. Преображенский. «Учение о железах внутренней секреции, подкрепив законы равновесия органов, еще более утвердило взгляд на организм как гармоническое целое, где каждая часть важна уже тем, что она живет в этом целом. Никакая вытяжка не в силах заменить живущего органа прежде всего потому, что она делается *in vitro*, а не *in corpore*, а затем количество вводимых субстанций никогда нельзя так регулировать, как оно регулируется в организме нервным и сосудистым прибором».

Грубое нарушение или выключение функции любого органа или системы органов может вызвать заметное нарушение равновесия организма. Например, удаление гипофиза приводит к полному прекращению функции яичника, к угнетению всей женской половой системы и деятельности организма в целом. На значение нервного раздражения яичников указывал К. Ф. Славянский, который, однако, не мог в то время объяснить это явление и связать его с деятельностью центральной нервной системы. По этому поводу он писал: «Лопание зрелых фолликулов находится всегда в связи с приливами крови к половым органам, от каких бы причин они ни зависели...».

Для окончательного разрешения вопросов физиологии и патологии женских половых желез требуется еще большая совместная работа экспериментаторов и клиницистов.

Тем не менее все авторы согласны с основным положением, что анатомо-физиологические процессы, совершающиеся в яичниках (рост, созревание, лопание фолликула с последующим образованием желтого тела и др.), есть функция всего организма, которая затрагивает все более или менее важные стороны его, начиная с нервной системы, эндокринного аппарата и кончая сосудистой системой. Не вызывает ни у кого сомнений также и то, что для благополучия женского организма необходима нормальная функция здоровых половых желез.

ГЛАВА III

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ КИСТЫ И КИСТОМЫ ЯИЧНИКОВ

Клиническое понятие доброкачественности кистозных образований яичника

Отсутствие точных цифровых данных не позволяет привести процентное отношение частоты поражения яичников новообразовательными опухолями вообще, в частности доброкачественными кистами, тем не менее последние встречаются часто и поражают преимущественно женщин в цветущем возрасте.

Кистомы яичников чрезвычайно разнообразны по своей форме, строению, росту и клиническому течению. Поэтому трудно дать исчерпывающее определение и полную характеристику встречающихся кистозных образований в смысле их доброкачественности.

Понятие доброкачественного характера кисты и кистомы яичника условно, оно употребляется в клиническом смысле.

Зрелые кистомы яичника, не обладающие ни местными деструктивными свойствами, ни способностью к гематогенной или лимфогенной генерализации, практически можно считать доброкачественными.

Большинство доброкачественных кистозных образований яичника является обычно производным одного зародышевого листка. Клетки опухоли могут быть дифференцированными и иметь определенный характер роста. Например, эпителиальные клетки, образующие железистые трубки, сохраняют эту тенденцию и при опухолевом росте, в результате чего возникают железистые образования, из которых при скоплении секрета могут развиваться кисты яичника.

Вид и строение кистозной опухоли яичника зависят от того, из какой ткани и части органа она произошла, какое направление и характер принял ее рост. Часто структура опухоли напоминает в той или иной степени строение ткани, из которой она возникла, отличаясь от нее лишь некоторой атипичностью отдельных клеток или неправильностью их взаиморасположения.

В каждой кистозной опухоли, какое бы происхождение и строение она ни имела, можно различить две неравноценные части: паренхиму, т. е. специфическую ткань опухоли, и ее соединительнотканную строму. Паренхима и строма не представляют собой каких-то обособленных частей опухоли. Наоборот, они связаны гистогенетически и биологически и составляют в опухолевом процессе органическое единство: питание паренхимы зависит от кровоснабжения, которое связано со стромой; с другой стороны, паренхима оказывает организующее влияние на строму, и часто количество последней обусловлено характером и состоянием паренхимы (А. И. Абрикосов).

Паренхима кистомы, ее специфическая ткань, является продуктом размножения клеток той части органа, из которого она развилась. Таким образом, паренхима определяет сущность новообразовательного процесса и от ее характера в основном зависит морфологическое строение и клиническое течение кистозной опухоли яичника.

Ни анатомическая форма, ни характер взаимоотношения растущей ткани с ее окружением сами по себе еще не могут определить доброкачественный характер кистозной опухоли. При оценке образования и характера развития опухолевого процесса необходимо учитывать причины, обусловившие разрастание тканей. Однако нужно признать, что первопричина роста большинства новообразованных опухолей остается пока неизвестной.

Как бы ни были велики пробелы в наших знаниях о природе доброкачественных кистозных опухолей яичника, все же в настоящее время имеются достаточно веские основания (мы имеем в виду прежде всего клинические признаки) для отделения этой группы кистом от злокачественных новообразовательных процессов.

Доброкачественные кистомы не дают метастазов ни в ближайшие, ни в отдаленные участки организма. Граница доброкачественной кистозной опухоли обычно ясно видна благодаря наличию капсулы, из которой она легко может быть выделена целиком. Поэтому после операции заболевание не возобновляется, не дает рецидива.

Знание признаков доброкачественности кистозных опухолей яичника приобретает с практической точки зрения исключительное значение. На основании морфологических особенностей отдельных видов кист и кистом яичника и клинического их течения врач должен практически решить вопрос относительно доброкачественности процесса и в соответствии с этим выбрать наиболее рациональный метод оперативного лечения.

Таким образом, мы вплотную подходим к вопросу о классификации опухолей яичника, к проблеме дифференциации доброкачественных кистом яичника и злокачественных новообразований.

В рациональной классификации должно найти отражение все многообразие новообразовательного процесса, следовательно, классификация неизбежно соприкасается с проблемой гистогенеза и патогенеза, с необходимостью учета биологических особенностей, определяющих клиническое течение болезни.

К сожалению, установление источника возникновения и развития яичниковых кистозных опухолей с их запутанной и противоречивой терминологией и еще более неясным и спорным гистогенезом является очень сложным вопросом.

Анализ отечественной и иностранной литературы относительно современного состояния вопроса об опухолевом процессе приводит к выводу о бесполезности поисков какой-то единой, универсальной причины возникновения кистомы яичника. По-видимому, существует ряд многочисленных и многообразных факторов, которые при наличии определенных условий в виде эндогенных особенностей организма и воздействия окружающей среды могут приобретать этиологическое значение.

В качестве предрасполагающих к возникновению и развитию кистомы яичника факторов, нужно думать, значительную роль играет сам организм, его нервная регуляция в виде вегетативно-эндокринных установок, состояние ретикуло-эндотелиальной системы, межтканевой обмен веществ, рациональное питание и т. д.

Из местных условий, благоприятствующих появлению опухолевого процесса, нужно иметь в виду порочное развитие ткани, органа или сохранение в них тех или иных эмбриональных остатков. Известную роль играет также воздействие на ткани химическими, физическими, термическими, бластогенными факторами (эстрогены), паразитарными агентами, вирусами и т. п.

Все перечисленные моменты и факторы, действуя на ткани организма животного при наличии соответствующих эндогенных предпосылок, по-видимому, могут способствовать возникновению и развитию опухолевого процесса.

Клинико-анатомическая характеристика кистозных образований яичника

Чрезвычайно важный для клинициста вопрос о классификации опухолей яичника, к сожалению, до настоящего времени не получил окончательного разрешения. Пока еще нет общепризнанной и рационально построенной классификации опухолей женских половых желез.

Первые попытки в этом направлении относятся к периоду, когда начали производить овариотомию. Как только хирурги стали лечить кистовидные опухоли яичников оперативным способом, они обратили внимание на большое разнообразие этих опухолей как по внешнему виду, так и по их течению. Еще в 1827 г. К. Вестфальт все кистовидные опухоли придатков матки объединил под названием «водяной болезни яичников» (водянка яичника. — *Ф. П.*).

Первая гистологическая классификация опухолей яичников была предложена в 1870 г. Вальдейером, (Waldeyer), который разделил их на две группы: опухоли эпителиальные (кистома, карцинома, аденома) и опухоли соединительнотканые (фиброма, саркома, миксома). В дальнейшем большинство авторов стали пользоваться этой гистологической классификацией Валь-

дейера, сохранив, однако, для практических целей деление опухолей яичника на кистозные и плотные.

В основу классификации встречающихся в человеческом организме опухолей Вирхов (Virchow) положил гистогенетический принцип, считая, что не архитектоника, не характер и свойства клеток должны служить базой для номенклатуры опухолей, а почва, из которой она исходит. С этого времени начинается стремление авторов создать классификацию опухолей яичника по принципу их гистогенеза. Классификация Пфанненштиля (Pfannenstiel), построенная в основном соответственно выдвинутому Вирховом требованию, быстро распространилась. В имеющихся учебниках и руководствах по гинекологии зарубежных и отечественных авторов до сих пор большинство классификаций опухолей яичника построено на гистогенетическом принципе Пфанненштиля.

Совершенно правильное деление опухолей яичника с точки зрения их тканевого происхождения с практической стороны страдает многими недостатками: получается очень сложная, запутанная в деталях номенклатура и в то же время все многообразие опухолей яичника не укладывается в схему Пфанненштиля, а гистогенез их остается сомнительным.

Р. Мейер (R. Meyer) усовершенствовал и дополнил классификацию Пфанненштиля, но она тем не менее не получила распространения из-за чрезмерной сложности.

Штенберг (Stenberg) предложил новую классификацию: очень подробная и тщательно составленная с точки зрения гистологических видов опухолей яичника, она была лишена клинической характеристики. Эта классификация также не нашла практического применения.

Дедерлейн (Döderlein) предложил клиническую классификацию, разделив все опухоли яичника на доброкачественные и злокачественные. Однако она не могла удовлетворить ни клиницистов, ни патологоанатомов, так как не всегда можно установить абсолютно доброкачественный или злокачественный характер встречающихся опухолей.

Так обстоял вопрос о классификации яичниковых опухолей до 1937 г., когда советский ученый М. Ф. Глазунов вновь предложил гистогенетическую классификацию опухолей, встречающихся в человеческом организ-

ме. Барзилай (Barzilai) и Л. М. Шабад (1946 и 1948) предложили классификацию опухолей яичников, построенную также на гистогенетическом принципе.

Всякая классификация должна быть простой, краткой и в то же время полной, т. е. охватывать сущность опухолевого процесса со всех необходимых сторон и включать в себя все встречающиеся формы яичниковых опухолей (М. С. Малиновский). К сожалению, все до сих пор известные классификации опухолей яичника чрезмерно громоздки, сложны и малоприспособлены для практических целей.

Несмотря на определенные успехи советских и зарубежных ученых в области изучения гистогенеза нормальных и опухолевых тканей, которые внесли некоторую ясность в понимание вопросов гистогенеза и характера роста опухолей, на пути к построению рациональной классификации опухолей яичника все еще имеется ряд препятствий и поэтому вряд ли мы будем иметь ее в ближайшее время (М. Ф. Глазунов).

Нисколько не умаляя теоретического интереса и практического значения гистогенеза опухолей яичника, мы, клиницисты, решаем у операционного стола другую ответственную задачу: нас интересует больше всего вопрос, как избавить больную от основного страдания, не нарушая в то же время полноценность функций организма в целом. Само собой понятно, что для правильного решения этого вопроса необходимо выяснить характер кистозной опухоли с точки зрения ее клинического течения и доброкачественности.

Практический врач у постели больной на основании данных клинического исследования должен решить вопрос о характере встретившейся кистозной опухоли и в соответствии с этим оказать рациональную хирургическую помощь: удалить кистому яичника и не только восстановить физическое здоровье, но по возможности сохранить и физиологические функции отдельных органов и систем в организме молодой женщины.

Следуя общепринятым установкам, согласно которым всякая распознанная опухоль яичника подлежит хирургическому удалению, мы, клиницисты, формально

поступаем совершенно правильно, но часто можем нанести непоправимый вред, радикально оперируя молодую женщину по поводу доброкачественной кисты яичника.

Утверждение, что из определенной ткани всегда возникает только известная опухоль, едва ли бесспорно для всех случаев. Мы отмечали, что в одной и той же кистоме имеются элементы того и другого вида кистозной опухоли. Не имеем ли мы в этих случаях дело с наличием элементов различных кистом и количественным преобладанием тканей одного вида кистозной опухоли, что дает клиницисту и морфологу право говорить о ее качественной определенности?

К сожалению, на этот вопрос мы пока не можем дать ясного ответа. Весьма вероятно, что в процессе опухолевого роста возможны в известных пределах переходы и превращения одного вида кистом в другой, так же, как, например, доброкачественная кистозная опухоль может переродиться или превратиться в злокачественную. Все это, может быть, зависит от времени и многих других факторов, но не все еще нам пока здесь понятно.

С этой точки зрения большой интерес представляют исследования К. А. Лаврова, который в своих опытах, меняя условия развития и существования тканей, наблюдал изменения их свойств и структуры вплоть до превращения одной ткани в другую.

Работы М. Ф. Глазунова, В. Михайлова, К. А. Лаврова и др. обогатили советскую науку новыми данными. Но тем не менее они не внесли полной ясности в вопрос о кистозных опухолях яичника. Морфологическое исследование опухоли, как бы тщательно оно ни было произведено, даже если применяется экспериментальный метод с тканевыми культурами, не может решить проблему во всем объеме.

Помимо морфологических исследований, для решения этой проблемы необходимо привлечь данные клиники в широком смысле слова. Только в результате комплексной работы морфологов и клиницистов можно успешно преодолеть имеющиеся трудности и односторонность в решении поставленных вопросов. Только совместными усилиями клиницистов и экспериментаторов онкологов можно создать рациональную класси-

фикацию, в которой найдут отражение все стороны и все многообразие опухолей яичника.

Мы считаем, что практическому врачу в первую очередь нужны знания относительно характера клинической доброкачественности повседневно встречающихся кист и кистом яичника. Ниже мы предлагаем клинко-анатомическую характеристику кистозидных образований яичника, разработанную нами на основании данных, полученных более чем за 20 лет практической работы.

Клинко-анатомическая характеристика доброкачественных кистозидных образований яичника

Наименование опухоли	Характер опухоли	
	гистологически	клинически
Фолликулярная киста	Доброкачественный	Доброкачественный
Лютеиновая киста . . .	"	"
Шоколадная киста . . .	"	"
Паровариальная киста	"	"
Мелкокистозное пере- рождение яичника	"	"
Псевдомуциозная ки- стома	"	"
Псевдомиксома яичника	"	Относительно доброкачественный
Псевдомиксома брюши- ны	"	Злокачественный
Серозно-сосочковая (па- пиллярная) кистома	"	Относительно доброкачественный
Простая серозная ки- стома	"	Доброкачественный
Поверхностная папил- лома	"	Относительно злокачественный
Дермоидная кистома	"	Доброкачественный

ГЛАВА IV

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

В основу настоящей работы легли собственные наблюдения автора над женщинами, оперированными по поводу доброкачественных кистозных опухолей яичника. Клинический материал составляет 800 случаев хирургического лечения кистовидных образований яичника и паровария с учетом ближайших и отдаленных результатов.

Являясь сторонниками целесообразного консерватизма при оперативном лечении доброкачественных кист и кистом яичника, мы заботились не только о восстановлении физического здоровья и работоспособности больных, но и старались по возможности сохранить у молодой женщины все основные физиологические функции. Консервативный принцип осуществлялся нами в первую очередь при двусторонних поражениях яичников доброкачественными кистозными опухолями, когда радикальная операция обычно наносит молодой женщине непоправимый ущерб, лишая ее навсегда менструальной и детородной функций.

Получив положительные результаты от консервативных операций при двусторонних кистах яичника, мы этот целесообразный метод в дальнейшем начали использовать при паровариальных кистах, а также при одностороннем заболевании яичников доброкачественной кистозной опухолью. В последнее время при двусторонних фолликулярных кистах и кистах желтого тела яичника некоторые хирурги и гинекологи стремятся сохранить и оставить хотя бы на одном яичнике кусочек нормальной ткани. Однако при односторонних кистах, если второй яичник макроскопически представ-

ляется здоровым, врачи обычно не думают о целесообразности консервативной цистэктомии: сейчас и хирурги, и гинекологи даже фолликулярную кисту одного яичника удаляют, как правило, вместе с трубой (см. рис. 1).

Нельзя также считать обоснованным, что хирурги и гинекологи при вмешательстве по поводу паровариальной кисты вместе с последней удаляют функционально здоровую трубу и таким образом навсегда могут лишить молодую женщину материнства.

Мы принципиально стоим на точке зрения целесообразного консервативного метода лечения, который имеет все преимущества перед необоснованным радикальным и должен быть методом выбора при хирургическом лечении доброкачественных кистом яичника и паровариальной кисты у молодых женщин.

В настоящей работе мы затронем также вопрос об оперативном удалении кисты яичника во время беременности. Нас особенно интересует срок беременности, который в этих случаях является наиболее безопасным для хирургического вмешательства, так как взгляд акушеров-гинекологов на этот вопрос в настоящее время расходится.

Мы изучили клинический материал ЦНИАГИ (ныне Институт акушерства и гинекологии АМН СССР в Ленинграде), клинических баз кафедры акушерства и гинекологии Центрального института усовершенствования врачей Министерства здравоохранения СССР, Государственного научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества НКЗ РСФСР, гинекологических больниц № 1 и № 5 и родильного дома № 6 имени Крупской (Москва).

Анализ наших данных и тщательное клиническое наблюдение за отдаленными результатами операций по поводу доброкачественных кист и кистом яичника убедили нас в целесообразности консервативного метода, который необходимо проводить во всех соответствующих случаях ради сохранения женщине здоровья и функции деторождения.

Опухоли яичника встречаются в любом возрасте, но доброкачественные кисты и кистомы яичника поражают

преимущественно молодых женщин и особенно часто в период половой зрелости.

Так, по нашим данным, доброкачественные кистозные опухоли яичников у больных в возрасте от 21 года до 40 лет встретились в 589 случаях, что составляет 73,6% к общему числу оперированных. После 45 лет частота кистозных опухолей яичника заметно снижается, а после 50—60 лет они встречаются редко (табл. 1).

До начала половой зрелости доброкачественные кистозные опухоли яичников наблюдаются очень редко. Так, например, на своем сравнительно большом клиническом материале мы наблюдали перекрученные кистомы яичника лишь у двух девочек, у которых до поступления в клинику еще не было менструаций.

Таблица 1

Возраст больных	Число больных
До 10 лет	0
От 11 до 15 лет	2
От 16 до 20 лет	37
От 21 года до 25 лет	138
От 26 до 30 лет	187
От 31 года до 35 лет	135
От 36 до 40 лет	129
От 41 года до 45 лет	76
От 46 до 50 лет	51
От 51 года до 55 лет	21
От 56 до 60 лет	12
От 61 года до 70 лет	10
Старше 70 лет	2

Обращает на себя внимание относительно позднее начало менструаций у женщин с кистозными опухолями яичника.

У преобладающего большинства больных (575 женщин) менструальная функция установилась с 4-недельным циклом, у 189 женщин менструации повторялись через каждые 3 недели.

На учащенные менструации имеется указание у 13 больных, у 20 женщин менструации были с промежутками в 2—3 месяца, 15 из 800 больных отмечали до операции нерегулярный менструальный цикл. У 86

больных при нормальном цикле менструации характеризуются обильной потерей крови, а у 97 они сопровождаются болями различной интенсивности. Указание на скудные менструации имеются у 18 больных. Наконец, до заболевания и поступления в клинику менструации не наблюдались у 3 девочек 14 и 15 лет (табл. 2 и 3).

Таким образом, со стороны менструальной функции особых отклонений до настоящего заболевания женщины не отмечали.

Таблица 2

Время наступления менструальной функции

Возраст при наступлении менструации	Число больных
10 лет	5
11	11
12	43
13	117
14	203
15	131
16	129
17	88
18	39
19	18
20	10
После 20 лет	3
Нет менструаций	3

Таблица 3

Тип и характер менструальной функции

Менструальный цикл	Продолжительность менструации	Число больных
I. Четырехнедельный цикл	От 1 до 2 дней	24
	. 3 . 4 .	331
	. 5 . 6 .	169
II. Трехнедельный цикл 7 . 8 .	51
	От 1 до 2 дней	5
	. 3 . 4 .	107
III. Учащенные менструации (двухнедельный цикл) 5 . 6 .	55
	. 7 . 8 .	21
	От 1 до 2 дней	0
	. 3 . 4 .	5
	. 5 . 6 .	4
	. 7 . 8 .	4

Продолжение

Менструальный цикл	Продолжительность менструации	Число больных
IV. Редкие менструации (через 1½—2—3 месяца)	От 1 до 2 дней	0
	• 3 • 4 •	8
	• 5 • 6 •	8
	• 7 • 8 •	4

Среди больных было 33 девушки; нерегулярной половой жизнью живет 21 больная, не имеют половых сношений 67 женщин; 31 женщина предохраняется от беременности.

Из живущих регулярной половой жизнью ни разу не были беременны 104 женщины, хотя ни к каким средствам предохранения не прибегали. После родов и выкидышей в настоящее время страдает вторичным бесплодием 101 женщина.

По одному разу были беременны 163 женщины. Из них 105 рожали нормально, а у 58 беременность окончилась выкидышем (искусственным или самопроизвольным). В этой группе страдают вторичным бесплодием 49 больных (30%).

По две беременности имели 129 женщин. Из них 55 женщин рожали по два раза; 57 женщин рожали и имели прерывание беременности по одному разу, а 17 — по два выкидыша. В дальнейшем остались бесплодными 18 женщины (у одной в последующем наступила внематочная беременность).

По три раза были беременны 99 женщин. Из них рожали три раза 25 человек, два раза — 36 и один раз — 33. По одному выкидышу имели 32 женщины, по два и по три выкидыша — 14. В настоящее время 12 женщины остаются бесплодными.

По четыре беременности имели 67 больных, по пять — 57. После родов и выкидышей 18 женщин страдают вторичным бесплодием.

И наконец 148 женщин имели от 6 до 15 беременностей, закончившихся в большинстве случаев родами. Некоторые из них рожали от 6 до 13 раз. Прерывание беременности производилось от 2 до 11 раз. 9 женщин, будучи многократно беременными, ни разу не рожали, а у 21 женщины все беременности окончи-

лись родами. Вторичное бесплодие наблюдалось всего в 4 случаях.

После выкидышей и родов воспалительные процессы женских половых органов были у 92 женщины, после выкидышей — у 53 и после родов — у 39 больных.

Давность заболевания была следующей. Считают себя больными меньше 6 месяцев 176 женщины, в течение года — 142, от 1 года до 3 лет — 135, до 5 лет — 74, до 10 лет — 69 и свыше 10 лет — 12 женщин. В 192 случаях в историях болезни указаний на давность заболевания не имеется.

Киста яичника у 98 женщины обнаружена случайно во время медицинского осмотра при поступлении на работу, при прохождении санаторно-курортной комиссии, при профилактическом осмотре и т. д. 81 больная обратилась к врачу по поводу задержки менструаций.

Больные в основном жаловались на различного характера боли внизу живота и пояснице (приступообразные, схваткообразные, режущие, тянущие, ноющие, отдающие в ногу, плечо и т. д.), от незначительных до резких степеней, мешающие выполнению обычной работы.

Расстройства функций кишечника и мочевого пузыря отмечались у 82 больных.

Увеличение живота отмечают 66 больных, причем у 22 из них никаких других патологических изменений не отмечалось, 21 больная одновременно жаловалась на похудание (у 5 из них был асцит).

Быстрый рост опухоли отмечали 17 больных.

По анамнезу можно было предположить перекручивание ножки опухоли у 167 больных. Некоторые из них имели от одного до 5 приступов характерных болей в животе, сопровождавшихся тошнотой, а иногда даже рвотой.

В связи с заболеванием у женщин произошли заметные изменения в менструальной функции. Обильными и длительными менструациями страдали 74 больных, 18 женщины жаловались на нарушение цикла; 29 больных обратились по поводу аменореи, причем в 13 случаях можно было предположить «аменорею военного времени». На учащенные менструации указывает 21 больная и 16 женщин имеют скудные и укороченные менструации.

В прошлом операцию удаления кисты яичника перенесли 34 больных; 9 женщин были оперированы по поводу внематочной беременности, а две — до этого заболевания подверглись операции кесарева сечения. Наконец, 36 больных перенесли аппендэктомию (табл. 4).

Таблица 4

Данные расспроса и жалобы больных

1. Жалобы на боли различного характера	497	больных
Из них:		
а) тошнота и рвота	48	.
б) быстрый рост опухоли	17	.
в) увеличение опухоли, отмеченное самими больными	66	.
г) указание на похудание	22	.
д) явления перекрута	167	.
2. Киста обнаружена случайно	98	.
3. Имеется задержка менструации	81	больная
4. Предохраняется от беременности	31	.
5. Жалуются на бесплодие	27	больных
6. Перенесли воспаление женских половых органов	91	больная
7. Расстройство функции мочеиспускания	58	больных
8. Расстройство функции кишечника	24	.
9. Изменения и нарушения менструальной функции в связи с настоящим заболеванием:		
а) обильные и продолжительные менструации	74	.
б) учащенные менструации	21	больная
в) скудные менструации	16	больных
г) нарушение цикла	18	.
д) аменорея	29	.
е) менопауза	52	.
ж) маточное кровотечение	7	.
з) болезненные менструации	16	.
10. Перенесли операцию раньше (до настоящего заболевания):		
а) удаление кисты яичника	34	.
б) кесарево сечение	2	.
в) аппендэктомию	36	.

Во время операции двусторонние кистозные опухоли яичников были обнаружены у 134 больных, паровариальные кисты — у 84. В остальных случаях встретились односторонние кисты и кистомы яичников, располагавшиеся справа или слева, почти в одинаковом количестве.

Межсвязочное расположение опухолей мы встретили 42 раза, причем у 28 женщин это были двусторонние сосочковые кистомы; односторонние серозные кистомы располагались межсвязочно у 14 больных. Ложномеж-

связочное расположение кист и кистом яичника мы наблюдали 19 раз.

Сочетание кисты яичника и нормальной беременности, по нашим данным, встретилось 110 раз.

По поводу неполного выкидыша поступили в клинику 12 женщины и 18 с явлениями «острого живота», с подозрением на внематочную беременность; в этих случаях в порядке оказания неотложной помощи во время предпринятого чревосечения по поводу внематочной беременности у больных была обнаружена киста яичника или паровария.

Сочетание кисты яичника и фибромиомы матки мы наблюдали в 40 случаях.

Анатомический перекрут ножки опухоли во время операции встретился 128 раз, выраженная клиническая картина перекрута ножки опухоли совпала с анатомическим диагнозом у 92 больных (табл. 5).

Таблица 5

Данные осмотра и операционный диагноз

1. Одностороннее поражение яичника кистозной опухолью	582
Из них:	
правого яичника	295
левого яичника	287
2. Двусторонние кистозные опухоли яичника	134
3. Односторонние паровариальные кисты	76
4. Двусторонние паровариальные кисты	8
5. Межсвязочные кистозные опухоли	42
6. Ложномежсвязочные кистозные опухоли	19
7. Сочетание кисты яичника и беременности	110
8. Сочетание кисты яичника и неполного выкидыша	12
9. Сочетание внематочной беременности и кисты яичника	18
10. Киста яичника и хроническое воспаление червеобразного отростка	39
11. Анатомический перекрут ножки опухоли	128
12. Клинико-анатомический перекрут ножки с признаками нарушения питания кистозной опухоли	92

При клиническом исследовании крови и мочи у больных, страдающих доброкачественными кистозными опухолями яичников, не выявлено патологических изменений, которые могли бы помочь диагностике заболевания. Только в случаях сочетания беременности и кисты, а также при выраженной картине клинического пере-

крута ножки опухоли, нарушенной внематочной беременности имелись соответствующие изменения крови, выразившиеся или в ускорении РОЭ, или в снижении гемоглобина, или в относительном увеличении лейкоцитов в случаях инфицированного выкидыша.

Характер оперативного вмешательства при доброкачественных кистозных опухолях яичника представлен в табл. 6.

Таблица 6

Характер оперативного вмешательства

1. Удаление односторонней кистозной опухоли яичника путем чревосечения	567
2. Удаление односторонней кисты яичника через влагалище	12
3. Пункция кисты яичника через влагалище	3
4. Удаление двусторонних кистозных опухолей яичника брюшностеночным путем	129
5. Пробное чревосечение при двусторонних кистах	5
6. Удаление паровариальных кист с одной стороны (чревосечение)	76
7. Удаление двусторонних паровариальных кист путем чревосечения	8
8. Одновременно с удалением кисты яичника произведены следующие попутные операции:	
1. Надвлагалищная ампутация матки:	34
а) с удалением придатков матки с обеих сторон	21
б) с удалением придатков с одной стороны	13
2. Полная экстирпация матки с придатками	7
3. При удалении кисты яичника во время беременности произведена одновременно:	
а) операция кесарева сечения (малое), удаление кисты яичника и перевязка труб с целью стерилизации	7
б) искусственное прерывание беременности путем выскабливания полости матки и удаления кисты яичника (чревосечение)	24
в) искусственное прерывание беременности путем выскабливания полости матки, удаление кисты яичника и стерилизация (чревосечение)	5
г) малое кесарево сечение при брюшностеночном удалении кисты яичника	4
4. Операция внематочной беременности одновременно с удалением кисты яичника	18
5. Аппендэктомия	32
6. Вентросуспензия матки	14
7. Дефундация матки	5
8. Пластические операции на влагалище и промежности	12

Операция удаления кистозной опухоли произведена через влагалище 15 раз, во всех остальных случаях она делалась методом брюшностеночного чревосечения.

На 800 случаев оперативного лечения опухолей яичника пробное чревосечение было произведено 5 больным. Консервативное лечение кисты пункцией через задний влагалищный свод производилась в 3 случаях.

После оперативного удаления опухолей яичника, осложненных обширными сращениями с кишечником, сальником и другими органами брюшной полости, профилактически вставлен тампон в малый таз в 6 случаях.

У 102 больных кистозные опухоли больших размеров удалены через небольшой разрез брюшной стенки после предварительного уменьшения объема кистомы (пункция троакаром).

Величина кистозных опухолей яичника колеблется в широких пределах: маленькие кисты и кистомы имелись у 288 оперированных больных; опухоли средних размеров — у 269; большие кистозные опухоли — у 97 человек. Величина опухоли в историях болезни не была указана 146 раз.

Большинство операций произведено под ингаляционным эфирным наркозом и сравнительно небольшое количество — под хлороформно-эфирным. За последние годы нами применяется преимущественно эфирный наркоз. Под спинномозговой анестезией произведено 238 операций. Местной инфильтрационной анестезией по методу Вишневого пользовались сравнительно редко. В последнее время мы начали применять местную проводниковую анестезию и эфирно-кислородный ингаляционный наркоз.

Во время операции сращения встретились у 67 больных. Обширные и плотные сращения после перекута ножки опухоли затрудняли техническое выполнение операции в 26 случаях. Обнаруженный во время операции анатомический перекут ножки кисты на 360° и больше клинически протекал без выраженных признаков, без нарушения кровообращения кистозной опухоли у 36 оперированных женщин.

Разрыв стенки кисты во время операции при попытке вывести ее из брюшной полости произошел 49 раз.

Нагноение опухоли яичника мы встретили в 4 случаях. Бронхопневмония в послеоперационном периоде наблюдалась у 46 оперированных больных, гематома в ране брюшной стенки имела в 13 случаях; расхождение операционного шва с эвентрацией кишечника произошло у одной больной. Нагноение операционного шва мы наблюдали у 15 оперированных. Тромбофлебит как послеоперационное осложнение отмечался у двух больных, пиелит и холецистит — у трех. Травматический неврит лучевого нерва после операции имел место у одной больной.

Послеоперационный параметрит и инфильтрат в области операционной культи был отмечен у 43 оперированных больных.

О ближайших результатах после наших операций мы обычно судим по течению послеоперационного периода и состоянию, в котором оперированные больные выписываются из клиники.

Самый короткий срок пребывания после операции в клинике составляет 8 дней (3 больных), самый большой — 72 и 80 дней (по одной больной).

В среднем на больную приходится 14,22 койко-дня. По гистологическому характеру удаленные опухоли яичников распределяются следующим образом (табл. 7).

Таблица 7

Патологоанатомический диагноз

1. Псевдомуцинозная киста	112
2. Псевдомиксома яичника	3
3. Псевдомиксома брюшины	10
4. Серозно-сосочковая киста	97
5. Простая серозная киста	98
6. Поверхностная папиллома	5
7. Дермоидная киста	126
8. Фолликулярная киста	116
9. Желтого тела киста	41
10. Паровариальная киста	84
11. Сочетание различных видов кистозных образований яичника, включая мелкокистозное перерождение яичника	63
12. Гистологический диагноз не указан	45

По анамнезу и описанию операции в тех случаях, когда гистологический диагноз не установлен, можно думать, что это были простые ретенционные кисты яичника или паровария.

ГЛАВА V

КЛИНИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА

Общие признаки и особенности клинического течения отдельных видов кист и кистом яичника

Доброкачественные кисты и кистомы яичников по своей частоте и многообразию клинической картины составляют одну из важнейших групп гинекологических заболеваний.

Строго говоря, отличительных признаков при доброкачественных кистах яичника не установлено. Явления, производимые доброкачественными кистозными образованиями яичников и наблюдающиеся при них симптомы, весьма разнообразны и в то же время в течение долгого времени могут оставаться незамеченными. Нередко приходится наблюдать, что киста яичника достигает значительной величины, а между тем женщина не испытывает неприятных ощущений и даже не подозревает о наличии у нее в брюшной полости новообразования. Только какой-нибудь случай, например ушиб, падение или боль в животе, причиняя неприятное ощущение, могут заставить больную обратиться к врачу. Часто опухоль яичника выявляется во время врачебного исследования женщины. Таким образом, пока не появится какое-либо осложнение, например перекручивание ножки, нагноение или разрыв капсулы, доброкачественная киста яичника может протекать без заметных признаков для самой больной.

В отдельных случаях больные обращаются к врачу тогда, когда кистозное образование вызывает заметное увеличение живота и ощущение полноты и тяжести.

Общим признаком для всех доброкачественных кистозных образований яичника является то, что они

растут медленно, длительно и в большинстве случаев не вызывают субъективных жалоб и не нарушают основных функций.

Доброкачественные кистозные опухоли яичников растут в большинстве случаев по направлению свободной брюшной полости, соединяясь со своей основой при помощи так называемой ножки. Ножка кисты образуется из тех же связок, которыми удерживается нормальный яичник, т. е. воронко-тазовой и собственной связки яичника.

Разрастаясь постепенно, киста яичника растягивает эти связки. В результате вытягивания образуется ножка различной длины, ширины, толщины. При небольших опухолях связочный аппарат яичника почти не изменяется; чем больше и тяжелее кистозная опухоль, тем ножка ее становится длиннее. В зависимости от местоположения и направления роста опухоли может в различной степени удлиняться или наружный, или внутренний отрезок ножки. При кистах яичника маточная труба часто остается нормальной и даже сохраняет свою подвижность. Но в отдельных случаях яичниковые фимбрии могут быть вытянуты по поверхности опухоли и фиксированы, благодаря чему труба может значительно удлиняться.

При паровариальных кистах маточная труба всегда располагается на ее поверхности, а ножка ее имеет достаточную длину, позволяющую кисте свободно передвигаться в брюшной полости.

Ширина и длина ножки кисты яичника бывают различными: от тонкого, почти треугольного тяжа до широкой ножки длиной 10—15 см, длина ножки может в редких случаях достигать до 25 см и более.

Сосуды, питающие опухоль, с одной стороны приходят из яичниковой артерии, а с другой—от ветви маточной артерии; рядом с утолщенными и расширенными артериями проходят широкие вены яичника.

Кистозные опухоли яичника, врастая в широкую связку, становятся ограниченными в подвижности. Особенность этих кистом состоит в том, что они берут свое начало в области ворот яичника и при росте направляются книзу; широкая связка сначала в области брыжейки яичника, а потом и в более глубоких отделах малого таза постепенно расплывается и как бы

натягивается на опухоль, которая таким образом располагается между листками широкой связки и поэтому называется межсвязочной кистой яичника.

Кистозные опухоли яичника занимают в брюшной полости различное положение; вначале небольшая кистозная опухоль лежит позади матки, там где обычно располагается нормальный яичник. При дальнейшем росте киста сразу или постепенно перемещается в брюшную полость, обычно не сопровождаясь при этом какими-либо выраженными симптомами. Для того чтобы произошло перемещение кисты яичника из малого в большой таз, она должна иметь длинную ножку и быть свободной от сращений.

Небольшие серозные кисты яичника и паровария обычно не имеют никаких признаков. Эластические кисты яичника могут достигать величины головы взрослого человека, не давая никаких симптомов, а если киста располагается межсвязочно, оттесняя матку в противоположную сторону, уже небольшая опухоль может вызвать у больной жалобы.

Выраженные признаки появляются тогда, когда объем кистомы достигает значительных размеров. Продолжая расти в брюшной полости, большие кистомы яичника оттесняют соответствующий отдел кишечника; при длительном росте доброкачественной кистомы состояние больной, остававшееся долгое время удовлетворительным, постепенно начинает ухудшаться.

При так называемых гигантских кистомах яичника общее состояние больной резко нарушается. Она не в состоянии принимать пищу: уже незначительное ее количество вызывает чувство отягощения, давления и переполнения в желудке; вследствие расстройства пищеварения начинается похудание. Больная слабеет, теряет нормальный сон и аппетит. В конце концов, если не будет оказана соответствующая помощь, больная может погибнуть от общего истощения.

В настоящее время благодаря хорошей организации акушерско-гинекологической помощи и своевременному хирургическому вмешательству доброкачественные кистомы яичника редко достигают огромных размеров.

Клинически отдельные виды доброкачественных кистозных образований яичника протекают различно.

Эта особенность клинического течения помогает распознавать отдельные виды кист и кистом яичника, что безусловно имеет большое практическое значение.

Ретенционные (серозные) кисты яичника и паровария

Большую часть доброкачественных опухолевидных образований яичника составляют серозные или, по старой терминологии, ретенционные кисты. Ретенционные кисты яичника и паровария растут очень медленно, больших размеров не достигают и в большинстве случаев остаются в малом тазу. Они обладают хорошо выраженной длиной ножкой, обеспечивающей им свободную подвижность. Ретенционные кисты — это однополостные образования, имеющие тонкую стенку, прозрачное сывороточное содержимое; они почти всегда развиваются с одной стороны. Ретенционные фолликулярные и лютеиновые кисты яичника и паровария мы наблюдали на своем материале у значительного количества оперированных женщин (у 241 женщины гистологически подтверждены ретенционные образования). По нашему мнению, эти ретенционные образования с сывороточным содержимым правильнее называть серозными кистами.

Серозные кисты яичника и паровария отличаются доброкачественностью. Менструальная функция при них не нарушается. Способность к оплодотворению обычно сохранена, однако можно отметить некоторое снижение детородной функции у женщин, оперированных по поводу серозной кисты яичника и паровария. В данном случае, по-видимому, определенную роль играет механическое препятствие, особенно при паровариальных кистах, при которых просвет трубы, растянутой по поверхности кисты, может оказаться закрытым. Функцию соседних органов серозные кисты яичника и паровария не нарушают.

Общее состояние больных остается хорошим, работоспособность не нарушается, они обычно ни на что не жалуются. В большинстве случаев серозные кисты яичника и паровария обнаруживаются случайно.

Фолликулярная киста яичника. Однокамерные фолликулярные кисты яичника возникают и развиваются, как принято считать, из неразрывающегося яйцевого пузырька, в котором яйцевая клетка погибает. В полости

фолликула происходит накопление прозрачной жидкости, постепенное растягивание пузырька превращает его в кисту с серозным содержимым. Величина кисты обычно небольшая: от лесного ореха до крупного яблока. При крупных серозных фолликулярных кистах ткань яичника может полностью атрофироваться (А. И. Абрикосов). При кипячении прозрачное содержимое кисты свертывается, псевдоменинга оно не содержит.

При микроскопическом исследовании обычно находят тонкую соединительнотканную стенку с выстилающим изнутри однорядным цилиндрическим или кубическим эпителием; в некоторых кистах внутренний покров состоит из плоских эпителиальных клеток, а иногда эпителий частично или полностью отсутствует. Это зависит, по-видимому, от количества жидкого содержимого кисты и от того давления, которое в ней имеется.

Киста желтого тела. По внешнему виду киста желтого тела мало отличается от фолликулярной кисты. Киста имеет округлую форму, тонкие стенки и только содержимое ее отличается своей окраской: от желтого до коричнево-красного цвета. Кисты желтого тела являются однокамерными образованиями. Возникают они в желтом теле, когда в последнем начинаются процессы обратного развития. Внутренняя поверхность кисты лишена эпителия, стенка ее содержит отчетливо выраженный желтый слой клеток толщиной в 1 мм. Обращает на себя внимание характерная фестончатая складчатость желтой оболочки, к которой непосредственно примыкает плотноволокнистая наружная стенка. Складчатость желтого слоя составляет характерную отличительную особенность кисты желтого тела яичника.

Особого внимания заслуживают кисты желтого тела, которые встречаются при пузырьном заносе и хорсион-эпителиоме. В 50—60% случаев отмечается двустороннее развитие кист величиной с апельсин, достигающих изредка размеров кулака. Особенностью этих кист является то, что они развиваются во время беременности, а также и после родов. Определить их удается в большинстве случаев после рождения пузырьного заноса. В течение 20—30 дней они достигают размера апельсина, а затем так же быстро происходит их обратное развитие. При них отмечены осложнения в виде перекрута ножки кисты и нагноения ее содержимого (К. К. Скробанский).

Шоколадная (дегтярная) киста яичника. Шоколадная киста имеет небольшую величину. Иногда она может достигать размеров кулака и больше. Содержимое ее — густая жидкость темно-коричневого цвета. При шоколадных кистах всегда наблюдаются сращения с окружающими тканями, поэтому киста почти всегда неподвижна.

Одни авторы содержимое шоколадных кист считают продуктом секреции эктопической слизистой оболочки матки, прорывающейся все фазы менструального цикла вплоть до выделения менструальной крови, например при гематометре (К. П. Улезко-Строганова). По представлению других авторов, источником этих кист является серозный эпителий. По аналогии с другими эпителиальными опухолями яичников можно допустить, что шоколадные кисты — это настоящие кистозные опухоли мюллеровых ходов. С клинической стороны названные образования представляют собой доброкачественные кисты. После их оперативного удаления болезнь прекращается.

Паровариальные кисты. Кистозные расширения одного или нескольких канальцев надъяичникового придатка встречаются не так редко. В таких случаях совершенно отчетливо можно видеть расхождение листков широкой связки и рост кистовидной опухоли по направлению к ампулярному концу трубы. Величина ее зависит от степени растяжения стенки кисты: часто она достигает размеров кулака, детской головки, редко головы взрослого человека. В одном случае мы наблюдали паровариальную кисту, достигающую величины восьмимесячной беременности.

Характерной особенностью кисты является то, что она имеет овальную форму, реже шаровидную, причем труба обычно резко растянута по длиннику опухоли, особенно в ампулярной и фимбриальной частях, где, помимо растяжения, имеется и ее уплощение. Яичник в большинстве случаев располагается на нижней или наружной части кисты, при этом он также несколько растянут в длину, а иногда бывает распластан по поверхности паровариальной кисты, составляя вместе с последней как бы одну кистозную опухоль.

Широкая, в виде ленты, плоская ножка кисты (труба, широкая связка, воронко-тазовая связка) при-

крепляет опухоль к стенке таза и к матке. Стенка самой кисты очень тонкая, причем собственную оболочку паровариальной кисты сверху покрывает брюшина широкой связки. Таким образом, здесь имеется две самостоятельные оболочки, которые располагаются одна над другой. Вследствие этого сосуды паровариальной кисты и листков широкой связки беспорядочно перекрещиваются друг с другом, составляя характерную особенность этого образования. Внутренняя поверхность кисты — либо высокий мерцательный цилиндрический эпителий, либо низкий плоский без мерцательных волосков, в зависимости от степени растяжения стенки опухоли. В остальном стенка кисты состоит из соединительной ткани с примесью мышечных и эластических волокон, переплетающихся между собой. Содержимое кисты прозрачное, жидкое как вода, вещество, бедное белком и свободное от муцина и псевдомуцина. Клинически паровариальная киста представляет собой доброкачественную опухоль.

Мелкокистозное перерождение яичника. Заболевание, известное под названием мелкокистозного перерождения яичника, с клинической точки зрения близко подходит к ретенционным кистозным образованиям.

Эту форму заболевания яичников прежде авторы считали разновидностью хронического воспаления яичников (А. Гегар, К. Ф. Славянский, В. Штеккель и др.).

В настоящее время большинство авторов мелкокистозное перерождение яичников рассматривает как самостоятельный процесс, не связанный с воспалением половой железы (К. К. Скробанский, М. С. Малиновский, К. П. Улезко-Строганова и др.).

Мелкокистозное перерождение можно наблюдать в яичнике новорожденных, в детском возрасте, а также во время беременности. Таким образом, в известной мере оно является физиологическим. Источником мелкокистозных образований в яичнике могут быть зародышевые остатки, гранулезные тяжи и яичниковый эпителий (К. П. Улезко-Строганова).

Макроскопически яичник увеличен. Он представляется насквозь пронизанным многочисленными кисточками различной величины — от просяного зерна до горошины.

Клинически это заболевание яичника протекает без выраженных симптомов, менструальную функцию не нарушает, часто встречается при фибромиомах матки. При длительном течении может явиться источником развития ретенционной кисты яичника.

Мелкокистозное перерождение яичника мы наблюдали в сочетании с другими видами кистозных образований яичника и паровария в 37 случаях.

Псевдомуцинозная киста

Большинство авторов считает, что псевдомуцинозные кисты встречаются сравнительно часто. К. П. Улезко-Строганова, К. К. Скробанский, В. С. Мансветова и др. указывают, что $\frac{2}{3}$ всех опухолей яичника — это псевдомуцинозные кисты.

М. С. Малиновский наблюдал их у 43,5% больных с пролиферирующими опухолями яичника. Наши наблюдения не дают основания утверждать, что псевдомуцинозные кисты действительно встречаются так часто, как об этом пишут упомянутые авторы: они были, по нашим данным, у 112 женщин (14%).

Величина псевдомуцинозных кист яичника различна. В отдельных случаях они могут достигать огромных размеров. Форма псевдомуцинозных кист круглая или овальная. На поверхности опухоли можно заметить выпуклости, которые образуются благодаря выпячиванию отдельных кистозных полостей. Консистенция кисты зависит от содержимого: если имеется одна большая полость и содержимое ее сравнительно жидкое, то киста определяется как туго-эластическое образование; если же, наоборот, киста состоит из большого количества мелких полостей, то она имеет более плотную консистенцию. Псевдомуцинозные кисты обычно имеют хорошо выраженную ножку, свободно подвижны, если вообще по своим размерам они могут передвигаться в брюшной полости. Межсвязочное расположение псевдомуцинозных кист встречается очень редко (мы наблюдали его всего два раза). Одностороннее поражение яичника псевдомуцинозной кистой является одной из характерных особенностей этого вида опухолей; при псевдомуцинозных кистах асцита не отмечалось. В области ворот яичника, а иногда и по периферии в стенке кисты можно

обнаружить яичниковую ткань с созревающими фолликулами и даже свежими желтыми телами. По нашим наблюдениям, менструальная функция у женщин, страдающих псевдомуцинозными кистами, не нарушается; способность к оплодотворению сохраняется. Общее состояние больных длительное время остается хорошим.

Клинически кистозная опухоль является доброкачественной, но она может дать всевозможные осложнения и стать опасной для жизни больной.

Встречается киста и в молодом возрасте, но чаще все же поражает женщин в возрасте после 35—40 лет. У 83 больных псевдомуцинозная киста была в возрасте после 35 лет, у остальных она наблюдалась до 35-летнего возраста. Большая псевдомуцинозная киста обнаружена у 15-летней девочки. Встретилась она также у двух молодых женщин в возрасте 19 и 20 лет.

После оперативного удаления псевдомуцинозной кисты болезнь прекращалась. Злокачественное перерождение псевдомуцинозной кисты яичника наблюдается в 5—7% случаев (М. С. Малиновский).

Псевдомиксома (ложный слизевик) яичника представляет собой редко встречающуюся разновидность псевдомуцинозной кисты. Содержимое кисты — тягучее, желеобразное слизистое вещество. Стенки кисты очень тонкие, через них просвечивает ее содержимое. Псевдомиксома может достигать значительных размеров, а при исследовании вследствие отсутствия напрягающейся стенки она не имеет ясно очерченных границ, кажется меньше своих истинных размеров. Кажущаяся ограниченная подвижность кисты обусловлена тем, что ножка ее короткая, стенки кисты не напряжены.

Клинически это относительно доброкачественное образование. При оперативном лечении необходимо радикальное его удаление. Тонкие и хрупкие стенки кисты при исследовании легко могут разорваться. Содержимое ее изливается в таких случаях в брюшную полость и может явиться почвой для развития псевдомиксомы брюшины.

Псевдомиксома (ложный слизевик) брюшины — это своеобразное заболевание, возникающее у женщин

главным образом в результате разрыва стенки псевдомиксомы яичника. В отдельных случаях источником заболевания может явиться кистозно измененный червеобразный отросток слепой кишки. Ложный слизевик брюшины встречается в возрасте 45—60 лет и старше.

Жалобы в основном сводятся к тому, что больные отмечают быстрый рост опухоли, боли в животе и пояснице. Начало развития заболевания обычно проходит незаметно. Больные часто указывают, что заболевание началось 4—6 месяцев назад. Однако этот период скорее можно считать завершением болезненного процесса: когда опухоль достигает чрезмерных размеров, состояние больных начинает быстро ухудшаться. Больные испытывают затруднение в дыхании, одышку, утомляемость; они начинают терять в весе.

При псевдомиксоме брюшины живот куполообразно выпячен. При перемене положения тела форма его не меняется. При перкуссии отмечается притупление по всему животу; в отлогих частях можно уловить тимпанический звук, хотя и не очень ясный. Объясняется это, по-видимому, тем, что студенистое содержимое брюшной полости не может равномерно заполнить низлежащие места. Однако если в брюшной полости имеется очень большое количество коллоидных масс, то приглушение может отмечаться и в боковых частях. Желатинозные массы при изменении положения тела не переливаются, как при водянке. Поэтому при перемене положения тела прояснения перкуторного звука не происходит.

Клинически ложный слизевик брюшины нужно рассматривать как злокачественное образование.

Серозно-сосочковая (папиллярная) кистома яичника

Существенно отличается от псевдомуцинозной. Прежде всего она не бывает больше головы взрослого человека. По литературным данным, в 60—70% случаев серозно-сосочковые кистомы поражают оба яичника и в половине случаев наблюдается их межсвязочное расположение (М. С. Малиновский и др.).

Мы наблюдали 97 сосочковых кистом яичника (12,1%). В 33 случаях они развивались на обоих яич-

никах и у 28 больных имели межсвязочное расположение.

Консистенция опухоли бывает туго-эластической, когда она состоит из одной большой кистозной полости с жидким содержимым и ряда маленьких дочерних кистозных полостей. Опухоль может иметь неравномерно плотную или плотную консистенцию в зависимости от того, насколько полость кистомы заполнена сосочковыми разрастаниями.

Серозно-сосочковая кистома яичника гистологически считается доброкачественной опухолью. Однако сравнительно часто двустороннее развитие и межсвязочное расположение сами по себе являются клинически неблагоприятными. Растут сосочковые кистомы сравнительно быстро. Очень часто они сопровождаются асцитом. Ножка кистомы в большинстве случаев короткая, широкая. Поэтому подвижность опухоли бывает ограничена.

В общем предсказание при серозно-сосочковых кистомах всегда является сомнительным ввиду того, что отдельные формы их имеют особо повышенную тенденцию к пролиферации клеточных элементов. Наибольшую опасность представляют двусторонние, располагающиеся межсвязочно, неподвижные опухоли, часто симулирующие воспалительный процесс придатков матки. В таких случаях больным назначается противовоспалительное лечение, которое не дает улучшения. Таким образом, упускается драгоценное время, когда еще можно удалить опухоль с лучшими шансами на излечение. Для иллюстрации такой возможности приведем выдержки из истории болезни.

Больная Г., 37 лет, поступила в гинекологическое отделение клинической больницы имени С. П. Боткина 30/V 1953 г.

Жалобы на общую слабость, чувство давления внизу живота и боли в пояснице. Наследственность не отягощена.

В детстве болела корью, взрослой перенесла брюшной тиф и часто болела ангиной.

Менструальная функция: менструации начались на 12-м году жизни, установились сразу — по 4—5 дней через 3 недели, в умеренном количестве, безболезненные.

Половая функция: половую жизнь начала с 21 года, при этом тип и характер менструаций не изменились.

Детородная функция: беременностей не было, хотела иметь ребенка.

Секреторная функция: выделения белого цвета в небольшом количестве.

Гинекологические заболевания: в 1943 г. по поводу бесплодия обратилась к врачу-гинекологу, который диагностировал воспалительный процесс в придатках матки и назначил консервативное лечение. Больная лечилась спринцеваниями, тампонами, но никакого улучшения не было. Последние годы не лечилась.

История настоящего заболевания: считает себя больной с февраля 1953 г. Внизу живота появились боли, которые продолжались несколько дней. Острые боли прошли, но осталось ощущение давления внизу живота. Врач направил больную в стационар с диагнозом обострения воспалительного процесса придатков матки. С 15/III по 15/IV больная находилась в гинекологической клинике Ижевского медицинского института, где были диагностированы двусторонние пиосальпинксы и пельвиоэпигонит. Больную в клинике лечили сначала пенициллином, а впоследствии ваннами. После выписки из клиники больная продолжала лечение амбулаторно, скоро заметила увеличение живота. Самочувствие ухудшалось.

15/V при повторном осмотре был диагностирован рак яичников и предложена операция.

Больная приехала в Москву и поступила в больницу имени С. П. Боткина.

Сердце: границы в пределах нормы; усиленные тоны на верхушке. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный.

Органы дыхания: дыхание справа ослаблено.

Печень и селезенка не прощупываются.

Данные осмотра и даурного исследования: живот увеличен, через брюшную стенку (справа над лонем) определяется бугристая опухоль с неясными контурами, в области пупка прощупывается плотный узел (метастаз).

Наружные половые органы без особенностей. Влажные нерожавшей женщины. Шейка матки маленькая, своды укорочены. Матка не контурируется из-за опухолей, заволающих малый таз. Опухоль справа переходит на стенки таза. Исследование мало болезненно.

Диагноз: рак яичников с обсеменением брюшины. Асцит.

Исследование крови: Hb 55%, л. 7500; РОЭ 45 мм в час.

9/V. Операция. Пробное чревосечение.

Под ингаляционным наркозом послонно вскрыта брюшная полость. Имеется асцитическая жидкость. Обнаружены двусторонние опухоли яичников величиной в полтора и два кулака, спаянные между собой, с маткой и мочевым пузырем; опухоли неподвижные, плотные.

Учитывая распространенность ракового процесса, решено ограничиться пробным вскрытием брюшной полости. Иссечен кусочек ткани из опухоли правого яичника для гистологического исследования. Брюшная стенка зашита послонными швами.

В послеоперационном периоде пункцией была выпущена асцитическая жидкость из брюшной полости.

29/VI без всякого улучшения была выписана из больницы по собственному желанию больной и ее мужа.

Патогистологический диагноз: папиллярная цистаденокарцинома (№ 2726).

При ретроспективном критическом анализе данного случая мы должны признать, что наблюдавшими больную врачами допущен ряд диагностических и лечебных ошибок.

Февраль 1953 г., который больная считает временем начала заболевания, конечно, не является началом развития ракового заболевания яичников. По-видимому, больная длительное время была носителем двусторонних папиллярных кистом яичника. В первое время, в начальной стадии заболевания, когда больная обратилась к врачу по поводу бесплодия, киста яичников диагностировалась как воспалительный процесс. Была назначена противовоспалительная терапия, которая, естественно, никакого улучшения не дала. Последние годы больная не лечилась и к врачам не обращалась. Возможно, папиллярные кистомы яичников у нее росли сравнительно медленно или, наоборот, за последнее время довольно быстро. Но одно совершенно ясно: запущенный раковый процесс возник и развивался не в течение одного или двух месяцев. Внезапно появились боли внизу живота, по поводу которых больная была помещена в клинику. Ошибочно был диагностирован двусторонний пилосальпинкс, тазовый перитонит и проведено соответствующее лечение. Пенициллинотерапия несколько улучшила состояние больной и ей было назначено тепловое лечение, которое не помогло, а только ухудшило состояние: появился асцит, боли, общая слабость и т. д. Наличие несомненных симптомов злокачественного процесса помогло, наконец, распознать заболевание. Но было упущено время для своевременного оперативного лечения: предпринятое с большим опозданием чревосечение оказалось только пробным.

С точки зрения доброкачественности серозно-сосочковых кистом яичника большое значение имеет одностороннее развитие, наличие хорошо выраженной длинной ножки и свободная подвижность опухоли по отношению к органам и тканям брюшной полости. В этих случаях после своевременного хирургического удаления опухоли предсказание сравнительно хорошее: обычно наступает длительное излечение. При двустороннем поражении яичников сосочковыми кистами, особенно неподвижными, межсвязочно расположенными плотными опухолями, в которых пролиферационная способ-

ность эпителиальных клеток выражена особенно сильно, имплантаты часто после операции не подвергаются обратному развитию. В результате на месте удаленной опухоли или из остатка макроскопически здоровой яичниковой ткани может развиться рецидив. Поэтому в случаях двусторонних папиллярных кистом яичников операция должна быть по возможности радикальной.

Простая серозная кистома яичника

Относительно этой формы опухолей яичника между клиницистами и морфологами нет единого мнения. На основании того, что рост и увеличение кистомы происходят за счет размножения эпителиальных клеток, большинство морфологов относит их к группе настоящих новообразований.

При больших серозных кистомах ткань яичника полностью может атрофироваться, а при маленьких кистомах в области ворот яичника обычно сохраняется нормальная ткань органа в виде выступа на стенке капсулы, который можно обнаружить при осмотре невооруженным глазом. Простая серозная кистома развивается почти всегда на одной стороне. Содержимое ее светлое, сывороточное. На 98 случаев серозных кистом двустороннее развитие мы встретили всего 3 раза. Менструальная функция при простых серозных кистомах не нарушается, детородная функция также сохраняется. Межсвязочное расположение серозных кистом нам встретилось у 12 больных. Серозные кистомы имеют длинную ножку и поэтому хорошо подвижны. Сравнительно часто при них наблюдаются осложнения в виде перекрута с последующим образованием сращений.

Клинически серозная кистома протекает исключительно благоприятно и после оперативного лечения не повторяется. Общее состояние больных все время остается хорошим.

Поверхностная папиллома яичника

В большинстве случаев поверхностная папиллома яичника развивается из серозно-сосочковой кистомы вследствие разрыва ее хрупкой, истонченной стенки. Тогда сосочки выступают снаружи опухоли, напоминая по форме и по виду клубни цветной капусты. Возможно

и самостоятельное развитие папилломатозных разрастаний на поверхности яичника.

Характерную особенность папилломы яичника составляет появление в брюшной полости асцита. Наличие брюшной водянки является правилом, особенно в тех случаях, когда сосочки успели распространиться на пристеночную брюшину. Опухоль имеет плотную консистенцию, неровную, бугристую поверхность и иногда напоминает стебельчатую форму фиброзного узла. Поверхностную папиллому яичника мы наблюдали у 5 больных, причем у двух имелось первичное развитие сосочкового разрастания на поверхности яичника. Эту опухоль клинически нужно рассматривать как злокачественное новообразование.

Дермоидные кистомы яичника

Дермоидные кистомы яичника часто поражают женщин в детородном возрасте. Из 126 больных, оперированных по поводу дермоидной кистомы, 92 имели возраст от 20 до 40 лет.

Величина дермоидных кистом колеблется в широких пределах: кистомы имеют величину яблока, кулака, головки новорожденного, иногда достигают размера головы взрослого человека. Сочетание дермоидной кистомы с другими видами кистозных опухолей яичника, по нашим данным, встретилось 9 раз. Кистома имеет гладкую блестящую поверхность; консистенция ее неравномерно плотная, местами могут определяться костные выступы.

Ткань яичника постепенно вытесняется опухолью, но в области ворот яичника при внимательном осмотре можно обнаружить нормальную ткань, а при микроскопическом исследовании увидеть фолликулы в различной стадии созревания и даже свежие желтые тела. Клинически дермоиды являются доброкачественными образованиями. По нашим наблюдениям, дермоидные кистомы могут расти по 15—20, 25 лет и более, не нарушая основных физиологических функций женского организма. Мы наблюдали случай, когда женщина в течение более чем 30 лет знала о наличии у нее кисты яичника; менструации протекали нормально. Она многократно беременела, рожала. На 54-м году жизни была оперирована

по поводу перекрута кисты яичника, которая оказалась дермоидной.

Дермоидные кистомы имеют длинную ножку, хорошо подвижны, асцита не вызывают. Менструальная функция при дермоидных кистомах не нарушается; сравнительно часто наблюдается сочетание дермоида и беременности. Межсвязочного расположения мы не наблюдали. Дермоиды хорошо подвижны и предрасположены к различного рода осложнениям: перекруту, нагноениям и т. п. Общее состояние больных остается хорошим. После своевременной операции наступает полное излечение.

Особенности клинического течения межсвязочно расположенных опухолей яичника

Межсвязочное расположение кистозной опухоли яичника может вызвать изменения в положении соседних органов. Маточная труба обычно растягивается и входит в состав капсулы кисты, располагаясь в виде натянутого шнура на верхушке опухоли. Матка обычно смещается в противоположную сторону, в отдельных случаях может быть даже распластана и вытянута на опухоли.

Мочеточник при межсвязочных кистомах может непосредственно прилегать к опухоли, располагаясь на внутренней ее поверхности. В дальнейшем, в связи с ростом кистомы, мочеточник может отходить от заднего листка широкой связки к основанию или к наружно-боковой поверхности опухоли, а в редких случаях проходить по верхушке межсвязочной кисты.

Эти особенности нужно иметь в виду при оперативном удалении межсвязочной кистозной опухоли.

Особого внимания заслуживают так называемые ложномежсвязочные кистомы, которые, располагаясь в малом тазу, довольно рано начинают причинять больным неприятные ощущения. Некоторые авторы подвергают сомнению возможность межсвязочного расположения яичниковых опухолей. Например, К. К. Скробанский, как и Кермаунер, считает, что большинство неподвижных опухолей, отмечающихся в отчетах лечебных

учреждений как межсвязочные, на самом деле прикреплены к заднему листку широкой связки и, таким образом, являются ложномежсвязочными.

Принципиальное решение этого вопроса имеет практическое значение. Мы различаем межсвязочные и ложномежсвязочные опухоли яичника. На нашем материале первые встретились 42 раза, а вторые — 19 раз. Ложномежсвязочные опухоли часто кажутся расположенными между листками широкой связки: даже при вскрытой брюшной полости разобраться в анатомических отношениях и решить, какая киста в данном случае имеется, бывает нелегко. Ложномежсвязочные опухоли обычно развиваются из фиксированных вследствие бывшего воспалительного процесса яичников и остаются в малом тазу, на месте своего первоначального развития; при дальнейшем росте они, естественно, смещают соседние органы. Ложные перемычки и плоскостные спайки по своему внешнему виду очень похожи на брюшину и симулируют межсвязочное расположение кисты. При ложномежсвязочных кистах листки широких связок прилегают лишь к передней поверхности. Таким образом, большая поверхность опухоли остается непокрытой брюшиной.

Осложнения при кистозных опухолях яичника

Перекручивание ножки кисты. Одним из самых частых, порой опасных и тяжелых осложнений при кистах и кистамах яичников является перекручивание ножки.

Частота перекручивания кистозных опухолей яичника, по данным различных авторов, колеблется в довольно широких пределах. Например, по сборной статистике Гротенфельда (Grottenfeld), это осложнение встречается в 2,4—50% случаев (М. С. Малиновский).

Причину такой большой разницы в цифровых данных, по-видимому, нужно искать в неопределенности самого понятия перекручивания ножки кисты. Одни авторы в статистику перекручивания вносят случаи, когда опухоль повертывается на своей ножке всего на 90° [Фреунд (Freund)], другие считают перекрутом такие случаи, когда ножка перекручивается по оси на 120—180°

(К. П. Улезко-Строганова, К. К. Скробанский, Е. М. Шварцман и др.)

Такой механический подход к определению перекрута ножки кисты яичника является недостаточно обоснованным. Мы наблюдали случаи, когда имелся несомненный перекрут ножки кисты в анатомическом смысле, на 360° и больше, но тем не менее болезнь до операции протекала без заметных клинически учитываемых признаков. Вместе с тем мы можем встретиться с такими случаями, когда имеется перекручивание ножки опухоли всего на $90-120^\circ$, но клинически отмечаются явно выраженные признаки острого живота. Таким образом, не всякий анатомический перекрут опухоли сопровождается клинически выраженными признаками и нарушением питания кистозной опухоли.

Следовательно, когда мы устанавливаем диагноз перекручивания кистозной опухоли, в это понятие необходимо включить клинико-анатомическое содержание. Об этом осложнении можно говорить тогда, когда вследствие анатомического перекручивания ножки одновременно имеются выраженные признаки расстройства кровообращения и нарушения питания самой опухоли — тогда наряду с анатомическим перекрутом ножки кисты будут выражены и клинические симптомы этого осложнения.

Так, например, в наших наблюдениях на основании анамнеза можно было думать о перекруте ножки кисты в 167 случаях. Анатомический перекрут во время операций мы наблюдали у 128 больных, а клинико-анатомическое совпадение явлений перекрута с нарушением питания кистомы — только у 92 человек.

Чем больше и тяжелее кистома, тем ее ножка становится длиннее; она может обусловить большую подвижность кисты в брюшной полости и тем способствовать перекручиванию.

Причина перекручивания опухолей яичника остается до сих пор не выясненной. По Пайеру (Payer), повышение давления в венах ножки и самой кистомы может вызвать поворот ножки вокруг ее оси. Т. А. Капонерова на основании своих наблюдений присоединяется к гемодинамической теории Пайера. Франкель (Frankl) причину перекручивания видит в артериальных пульсовых толчках. Зельгейм (Selheim) объясняет перекручивание

опухоли влиянием вращения туловища на подвижную, свободно лежащую в брюшной полости кистозную опухоль яичника.

Таким образом, мы в настоящее время не можем еще дать удовлетворительного объяснения происхождению перекрута. Нужно думать, что единой причины для перекручивания ножек кистом не существует, а имеется ряд моментов или их сочетаний, которые благоприятствуют наступлению этого осложнения.

Такими предрасполагающими моментами могут быть травматические воздействия: удар, толчок в живот, падение, а также прыжок, кашель, быстрое перемещение и сотрясение туловища и др. Движения прямой кишки, переполнение мочевого пузыря, кишечная перистальтика могут способствовать возникновению перекручивания ножки кисты яичника.

Переход опухоли из малого таза в брюшную полость также может иметь определенное значение. Известную роль при данном осложнении, очевидно, играет и характер кистозной опухоли. Кисты яичника, имеющие длинную и узкую ножку, чаще подвергаются перекруту.

Следовательно, чтобы произошло перекручивание, кистозная опухоль должна иметь длинную ножку и достаточную подвижность. Перекручиванию чаще подвержены опухоли средних размеров; небольшие и очень большие опухоли перекручиваются сравнительно редко.

Перекруту может благоприятствовать и ряд внешних для самой опухоли влияний. Так, у многорожавших перекручивание вследствие большой податливости брюшных стенок происходит чаще, чем у нерожавших. Наоборот, ограничение пространственных отношений органов брюшной полости, например двустороннее развитие кистом яичника; сочетание кисты и фибромиомы матки уменьшают шансы на перекручивание. Перекрут ножки кистозной опухоли у рожавших женщин мы встретили 78 раз, у нерожавших — 50 раз; перекручивание кистомы при двустороннем поражении яичников мы наблюдали у 27 больных.

Перекручиванию чаще подвергаются серозные, дермоидные и псевдомуцинозные кистомы яичника, имеющие длинную ножку и свободную подвижность в брюшной полости. Так, по нашим данным, дермоидные кистомы перекручивались в 45 случаях, псевдомуцинозные —

в 21, простые серозные — в 37 случаях, а при ретенционных кистах это осложнение мы наблюдали всего 25 раз.

Патологоанатомические изменения кистозной опухоли при перекручивании ее ножки зависят, с одной стороны, от быстроты, с которой происходит поворот по оси, а с другой — от степени анатомического перекручивания и нарушения питания кисты яичника. Если перекручивание происходит медленно и не нарушает полностью кровообращения кистозной опухоли, то изменения происходят сначала в тонкостенных венах ножки вследствие сжатия и прекращения оттока по ним крови, а упругие артерии продолжают снабжать кисту яичника артериальной кровью. В результате этого получается значительный венозный застой: киста быстро увеличивается, при этом может произойти кровоизлияние в ее паренхиму. Тогда опухоль резко меняет свою окраску: ее обычно блестящая поверхность становится желтовато-коричневой, медно-красной или имеет сине-багровый цвет. Иногда стенка кисты от сильного напряжения может разорваться, вследствие чего наступает кровоизлияние в брюшную полость.

Если перекручивание ножки ведет к полному закрытию просвета артерий, то кистозная опухоль лишается питания. Вследствие этого может произойти отшнурование опухоли от своей основы, т. е. отрыв ее ножки с последующим приращением свободной опухоли к соседним органам, например к сальнику; тогда через сращения может восстановиться кровоснабжение. В. К. Фиалков и Н. С. Соколов описали случай самопроизвольной пересадки яичниковой кисты и отшнурования дермоидной кисты яичника.

После отрыва перекрученной ножки может произойти полное омертвление отшнуровавшейся опухоли, что представляет собой большую опасность, так как киста может нагноиться, подвергнуться гнилостному разложению и повести к воспалению брюшины со смертельным исходом.

В случаях острого перекручивания ножки опухоли, когда имеются явления клинко-анатомического совпадения, прежде всего появляются боли внизу живота, часто после какого-нибудь физического напряжения, подъема тяжести или резкого движения. Боли сопровождаются явлениями раздражения брюшины: наблю-

дается вздутие живота, тошнота, иногда рвота, задержка стула и газов, учащенный пульс и т. п. При значительных кровоизлияниях в ткань опухоли появляются, кроме того, признаки внутреннего кровотечения, слабый частый пульс, бледность, похолодание конечностей. По мимо острых болей, обращает на себя внимание увеличение кистозной опухоли, которая делается более напряженной, плотной, а главное болезненной и неподвижной; температура может повыситься до 37,5—38°.

При отсутствии внутреннего кровотечения эти бурные явления постепенно проходят, живот становится менее напряженным, болезненность сохраняется только в области опухоли и на 2—3-й день после начала заболевания самочувствие больной улучшается. Время от времени могут наблюдаться повторные приступы болей; иногда возникает непроходимость вследствие перегиба спаянных кишечных петель (Д. Н. Атабеков).

Нагноение кистозной опухоли. Инфицирование и нагноение кистом яичника в настоящее время наблюдаются редко. Раньше, когда часто прибегали к проколу брюшной полости и кистом яичника, это осложнение наблюдалось значительно чаще.

Нагноение кистомы мы встретили у 4 больных.

Проникновению инфекции могут способствовать имеющиеся сращения с кишечником на почве бывшего перекрута. Возбудителями инфекции являются обычные микробы, вызывающие нагноение, пневмококки, кишечная и тифозная палочки (Л. А. Кривский и др.).

Пути проникновения инфекции могут быть кровеносные и лимфатические сосуды. Гематогенная инфекция может иметь место при общих инфекционных заболеваниях, а также при послеродовом и послеабортном лихорадочном состоянии. Лимфогенное проникновение инфекции чаще наблюдается при воспалительных заболеваниях женских половых органов, аппендиците и др.

Известное предрасположение к инфекции могут вызвать вторичные изменения опухоли на почве нарушения питания. Особенно предрасположены к нагноению дермоидные кистомы.

Клиническая картина при нагноениях опухолей яичника, в зависимости от того, каким путем проникла инфекция, будет различна. При гематогенном инфицировании кистозной опухоли на первом месте будут мест-

ные явления, реакция со стороны брюшины может даже отсутствовать.

Лимфогенная инфекция, наоборот, проявляется с самого начала бурно. В этих случаях главным образом будут выражены перитонеальные симптомы вокруг кистозной опухоли. Переход и распространение инфекции на брюшину возможны, но это бывает редко; по крайней мере долгое время опухоль остается замкнутой, а брюшная полость — свободной от гнойного содержимого. Прорыв нагноившейся опухоли в брюшную полость ведет во всех случаях к опасному для жизни перитониту. Пункция нагноившейся кистомы может способствовать попаданию гноя в брюшную полость.

Перфорация гнойной опухоли в мочевой пузырь, кишку, во влагалище, в брюшную стенку благодаря полному опорожнению гноя может закончиться самопроизвольным излечением. Поэтому показанная в этих случаях операция ввиду опасности наступления послеоперационного перитонита и при нагноениях яичниковых кистом обычно откладывается до наступления более благоприятного момента (в том случае, если операция не является неотложной ввиду нарастающих явлений со стороны брюшины).

Разрыв стенки кистозной опухоли яичника — не менее опасное осложнение, чем перекручивание ножки. В настоящее время благодаря хорошей организации хирургической помощи это осложнение наблюдается редко.

Разрыв стенки кистомы мы встретили у 3 больных.

Разрыв может быть или самопроизвольным или произойти вследствие воздействия извне. В первом случае причина кроется в свойствах самой опухоли. Например, вследствие асептического некроза на почве тромбоза или других расстройств питания происходит нарушение целостности стенки кистозной опухоли с последующим выхождением содержимого в брюшную полость. Относительно часто разрываются злокачественные кистозные опухоли яичника. Разрыв опухоли может произойти на почве какой-нибудь травмы: падение, ушиб, грубое врачебное исследование и т. п. Среди механических моментов может играть роль напряжение брюшного пресса при выполнении тяжелой физической работы, смех, кашель, запоры и т. д. Последствия разрыва стенки ки-

стозной опухоли яичника могут быть различными, при разрывах субъективные симптомы часто отсутствуют. Поэтому нужно думать, что разрывы кистозных опухолей происходят значительно чаще, чем мы это диагностируем. Некоторые больные отмечают ощущение жидкости в животе или же испытывают более или менее выраженные боли, похожие на приступ аппендицита; иногда больные указывают на уменьшение объема живота и т. п. Излившееся содержимое опухоли при разрыве ее стенки будет действовать различно. Серозная жидкость довольно быстро всасывается, при этом можно наблюдать увеличение мочеотделения. Содержимое дермоидных кистом оказывает токсическое действие, может вызвать перитонит.

✓В некоторых случаях разрыв кистозной опухоли грозит больной смертельной опасностью: вследствие инфицирования содержимого опухоли она может погибнуть от острого воспаления брюшины.

✓Разрыв яичниковых опухолей часто сопровождается рядом угрожающих явлений: сильнейшие боли, выраженная картина шока и коллапса. Картина быстро наступающего приступа болей, заметное изменение величины, формы и напряжения кистозной опухоли иногда помогают распознать разрыв.

✓В дальнейшем клиническая картина разрыва напоминает признаки острого перекручивания ножки опухоли яичника, т. е. развиваются явления раздражения брюшины, а если излившееся содержимое инфицируется, то может наступить настоящее воспаление брюшины.

Заслуживает особого внимания вопрос о прободениях кистом в соседние органы, хотя эти случаи в настоящее время встречаются редко. Прободение происходит вследствие узуры от давления или в результате нагноения и сращения опухоли с соседними органами. Такими органами обычно являются прямая кишка, нижний отдел толстой кишки, а еще чаще мочевого пузыря. В большинстве случаев эти осложнения распознаются после происшедшей перфорации, когда клинические признаки бывают налицо: болезненное мочеиспускание и появление гноя в моче или кале. Эти осложнения относительно часто дают дермоидные кистомы яичника. Окончательный диагноз ставится на основании наход-

дения свищевого отверстия, волос и положительного симптома Лисовской (А. И. Маянц).

При самом благоприятном исходе, после разрыва и нагноения кистозных опухолей яичника, в последующем образуются обширные и плотные сращения, которые могут лишить больных работоспособности.

По данным А. Майера, осложнения в виде сращений при яичниковых опухолях наблюдаются не менее чем в 35% случаев. Интимно фиксируя опухоль с пристеночной брюшиной и с различными органами и тканями брюшной полости, сращения тем самым чрезвычайно затрудняют техническое выполнение операции. Обширные сращения во время операции мы встретили у 26 больных, а в одном случае не смогли полностью удалить кистозную опухоль из-за обширных плотных сращений.

Больная П., 37 лет, поступила в клинику оперативных методов лечения института 19/VIII 1939 г.

Жалобы: боли внизу живота, в пояснице, вздутие живота. В детстве болела корью, скарлатиной. Взрослой болела тифом.

Менструальная функция: менструации появились на 14-м году жизни, установились сразу — по 6—7 дней через 3—4 недели.

Половая функция: половую жизнь начала с 32-летнего возраста. Детородная функция: беременностей не было. Лечилась от воспаления придатков спринцеваниями.

Секреторная функция: бели в незначительном количестве, увеличились за последний год.

Функция кишечника: отмечает запоры.

Со стороны органов дыхания, кровообращения, мочевых и других внутренних органов патологических изменений нет.

История заболевания: 3/VIII 1933 г. внезапно появился приступ острых болей в животе, была тошнота и один раз рвота. Острые боли продолжались 2—3 дня, температура поднялась до 38,5°, была задержка стула и газов. Боли постепенно уменьшились, температура снизилась, но живот остался увеличенным, боли внизу живота продолжались.

Врачи диагностировали кисту правого яичника.

Для оперативного лечения больная поступила в клинику.

Данные осмотра и двуручного исследования: через брюшную стенку определяется кистозной консистенции образование, верхняя граница которого достигает уровня пупка, причем контуры опухоли ясно не определяются. Наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое. Матка ясно не определяется из-за образования, выполняющего своим нижним сегментом правый свод и входящего верхним сегментом до пупка; опухоль слабо напряжена, получается впечатление, что она достаточно хорошо подвижна.

Диагноз: киста правого яичника.

Заключение: показано оперативное лечение.

Исследование крови от 22/VIII: Hb 64%, л. 5780.

23/VIII операция. После соответствующей подготовки под спинномозговой анестезией произведен продольный разрез брюшной стенки. После разреза апоневроза и разъединения прямых мышц живота оказалось, что весь малый и большой таз выполнены опухолью, через стенку которой просвечивает серозная жидкость; верхняя граница опухоли достигает уровня на 3 поперечных пальца выше пупка. Вскрыть брюшину не удастся, так как указанное выше образование на всем протяжении спаяно с париетальной брюшиной. При попытке отделить брюшину стенка опухоли разорвалась и излилось жидкое содержимое — около 2 л. Париетальная брюшина и стенки кистозного образования оказались настолько интимно сращенными с кишечными петлями, что решено было ограничиться частичным иссечением капсулы кисты с последующим вставлением дренажа из марли. На брюшную стенку наложены узловы кетгутовые и шелковые швы.

В послеоперационном периоде больная длительное время находилась в больнице.

Описанный случай показывает, насколько опасны последствия перекрута и организовавшихся сращений. Опытному хирургу трудно было во время операции ориентироваться в сложных анатомических взаимоотношениях органов и тканей; ему не удалось вскрыть брюшную полость и удалить опухоль. В таких случаях при настойчивом стремлении обязательно удалить капсулу кисты полностью легко можно нанести большой тяжелый и опасный повреждения кишечника, мочевого пузыря и т. п.

Сращения между тканями и органами происходят вследствие наступающего в результате длительного давления и нарушения питания повреждения целостности серозного покрова. Различают плоскостные, перепончатые, шнуровидные и сальниковые сращения. Плоскостные сращения обычно образуются на местах соприкосновения пораженных серозных поверхностей органов и тканей, где поверхности слипшихся органов срастаются на обширном протяжении с минимальными образованиями ткани сращения. Перепончатые сращения — это мембраны различной толщины и неодинакового протяжения; они образуются постепенно вследствие растяжения рыхлой ткани обширных масс плоскостных сращений. Шнуровидные сращения встречаются реже плоскостных — это нитевидные образования между двумя или более органами.

С практической точки зрения сращения имеют большое значение. Например, разделение плоскостных сращений при операциях по поводу перекрученной кистомы

представляют определенные трудности ввиду возможности поранения кишечника, мочеточников и мочевого пузыря. Иногда невозможно бывает произвести надлежащий туалет операционного поля в виде тщательной перитонизации, что безусловно нужно иметь в виду во время операции.

Сочетание кисты яичника и беременности

Менструальная функция у женщин — носительниц доброкачественных опухолей яичника — обычно сохраняется и в большинстве случаев тип и характер ее не нарушается.

Относительно нередко при доброкачественных кистах яичника наступает беременность.

В случаях, когда у женщины имеется нормальная беременность при наличии кисты яичника, принято говорить об осложнении беременности опухолями яичника (Н. И. Горизонтов, К. Ф. Славянский и др.).

Едва ли правильно говорить об осложнении беременности опухолью, так как киста яичника у женщины, надо полагать, образовалась значительно раньше. Также неверно рассматривать нормальную беременность как осложнение уже имеющейся кисты яичника, ибо беременность наступила не потому, что женщина является носительницей кистозной опухоли (наоборот, медленно растущая доброкачественная киста яичника в какой-то мере мешает процессу оплодотворения).

Мы считаем более правильным говорить о сочетании кисты яичника и беременности. Не подлежит сомнению, что такое сочетание является для женщины серьезным и опасным осложнением, так как в течение беременности, во время родов и особенно в послеродовом периоде кистозная опухоль яичника сравнительно часто дает осложнения, угрожающие жизни матери и ребенка.

Как часто наблюдается такое неблагоприятное сочетание кисты яичника и беременности, сказать трудно: во всяком случае оно встречается не так редко и заслуживает внимания.

Пфанненштиль у 17 из 3000 беременных женщин выявил кисту яичника. По данным А. И. Ярцева, частота подобного сочетания составляет 0,02%, а по сборным статистическим данным Н. И. Горизонтова, она колеб-

лется от 0,015 до 0,5%. В. С. Мансветова отмечала кисту яичника у 0,3% беременных.

Что же касается частоты этого сочетания по отношению к числу яичниковых опухолей, то она, по данным разных авторов, определяется более высокой цифрой — в среднем 3% (К. Ф. Славянский, Г. Е. Рейн, Н. Н. Фепоменов, Д. О. Отт, В. С. Груздев и др.).

Эти данные относятся к раннему периоду овариотомии и, по-видимому, не отражают истинного положения вещей. В действительности же это сочетание наблюдается значительно чаще, чем об этом писали прежние авторы.

Сочетание кисты яичника и беременности встречается преимущественно у женщин молодого возраста. Так, по данным В. С. Мансветовой, 80% больных было в возрасте от 20 до 34 лет. Р. Л. Шуб указывает, что средний возраст первобеременных женщин при одновременном существовании у них кисты яичника равен 27 годам, а повторобеременных — 28½ годам.

На основании своих наблюдений мы можем отметить, что возраст больных женщин, оперированных по поводу кисты яичника во время беременности, в среднем равняется 29 годам.

В большинстве случаев это сочетание встречается при односторонних поражениях яичника; сравнительно редко беременность наступает при двусторонних кистозных опухолях яичника.

М. И. Коган наблюдал беременность у 2 из 27 больных с двусторонними кистозными опухолями яичников, а А. И. Ярцев встретил ее у 3 из 16 оперированных по поводу кисты яичника (при двустороннем кистозном заболевании яичников).

Нам сочетание кисты яичника и беременности встретилось 110 раз, причем в 16 случаях беременность наступила у женщин, имевших двусторонние кисты яичников.

По литературным данным, беременность сравнительно часто наступает у носительниц дермоидных кистом яичника. Так, А. Майер (Mayer) при дермоидной кистоме наблюдал беременность в 45% случаев, А. И. Ярцев — в 25%, а Р. Л. Шуб — в 30% случаев.

Наши наблюдения совпадают с данными названных выше авторов: беременность при дермоидных кистах

мы встретили 34 раза (30%), причем в 8 случаях это сочетание наблюдалось при двусторонних поражениях яичников демоидами.

В. И. Здравомыслов указывает на относительно частое сочетание беременности и паровариальной кисты (30%). Сочетание беременности с паровариальной кистой мы встретили 13 раз.

Доброкачественные кистозные опухоли яичника, если и не препятствуют, то во всяком случае не благоприятствуют наступлению беременности. У молодых женщин, страдающих кистозными опухолями яичников, бесплодие встречается относительно часто. На своем материале первичную стерильность мы наблюдали у 104 больных, вторичное бесплодие в детородном возрасте—у 101 женщины. Имеются наблюдения, что бесплодные женщины после оперативного удаления кисты яичника быстро беременеют и в дальнейшем беременности у них часто повторяются (А. И. Ярцев). Мы наблюдали также случаи наступления беременности и родов после оперативного удаления кистозных опухолей яичника у молодых женщин, которые до этого длительное время оставались бесплодными.

Наступление беременности при больших кистах яичника встречается редко; сравнительно часто беременность наблюдается при малой и средней величины опухолях яичника.

В отдельных случаях при наличии кистозной опухоли яичника у женщины беременность развивается нормально, даже роды и послеродовой период могут протекать без особых нарушений и осложнений.

Однако в большинстве случаев во время беременности, особенно во время родов и в послеродовом периоде, возникает ряд тяжелых осложнений, обуславливающих неблагоприятный исход не только для ребенка, но и для самой матери.

Нередко без всякого вмешательства может произойти выкидыш. Прерывание нормальной беременности раньше объясняли механическим воздействием кисты на беременную матку: постепенно сдавливая и раздражая растущую беременную матку, подвижная или фиксированная киста яичника может стать причиной выкидыша. Большие кисты, ограничивая емкость брюшной полости, также могут помешать нормальному физиологиче-

скому росту беременной матки и вызвать прерывание беременности (А. И. Ярцев).

В начале XX века прерывание беременности у женщин, имеющих кисту яичника, наблюдалось очень часто — в среднем в 17—25,2% случаев (А. И. Ярцев, Н. И. Горизонтов, М. И. Коган и др.).

В настоящее время прерывание беременности при кистах яичника наблюдается сравнительно редко. Это нужно объяснить, по-видимому, тем, что беременным женщинам своевременно оказывается помощь, а также и тем, что наши познания обогатились новыми данными в области физиологии и клинической эндокринологии, что дает нам возможность более разумно решать вопросы хирургического лечения при кисте яичника во время беременности.

Не отрицая механического воздействия опухоли на растущую беременную матку, мы в настоящее время придаем большое значение нейро-гуморальным факторам. Существенную роль в этом вопросе играет желтое тело беременности; прогестерон, по мнению современных авторов, оказывает протективное, охраняющее влияние на оплодотворенное яйцо, обеспечивая последнему нормальное питание и покойное положение в матке (М. С. Малиновский).

Недостаточность прогестерона может нарушить равновесие в организме беременной женщины. Матка становится чувствительной к питуитрину, адреналину и другим воздействиям. В результате сокращений матки может наступить выкидыш или преждевременные роды (Е. И. Кватер, А. Э. Мандельштам).

Некоторые авторы, отмечая функциональную связь между желтым телом и корой надпочечника, считают, что они способны замещать друг друга (М. Г. Сердюков, И. А. Эскин и др.).

Свое охраняющее влияние желтое тело, по мнению большинства авторов, оказывает в первые 2—3 месяца беременности, а в дальнейшем, подвергаясь регрессивным изменениям, оно передает свою функцию плацентарной ткани.

Если желтое тело беременности функционирует полноценно и его регрессивная стадия наступает при нормально развивающейся плацентарной ткани, то прогестерона в организме беременной женщины выделяется

в достаточном количестве. Беременность в благоприятных условиях протекает нормально. А при неполноценности желтого тела или плаценты прогестерона выделяется недостаточно, в результате чего может наступить прерывание беременности (В. В. Преображенский, В. Г. Бутомо, Г. Г. Хечинов и др.). При угрожающем выкидыше у женщины количество прегнандиола в моче значительно меньше, чем в норме. В. Г. Бутомо и Г. Г. Хечинов, удаляя желтое тело при ранних сроках беременности, т. е. до 2 месяцев, вызывали выкидыш в одной трети случаев.

Наши клинические наблюдения подтверждают экспериментальные данные упомянутых авторов: удаление кисты при очень ранних сроках беременности может вызвать выкидыш, который обычно происходит на 2—3—5-й день после операции.

Осложнение опухоли яичника перекручиванием ножки в течение беременности встречается чаще, чем при отсутствии беременности. Это, по-видимому, обуславливается тем, что растущая беременная матка к началу IV месяца вытесняет подвижную опухоль из малого таза в брюшную полость, где она подвергается различным воздействиям. На почве перекручивания ножки кисты могут возникнуть сращения с соседними органами, произойти кровоизлияние в кисту, а также наступить прерывание беременности или преждевременные роды. Сращения кистозной опухоли вследствие перекручивания могут вызвать сдавливание отдельных участков кишечника и непроходимость со всеми вытекающими отсюда грозными явлениями (Д. Н. Атабеков).

Насколько неблагоприятно проходят роды, представленные естественному течению в случаях сочетания беременности и кисты яичника, показывает статистика Плейфера (Pleyfer): 6 из 13 рожениц умерли в родах или непосредственно после родов, по данным Литцмана (Litzman), из 56 беременных женщины самопроизвольно родили только десять, а у остальных 46 роды были патологическими [Е. Орглер (E. Orgler)].

Большую опасность представляют опухоли, остающиеся во время беременности в малом тазу; располагаясь в последнем, даже маленькие опухоли могут обуславливать сужение таза, достигающее иногда до рез-

ких степеней, и создавать чрезвычайно неблагоприятные условия в родах: при закрытии полости малого таза плотной опухолью роды делаются невозможными, и, если не будет оказана соответствующая помощь, дело может окончиться разрывом матки и смертью роженицы. Иногда такая опухоль под давлением лежащей головки может разорвать задний влагалищный свод или переднюю стенку прямой кишки и таким образом родиться до головки плода через влагалище или прямую кишку. Подобные случаи описаны Е. Б. Деранковой, Г. Г. Левицким, В. Н. Гогоцким и др. Во всех описанных случаях были дермоидные кистомы. Если даже беременность при сочетании с опухолью яичника развивалась совершенно нормально и роды произошли без особых препятствий, непосредственно в послеродовом периоде создаются особо благоприятные условия для перекручивания ножки опухоли. Быстрое опорожнение матки и последующее смещение ее книзу, расслабление стенок живота, изменения топографии органов брюшной полости представляют чрезвычайно благоприятные условия для перекручивания подвижной кистомы. Происходящее во время родового акта нарушение питания кистомы, разминание и ушиб ее стенок, по-видимому, способствуют поступлению инфекции. В результате перекрута в послеродовом периоде может возникнуть воспаление и нагноение опухоли, и таким образом доброкачественные кистомы яичника превращаются в высшей степени опасные для больных образования.

Больная Т., 25 лет, поступила в гинекологическую клинику института 25/XII 1933 г.

Наследственность благоприятная.

В детстве перенесла корь, взрослой болела испанкой.

Менструальная функция: менструации пришли на 14-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через 28 дней.

Половая функция: замуж вышла в 20 лет, тип и характер менструаций в связи с началом половой жизни не изменились.

Детородная функция: имела две беременности, первая закончилась самопроизвольным выкидышем, вторая — родами.

История заболевания: два месяца назад были роды, рожала в деревне, ребенка принимала бабка. После родов заметила, что живот не уменьшается. Обеспокоенная этим, родильница на 4-й день после родов вызвала из соседнего пункта акушерку. Акушерка осмотрела и сказала, что должен родиться второй ребенок; она посоветовала обратиться в районную больницу, куда больная и была доставлена на 8-е сутки после родов.

Произведено влагалищное исследование под наркозом. Врач установил, что в матке второго ребенка нет, а имеется какая-то опухоль. Из районной больницы через две недели больная была переведена в больницу г. Торожца, где находилась с 24/XI по 24/XII 1933 г.

Со слов больной, окончательный диагноз не был установлен и здесь, а 25/XII 1933 г. больная была доставлена в институт.

Больная все время находилась в тяжелом состоянии, испытывала резкие боли в животе, температура тела держалась в пределах 39,3—40,8°. Отмечает, что живот за последнее время немного уменьшился, но боли продолжаются; спать не может, задержка стула.

При осмотре и ощупывании живота определяется образование, соответствующее по форме и величине 7—8-месячной беременности. Справа от этой опухоли на 3 поперечных пальца выше лона прощупывается плотной консистенции выступ величиной с кулак, связь этого образования с опухолью неясна.

Влагалищное исследование: влагалище узкое; своды уплощены, теряются в мягковатой опухоли, заходящей выше пупка. Тело матки не контурируется, через правый свод определяется инфильтрат, доходящий до стенки таза.

Диагноз: нагноившаяся пролиферирующая киста яичника.

Заключение: показано оперативное лечение.

Исследование крови: Нв 35%, эр. 2 910 000, л. 10 340; РОЭ 55 мм в час.

26/XII пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Спала плохо, боли в животе не прекращаются. Язык обложен, но влажный.

27/XII операция под хлороформ-эфирным ингаляционным наркозом.

После подготовки операционного поля произведен продольный разрез брюшной стенки протяженностью 20 см, обходя пупок слева. Parietalная брюшина оказалась сращенной с капсулой кисты на всем протяжении, киста имела плоскостные сращения с кишечником.

При разъединении кишок капсула кисты порвалась и вытекло большое количество гноя и распавшихся масс. Петля тонкой кишки в одном месте была интимно сращена с капсулой кистозной опухоли. Отрезок кишки длиной 10 см пришлось резецировать и наложить анастомоз конец в конец. После этого киста удалена. Через задний свод проведен дренаж, а сверху вставлен большой марлевый тампон. Брюшная стенка зашита послойными швами.

30/XII состояние больной тяжелое, пульс частый, еле прощупывается.

31/XII была рвота, газы не отходят.

2/I 1934 г. через рану брюшной стенки стал выделяться жидкий кал.

Состояние больной прогрессивно ухудшалось, и 21/I она скончалась при явлениях упадка сердечной деятельности от септической интоксикации и истощения организма.

Вопрос о влиянии беременности на рост кистозных опухолей яичника до сих пор является спорным. Одни

авторы считают, что опухоли яичника под влиянием беременности растут быстро. Они объясняют это приливом питательного материала [Шпигельберг (Spiegelberg), Д. С. Щеткин, В. В. Сутугин, Н. В. Склифосовский]. Другие авторы, наоборот, полагают, что рост опухоли останавливается или по крайней мере задерживается вследствие ограниченности места из-за прогрессивного увеличения матки и не деятельности яичников [Кеберле (Koebarle), Сп. Уэзльс (Sp. Weles), Мартин (Martin) и др.].

По мнению Р. Шредера, быстрый рост опухоли во время беременности кажущийся; рост беременной матки при наличии опухоли яичника обуславливает быстрое увеличение объема живота, которое и приписывается росту яичниковой опухоли. К сожалению, авторы, касаясь вопроса об усиленном росте кисты яичника во время беременности, не проводят различия между доброкачественными и злокачественными опухолями.

Конечно, условия питания кисты яичника при беременности улучшаются, если не нарушено кровообращение вообще вследствие какого-либо осложнения. Трудно себе представить остановку или замедление роста злокачественных опухолей, которые и вне беременности растут очень быстро. И в то же время трудно быть уверенным в том, что авторы, указывающие на быстрый рост опухолей яичника во время беременности, имели в виду именно доброкачественные кистомы. Наоборот, представляется более вероятным, что авторы наблюдали главным образом быстрый рост злокачественных новообразований яичников.

Доброкачественные кистозные опухоли яичников растут медленно. По нашим наблюдениям, их рост не ускоряется во время беременности. Поэтому нужно думать о том, что во время беременности создается ряд факторов и условий, из которых одни способствуют, а другие, наоборот, мешают росту доброкачественных кистом яичника. Таким образом, опасность при сочетании беременности и доброкачественных кистом яичника кроется не столько в возможности быстрого роста последних, сколько во всех тех осложнениях, которые мы при этом наблюдаем.

ГЛАВА VI

РАСПОЗНАВАНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

Общая диагностика и методы исследования

Успех хирургического лечения кистозных опухолей яичника зависит в основном от правильного распознавания и своевременного применения соответствующей терапии. Распознавание заболевания, несомненно имеет первостепенное значение, так как целесообразность всякого лечения, особенно хирургического, зависит от достоверности и убедительности диагноза. Но это, однако, не означает, что только правильный диагноз решает дело, в конечном счете эффективность лечения в хирургии решает своевременно и целесообразно примененная для каждого случая операция.

Таким образом, распознавание и метод лечения неотделимы, они связаны друг с другом, взаимно обуславливают и вместе взятые обеспечивают успех хирургического лечения при опухолях яичника.

Еще на заре зарождения оперативной гинекологии А. Я. Красовский указывал: «Прежде чем решиться на операцию, придаю большое значение точному распознаванию...». В те времена после первых успешных овариотомий стремление многих хирургов было направлено на усовершенствование техники производства самой операции. Другая же сторона вопроса — распознавание болезни — была отодвинута на второй план (П. И. Добрынин). По этому поводу Н. А. Вейнгартен в свое время писал: «Отдавая должное заслугам современной хирургии, мы спросим себя: не внесена ли в дело оперативного лечения доля увлечения. Бывают случаи, когда диагностику ставят при помощи ножа и причи-

няют больным вред». В 60—70-х годах прошлого столетия гинекологическая диагностика находилась на низшей ступени своего развития. Процент диагностических ошибок был очень высок, причем лучшие хирурги того времени мирились с таким положением, считая 20—25% неправильных распознаваний до операции вполне закономерными и допустимыми.

Однако уже к концу прошлого века вопросы врачебной диагностики вообще и в частности гинекологической благодаря введению в практику комбинированного метода исследования больных получили дальнейшее развитие. С тех пор прошло еще столетие — целый период, который знаменует собой быстрое развитие отечественной гинекологической науки.

В настоящее время мы владеем усовершенствованными методами исследования и распознавания опухолей брюшной полости. Если в практике еще и в настоящее время встречаются отдельные случаи ошибочного распознавания опухолей брюшной полости, то при объективной оценке мало найдется таких случаев, где допущенные диагностические ошибки оказались бы совершенно неизбежными.

К сожалению, в практике даже опытных клиницистов встречаются случаи ошибочных распознаваний опухолей брюшной полости. Более того, делаются даже попытки их обосновать ссылками на недостаточную точность наших знаний и несовершенство методов исследования. Так, например, говоря о диагностических ошибках в гинекологии, Г. К. Живатов пишет:

«Так как говорить о сознательных лечебных ошибках не приходится, то диагностическую ошибку нужно считать результатом современного состояния знаний». Подобные утверждения, оправдывая ошибки врачей, ни в какой мере не помогают усовершенствованию гинекологической диагностики.

При современном состоянии наших знаний и методов исследования, наоборот, нужно стремиться к тому, чтобы предоперационный диагноз опухолей брюшной полости и малого таза, основывающийся на совокупности данных, получаемых путем всестороннего полноценного обследования больных, удовлетворял требованиям клинициста. Возможность диагностических ошибок должна быть низведена до степени редких слу-

чайностей. Допущенную же ошибку следует рассматривать как чрезвычайное происшествие. Ее нужно обсудить на научной конференции с тем, чтобы выяснить причину этой ошибки и предостеречь от повторения ее в дальнейшем.

Диагностические ошибки нужно, таким образом, не оправдывать, а объективно выяснять породившие их обстоятельства и тем обогащать диагностические приемы обследования больных.

Диагностические ошибки могут происходить от недостаточности знаний и малой опытности врача. Но этот пробел легко может быть восполнен постоянным совершенствованием и работой врача над собой. К сожалению, большинство ошибок в распознавании опухолей яичника связано не с недостаточной опытностью врача, а происходит вследствие недостаточно тщательно и полноценно проведенного клинического обследования. В отдельных случаях некоторая предвзятость и излишняя самоуверенность врача может повести его по ложному пути, обусловить неправильную диагностику. Наконец, слишком большое и одностороннее доверие к данным лабораторных исследований в ущерб клиническому наблюдению и врачебному мышлению также может породить ошибочный диагноз.

Несомненно, распознавание кистозных опухолей яичника в брюшной полости исключительно сложно и требует от врача умения разбираться в сложной проблеме дифференциальной диагностики. Для этого врачу необходимо иметь достаточные сведения по анатомии, физиологии и патологии женских половых органов и в совершенстве овладеть современными методами исследования больных с гинекологическими заболеваниями.

Кроме того, акушер-гинеколог должен не только владеть техникой оперативного вмешательства, а необходимо, чтобы он был достаточно компетентным в пограничных областях — хирургии, внутренней медицине и урологии, был знаком со всеми видами опухолей в полости живота, которые легко могут симулировать кистому яичника.

При клиническом обследовании больной — носительницы опухоли в полости живота — необходимо прежде всего выяснить, относится ли данное образование к органам малого таза, и по возможности точно опреде-

лить орган, из которого оно исходит. Если раньше считалось достаточным установление наличия опухоли в малом тазу и уточнение диагноза сводилось лишь к определению заболевшего органа, то такая топографо-анатомическая диагностика нас теперь не может удовлетворить — чрезвычайно важным является определение характера заболевания. В частности, мы должны выяснить, является ли данное заболевание результатом воспалительного или новообразовательного процесса. Если будет распознано новообразование, то мы должны решить следующий вопрос: какой характер с клинической стороны имеет эта кистозная опухоль, т. е. доброкачественная она или злокачественная; далее выясняем, какое влияние оказывает кистозная опухоль яичника на организм женщины, нарушает ли она функцию полового аппарата и соседних с ним органов и т. д.

В свое время органопатология возникла и развивалась в результате преимущественно анатомического изучения патологических процессов в организме человека; она была ограничена рамками локалистического представления и понимания болезни. Современное изучение заболеваний в свете функциональной патологии и диагностики возводит клиническое мышление врача на более высокую ступень понимания патологического процесса как проявления нарушений или изменений функций целостного организма, отдельных его органов и их систем.

Клинический диагноз должен давать представление не только о болезни какого-либо органа, но и о состоянии всего больного организма с учетом возраста больной, ее занятий, ощущений, желаний, стремлений и т. д.

Для достижения этой цели исключительно важное значение имеет систематизированное, строго последовательное и методически правильно проведенное обследование. Гинекологическое обследование, равно как всякое клиническое изучение больных, складывается из двух частей: субъективного и объективного исследования, анализа и синтеза полученных при этом данных.

Тщательный расспрос, изучение динамики развития симптомов, особенности ощущений и переживаний, связанных с данным заболеванием, приобретает исключительно большое значение для распознавания, помогая врачу составить себе представление о тех патологиче-

ских процессах, которые обусловили беспокоящие больную симптомы.

В дальнейшем необходимо приступить к объективному обследованию больной.

Расспрос и объективное обследование — это совершенно необходимые диагностические приемы, которые в единстве и составляют методику полноценного клинического исследования. Поэтому нужно заботиться об усовершенствовании обоих этих методов.

Наблюдательность и опыт, умение критически анализировать данные субъективного и объективного исследования больных — важнейшие элементы врачебной диагностики. Уже при первой встрече с больной наблюдательный врач может получить представление о ее состоянии, в наивном ее рассказе уметь найти фактические данные и, сопоставив все это, рационально использовать при окончательных выводах и заключениях.

С практической стороны при собирании анамнеза очень важно иметь схему, составить последовательно сгруппированный перечень вопросов, который по мере надобности можно пополнить.

При исследовании больных с гинекологическими заболеваниями мы пользуемся принятой в клинике схемой, особое внимание уделяем вопросам выяснения основных функций: менструальной, половой, детородной, секреторной.

По окончании расспроса больной переходим к следующему этапу диагностики — объективному обследованию.

Всякое изучение заболевания обязательно должно начинаться с общего обследования больной и выяснения состояния важнейших внутренних органов. Метод объективного обследования в гинекологии, особенно при распознавании доброкачественных опухолей яичника, протекающих в большинстве случаев бессимптомно, физическое исследование при помощи органов чувств приобретает исключительно важное значение.

При обследовании брюшных и тазовых органов мы обычно пользуемся осмотром, ощупыванием, выстукиванием и выслушиванием. При осмотре живота обращаем внимание на форму и размер его. При кистозных опухолях яичника, располагающихся в брюшной полости, живот может быть неравномерно или асиммет-

рично увеличен; наоборот, если небольшая киста яичника располагается в малом тазу, он может быть плоским и т. д. Осмотром можно отметить изменение формы живота при перемене положения тела, определить степень участия брюшных покровов в дыхательных движениях, заметить колебательные движения брюшной стенки и т. д. Все это очень ценно при окончательном определении заболевания. А. П. Николаев обращает внимание на симптом «разговорные движения брюшной стенки» и предлагает использовать его для исключения воспалительного процесса.

Ощупывание производится через брюшные покровы, влагалище, прямую кишку и наконец одновременно изнутри и снаружи — это так называемое двуручное исследование. Перед осмотром и особенно перед ощупыванием кишечника и мочевого пузыря необходимо опорожнить.

Ощупывание живота производят двумя руками, концевыми фалангами. При этом больная находится в горизонтальном положении на спине, живот должен быть расслаблен. Сначала ощупывание производят поверхностно, очень деликатно, затем более глубоко. Не следует забывать прием, когда исследующие пальцы, действие которых направлено друг другу навстречу, проникают все глубже и глубже, располагаясь при этом на противоположных полюсах исследуемой опухоли.

Двуручным ощупыванием через брюшные стенки по возможности стараемся определить форму, величину, поверхность, подвижность, консистенцию, болезненность, локализацию опухоли, сопротивляемость брюшной стенки и зыбление.

Исследование ощупыванием заканчивается двуручным влагалищно-брюшностеночным исследованием, которое дает возможность более точно охарактеризовать определяемое в полости живота и малого таза образование со стороны перечисленных выше признаков и установить его отношение к матке, которая при этом обычно является исходным пунктом, ориентиром. Маленькие кисты яичников, которые не могут быть прощупаны со стороны брюшной стенки, распознаются исключительно методом соединенного двуручного исследования.

Выстукивание является дополнительным приемом к ощупыванию; оно помогает определить и уточнить границы и контуры опухоли, наличие скопления жидкости в брюшной полости и т. д. Обычно яичниковые кисты, достигшие известной величины и прилегающие к передней брюшной стенке, перкуторно дают тупой звук.

Наконец, при объективном исследовании приходится пользоваться приемом выслушивания, которое в отдельных случаях при распознавании опухолей полости живота имеет решающее значение, например помогает диагностировать нормальную беременность.

Несомненно наиболее ценным приемом при распознавании опухолей яичника является двуручное влагалищно-брюшностеночное исследование, которое лучше всего производить на специальном столе, гинекологическом кресле с приподнятыми и согнутыми в тазобедренном и коленном суставе ногами.

К объективному методу обследования, применяющемуся в гинекологии с диагностической целью, относится инструментальное исследование: применение влагалищных зеркал, зондирование полости матки, пробный прокол, пробное выскабливание, катетеризация мочевого пузыря; пробное чревосечение, а также лабораторные методы исследования. При оценке данных лабораторного и инструментального исследования врач должен не механически принять к сведению данные анализа, нужно, чтобы он мыслил клинически, умел отделить главное от маловажных деталей, порой, может быть, более бросающихся в глаза.

По окончании расспроса и получения данных объективного исследования наступает вторая, самая ответственная часть работы врача-клинициста — это сопоставление всех полученных данных (Р. А. Лурия).

Следовательно, постановка диагноза — серьезная и ответственная задача. Это отнюдь не разгадывание болезни, не «интуиция» врача, под которой раньше подразумевался особый «дар прозрения и проникновения» в сущность болезни. Поэтому необходимо упорно и целеустремленно воспитывать в себе дисциплинированное врачебное мышление, которое вместе с эрудицией, наблюдательностью и опытом является залогом правильного распознавания и лечения заболеваний.

Для успеха хирургического лечения исключительно большое значение имеет своевременное и правильное распознавание кистозных опухолей яичника. Когда диагностирована перекрутившаяся, а тем более нагноившаяся киста яичника, вытекают жизненные показания к неотложному оперативному лечению. В этих случаях положение врача, высказавшего свое авторитетное мнение, становится очень серьезным: обратив внимание больной и близких ей людей на необходимость срочной операции, объясняя им, какая опасность угрожает здоровью больной в случае промедления с оперативным вмешательством, врач берет на себя огромную ответственность.

Свое последнее слово перед операцией врач должен сказать с полной уверенностью, только после всестороннего клинического исследования больной, обязательно с применением дифференциального метода, после того как он пришел к определенному выводу, исключаящему другой вид и способ лечения.

Возможные ошибки при распознавании кистозных опухолей яичника

Представить статистику диагностических ошибок в оперативной гинекологии за отсутствием точных цифровых данных в настоящее время мы не можем. Об ошибках обычно сообщается редко. Большей частью авторы делятся случаями удачно поставленных диагнозов, и значительное число неправильных предоперационных распознаваний остается неизвестным.

На нашем материале диагностическая ошибка встретилась 26 раз, что составляет 3,25%. Этот процент предоперационных ошибок при распознавании доброкачественных кистозных опухолей яичника является сравнительно высоким и при критическом анализе показывает, что исследование больных до операции не во всех случаях было полноценным. Большей части диагностических ошибок вполне можно было избежать, если проводить обстоятельное клиническое обследование больных, используя, как это надлежит, во всех случаях методику дифференциального диагноза.

Только отличительное распознавание, проведенное по строго определенной системе с одинаковой тщатель-

ностью и последовательностью как в сложных случаях, так и при самых простых кистах яичника, может помочь поставить правильный предоперационный диагноз. Следовательно, перед окончательным построением предоперационного диагноза кисты или кистомы яичника необходимо последовательно отдифференцировать ее от всех других возможных опухолей брюшной полости.

При диагностировании кистозной опухоли яичника после исключения экстрагенитальной опухоли в брюшной или тазовой полости необходимо прежде всего подумать о беременности (если больная находится в детородном возрасте).

В первую половину беременности, когда еще нет достоверных признаков беременности, смещение вообще возможно.

Если не очень напряженная киста яичника располагается спереди от матки, непосредственно прилегая к ней, то при двуручном исследовании тело матки отдельно может и не прощупываться; кажется, что ее шейка непосредственно переходит в кистозную опухоль, которая и симулирует в таком случае беременную матку. При исследовании через прямую кишку иногда выясняется, что позади опухоли располагается тело матки. Если установить диагноз сразу невозможно, то его можно уточнить при повторном исследовании, особенно если опухоль свободно перемещается. При более длительном наблюдении за больной диагноз выясняется в зависимости от появления или отсутствия несомненных признаков беременности.

Чтобы быстро решить вопрос, можно исследовать мочу на беременность или произвести двуручное исследование под наркозом. Правда, Штеккель наблюдал случай, когда исследование под наркозом не дало ясного ответа и ему для выяснения диагноза пришлось прибегнуть к пробному чревосечению.

Если киста яичника ошибочно будет распознана как маточная беременность, дальнейшее наблюдение в конечном счете исправит ошибку. Ошибка может оказаться непоправимой, если нормальная маточная беременность будет диагностирована как яичниковая киста: за первой ошибкой в таких случаях обычно следует вторая в виде ненужной и опасной для больной операции чревосечения.

Больная Л. Е. П., 43 лет, поступила 23/II 1932 г. в гинекологическую клинику института для оперативного лечения по поводу кисты правого яичника.

Жалуется на боли в животе, особенно усиливающиеся при ходьбе.

Менструации появились на 19-м году жизни, установились сразу — по 6—7 дней через 30 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последние нормальные менструации были 5 месяцев назад.

Половую жизнь ведет с 20 лет. Тип и характер менструации в связи с началом половой жизни не изменились. Беременностей было пять. Они закончились срочными родами. Последние роды были 6 лет назад. После родов не болела.

Секреторная функция: выделения белого цвета в незначительном количестве, больную не беспокоят.

История заболевания: считает себя больной около 5 лет.

Появились боли в животе и левом паху, отдающие в подреберье, поясницу и на внутреннюю поверхность бедер. Боли усиливаются в лежачем положении и при поворачивании с боку на бок. За последние 3 месяца отмечает значительное увеличение живота.

В прошлом, после какого-то заболевания, в течение 3 лет была аменорея, а затем без всякого лечения менструальная функция восстановилась, и у больной после этого два раза были роды. Гинекологические заболевания отрицает.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Страдает запорами.

Данные осмотра наружных половых органов и двуручного исследования: наружные половые органы без особенностей. Слизистая входа влагалища синюшной окраски. Шейка цилиндрической формы. Матка отклонена кзади, маленькая. Слева от матки, тесно прилегая к ее левому углу, располагается тонкостенное образование туго-эластической, местами более плотной консистенции, округлой формы, достаточно подвижное, безболезненное, по величине соответствует 5-месячной беременности. Справа прощупывается нормальный яичник.

Диагноз: киста левого яичника.

Заключение: показано оперативное лечение.

Данные лабораторного исследования: в моче белка 0,03%; кровь: Hb 80%, л. 8200; РОЭ 20 мм в час.

9/II 1932 г. операция.

Обезболивание: спинномозговая анестезия раствором новокаина. После вскрытия брюшной полости диагностирована нормальная пятимесячная беременность.

Произведена операция: малое кесарево сечение и перевязка маточных труб с целью стерилизации.

В данном случае диагностическая ошибка произошла не потому, что наблюдавшие больную врачи обладали недостаточными знаниями и опытом, а потому, что при исследовании больной они не воспользовались методом дифференциальной диагностики, не изучили и не анали-

зировали тщательно данные расспроса и объективного исследования больной.

Прежде всего забыли подумать о нормальной беременности. Не учли того, что, как указывала сама больная, последние менструации были у нее 5 месяцев назад, что живот увеличился за последние 3 месяца, а при наружном осмотре была отмечена синюшная окраска слизистой оболочки входа во влагалище.

Не учтя этих данных, которые должны были заставить подумать о беременности, мы наивно ухватились за диагноз врача, направившего больную в клинику для оперативного лечения по поводу кисты яичника, и таким образом легко стали на ложный путь.

Миомы матки могут быть похожи на кисту яичника, особенно если они имеют мягкую консистенцию и развиваются подбрюшинно в виде одиночного узла, будучи соединены с маткой при помощи тонкой ножки. В этих случаях распознавание является затруднительным. Когда имеются характерные признаки фибромиомы — плотная консистенция, бугристая поверхность, наличие множественных узлов, нарушение менструальной функции и др., при внимательном отношении к оценке этих данных можно легко определить опухоль.

Затруднения при распознавании могут представить интерстициальные кистозно размягченные большие миомы, особенно если менструальная функция при этом не нарушена. Если при исследовании прощупываются оба яичника, диагноз фибромиомы облегчается. Однако, к сожалению, при двуручном исследовании яичники не всегда удается прощупать. Путем исследования через прямую кишку иногда можно определить располагающуюся кзади от кисты яичника матку или же, наоборот, установить переход шейки в опухоль матки — фибромиому.

Трудности диагноза при мягких миомах бывают настолько велики, что даже после вскрытия брюшной полости хирург начинает сомневаться в правильности диагноза.

Е. Опитц (E. Opitz) приводит случай, когда он, вскрыв брюшную стенку, начал сомневаться в правильности диагноза и тут же зашил ее из-за боязни удалить вместо предполагаемой миомы беременную матку. Больная умерла после операции от эмболии. При

вскрытии была найдена миома с отдельными размягченными и более плотными участками, которые определялись как части плода.

Больная Р., 38 лет, поступила в гинекологическую больницу № 1 10/XI 1950 г. для оперативного лечения по поводу кисты яичника.

Менструации появились на 16-м году жизни, установились сразу — по 7—8 дней через 3 недели, обильные, безболезненные. Последние менструации прошли как обычно (с 20 по 26/X 1950 г.).

Половая функция: в 1939 г. в течение нескольких дней жила половой жизнью.

Детородная функция: беременностей не было.

Секреторная функция: выделения из влагалища белого цвета в незначительном количестве.

Гинекологические заболевания отрицает.

История настоящего заболевания: считает себя больной 3 года. Появились боли в животе, обратилась к врачу, который определил кисту яичника и предложил оперативное лечение. Больная от операции отказалась.

В последнее время боли внизу живота усилились. Обратилась к врачу женской консультации, откуда и была направлена в клинику с диагнозом кисты яичника.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые розовой окраски. Язык чистый, влажный; живот мягкий, безболезненный. Через брюшные покровы определяется опухоль, величина которой соответствует 6-месячной беременности.

Состояние больной удовлетворительное.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечено.

Данные двуручного исследования: наружные половые органы без особенностей, слизистая входа влагалища нормальной окраски, влагалище узкое. Шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка маленькая, отклонена назад, контурируется неясно. Спереди от нее определяется опухоль величиной, соответствующей 6-месячной беременности, округлой формы, с ровной поверхностью, подвижная, безболезненная, туго-эластической консистенции. По-видимому, опухоль исходит из левых придатков матки. Задний свод свободен, выделения из влагалища молочного цвета. Признаков беременности нет.

Диагноз: киста яичника.

Заключение: показано оперативное лечение.

13/XI операция: пробное чрезосечение.

Обезболивание: ингаляционный эфирный наркоз (50 мл).

Послойный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости вместо кисты яичника обнаружена равномерно увеличенная матка. По форме ее, консистенции, окраске, симметричному расположению круглых маточных связок, наличию нормальных яичников определена 22-недельная беременность. Брюшная стенка зашита послойными швами.

В послеоперационном периоде применяли прогестерон, покой и т. п.

28/XI дно матки на уровне пупка, выделений нет. Сердцебиение плода не выслушивается. Слева ниже пупка очень глухо воспринимается пульсация, совпадающая с пульсом больной. Ввиду отсутствия сердцебиения плода и роста беременной матки возникло сомнение в правильности диагноза.

Биологическая реакция мочи на беременность дала отрицательный результат.

6/XII после осмотра и внимательного исследования больной была диагностирована интерстициальная фибромиома.

Больная выписана из клиники. Находилась дома под наблюдением до 15/III 1951 г. Поступила в гинекологическое отделение родильного дома № 32, где была вторично оперирована 25/III 1951 г. под местной инфильтрационной анестезией раствором новокаина. Произведена типичная надвлагалищная ампутиация фибромиоматозно перерожденной матки; на левом яичнике имелась небольшая киста желтого тела величиной с лесной орех, которая могла симулировать желтое тело беременности.

Диагностическая ошибка перед первой операцией чревосечения и во время операции в этом случае повлекла за собой ряд неправильных действий: больная подверглась двукратному чревосечению.

Были ли в данном случае такие моменты и обстоятельства, которые обусловили диагностическую ошибку в распознавании кисты яичника? Нет, их не было. Ошибка произошла потому, что исследование больной перед операцией было проведено поспешно и поверхностно. Согласившись без критического анализа с первоначальным диагнозом врача женской консультации, направившего больную в клинику для оперативного лечения, мы свое мышление направили не по пути дифференциального диагноза. Было предпринято чревосечение, во время которого сделана вторая диагностическая ошибка: фибромиома определена как нормальная беременность. Остановившись на этом диагнозе, мы забыли подумать о фибромиоме и уточнить диагноз путем ощупывания.

Прервавшуюся внематочную беременность можно принять за кисту яичника. Распознаванию внематочной беременности во многом помогает внимательный спрос больной. Приступы внезапных болей схваткообразного характера в области придатков, возникающие среди полного здоровья, отдающие в плечо или прямую кишку, особенно если перед этим у больной была задержка менструации (иногда всего на несколько дней), должны заставить врача подумать о внематочной беременности. Если при этом отмечаются незначительные

кроваые выделения темного цвета, жалобы на кратковременное потемнение в глазах, «дурнотное» и обморочное состояние и если, кроме того, объективно можно установить нарастание анемии, то все это — характерные признаки прервавшейся внематочной беременности.

Исследование мочи больной на беременность и пункция заднего свода в неясных случаях являются вспомогательными приемами при распознавании внематочной беременности.

В двух случаях прервавшаяся внематочная беременность была диагностирована нами как киста яичника с перекручиванием ножки. Ниже приводится один из случаев.

Больная П., 28 лет, поступила в гинекологическую больницу № 1 3/IV 1950 г.

Менструации появились впервые на 17-м году жизни, установились сразу — по 2—3 дня через 30 дней, умеренные, слегка болезненные; последние менструации закончились 20/I 1950 г.

Половую жизнь начала с 17-летнего возраста. Беременностей было две, закончились родами; последние роды были в 1944 г.

Болела воспалительным процессом придатков матки, лечилась.

История настоящего заболевания: считает себя больной с 7/III 1950 г. Заболела сразу: появились резкие боли в животе, была рвота. Два раза больная вызывала врача; оба раза к больной на дом приходила акушерка и никакой помощи не оказала.

Больная сама себе прикладывала грелки на низ живота. Появились незначительные кроваые выделения, которые продолжались два дня, а затем прекратились. Температура держалась в пределах 37,2—37,3°. В таком состоянии больная находилась 4 недели.

Утром 3/IV почувствовала себя очень плохо и в течение нескольких минут находилась в обморочном состоянии, была рвота, сильные боли внизу живота.

Врач направил больную в гинекологическую больницу с диагнозом начавшегося выкидыша, подозрения на внематочную беременность.

Состояние при поступлении средней тяжести. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. Язык сухой, обложен. Пульс 120 ударов в минуту слабого наполнения. Артериальное давление 100/65 мм ртутного столба.

Со стороны сердца и легких особых изменений нет. Стула не было, мочеиспускание учащено.

На основании данных двуручного исследования дежурным врачом была диагностирована киста левого яичника; кроме того левосторонняя паховая грыжа и инфицированный выкидыш.

В течение первых 10 дней температура держалась днем в пределах 37,8°, а вечером доходила до 39,1°, отмечалась вторичная анемия.

12/IV жалуется на общую слабость, головную боль и отсутствие аппетита. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кожа и видимые слизистые бледны. Живот асимметричный, внизу живота имеется образование округлой формы. Большая часть этого образования располагается влево от средней линии.

Данные двуручного исследования: наружные половые органы без особенностей. Влагалище широкое, имеется опущение стенок влагалища. Шейка цилиндрической формы, матка несколько увеличена, плотная, оттеснена вправо и впереди образованием, располагающимся слева от нее. По величине это образование соответствует 5—6-месячной беременности, имеет округлую форму, неравномерно плотную консистенцию, ограниченное в подвижности, почти безболезненное; нижний полюс его выпячивает задний и левый своды влагалища. Осмотреть шейку зеркалом не удается из-за резко приподнятого положения матки. Выделения из влагалища кровяные, в небольшом количестве.

Диагноз: киста левого яичника (перекрут ножки). Вторичная анемия: не исключается возможность кровоизлияния в полость кисты, а также внематочной беременности (гемоглобина 34%).

27/IV при повторном двуручном исследовании установлено уменьшение опухоли в размерах: стало возможным осмотреть шейку матки при помощи зеркала.

Исследована моча на беременность по Ашгейм-Цондеку—реакция сомнительная.

Моча в норме.

Исследование крови 5/IV: Hb 34%, л. 8000; РОЭ 60 мм в час; 12/IV: Hb 30%; 14 и 17/IV: Hb 34%; 18/IV: Hb 34%, л. 6000; РОЭ 60 мм в час; 10/V: Hb 48%, л. 4800; РОЭ 28 мм в час.

Больной 4 раза перелита консервированная кровь (всего 1600 мл).

12/V при осмотре больной на основании анализа и данных клинико-лабораторного исследования возникла мысль о нарушенной внематочной беременности. Пункция заднего свода уточнила диагноз.

13/V операция под ингаляционным эфирным наркозом (100 мл). По вскрытии брюшной полости обнаружена покрытая сальником перитубарная и заматочная кровяная опухоль. Матка немного увеличена, отодвинута опухолью вправо и к лону. Левая труба удалена; правый кистозно перерожденный яичник резецирован. Брюшная стенка зашита послойными швами наглухо. Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В этом случае была допущена грубая диагностическая ошибка. И на этот раз неправильное распознавание явилось результатом невнимательного изучения анамнеза и плохого наблюдения за клиническим течением болезни.

В течение месяца мы не могли освободиться от ошибочной мысли, а поставить правильный диагноз внематочной беременности в данном случае было сравнительно

просто: все данные и анамнеза, и объективного исследования, вся клиническая картина болезни говорили о том, что здесь имеется прервавшаяся внематочная беременность. И если тем не менее мы уклонились от этого явного диагноза, то это случилось только потому, что плохо наблюдали и исследовали больную.

Скопление менструальной крови в полости матки при атрезиях гимена или шейки матки может быть поводом для смешения с кистозной опухолью яичника. В таких случаях больные, обычно молодые девушки, поступают в хирургическое отделение и подвергаются срочной операции по поводу острого живота. От подобной ошибки врача может предохранить тщательно и внимательно собранный анамнез: молодой возраст девушки, у которой до сих пор еще не было менструаций, обязывает врача подумать об этой патологии. Боли, повторяющиеся ежемесячно, в дни предполагаемых менструальных выделений, если в остальное время она чувствует себя хорошо, должны заставить врача подумать прежде всего о гематометре. К сожалению, в учебниках гинекологии, в разделе, где излагается дифференциальная диагностика опухолей яичника, авторы не упоминают об этой возможности, в то время как этот вопрос с практической точки зрения очень важен.

Мы наблюдали три случая подобных диагностических ошибок, в результате которых были произведены операции.

Больная М., 20 лет, поступила в хирургическое отделение гинекологической клиники 14/1 1940 г. по поводу сильнейших болей внизу живота, повторяющихся ежемесячно и сопровождающихся рвотой в дни перед менструальными выделениями; в эти дни больная чувствует себя настолько плохо, что вынуждена лежать в постели.

История настоящего заболевания: больная, когда ей было 14 лет, стала замечать у себя внизу живота «комочек» и испытывать боли характера *colicima menstrualia*; в течение 4—5 месяцев об этом никому не говорила. Когда боли стали невыносимыми, девочка пожаловалась матери, которая прощупала у нее внизу живота опухоль и показала ее врачу-терапевту. Последний определил кисту яичника и предложил оперативное лечение. Однако боли скоро прошли. Но через месяц у девочки повторились резкие боли внизу живота и пояснице. Мочиться было больно. Больная была помещена в больницу, где диагностирован перекрут кисты яичника и 23/XI 1933 г. предпринята срочная операция.

После вскрытия брюшной полости была обнаружена увеличенная до 5-месячной беременности матка. Оперировавший врач с

согласия матери больной решил произвести кесарево сечение. Но, когда он вскрыл полость матки, из нее обильно начала выливаться скопившаяся темная кровь (гематометра). После удаления крови матка была зашита трехэтажными кетгутowymi швами. Послеоперационный период осложнился нагноением раны брюшной стенки с последующим образованием на ней обезображивающей рубцовой ткани. Больная выписана домой после операции через 2 месяца.

Данные двуручного исследования при поступлении в клинику: наружные половые органы без особенностей. Гимен плотный, в нем имеется небольшое отверстие, свободно пропускающее маточный зонд.

Операция: после соответствующей подготовки операционного поля под ингаляционным эфирным наркозом гимен крестообразно рассечен. В зеркалах обнаружена шейка матки и фиксирована пулевыми щипцами. При зондировании полости матки встретилось препятствие выше наружного зева. Осторожно произведены расширение и тампонация шейки матки марлевой полоской, обильно смоченной стерильным вазелиновым маслом. После этого менструации стали протекать правильно и безболезненно.

Внимательное изучение диагностической ошибки, повлекшей за собой опасное, к тому же ненужное оперативное вмешательство, показывает, что врач-хирург, перед тем, как положить больную на операционный стол, не учел возможность гематометры, симулировавшей перекут ножки опухоли.

Особую форму эндометрита представляет так называемая пиометра — скопление гноя в полости матки. Пиометра характеризуется увеличением размера матки: гной, задерживаясь в полости матки, обычно растягивает и истончает ее мышечную стенку. В таких случаях шарообразно увеличенная матка может симулировать кистозную опухоль яичника. Причиной скопления гноя в полости матки может быть сужение шейечного канала на почве инфекции и старческого сморщивания тканей. Клинические симптомы могут быть незначительными, малозаметными, особенно если больная недостаточно внимательна к своему здоровью. Наступающие время от времени выделения гноя из влагалища у женщины в периоде менопаузы обычно указывают на пиометру. Тщательно собранный анамнез, выяснение характера выделений может помочь распознаванию этого редкого заболевания.

Мы наблюдали случай, когда пиометра была диагностирована как большая киста яичника и больная напрасно подверглась операции чревосечения.

Больная С., 67 лет, поступила в хирургическое отделение гинекологической клиники 22/IV 1934 г.

Менструальная функция: менструации пришли на 15-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через 30 дней. Менструации прекратились 18 лет назад.

Половая функция: замуж вышла на 20-м году жизни. Беременностей было десять, из них восемь закончились срочными родами; имела два искусственных выкидыша. Последние 8 лет половой жизнью не живет.

Мочепускание учащено; отмечает склонность к запорам.

История настоящего заболевания: считает себя больной две недели. Внизу живота сама заметила опухоль, появились боли и повысилась температура до 38,9°, отмечаются гнойные выделения из влагалища.

С 16 по 21/IV больная находилась на лечении в Первой гинекологической больнице Ленинграда, откуда она была переведена в Москву. При поступлении в клинику температура у больной 37,8°.

Данные двуручного исследования 22/IV: наружные половые органы атрофичны, влагалище узкое. Матку контурировать не удается: прощупывается опухоль округлой формы величиной до 5-месячной беременности, плотной консистенции, малоподвижная.

Диагноз: опухоль матки или яичника.

Моча нормальная.

Исследование крови: л. 11 500; РОЭ 30 мм в час.

27/IV при повторном двуручном исследовании установлен значительный рост малоподвижной опухоли, верхний полюс которой достигает уровня пупка.

Диагноз: опухоль яичника (злокачественная?).

Заключение: ввиду быстрого роста опухоли яичника показано оперативное лечение.

29/IV операция: чревосечение — полная экстирпация матки.

Под местной анестезией (600 мл 0,25% раствора новокаина) после обычной подготовки операционного поля произведен послойно продольный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено образование, похожее на увеличенную матку. При более тщательном обследовании истонченная стенка матки нарушилась, появился гной, из влагалища также стал обильно выделяться гной со зловонным запахом. Таким образом, предполагаемая кистозная опухоль яичника оказалась пиометрой.

Произведено полное удаление матки с придатками. Послеоперационный период протекал с осложнениями: бронхопневмония и нагноение в области брюшной стенки; больная находилась в клинике 2½ месяца. Выписалась в удовлетворительном состоянии.

Диагностическая ошибка в распознавании опухоли яичника повлекла за собой оперативное вмешательство в виде необоснованного, опасного для жизни больной, чревосечения.

Появление опухоли внизу живота и одновременное повышение температуры, гнойные выделения из влагалища у 67-летней женщины, сравнительно удовлетвори-

тельное состояние больной и т. д. должны были заставить подумать прежде всего о возможности пиометры.

Зондированием полости матки легко можно было уточнить диагноз скопления гноя в матке и предупредить чревосечение, которое при пиометре является противопоказанным.

При распознавании яичниковых опухолей нужно помнить также о возможности смещения их с опущенной почкой. Мы наблюдали трех больных, когда опущенная почка была диагностирована как киста яичника. Две из этих больных подвергались пробному чревосечению.

Больная Б., 25 лет, поступила в хирургическую клинику 21/1 1932 г. для оперативного лечения по поводу кисты яичника. Жалуется на боли внизу живота справа.

Менструальная функция: менструации пришли на 17-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через 4 недели; сопровождаются резкими болями.

Половая функция: половую жизнь начала 6 месяцев назад.

Детородная функция: беременности не было.

Секреторная функция: выделения молочного цвета, незначительные.

Двуручное исследование: наружные половые органы без особенностей, влагалище узкое, шейка цилиндрическая, матка увеличена соответственно 2½ месяцам беременности. В правозаднем своде кпереди от мыса определяется опухоль величиной с кулак, плотной консистенции, почти неподвижная, слегка болезненная. Левые придатки не прощупываются.

Диагноз: беременность 10 недель, киста правого яичника.

Заключение: показана операция удаления кисты.

5/II операция: после соответствующей подготовки операционного поля под ингаляционным эфирным наркозом послойно вскрыта брюшная полость. По вскрытии брюшной полости вместо кисты правого яичника обнаружена почка, расположенная в области таза. Произведена аппендэктомия. Брюшная стенка зашита. На 3-й день после операции произошел самопроизвольный выкидыш. Выскабливание полости матки.

14/V произведена пиелография и установлено, что у больной имеется единственная дистопически расположенная в области таза почка с центральным положением лоханки и одним мочеточником.

Из-за диагностической ошибки больная подверглась операции чревосечения, во время которой была распознана дистопическая почка, а после операции произошел выкидыш.

Этот пример является очень поучительным. Он еще раз напоминает о необходимости использования метода дифференциальной диагностики при распознавании опухолей яичника. Во всех неясных и сомнительных случаях

мы обязаны отличить опухоль яичника от опущенной почки, для исключения которой необходимо воспользоваться соответствующими методами исследования: катетризацией и пиелографией, которые безусловно предохраняют врача от грубейшей ошибки, а больную — от ненужной и опасной операции.

Двойная матка может симулировать кисту яичника и быть поводом для необоснованного чревосечения. Двойная матка нами была диагностирована случайно как киста яичника у женщин (18, 23 и 25 лет), которые обратились к врачу по поводу задержки менструаций.

Двойную матку нелегко отличить от опухоли яичника. Повторные исследования и систематические наблюдения могут навести врача на мысль о двойной матке. Форма и консистенция прощупываемого образования, симметричное расположение по отношению к другой матке, особенно если удастся прощупать яичники с обеих сторон, могут помочь наблюдательному врачу диагностировать двойную матку или по крайней мере заставить его подумать об этом и провести соответствующие исследования. Зондирование полости матки и метросальпинография при отсутствии беременности может выяснять диагноз и предотвратить пробное чревосечение.

Инфильтраты около маточной клетчатки и воспалительные опухоли придатков матки в хронической стадии также можно смешать с кистозными образованиями яичника.

Больная К., 37 лет, поступила в консервативное отделение гинекологической клиники 12/1 1939 г.

Жалуется на боли ноющего характера внизу живота.

Менструации пришли на 14-м году жизни, установились сразу — по 5—6 дней через 4 недели, обильные. Последние 2—3 года менструации продолжаются 2 дня, скудные.

Половая функция: половую жизнь начала с 19-летнего возраста.

Детородная функция: беременностей было три, все закончились родами. После родов не болела. В настоящее время от беременности предохраняется.

История настоящего заболевания: считает себя больной около 3 лет. Появились острые боли внизу живота, которые продолжались два дня. Через год боли повторились; врач-гинеколог определил у больной воспаление придатков матки и назначил лечение: спринцевания, тампоны, грелки.

В начале 1938 г. больная вновь была у гинеколога, который диагностировал двусторонний воспалительный процесс придатков

матки. Больная в течение года лечилась световыми ваннами и спринцеваниями. Однако воспалительные опухоли придатков не уменьшались, а увеличивались.

Внезапно 24/XII, в третий раз, повторился приступ резких болей внизу живота. Была рвота. Больная 2 дня лежала в постели, температура выше 37,2° не поднималась.

Был вызван врач, который направил больную в Институт имени Склифосовского с диагнозом: внематочная беременность. В гинекологической клинике диагноз внематочной беременности не подтвердился, был диагностирован параметрит и воспаление придатков матки. Лечили теплом и через 8 дней больная была выписана, а 12/I 1939 г. она поступила в консервативное отделение института для лечения по поводу двусторонних воспалительных опухолей придатков. Температура больной все время была нормальной.

В моче следы белка.

Кровь: Нб 52%, эр. 3 740 000, л. 7800; РОЭ 20 мм в час.

16/I больная заявила, что после применения индуктотермии стало значительно хуже, усилились боли.

17/I утром в 8 часов 45 минут больная почувствовала резкую боль в животе, слабость, головокружение.

Пульс 80 ударов в минуту, среднего наполнения, живот мягкий, мало болезненный.

При двуручном исследовании установлен диагноз: острый живот, прервавшаяся внематочная беременность.

В 10 часов утра под эфирным наркозом произведена операция. По вскрытии брюшной полости обнаружена темно-багрового цвета перекрученная киста левого яичника, спаянная с задней стенкой матки и париетальной брюшиной. При нарушении спаек и выведении кисты из брюшной полости стенка ее нарушилась, в брюшную полость излилась серозно-геморрагическая жидкость. Кроме того, имелась киста правого яичника, которая удалена вместе с утолщенной трубой. Брюшная стенка зашита послойными швами.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписалась из клиники в удовлетворительном состоянии.

Трудно угадать, сколько времени продолжалось бы консервативное лечение больной по поводу воспалительных опухолей придатков матки, если бы не было произведено срочной операции, при которой установлен настоящий диагноз. Этот пример показывает, что наблюдение за больной было поверхностным. В анамнезе у нее имелось указание на характерные приступы болей внизу живота, которые продолжались 2—3 дня. Температура при этом ни разу значительно не повышалась. Картина крови была всегда нормальной, а вне приступа острых болей больная чувствовала себя хорошо и выполняла обычную работу. Особенно характерен третий приступ болей, когда больная, находясь в постели, искала удобное для себя положение. Температура и на

этот раз выше 37,2° не повышалась. Выраженная картина острого живота во время этого приступа должна была заставить подумать о перекруте ножки яичниковой опухоли. Однако врач заподозрил внематочную беременность (хотя данных для этого не было) и направил больную в стационар, где киста яичника не была диагностирована. Наконец больная поступила к нам в клинику с диагнозом двустороннего воспаления придатков. Нужно признаться, что вследствие недостаточно внимательного изучения анамнеза и плохого наблюдения за клинической картиной, мы подтвердили неправильный диагноз и назначили больной лечение, которое было противопоказано.

Ложные опухоли, симулируя кисту яичника, иногда могут быть поводом для ошибочного диагноза.

Плотная подкожножировая клетчатка, напряженный отек брюшных покровов затрудняют исследование, а пальпаторно могут представляться как туго напряженные опухоли в брюшной полости. В таких случаях перкуссия часто вводит в заблуждение, так как через толстые брюшные стенки не всегда удается вызвать кишечный тон. Ощупывание также может повести по ложному пути при толстой брюшной стенке, особенно когда жировой слой оканчивается над пупочной областью значительным выпячиванием, образуя как бы верхний полюс опухоли, границы которой не удается ясно контурировать.

При подобного рода сомнениях лучшим диагностическим приемом является исследование больной под наркозом, когда путем сильного надавливания и постукивания можно убедиться в наличии или отсутствии опухоли в брюшной полости.

Можно использовать и такой прием: заставить больную приподнять верхнюю половину туловища во время исследования на гинекологическом кресле. При этом прямые мышцы живота сокращаются и опухоль, располагающаяся в брюшной полости, наружной рукой не прощупывается; если же прощупываемая опухоль относится к жировой клетчатке брюшной стенки, то при сокращении брюшного пресса она остается под исследующей рукой.

Мы наблюдали два случая, когда ложная опухоль брюшной стенки была диагностирована как киста

яичника и больным было предложено оперативное лечение. В дальнейшем правильное распознавание избавило больных от чревосечения.

Больная Р., 31 года, поступила в хирургическое отделение клиники 26/IV 1940 г. для операции по поводу кистомы яичника.

Жалуется на общую слабость и отеки нижних конечностей.

Менструальная функция: менструации пришли на 15-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через месяц, в умеренном количестве, сопровождались болями. Последние менструации прошли обычно.

Половая функция: половой жизнью не жила.

Секреторная функция: выделения молочного цвета в незначительном количестве.

История настоящего заболевания: считает себя больной с января 1940 г. Появились отеки на ногах и слабость. Больная обратилась к врачу-терапевту, который впервые определил у нее в брюшной полости опухоль. Больная была консультирована с хирургом, который уточнил диагноз кисты яичника.

Для оперативного удаления кисты больная поступила в гинекологическую клинику. При двуручном исследовании больной возникло сомнение в правильности диагноза. Исследование, произведенное под глубоким наркозом, помогло нам в этом случае исправить первоначальный ошибочный диагноз. Было установлено, что в данном случае имеется толстая брюшная стенка, которая симулировала опухоль яичника. Таким образом, больная избежала операции.

Ложные опухоли брюшной полости и переполненный мочевой пузырь в отдельных случаях дают повод к ошибочному диагнозу. Сильно раздутая газами слепая и сигмовидная кишка, скопление каловых масс в кишечном канале или обильное отложение жира в сальнике на поверхности кишечника или в подбрюшинной соединительной ткани также иногда вызывают значительное увеличение живота, а при простукивании дают картину опухоли с неопределенными очертаниями. Эти ложные опухоли могут симулировать кисту яичника, а распознавание их не всегда бывает легким.

Решающее значение в таких случаях имеет глубокая перкуссия и исследование под наркозом. Мы наблюдали случай, когда сильная степень метеоризма была распознана как большая киста яичника.

Больная Н., 44 лет, поступила в хирургическое отделение гинекологической клиники 9/XI 1937 г.

За последние 2—3 месяца отмечает быстрое увеличение живота, чувство вздутия и невозможность выполнять физическую работу.

Менструальная функция: менструации пришли на 14-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через 28 дней, обильные, безболезненные.

Половая функция: половую жизнь начала с 17-летнего возраста.

Детородная функция: имела четыре беременности, из них три закончились родами, одна — выкидышем. Последние роды были в 1930 г. От беременности не предохраняется.

История настоящего заболевания: считает себя больной 1½ года. Заметила рост опухоли в животе и обратилась к врачу, который диагностировал у нее беременность, хотя менструации протекали нормально.

Через 2 месяца больная второй раз обратилась к врачу. Беременность была подтверждена. Больная получила дородовой отпуск. Прошло 3 месяца, а роды не наступали. Врачи консультации решили, что она перенашивает беременность. Больная чувствовала себя плохо. 23/II 1936 г. она была оперирована в гинекологической клинике по поводу опухоли матки, достигшей величины матки доношенной беременности.

В первое время после операции чувствовала себя хорошо, но через 3—4 месяца заметила, что живот опять начал увеличиваться. Обратилась к врачу гинекологу, который диагностировал кистому яичника и предложил оперативное лечение. Больная поступила второй раз в клинику.

Живот равномерно увеличен, мягкий, мало болезненный. При перкуссии всюду прослушивается кишечный звук. При двуручном исследовании под ингаляционным наркозом выяснено, что у больной имеется сильная степень метеоризма. Больная была переведена в терапевтическую клинику.

Кистомы яичника огромных размеров можно смешать с водянкой живота. При последней уже при простом осмотре обращает на себя внимание характерная форма живота: при горизонтальном положении больной живот представляется плоским, отвисает в стороны, как бы раздается в ширину, а центральная часть его уплощается. При опухолях яичника, наоборот, живот увеличивается в сагиттальном размере и имеет более округлые очертания, середина живота вытягивается вперед. При перемене положения тела форма живота при кистомах яичника сохраняется, а при асците изменяется — он выпячивается в отлогих частях и уплощается в верхних отделах. Пупок при водянке обычно сглаживается.

Для дифференциации кистомы яичника от водянки большую ценность имеет метод постукивания. При свободной жидкости в брюшной полости, благодаря тому что кишечник плавает над уровнем жидкости, перкуссия дает в боковых отделах живота тупой звук, а в перед-

них частях кишечный тон, тогда как при больших кистах яичника при постукивании результат получается противоположный: по всей поверхности опухоли отмечается тупой или притупленный звук, а по сторонам — кишечный. Однако нужно иметь в виду, что если больная лежит с сильно приподнятой верхней частью тела, то иногда и при брюшной водянке над лонным сочленением может простукиваться тупой звук, но зато звук становится тимпаническим, как только больная будет переведена в горизонтальное положение. При очень значительной водянке при поверхностной перкуссии середина живота может дать тупой звук (вследствие того, что короткая брыжейка удерживает кишки под уровнем жидкости). В этих случаях глубокая перкуссия помогает распознать водянку живота.

Одним из надежных признаков для отличия водянки от опухоли яичника является определение зыбления свободной жидкости. При водянке передача волны происходит моментально при самом легком ударе и пощелкивании пальцем, а при кистах обычно такой четкой и быстрой передачи волны не отмечается.

Картину брюшной водянки можно спутать с псевдомиксомой брюшины, которая имеет ту особенность, что при ней отсутствует выраженная свободная подвижность и перемещаемость желеобразной тягучей массы, отсутствуют изменения перкуторного звука при перемене положения тела больной. При псевдомиксоме брюшины зыбление получается недостаточно ясным, что отличает ее от водянки. При пробном проколе из псевдомиксомы не выделяется жидкости, зато в просвете иглы может показаться желеобразная масса, что помогает уточнить диагноз слизевика брюшины.

При внезапных заболеваниях органов брюшной полости приходится проводить дифференциальную диагностику с острым перекручиванием ножки опухоли яичника. Перекручивание ножки небольшой кисты правого яичника легко можно смешать с приступом аппендицита.

Особый интерес для акушера-гинеколога может представить тазовая форма аппендицита, имеющего своеобразную клиническую картину. Приступ аппендицита начинается обычно, но характерная болезненность в правой подвздошной области может отсутствовать. Болезненная точка локализуется значительно ниже и

расположена чаще всего над лобком или влево от него. При этом отмечаются дизурические явления: частые позывы или задержка мочеиспускания. При глубоком вдохе может появиться резкая боль, вследствие чего больная дышит поверхностно (М. М. Виккер). При наличии такого синдрома исследование через влагалище может внести ясность в диагностику.

Заворот толстых кишок, преимущественно сигмовидной кишки, имеет характерную клиническую картину и может быть принят за перекрученную ножку кистомы. Заворот сигмовидной кишки обычно наступает внезапно среди полного здоровья; иногда этому предшествуют кишечные колики и послабление (Н. Н. Орнатский). Основным признаком этого заболевания — значительный метеоризм, отображающий рельеф перекрученной и растянутой толстой кишки, и схваткообразные боли различной интенсивности. Кал и газы не отходят, но рвоты при этом большей частью не бывает. Заворот сигмовидной кишки часто самопроизвольно раскручивается. Таких больных Н. Н. Самарин советует вести консервативно.

За перекрученную кистому яичника можно принять почечную колику. В основе этого страдания лежит каменная болезнь. Почечная колика имеет довольно характерный синдром: острейшие боли начинаются в области поясницы; иррадиирующие вперед по ходу мочеточника и отдающие в наружные половые органы боли сопровождаются позывом на мочеиспускание. При поколачивании соответствующей поясничной области отмечается резкая болезненность (положительный симптом Пастернацкого).

При дифференциальной диагностике перекрученной кистомы яичника следует подумать о возможности ущемленной грыжи и исследовать все грыжевые ворота. Обычно ущемлению подвергается петля кишки вместе с брыжейкой, особенно опасным является пристеночное ущемление кишки без участия брыжейки (ввиду легкой возможности омертвения). Практически надо считать весьма подозрительной на ущемление всякую грыжу, которая внезапно увеличилась, сделалась болезненной и не уменьшается в объеме при сдавлении.

Острое перекручивание ножки яичниковой опухоли можно смешать с рядом других заболеваний, протекающих с выраженными симптомами острого живота, как,

например, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость, тазовый перитонит, перекручивание ножки блуждающей или подвижной селезенки и т. д.

С практической стороны чрезвычайно важно прежде всего отдифференцировать перекрученную опухоль яичника от всех экстрагенитальных заболеваний. Полезно помнить, что для опухолевидных образований внеполовых органов брюшной полости характерно сравнительно высокое расположение их по отношению к малому тазу: при двуручном влагалищном или кишечно-влагалищном исследовании пальцы еле достигают нижнего сегмента прощупываемого образования или опухоль совсем не определяется исследующими пальцами со стороны влагалищного свода. Во всех случаях, когда имеется подозрение на заболевание внеполовых органов, следует пользоваться, если это возможно, консультацией терапевта, хирурга и уролога.

При дифференциальном распознавании перекрученной ножки кистомы необходимо исключить острые воспалительные заболевания половых органов. Больная не страдает, если при перекрученной ножке кистомы яичника ошибочно будет предположена прервавшаяся внематочная беременность, так как срочная операция показана и в том, и в другом случае. Но диагностическая ошибка может оказаться непоправимой, если острый воспалительный процесс придатков матки и клетчатки малого таза диагностировать как перекрученную кистому и по этому поводу предпринять срочное оперативное лечение.

Для успеха хирургического лечения своевременное и правильное распознавание заболевания имеет решающее значение. Чтобы правильно распознать кистозные доброкачественные опухоли яичника, мы обязательно должны пользоваться методами клинического исследования больных, методом дифференциального диагноза и на основании глубокого анализа и синтеза всех полученных данных последовательно исключить заболевания внеполовых органов брюшной полости и воспалительные заболевания половых органов малого таза, при которых оперативное лечение вообще противопоказано.

ГЛАВА VII

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА

Состояние вопроса

При кистозных опухолях яичника хирургическому методу лечения принадлежит выдающаяся роль. Чревосечение, предпринимаемое с целью удаления кистозных заболеваний яичников, обогатило лечебные приемы в гинекологии. Успехи хирургии, особенно благодаря введению антисептики, асептики и наркоза, обеспечили широкое распространение оперативных методов лечения в гинекологии.

Если в настоящее время у акушеров-гинекологов нет еще общей точки зрения на решение ряда отдельных вопросов, то в отношении лечения опухолей яичника между ними достигнуто полное взаимопонимание.

В противоположность фибромиомам и раковым заболеваниям матки, допускающим индивидуальный образ действий (в зависимости от многих различных причин и условий), всякая опухоль яичника подлежит хирургическому лечению, независимо от того, будет ли носительница ее старой или молодой, чувствует ли она себя в данное время больной или здоровой, велика ли опухоль или она еще мала и т. д. Эта необходимость вызывается тем обстоятельством, что до операции нельзя с полной уверенностью сказать, имеем ли мы в каждом отдельном случае доброкачественную или злокачественную опухоль.

Распознать злокачественные новообразования яичников, особенно в начальных стадиях развития, очень трудно, так как в этом периоде они мало отличаются

от доброкачественных, а выжидание может быть опасным. По этому поводу Р. Шредер писал: «Даже кисты величиной с куриное яйцо могут впоследствии оказаться раково перерожденными».

Статистика и клинический опыт показывают, что доброкачественные кисты яичника могут подвергаться злокачественному перерождению. Клинически же вовремя распознать начинающееся перерождение далеко не всегда возможно. Когда же начинается быстрый рост опухоли, появляется асцит и нарастает кахексия, в большинстве случаев уже поздно говорить о радикальной операции (М. С. Малиновский). Кроме того, заведомо доброкачественные кистозные опухоли яичников, например серозные или дермоидные кисты яичника, могут подвергаться ряду серьезных, подчас опасных для жизни больных осложнений.

В 60-х и 70-х годах прошлого столетия к овариотомии прибегали только в случаях безысходных, так как всякое чревосечение в те времена было связано с большим риском, давало высокий процент смертности и послеоперационных осложнений.

В настоящее время удаление кисты яичника является одной из распространенных гинекологических операций. Результаты оперативного лечения кистозных опухолей яичника, особенно доброкачественных, как в смысле ближайших, так и отдаленных результатов, следует считать весьма благоприятными. Поэтому всякая распознанная опухоль яичника должна быть оперирована и чем раньше, тем лучше.

Даже пороки сердца и патологические явления со стороны легких не могут считаться противопоказаниями для операции удаления кисты яичника (К. К. Скробанский).

К началу XX века операция удаления кисты яичника была разработана во всех деталях. В последующем русские ученые, Д. О. Отт, В. Ф. Снегирев, А. П. Губарев, Л. Л. Окинчиц и др., внесли дополнительные усовершенствования в технику этой операции. Простота и единообразие анатомических отношений в случаях неосложненных кистозных опухолей яичника позволили авторам выработать строгий план и метод производства овариотомии. Термин «овариотомия», по мнению А. П. Губарева, вовсе не соответствует тому, что при ней делается.

Применяющиеся в последнее время термины: tubocystoovariectomy или salpingocystoophorectomy, более соответствуют сущности этой операции. Эти названия показывают, что при данной операции удаляются кистозно перерожденный яичник и маточная труба.

С В настоящее время удаление кисты яичника считается самой легкой операцией: она с одинаковым успехом осуществляется как в крупных клинических учреждениях, так и в небольших районных и даже участковых больницах. При этой операции преследуется принцип полного удаления заболевшего яичника вместе с соответствующей трубой. Во всех учебниках и специальных руководствах по оперативной гинекологии техника производства овариотомии описывается совершенно одинаково. Суть этой операции вкратце заключается в следующем.

После вскрытия брюшной полости путем осмотра и ощупывания определяется характер подлежащей удалению кистозной опухоли и ее отношение к соседним органам, прежде всего к матке. Если киста свободна от сращений и достаточно подвижна, она легко выводится из брюшной полости наружу; после этого накладываются зажимы на воронко-газовую и собственную связку яичника вместе с трубой или отдельно; последние перерезаются ножницами и кистозная опухоль удаляется вместе с трубой (рис. 1).

Каждая культя перевязывается отдельной лигатурой; во избежание послеоперационных сращений культы должны быть по возможности тщательно перитонизированы. Производится осмотр придатков матки с другой стороны, и если на них нет макроскопически заметных патологических изменений, брюшная полость закрывается и операция считается оконченной.

Если киста очень большая и содержимое ее жидкое, можно предварительно опорожнить ее троакаром. Такой способ дает возможность удалить большую кистозную опухоль яичника через маленький разрез брюшной стенки. Не рекомендуется пунктировать серозно-сосочковые и дермоидные кистомы, межсвязочно расположенные опухоли, многокамерные кистомы, при наличии сращений и при опухолях, подозрительных на злокачественное перерождение. Не делается это во избежание излития содержимого и случайного попадания на брю-

шину способных к имплантации тканевых элементов новообразования (Л. Л. Окинчиц, Е. М. Шварцман и др.).

При одностороннем поражении яичников доброкачественной кистозной опухолью обычно ограничиваются удалением заболевшего органа вместе с трубой. Л. Л. Окинчиц предлагает удалять оба яичника у женщин старше 40 лет даже при кистозном заболевании

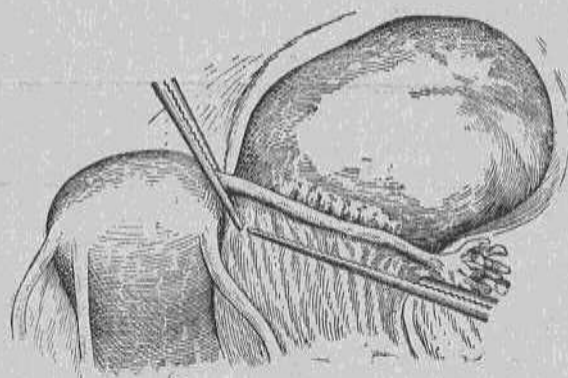


Рис. 1. Наложены зажимы на собственную связку яичника с трубой, воронко-тазовую и широкую связки; удаляются полностью кистозно перерожденный яичник и здоровая маточная труба.

одного из них. Он пишет: «У женщины старше 40 лет необходимо удалять оба яичника при заболевании одного из них, и в этом вопросе мы согласны с мнением Пфанненштиля, так как надо иметь в виду, что опухолями обыкновенно поражаются оба яичника и потеря другого яичника здесь уравнивается предохранением его от злокачественного перерождения».

А. Н. Лебедева при простой серозной кистоме, если на ее внутренней поверхности имеются папиллярные разрастания, предлагает удалять обязательно и второй, нормальный яичник даже у молодых женщин.

К. К. Скробанский рекомендует при двусторонних кистах удалять оба яичника и одновременно производить надвлагалищную ампутацию матки, считая, что она при отсутствующих яичниках едва ли имеет какое-

либо физиологическое значение. К авторитетному мнению Л. Л. Окинчица и К. К. Скробанского охотно прислушиваются практические врачи.

Мы не можем согласиться с каноническими установками К. К. Скробанского относительно удаления половых органов у молодых женщин при двусторонних дермоидных, серозных и псевдомуцинозных кистах яичника и считаем еще менее обоснованным радикализм Л. Л. Окинчица, который предлагает кастрировать женщин после 40-летнего возраста по поводу одностороннего поражения яичника доброкачественной кистой. Доводы Пфанненштиля относительно обязательного поражения второго яичника у женщин после операции удаления доброкачественной кистозной опухоли яичника по крайней мере не убедительны. Наши наблюдения не подтверждают умозрительных высказываний этого автора. Было бы еще понятно, если бы упомянутые авторы имели в виду серозно-сосочковые кистомы, которые действительно часто поражают оба яичника, но Л. Л. Окинчиц, солидаризируясь с Пфанненштилем, определенно говорит о дермоидных, серозных и псевдомуцинозных кистах яичника. Последние опухоли также могут подвергаться злокачественному перерождению, но наши наблюдения, наш практический опыт и статистика показывают, что это встречается сравнительно редко.

К сожалению, установки Л. Л. Окинчица и К. К. Скробанского в настоящее время имеют почти силу закона: следуя их примеру, большинство акушеров-гинекологов и хирургов в Советском Союзе и за рубежом по поводу доброкачественных кистозных опухолей яичника оперируют больных по возможности радикально.

Если еще можно было бы мириться в отдельных случаях с положением, когда женщина после 40-летнего возраста подвергается по поводу доброкачественной кисты яичника радикальной операции, то нельзя же согласиться с принципом удаления половых желез вместе с маткой у молодых женщин по поводу двусторонних доброкачественных кистозных опухолей яичника, не говоря об удалении второго здорового яичника при операции удаления односторонней простой серозной кистомы, как рекомендует А. Н. Лебедева. Радикальная операция лишает молодую женщину функции материн-

ства и вызывает искусственно преждевременное наступление климактерия со всеми неприятными последствиями.

Последствия радикального удаления яичников

Полное удаление половых желез оперативным способом называется кастрацией. История этого вопроса непосредственно связана с именем немецкого ученого А. Гегара (A. Hegar), применившего эту операцию впервые с лечебной целью. После первых успешных овариотомий в Германии по почину Гегара удаление обоих яичников предпринималось довольно легко, причем показания к этой операции были часто необоснованными. Так, например, кастрация производилась при истероподобных страданиях молодых женщин и невралгических болях, когда лечение обычными терапевтическими средствами не давало эффекта. Г. И. Гиммельфарб описывает случай И. Н. Ракуза, который операцией удаления здоровых яичников кастрировал 18-летнюю девушку и добился временного улучшения в состоянии больной.

В дальнейшем оперативное удаление здоровых яичников начали производить с лечебной целью при фибромиомах матки. Ярыми защитниками кастрации были американские и немецкие авторы. Фелинг (Feling) считал кастрацию при фибромиомах самостоятельным методом лечения; Гофмейер (Hofmeier) утверждал, что самые ярые противники кастрации не могут при фибромиомах обойтись без этой операции. По мнению Сиппель (Sippel), кастрация есть вполне оправдываемое терапевтическое пособие.

Кастрация как лечебный метод при фибромиомах матки в России не была так горячо принята, как в Америке и Западной Европе. Тем не менее и отечественные акушеры-гинекологи уделили некоторую долю внимания этой операции. А. И. Лебедев, К. Ф. Славянский, Н. И. Феноменов, Д. О. Отт и др. по несколько раз производили кастрирующую операцию больным, страдающим фибромиомами матки. Но очень скоро они разочаровались в этой уродующей женщину операции. К. Ф. Славянский после ряда клинических наблюдений заявил, что пользование кастрацией для лечения фиб-

ромиомы матки должно быть совершенно оставлено. Н. Н. Феноменов характеризует кастрацию при фибромиомах как неудачную мысль удалить здоровые яичники ради сохранения и лечения больного органа. В. Ф. Снегирев, говоря о лечебном осклолении при фибромиомах, утверждает, что метод этот неверен, ибо не во всех случаях останавливает кровотечение и рост опухоли.

В настоящее время все это имеет лишь историческое значение.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования показывают, что искусственное выключение функций половых желез производит существенное изменение как во всем организме, так и в половом аппарате молодой женщины. Одним из существенных признаков кастрации является немедленное прекращение менструальной функции и нарастающая в дальнейшем атрофия внутренних половых органов — матки, труб и влагалища.

Изменения в женском организме при искусственном выключении функции половых желез выражены сильнее и развиваются значительно быстрее, чем при естественном климактерии. И. Н. Грамматикати отмечает, что клинические наблюдения вполне соответствуют данным, полученным в опытах над влиянием осклоления на женский организм. А. И. Калабин описывает случай осклоления по поводу заболеваний придатков, когда операция дурно подействовала на нервную сферу, вызвав ряд припадков, ослабление памяти, угнетенное состояние.

Таким образом, кроме объективных изменений в виде прекращения менструальной функции и редутивных изменений в половом аппарате, отсутствие функции яичников проявляется целым рядом субъективных ощущений, которые достаточно хорошо изучены и известны под названием явлений выпадения.

Наиболее часто выраженными симптомами выпадения являются головокружение, головная боль, чувство страха и боязливости, невралгии, шум в ушах, ощущение скоропреходящего жара, обильные поты, мелькание перед глазами и т. д.

В связи с кастрацией нарушается и обмен веществ вследствие понижения энергии окислительных процес-

сов, изменений в области вегетативной нервной системы, наблюдаются сосудистые расстройства в виде повышения артериального давления и т. д.

По наблюдениям Е. Л. Шаламберидзе содержание кальция и фосфора в крови понижено. Данные В. С. Попова свидетельствуют о том, что кастрация вызывает изменения в содержании аскорбиновой кислоты, глутатиона и каталазы, причем более резко выраженные изменения наблюдались в ткани печени у лиц, подвергшихся операции в более поздний период. Указанные изменения несомненно являются результатом послекастрационного влияния на окислительно-восстановительные процессы в тканях.

М. Е. Папиташвилли указывает на характерные изменения гипофиза, надпочечника, щитовидной железы и др. как проявление викарного действия той или другой железы на выключение, выпадение функции яичников, причем эти объективные и субъективные жалобы у отдельных индивидуумов выражены в различной степени. Возможно, что это находится в связи с особенностями нервной системы организма. Так, М. А. Усиевич указывает, что после удаления яичников у собак возбудимого типа наступает резкое ослабление тормозного процесса, а у животных с хорошо выраженным тормозным процессом кастрация приводит к появлению отчетливо выраженной инертности этого процесса. М. К. Петрова также отмечает, что животные тормозного типа при стереотипных условиях непосредственно после кастрации становятся более работоспособными и бодрыми, но лишь временно. Затем наступает глубокая депрессия с полным отказом от работы. Сильные молодые животные возбудимого и уравновешенного типа после временной кастрационной слабости более или менее восстанавливают свое прежнее состояние.

И. Е. Левин пишет: «Кастрация вызывает в нервной системе определенные изменения, ведущие к старости; от раздражения нервная система изменяется и рефлекторно вызывает трофические изменения в клетках организма, характеризующие старость». В общем в результате кастрации наступают изменения не только чисто функциональные, но и морфологического характера. В силу этого следует предположить, что и нервная система должна реагировать на кастрацию теми или

другими анатомическими изменениями (Е. Л. Шаламберидзе).

Вызывая существенные изменения во всем организме женщины, кастрация заметно влияет на психику. Меняются формы тела: развивается общее ожирение с избыточным отложением жира на лице в области молочных желез, на бедрах и животе. Одновременно с этим кожа теряет тургор и эластичность, делается дряблой, а впоследствии морщинистой. Вследствие этого исчезает красивая округленность женских форм: женщина теряет цветущий вид; кожа приобретает наклонность к отложению пигмента, к образованию на лице бородавок; часто появляются экземы, крапивница, зуд и т. п. На верхней губе появляются волосы. Кроме того, отмечается и усиленное развитие их на разных местах тела (Шредер).

Говоря об отрицательных последствиях кастрации, Н. М. Какушкин обращает внимание клиницистов на ослабление мышечной силы организма и понижение в связи с этим работоспособности молодой кастрированной женщины: «Особенно желательно избегать кастрации даже как операции необходимости в молодом возрасте, когда лишение организма его половых желез отзывается на строе его существования особенно тягостными последствиями».

Помимо перечисленных расстройств и нарушений в деятельности отдельных органов, систем и всего организма в целом, оперативное удаление половых желез навсегда лишает женщину функции деторождения, она становится бесплодной.

Вопрос о бесплодии женщины в настоящее время приобретает исключительно большое значение. Являясь часто причиной трагедии многих браков и снижая рождаемость в стране, бесплодие вырастает в проблему социального порядка. Повседневная забота Советского правительства и практическая деятельность органов здравоохранения по охране материнства и детства еще раз подчеркивают актуальность и государственное значение этого вопроса.

Трагедия вопроса о бесплодии женщины, авторы многих работ добросовестно перечисляют все отдельные моменты, факторы, вызывающие бесплодие. Но к сожалению, они не упоминают такие примеры, когда причиной

бесплодия женщины является излишний радикализм хирурга-гинеколога.

Так, например, согласно общепринятым установкам, большинство и гинекологов, и хирургов в настоящее время при двусторонних дермоидных, серозных и псевдомуцинозных кистах обычно удаляют оба яичника, а вместе с паровариальной кистой, как правило, ампутируют совершенно здоровую трубу, иногда даже вместе с яичником.

Критически оценивая современные методы оперативного лечения доброкачественных кистозных опухолей яичника и паровариальной кисты, мы имеем в виду излишний радикализм хирургов-гинекологов.

В противовес этому необоснованному радикализму при операциях по поводу доброкачественных кистозных образований яичников мы предлагаем целесообразный разумный консерватизм, который, избавляя больную от основного заболевания, может сохранить молодой женщине все основные физиологические функции.

Целесообразный консерватизм — физиологический принцип при хирургическом лечении доброкачественных кистозных опухолей яичника

Характеризуя состояние гинекологии в начале XX столетия, В. Ф. Снегирев называет этот период хирургической гинекологией. Все заняты разработкой хирургической гинекологии, это есть общая черта всех учреждений, — пишет он, — это не клиники для изучения женских болезней, а хирургические препаровочные, где удаляют матки, придатки, новообразования, скопления и т. д.

Быстрый прогресс гинекологии в виде одностороннего развития хирургических приемов лечения естественно оставил в стороне ряд вопросов, касающихся функциональных расстройств, воспалительных процессов, бесплодия и др.

Среди лечебных методов в гинекологии безраздельно господствовал хирургический.

Увлечение гинекологов дошло до того, что путем хирургической кастрации и удаления труб они решили лечить чуть ли не все заболевания половых органов женщин. По этому поводу Ф. А. Александров писал:

это увлечение повлекло за собой такие оперативные пособия, которые решительно не находят себе никакого научного оправдания; достаточно вспомнить здесь предложение вырезывания клитора у женщин против истерий и экстирпации здоровых яичников у истероэпилептичек, чтобы судить о том, насколько эти мероприятия носили научный характер.

Результаты этого крайнего увлечения сказались относительно быстро и более наблюдательные врачи начали ограничивать показания к хирургическому удалению воспалительно измененных придатков матки и стали особенно бережно относиться к операциям, связанным с удалением яичников (К. Ф. Славянский).

В дальнейшем гинекологи занялись изучением диагностики, выработали более строгие показания и противопоказания к операциям на яичниках. Если раньше, в первые годы применения овариотомии, число неполных, т. е. нерадикальных экстирпаций, по данным Ольсгаузена, доходило до 40—60%, то это объяснялось в основном неумением правильно диагностировать кистозные опухоли яичников и одновременно свидетельствовало о недостаточной хирургической технике.

Однако к началу XX столетия вопросы гинекологической диагностики были изучены вполне удовлетворительно. Особенно тщательно была разработана техника гинекологических операций, в частности достигло совершенства выполнение овариотомии.

Таким образом, овариотомия уже к началу XX века была хорошо разработана с точки зрения удаления больного органа. С позиций локалистической хирургии здесь все было подчинено принципу радикализма.

В. Ф. Снегирев образно изображает состояние оперативной гинекологии того времени: «Прожив слишком 30 лет деятельно в этой области, я высказываю свое глубокое убеждение, что период хирургической гинекологии есть период законченный и притом законченный совершенно, понимая в том смысле, что разнообразие технических приемов дает нам возможность в 80% достигать так или иначе успеха с сохранением здоровья женщины, но, к сожалению, не всегда с сохранением женских половых органов».

Высказывания В. Ф. Снегирева созвучны в известной мере мыслям С. П. Федорова о том, что хирургия на-

ходится на распутье, что хирургии не на что опереться в своем дальнейшем развитии. К такому выводу С. П. Федоров мог прийти только потому, что он рассматривал хирургию исключительно как мастерство, как искусство удаления того или другого больного органа. В этом смысле действительно хирургия и оперативная гинекология достигли предела, за которым не видно было перспективы к их дальнейшему развитию.

Техника удаления кистозных опухолей яичника трудами зарубежных и главным образом отечественных авторов — В. Ф. Снегирева, Д. О. Отта, А. П. Губарева и др. — разработана достаточно детально и поднимать еще раз вопрос о хирургическом лечении кистозных опухолей яичника казалось бы излишним и ненужным.

Тем не менее, совершенно не умаляя заслуг и достоинств упомянутых авторов и их огромной роли в отечественной гинекологии, мы считаем необходимым и своевременным поставить вопрос о хирургическом лечении кистозных опухолей яичника.

Для большей конкретизации своей мысли позволим себе процитировать А. А. Вишневого: «Хирургия как наиболее активная по своим лечебным приемам клиническая дисциплина испытывает особенно острую необходимость в наличии руководящих идей для того, чтобы правильно освоить веками накопленный опыт, главное, наметить новые пути развития своей специфической лечебной деятельности». Сказанное полностью относится и к оперативной гинекологии и особенно к вопросу хирургического лечения кист и кистом яичника.

С методической стороны руководящими идеями при наших хирургических операциях на яичниках могут и должны быть идеи нервизма. Исходя из материалистического учения И. П. Павлова о нервизме, о единстве и взаимозависимости организма с внешней и внутренней средой, при оперативном лечении доброкачественных кистозных опухолей яичника мы должны руководствоваться принципом бережного, экономного отношения к оперируемому органу как части целого.

Таким образом, нами конкретно ставится вопрос о консервативных, сохраняющих операциях на яичниках.

Первые высказывания в пользу консервативных операций были сделаны еще К. Ф. Славянским в 1892 г.: конечной задачей, по мнению автора, должно явиться

стремление не только избавить больную тем или иным путем от заболевания, но и восстановить в возможно полной мере функцию заболевшего органа; поэтому полное удаление воспалительных органов хирургическим путем заслуживает большего ограничения. Женщины, лишённые фаллопиевых труб, но сохранившие оба или один яичник, по наблюдениям К. Ф. Славянского, пользуются в дальнейшем лучшим здоровьем, чем женщины-кастраты.

Предостерегая от излишнего увлечения хирургией, К. Ф. Славянский направляет свое внимание против радикального удаления придатков матки при воспалительных заболеваниях.

Указывая на огромные успехи хирургической гинекологии, В. Ф. Снегирев призывает к тому, чтобы акушеры-гинекологи занимались больше изучением женского организма и ограничились пределами хирургического лечения.

К. Ф. Славянский и В. Ф. Снегирев не говорят еще конкретно о консервативных операциях на яичниках, но в их высказываниях имеется большой смысл: их мышление направлено в сторону физиологического отношения к больному органу как части целого организма, они выступают против необоснованного радикализма при гинекологических операциях.

Более определенно в этом направлении высказывается Д. О. Отт, который при гинекологических операциях стремится поступать согласно принципу сохраняющей хирургии. Так, например, при мелкокистозном перерождении яичника он ограничивался проколом отдельных полостей и тем сохранял женщине детородную способность. «Ампутировав матки, последнее время я стремился оставить яичники; в отдельных случаях даже удаляя безусловно измененные придатки с одной стороны, мне удавалось сохранить таковые с другой, подчас буквально вылушивая их из окружающих сращений и старых перетяжек».

Прогрессивные идеи К. Ф. Славянского, В. Ф. Снегирева и Д. О. Отта, к сожалению, своевременно не получили дальнейшего развития. Большинство зарубежных и отечественных гинекологов [Фритч (Fritsch), Цвейфель (Zweifel), Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский, А. Н. Лебедева и др.] остались верными принципу Пфан-

ненштиля и при лечении опухолей яичника проводили указанную им линию.

Конечно, при некоторых тяжелых гинекологических заболеваниях (например, раковое заболевание матки, злокачественные опухоли яичников, при остеомалации и др.) ради спасения жизни больной операцией радикального удаления яичников приходится производить сознательно даже у молодых женщин; в таких случаях линия поведения гинеколога оправдывается безвыходностью положения.

К сожалению, наряду с вынужденными хирургическими мероприятиями мы нередко наблюдаем и такие примеры, когда по поводу относительно нетяжелого заболевания яичников (серозные кисты, дермоидные и псевдомуцинозные кистомы) у молодых женщин радикально удаляются половые железы.

Вызванные радикальной операцией расстройства, влияя значительно на здоровье женщины, лишая ее бодрого и жизнерадостного настроения, оказывают крайне неблагоприятное воздействие на работоспособность: будучи целиком занята своим болезненным состоянием, тратя месяцы и годы на лечение, которое все же оказывается малоуспешным, она оставляет производство, перестает участвовать в общественной жизни.

В борьбе с этими тяжелыми последствиями преждевременного наступления климактерия применяют органотерапию, препараты яичника в различных видах и сочетаниях. Однако это дает благоприятные результаты лишь в небольшом проценте случаев, и притом только на определенный срок, ибо как только больная прекращает гормональное лечение, наступают те же симптомы выпадения. Это заставило акушеров-гинекологов искать новые средства: была предложена пересадка функционирующей яичниковой ткани (Б. А. Козинский, А. И. Ярцев, М. Г. Сердюков и др.).

Однако, как и при органотерапии, успеха от трансплантации и имплантации можно было ожидать в случаях, когда имелась находящаяся в стадии угнетения или покоя собственная яичниковая ткань (Б. А. Козинский).

Естественно, что все названные средства, давая удовлетворительные результаты лишь в ограниченном числе случаев, в настоящее время удовлетворить нас не

могут и поэтому возник вопрос: нельзя ли, удаляя доброкачественные кистозные опухоли яичников, сохранить часть здоровой ткани, особенно когда это касается женщины молодого возраста?

Сохраняющие операции при двусторонних поражениях яичников доброкачественными кистозными образованиями

Вопрос о консервативных операциях на яичниках не является новым. Среди хирургов-гинекологов всегда было два направления: сторонники одного из них, придавая большое значение функции яичников, стремились во время операции по возможности сохранить хотя бы один, макроскопически представляющий здоровым яичник; другие же, игнорируя это обстоятельство, поступали во всех случаях радикально. Так, по почину А. Гегара, удаление обоих яичников у женщин предпринималось довольно легко. Однако врачи скоро заметили, что непосредственный успех после кастрации продолжается недолго и быстро сменяется рядом очень тяжелых явлений выпадения. Последнего рода наблюдения заставили несколько охладеть к охватившему гинекологов увлечению, и соображения, представленные Гегаром, Пфанненштилем и др. в пользу радикальных операций на яичниках, стали подвергаться сомнению.

Клинические наблюдения и эксперимент, обогащая наши познания в области биологии и физиологии половых желез, показывали, какое пагубное влияние оказывает на организм насильственное и несвоевременное удаление яичников. Сознание, что двустороннее полное удаление яичников в молодом возрасте не только лишает женщину материнства, но и нарушает все остальные функции ее организма, заставило врачей относиться к этому вопросу более осторожно. Дискуссия по вопросу о возможности оставления кусочка яичниковой ткани при оперативном удалении кисты приняла оживленный характер. Противники сохраняющих операций на яичниках как один из главных аргументов в пользу радикализма выдвигали случаи возвратов после этих операций.

Так, например, Гюнтер Робб (Hunter Robb) на 419 операций имел 10 повторных; Грант Болдуин (Gr. Bolduin) на 99 операций — одну; Дюрсен (Dührsen) также

производил вторичные операции. При этом обращает на себя внимание то обстоятельство, что у некоторых авторов получается большая разница между данными относительно частоты возвратов болезни. Это могло иметь место потому, что они обобщали неоднородный материал, выводы делались на недостаточном количестве случаев и часто процент возвратов увеличивался за счет повторных операций, не находящихся в какой-либо связи с первой операцией овариотомии.

На нашем материале рецидивы после консервативных операций наблюдались у двух больных. Повторные операции по поводу кистозного перерождения, оставленного во время первой операции здорового яичника, производились 34 больным. Отожествлять настоящий рецидив болезни с повторными операциями, предпринятыми по поводу кистозного заболевания оставленного во время первой операции яичника, нельзя и неправильно.

Ряд известных ученых — Фритч, Цвейфель, Велиц, Пфанненштиль, К. К. Скробанский, Л. Л. Окинчиц, А. Н. Лебедева и др. — отрицательно относятся к консервативным операциям. Особенно осторожны в этом отношении Велиц и Пфанненштиль, которые при склонности к двустороннему развитию кист, рекомендуют, невзирая на возраст, профилактически удалять оба яичника. Пфанненштиль считает, что при двусторонних доброкачественных кистах вместе с яичником должна быть удалена и матка, а у женщин старше 40 лет показана радикальная операция даже при односторонних доброкачественных кистах яичника.

Улучшение хирургической техники и микроскопической диагностики вместе с клиническими наблюдениями оказали свое влияние, и принцип консервативного метода стал все больше и больше завоевывать себе сторонников.

Д. О. Отт одним из первых указал путь к консервативным операциям на яичниках и на основании своих клинических наблюдений опроверг необоснованные доводы Велица и Пфанненштиля.

Вопросами заживления и восстановления функции яичника после различных ранений или частичной резекции интересовались еще до того, как появились работы Д. О. Отта, выступившего в защиту консервативных

операций в гинекологии. И. М. Селезнев, экспериментально изучая этот вопрос на кроликах, пришел к выводу, что ранения яичника не сопровождаются образованием так называемой грануляционной ткани и регенерация ткани яичника происходит при явлениях карио-митотической деятельности основных клеточных элементов яичниковой ткани.

К. К. Скробанский свои опыты и исследования проводил на кошках и кроликах. Автор считает, что заживление раненого яичника происходит путем заполнения дефекта богатыми клетками соединительной ткани, причем главную роль он отводит маленьким клеткам стромы и белочной оболочке. Линейный, а также и клиновидный разрезы яичника при благоприятных условиях заживают бесследно. Заполнение дефекта происходит за счет регенерации соединительнотканной основы этого органа. Функциональные элементы яичника тоже способны к регенерации, хотя и слабее мозгового слоя.

Большой интерес с этой точки зрения представляет экспериментально-гистологическое исследование П. Я. Лельчука. На основании данных гистологического исследования автор приходит к заключению, что яичник обладает способностью к регенерации, в которой принимают участие как покровный эпителий, так и строма яичника. П. Я. Лельчук, разделяя полностью точку зрения других авторов в отношении заживления раненого яичника вообще, отрицает регенерацию фолликулов.

Упомянутые авторы проводили свои наблюдения на кроликах и отчасти на собаках. Тем не менее полученные данные чрезвычайно интересны и могут быть практически использованы у операционного стола.

Таким образом, понемногу стал накапливаться клинический и экспериментальный материал, который укреплял позицию сторонников консервативного способа оперирования при доброкачественных кистах и кистомах яичника.

Однако принцип консервативных операций при лечении кистозных опухолей яичника не сразу занял подающее место. В первое время консервативные операции с целью сохранения менструальной функции применялись только в случаях поражений яичников фолликулярными кистами. При пролиферирующих опухолях яичника консервативные операции тогда еще не произ-

водились, о чем свидетельствует описанный Б. А. Козинским (1929) случай лечения 29-летней женщины трансплантацией яичниковой ткани после полного двустороннего удаления дермоидных кистом.

До сих пор у гинекологов нет единого взгляда на консервативную цистэктомию.

Большинство авторов под консервативной цистэктомией понимают все случаи оперативного вмешательства, где имел место какой-нибудь момент консерватизма. Например, удаляют кисту яичника с одной стороны, а другой, здоровый на вид яичник оставляют и говорят о консервативной операции. Конечно, удаление одного и оставление второго яичника — это консервативное мероприятие, но нельзя объяснить в этом случае сохранение хотя бы менструальной функции женщины физиологической деятельностью оперированного яичника, когда был оставлен макроскопически здоровый второй яичник.

Чтобы быть объективными, желая выявить как положительные, так и отрицательные стороны консервативных операций на яичниках, мы из большого числа операций по поводу кист и кистом яичников специально выделили только те случаи, в которых была произведена сохраняющая операция по поводу двустороннего поражения половых желез: один кистозно пораженный яичник по показаниям удалялся целиком, а от другого кистозно измененного яичника оставлялся небольшой кусочек ткани, или же на обеих сторонах оставались кусочки нормальной яичниковой ткани. Таким образом, здесь в первом и во втором варианте мы должны были рассчитывать исключительно на функцию оперированного, резецированного и уменьшенного в объеме яичника. Наконец, мы учитывали такие случаи, когда с одной стороны удалялся кистозно пораженный яичник вместе с трубой, а с другой стороны паровариальная киста вылущивалась или, наоборот, удалялась вместе с трубой паровариальная киста, с другой стороны киста яичника вылущивалась; таким образом, сохранялась маточная труба и яичник.

Тут же нужно сказать и о том, что область применения консервативных операций на яичниках имеет ограничения. В этом отношении нужно помнить правило, что консервативная хирургия требует восстановления

здоровья, а не сохранения во что бы то ни стало больного и ненужного органа.

Сохраняющие операции мы применяли только при доброкачественных кистозных образованиях яичника (ретенционные и паровариальные кисты, дермоидные, серозные, псевдомуцинозные кистомы).

Всего консервативной цистэктомии по поводу двустороннего кистозного поражения яичников было подвергнуто 106 больных.

Самый короткий срок, прошедший после операции, составляет 3½ года, самый продолжительный — свыше 25 лет.

Анализ показывает, что наибольший процент оперированных падает на возраст от 20 до 35 лет (период полного расцвета женщины). Из 106 оперированных больных 86 женщин были в возрасте от 20 до 35 лет и 10 женщин — от 36 до 40 лет; старше 40 лет было 7 больных, моложе 20 лет — трое (15, 18 и 19 лет).

У большинства оперированных больных менструации начались сравнительно поздно: на 15-м, 16-м, 17-м, 18-м, 19-м и 20-м году жизни. У 15-летней больной до операции менструаций не было совсем.

До заболевания имели правильную менструальную функцию 92 женщины; 68 с 4-недельным и 24 — с 3-недельным циклом. Из них на незначительные боли в начале и во время менструальных выделений жаловались 13 женщин. Нерегулярный цикл отмечался у 5 больных; у 2 менструации проходили с промежутками в 3—4 месяца; у 6 больных менструации были обильными.

Половую жизнь не вели 4 женщины. Из живущих нормальной половой жизнью ни разу не были беременными 20 женщин; остальные 82 больные имели от 1 до 6—8 беременностей, закончившихся родами и выкидышами. 8 из 82 женщин, имевших до поступления в клинику роды и выкидыши, в течение последних 3—5 лет не беременели, хотя ни к каким средствам предохранения не прибегали. 6 больных обратились к врачу по поводу задержки менструации. У них одновременно с нормальной беременностью были диагностированы кистозные опухоли яичников.

Жалобы больных в основном сводились к различного характера болям внизу живота и в пояснице.

12 женщин ни на что не жаловались, кистозные опухоли были обнаружены у них случайно во время гинекологического исследования: при профилактическом осмотре, при прохождении санаторно-курортной комиссии и т. п.

В связи с заболеванием произошли заметные изменения в менструальной функции: нарушение цикла отмечают 14 больных, на обильные и длительные менструации жалуются 12 женщин, на резко болезненные менструации — 9, на скудные менструации — 4 и на аменорею — 3 женщины.

По анатомическому характеру кистозные опухоли яичников распределяются на следующие группы (табл. 8, 9).

Таблица 8

Двусторонние кистозные опухоли яичников

1. Дермоидные кистомы	21 больная
2. Простые серозные кистомы	3 больных
3. Серозно-сосочковые кистомы	5 "
4. Псевдомуцинозные кистомы	2 "
5. Ретенционные (серозные) кисты:	
а) фолликулярные кисты	8 "
б) кисты желтого тела	2 "
в) шоколадные кисты	2 "
<hr/>	
Всего	43 больных

Таблица 9

Сочетание различных видов кистозных опухолей яичника

1. Дермоидная киста и псевдомуцинозная на втором яичнике	2 больных
2. Дермоидная киста и простая серозная киста	1 больная
3. Дермоидная киста и фолликулярная киста	9 больных
4. Дермоидная киста и кистозное перерождение второго яичника	4 "
5. Псевдомуцинозная киста и простая серозная киста	2 "
6. Псевдомуцинозная киста и фолликулярная киста	5 "
7. Псевдомуцинозная киста и кистозное перерождение второго яичника	4 "
8. Серозная киста и фолликулярная киста яичника	6 "
9. Серозная киста и кистозное перерождение второго яичника	10 "

10. Фолликулярная киста и кистозное перерождение второго яичника	11	больных
11. Серозно-сосочковая кистоза и фолликулярная киста или кистозное перерождение второго яичника	6	"
12. Шоколадная киста яичника и фолликулярная на другой стороне	1	больная
13. Фибросаркома яичника и кистозное перерождение второго яичника	1	"
14. Сплошная опухоль яичника и кистозное перерождение второго яичника	1	"
Всего		63 больных

При хирургическом лечении больных, страдающих двусторонними кистозными поражениями яичников, мы по возможности стремились сохранить молодым женщинам все основные функции организма. В случаях, когда сохранение детородной функции не представлялось возможным, например при функционально неполноценных трубах (гидросальпинкс и др.) с целью сохранения менструальной функции оставляли небольшие кусочки яичниковой ткани.

Характер оперативных вмешательств при двусторонних кистозных поражениях яичников представлен в табл. 10.

Таблица 10

Характер оперативного вмешательства при двусторонних кистозных поражениях яичников

1. Удаление кистозно пораженного яичника вместе с трубой с одной стороны и резекция второго яичника	32	больных
2. Удаление кистозно пораженного яичника с трубой с одной стороны и вылушение кисты (кистомы) второго яичника	22	"
3. Удаление кистозно пораженного яичника, обеих труб и резекция или вылушение кисты (кистомы) второго яичника	18	"
4. Вылушение кист (кистом) обоих яичников с удалением одной маточной трубы	10	"
5. Резекция или вылушение кисты (кистомы) обоих яичников, удаление двух труб	8	"
6. Вылушение кисты (кистомы) яичников с обеих сторон (трубы сохранены)	12	"

7. Удаление большой пароваривальной кисты и дермоидной кистомы яичника на одной стороне и вылушение кисты яичника на другой 1 больная
8. Вылушение кистомы яичника и пункция серозной кисты второго яичника 1 "
9. Удаление плотной опухоли яичника с трубой и резекция второго яичника 2 больных

Сохраняющие операции при односторонних кистозных опухолях яичника

При односторонних поражениях яичников кистозными опухолями общепринятым методом лечения является хирургическое удаление. Такой способ лечения

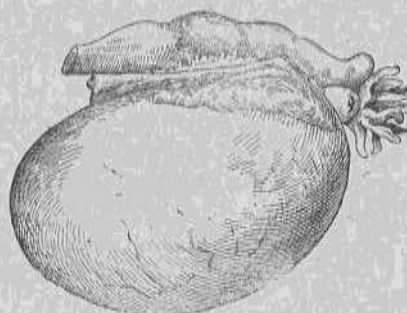


Рис. 2. Удаленный препарат фолликулярной кисты яичника и маточной трубы (по В. Штеккелю).

проводится в клинических и больничных учреждениях с одинаковым успехом как более опытными, так и менее квалифицированными врачами. При этом не только при пролиферирующих кистах, но и по поводу односторонней фолликулярной кисты яичник удаляется полностью вместе с соответствующей трубой (рис. 2).

Исходя из принципа бережного отношения к оперируемым органам, мы считаем, что культивируемая повсеместно методика оперативного удаления односторонней кистозной опухоли яичника в настоящее время подлежит пересмотру.

Получив в клинике благоприятные ближайшие и особенно отдаленные результаты после консервативных

операций при двусторонних доброкачественных кистах яичника, мы этот физиологический метод начали применять и при удалении односторонних опухолей яичника.

Обосновывая физиологический принцип при консервативных операциях, мы рассуждали так: если при двусторонних кистах яичника мы вынуждены принимать меры к сохранению функционирующего органа для благополучия молодой женщины, у которой после операции продолжаются менструации и которая может стать матерью, то что же нам мешает этот оправдывающий себя целесообразный консерватизм проводить при одностороннем поражении яичника доброкачественной опухолью или, вернее, какие имеются противопоказания для этой операции? На основании наших наблюдений считаем, что противопоказаний к консервативным операциям на яичниках при одностороннем поражении доброкачественной кистозной опухолью мы не имеем. Наоборот, результаты последних должны быть значительно лучше, чем после двусторонней консервативной цистэктомии.

Однако при односторонних кистах яичника оперирующий врач, обычно не задумываясь, полностью удаляет пораженный орган. Так, И. Л. Брауде, один из сторонников консервативного направления в оперативной гинекологии, при односторонней кистоме, если второй яичник макроскопически не изменен, советует пораженный орган удалять полностью вместе с маточной трубой.

Вопрос о методике хирургического лечения односторонних кистозных опухолей яичника имеет большое значение, особенно если иметь в виду возможность развития кисты на втором яичнике. Так, 34 из 800 больных перенесли в прошлом операцию удаления кисты, а в последующем через различные сроки, от 3 до 10—20 и более лет, у них на оставленном здоровом яичнике развились доброкачественные кистозные опухоли, в связи с чем они поступили в клинику для повторного剖腹сечения.

Эти повторные операции 14 раз были предприняты по поводу дермоидных кистом, причем носительницы их в первый раз были оперированы 12—15—22 года, а в одном случае — 32 года назад.

Второе место по частоте, встречающихся при повторных чревосечениях опухолей занимают серозные кистомы, причем в этих случаях промежуток между первой и второй операцией значительно короче — от 3 до 5—6 лет.

Псевдомуцинозные кистомы при повторных операциях встретились всего 2 раза и один раз повторное чревосечение было предпринято по поводу шоколадной кисты яичника.

Сохранение здоровой яичниковой ткани при консервативной цистэктомии может иметь для молодой женщины большое значение, особенно в случае последующего заболевания второго яичника. Кроме того, наши наблюдения показывают, что при втором чревосечении условия операции не всегда бывают благоприятными: кистозная опухоль может вытеснить и вызвать полную атрофию яичниковой ткани, равномерно сдавливая все части органа при своем росте, или же опухоль вследствие перекрута ножки некротизируется, что совершенно исключает консервативную цистэктомию и является противопоказанием к сохраняющим операциям.

Больная П., 16 лет, поступила в гинекологическую клинику 27/XII 1936 г. для оперативного лечения по поводу кистомы яичника.

Менструации пришли впервые на 14-м году жизни, установились сразу — по 5—6 дней через 3 недели, обильные, со сгустками.

Половой жизнью не жила.

Никаких жалоб не предъявляла.

21/XI 1936 г. во время медицинского осмотра учащейся в школе у девушки случайно была обнаружена кистозная опухоль яичника.

31/XII 1936 г. операция: чревосечение, удаление дермоидной кистомы левого яичника вместе с трубой обычным способом.

Послеоперационный период протекал гладко. После операции чувствовала себя хорошо, продолжала учиться.

На 18-м году жизни вышла замуж, а через 6 месяцев наступила беременность, закончившаяся в 1940 г. срочными нормальными родами.

В 1942 г. у больной внезапно появились боли внизу живота справа; с диагнозом острого живота (аппендицит?) больная была направлена в хирургическое отделение, где подверглась срочной операции, во время которой хирург удалил перекрученную кисту правого яичника и таким образом навсегда лишил молодую женщину менструальной и детородной функции. После этой второй операции больная чувствует себя плохо, жалуется на явления выпадения.

Исход мог быть для больной более благоприятным в том случае, если бы во время первой операции дермоидную кистому яичника удалили консервативно, сохранив кусочек нормальной яичниковой ткани, как это мы делаем обычно в последние годы.

Так, на 582 случая одностороннего кистозного поражения яичника консервативная цистэктомия путем вылуцения или резекции произведена нами 51 раз (у молодых женщин). Во всех этих случаях маточная труба сохранена.

К сожалению, вопрос о влиянии полного удаления одного яичника на женский организм в литературе освещен мало. По наблюдениям В. И. Аристова удаление одного из яичников не проходило для животных бесследно. На этом основании автор думает, что и у женщин удаление одного яичника также может обусловить более раннее наступление климактерического периода. Хотя оставленный яичник и берет вначале полностью на себя функцию удаленного органа, но затем рано или поздно это приводит к истощению, что часто выражается в кистозном его перерождении (В. И. Аристов). И. Н. Грамматикати, основываясь на большом клиническом материале, высказал мнение, что лишение женщины какой-либо части полового аппарата может быть оправдано только настоятельными показаниями.

Влияние на организм удаления одного яичника с физиологической стороны до настоящего времени изучено недостаточно, между тем этот вопрос имеет большое практическое значение.

С этой точки зрения большой интерес представляет работа Е. Е. Полоцкого, который экспериментально изучал последствия удаления одной половой железы на функцию оставленного второго яичника и на общее состояние организма животного. В первой серии опытов (52 крысы) производилось удаление одного яичника. Во второй серии опытов (16 животных) была произведена резекция одного яичника. В третьей серии (12 крыс) произведена резекция обоих яичников. Наконец, 7 крыс были кастрированы путем двусторонней овариоэктомии. Наблюдая течение половых циклов и морфологические изменения, наступающие в органах половой сферы после односторонней овариоэктомии у крыс через различные сроки после операции,

автор констатирует, что первоначальное увеличение оставленного яичника является компенсаторной реакцией; одновременно удлиняется фаза течки; в дальнейшем удлиняется фаза покоя и укорачивается фаза течки, что соответствует последующим морфологическим изменениям, наступающим в оставленном яичнике в более поздние сроки.

После операции резекции яичника как односторонней, так и двусторонней половой цикл почти не нарушался, что указывает на полноценность функциональной деятельности яичников после консервативных операций.

А. Г. Болгова, изучая на крысах влияние местных нарушений кровоснабжения на функциональное и морфологическое состояние яичников, приходит к аналогичным выводам.

Кровоснабжение яичника в первой группе животных было нарушено перевязкой собственной связки яичника. Таким образом, орган в эксперименте питался со стороны яичниковой артерии.

Во второй группе опытов перевязывалась яичниковая артерия. В этом случае яичник снабжался кровью со стороны веточки маточной артерии.

Наконец, в третьей группе опытов сосуды, питающие орган, не перевязывались, а яичники только пересекались пополам.

Изучая эстральный цикл и структурные изменения полового аппарата после своих опытов, А. Г. Болгова отмечает следующее.

1. Перевязка — перерезка собственной связки яичников вызывает некоторые функциональные и морфологические изменения в половом аппарате крысы. Меняется эстральный цикл: покой удлиняется, течка наступает с опозданием и длится дольше обычного. Гистологически отмечается некоторое угнетение фолликулярного аппарата яичника при выраженных воспалительных процессах в них.

2. Перерезка яичниковой артерии вызывает более выраженные функциональные и морфологические изменения в яичниках.

3. Рассечение яичника на две части мало влияет на функциональное состояние яичников.

В результате своих исследований А. Г. Болгова видит перспективу практического применения получен-

ных ею данных при лечении бесплодия женщины пересадкой яичника в полость матки.

Наблюдения А. Г. Болговой с убедительностью показывают целесообразность сохраняющих операций, хотя автор об этом и не упоминает. Резекция или вылушение кистозной опухоли яичника представляет собой своеобразно измененную операцию рассечения органа на две части в том смысле, что при этом сохраняется его полноценное двустороннее питание. Таким образом, данные экспериментальных исследований Е. Е. Полоцкого и А. Г. Болговой являются теоретическим обоснованием физиологического принципа, наглядно показывают преимущества консервативных операций на яичниках.

Сохраняющие операции при паровариальных кистах

Консервативный метод приобретает исключительно большое практическое значение при оперативном лечении паровариальных кист. К сожалению, как в отечественной, так и в зарубежной литературе вопрос об оперативном лечении паровариальных кист освещен недостаточно.

Изучению так называемых межсвязочных опухолей, среди которых встречались и паровариальные кисты, в прежние время уделялось сравнительно больше внимания.

Понятия о межсвязочной яичниковой и паровариальной кисте большинством авторов отождествлялись: опухоли, располагающиеся между листками широкой связки матки, часто называли кистами широких связок (М. А. Васильев, В. В. Сутугин).

Не отличая паровариальные кисты от настоящих межсвязочных опухолей яичника, прежде авторы при оперативном лечении обычно удаляли их вместе с соответствующей трубой и яичником. Вопрос длительное время оставался невыясненным и большинство авторов в своей практической работе не выделяли паровариальные кисты среди яичниковых, а часто, надо полагать, принимали их за настоящие кисты яичника. Так обстояло дело почти до последнего времени.

И в настоящее время большинство практических врачей при оперативном лечении паровариальных кист

продолжает поступать так же, как и при удалении подвижных яичниковых опухолей, т. е. паровариальную кисту удаляют вместе с маточной трубой.

Не совсем правильное представление о паровариальных кистах дает нам Е. М. Шварцман: «Если интралигаментарная опухоль расположена между листками брыжейки трубы (мезосальпинкс), она называется паровариальной... Паровариальные опухоли обладают значительной подвижностью, так как они расположены в верхнем, самом подвижном, отделе широкой связки. Если опухоль, располагаясь между листками широкой связки, растет в малый таз, то она совершенно неподвижна».

Не разграничивая четко паровариальную кисту от настоящих межсвязочных опухолей яичникового происхождения, Е. М. Шварцман неправильно ориентирует практического врача и в отношении их лечения.

Киста называется паровариальной не потому, что она располагается в верхнем, самом подвижном, отделе широкой связки, а потому, что она гистогенетически развивается из эпоофорона (паровария), и каких бы размеров ни достигала паровариальная киста, она все равно располагается между листками брыжейки трубы и имеет хорошую подвижность. Во время операции удаления паровариальной кисты при внимательном рассмотрении всегда можно увидеть рядом с кистой яичник, который в отдельных случаях может быть распластан по поверхности опухоли.

В настоящее время совершенно недостаточно разработан вопрос о методике хирургического лечения паровариальной кисты.

Большинство акушеров-гинекологов, тем более хирурги, удаляют паровариальные кисты по принципу лечения подвижных опухолей яичника: оперируя молодую женщину по поводу паровариальной кисты, вместе с последней удаляют и трубу, а иногда и яичник, если он тесно прилегает к паровариальной кисте или распластан по ее поверхности (рис. 3).

Удаляя одновременно с паровариальной кистой функционально здоровую, проходимую трубу, оперирующий врач даже не задумывается над тем, что после этой операции женщина может стать бесплодной. Удаление паровариальной кисты с технической стороны произво-

дится легко, но зато восстановить функцию трубы в нужных случаях бывает невозможно.

К сожалению, авторы учебников и руководств по оперативной гинекологии излагают недостаточно ясно и часто неправильно вопрос о хирургическом лечении паровариальной кисты.

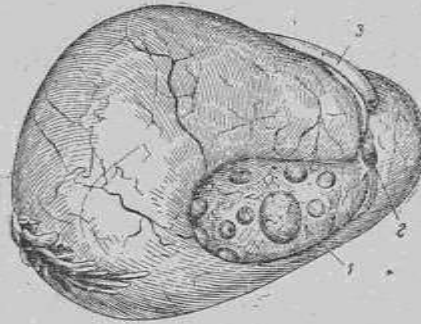


Рис. 3. Удаленный препарат паровариальной кисты и тесно примыкающего яичника (по В. Штеккелю).

1—яичник; 2—собственная связка яичника;
3—маточная труба.

Так, например, К. К. Скробанский указывал: операция удаления кист паровария (parovariotomia) ничем не отличается от овариотомии. Она очень легка, если киста имеет ножку. Следует только стремиться сохранить при этой операции яичник.

По этому вопросу Е. М. Шварцман писал следующее: «Паровариальные опухоли, расположенные в верхнем отделе широкой связки, между листками брыжейки трубы (mesosalpinx), весьма подвижны, как опухоли, имеющие ножку, и удаляются, подобно им, после перерезки связок. Если яичник полностью сохранился и расположен у латерального полюса паровариальной кисты, то его следует сохранить. В этом случае *lig. infundibulo pelvicum* не перевязывают и кохером захватывают связку (или остаток ее) между фимбриальным концом трубы и яичником. Далее отсепааровывают нижний сегмент паровариальной опухоли и у угла матки перерезают растянутую по опухоли трубу».

Е. М. Шварцман при удалении паровариальной кисты советует оставить яичник, если он полностью сохранился и расположен у латерального полюса кисты. К. К. Скробанский указывает, что при этой операции следует стремиться к сохранению яичника.

Согласно принципиальным установкам Е. М. Шварцмана и К. К. Скробанского, яичник может быть сохранен во время удаления паровариальной кисты лишь при определенных благоприятных обстоятельствах, а если этих условий нет, он может быть удален вместе с кистой.

К сожалению, в настоящее время удаление здоровой маточной трубы вместе с паровариальной кистой считается вполне обоснованным хирургическим приемом: так поступают повседневно и повсеместно не только практические врачи, но и работники клинических лечебных учреждений.

Никому из акушеров-гинекологов в настоящее время во время операции не придет мысль о перевязке здоровых маточных труб без достаточного к тому основания. Однако молодая женщина может быть стерилизована попутно при удалении паровариальных кист. В таких случаях хирурга не волнуют последствия радикальной операции — он доволен своей операцией, будучи уверен, что оказал необходимую помощь.

На основании своего опыта мы считаем, что во время удаления паровариальной кисты при всех условиях яичник может и должен быть сохранен.

Являясь убежденными сторонниками целесообразного консерватизма, мы в последнее время, удаляя паровариальную кисту, обязательно сохраняем молодым женщинам яичники и здоровые трубы.

Всех больных, оперированных по поводу паровариальной кисты, у нас было 84; 8 женщин имели двусторонние кисты.

По возрасту больные распределяются следующим образом.

Паровариальная киста встретилась у 8 девушек и молодых женщин до 20-летнего возраста и у 67 женщин в возрасте от 21 года до 40 лет; старше 40 лет было 9 больных.

Указаний на нарушение менструальной функции в связи с заболеванием мы не имели.

Из живущих нормальной половой жизнью ни разу не были беременны 19 женщин (22,6%), половой жизнью не жили 4 девушки (учащиеся).

Сочетание паровариальной кисты с кистой яичника встретилось 9 раз. У 20-летней девушки имелось сочетание паровариальной кисты больших размеров с двусторонними кистами яичников.

Беременность при наличии паровариальной кисты наблюдалась у 13 женщин.

Операция удаления паровариальной кисты через влагалище произведена 3 раза. Во всех остальных случаях операция проведена путем брюшностеночного чревосечения (табл. 11).

Таблица 11

Характер оперативного вмешательства

1. Удаление паровариальной кисты вместе с трубой и яичником	8 раз
2. Удаление паровариальной кисты вместе с трубой	37 "
3. Вылущение паровариальной кисты с оставлением трубы	22 раза
4. Удаление паровариальной кисты вместе с трубой с одной стороны и вылущение паровариальной кисты с другой	2 "
5. Удаление двусторонних паровариальных кист вместе с трубами	4 "
6. Вылущение двусторонних паровариальных кист (обе трубы оставлены)	2 "
7. Вылущение паровариальной кисты с одной стороны и консервативное удаление кисты яичника с другой	5 раз
8. Удаление кистозной опухоли яичника с трубой с одной стороны и вылущение паровариальной кисты на другой стороне	4 раза

Сохраняющие операции при сочетании кисты яичника и нормальной беременности

Вопрос о способе лечения кистозных опухолей яичника во время беременности в настоящее время нужно считать решенным. При сочетании беременности и кисты яичника единственно правильным методом лечения считается оперативное удаление последней.

Тем не менее в настоящее время нет еще единого мнения относительно срока беременности, который счи-

тался бы наиболее безопасным для удаления кисты в смысле возможного прерывания беременности после операции.

Одни авторы предлагают оперировать кисту яичника независимо от срока беременности, считая, что выжидательный метод дает худший результат (Д. С. Щеткин, И. П. Лазаревич, А. И. Ярцев и др.). Другие, придавая большое значение функции желтого тела, во время беременности советуют производить операцию после четырех месяцев (Б. А. Архангельский, Е. М. Шварцман, И. И. Яковлев и др.).

Большинство авторов считает, что желтое тело в первые 2—3 месяца беременности (а при гормональной неполноценности — и более длительное время) оказывает протективное влияние (Преображенский). Г. Г. Хечинов, удаляя желтое тело в ранние сроки беременности (до 2 месяцев), в $\frac{1}{3}$ случаев получил прерывание беременности. В. Г. Бутомо на основании своих наблюдений считает, что влияние желтого тела беременности на развитие уже привившегося яйца у человека пока недостаточно изучено: «У человека, в противоположность животным, беременность прогрессирует и после удаления желтого тела даже в самые ранние сроки». В. С. Мансветова сообщает, что у 16 беременных женщин во время операций одновременно с кистой яичника было удалено и желтое тело; прерывание беременности произошло в двух случаях, а у 14 женщин беременность сохранилась и продолжала развиваться нормально, причем 4 раза операция удаления кисты была произведена при сроке беременности 7—8 недель. Тот же автор сообщает о 9 случаях угрожающего выкидыша, которые наблюдались в послеоперационном периоде, причем в 3 случаях это имело место после удаления кисты вместе с желтым телом. У 6 беременных женщин во время удаления кисты яичника желтое тело было оставлено на втором яичнике. Следовательно, оставление желтого тела не всегда гарантирует сохранение беременности и ее нормальное течение (В. С. Мансветова).

В. А. Мишин придает большое значение оперативной травме, перевязке яичниковой артерии и укорочению широких связок, что может оказать неблагоприятное влияние и вызвать прерывание беременности.

Правильное решение вопроса о сроке, времени оперативного удаления кисты яичника во время беременности имеет большое практическое значение. Известно, что после 3 месяцев беременная матка растет очень быстро и при операции удаления кисты может подвергаться лишней травме.

На основании собственных клинических наблюдений полагаем, что наиболее выгодным моментом для оперативного удаления кисты во время беременности является срок между 2-м и 3-м месяцем, который считается наиболее безопасным и для искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

Второй вопрос, который подлежит рассмотрению, касается методики оперативного удаления кисты во время беременности. Согласно общепринятым установкам, удаление кисты яичника во время беременности ничем не отличается от обычной овариотомии. Если опухоль имеет ножку, т. е. если она подвижна, то ее легко удалить после перевязки соответствующих связок, причем удаляемая вместе с кистой труба некоторыми гинекологами клиновидно иссекается из угла матки.

Мы в последние годы постепенно отходим от этой общепринятой линии поведения акушеров-гинекологов. Наиболее физиологичным при операциях удаления кисты во время беременности мы считаем консервативный метод: консервативная цистэктомия не нарушает полноценного питания оставляемой трубы и части яичника, обеспечивая им нормальную функцию. Преимущества консервативной операции во время беременности заключаются в том, что для удаления подвижной опухоли яичника достаточно вывести ее из брюшной полости и вылущить из ее ложа, т. е. из паренхимы яичника.

Исключительно благоприятные последствия могут иметь консервативные операции во время беременности при удалении паровариальной кисты: вылущивая кисту из листков широкой связки, мы сохраняем яичник и трубу, совершенно не травмируя беременную матку.

С. М. Беккер, удаляя во время беременности кисту яичника по общепринятому способу, в послеоперационном периоде наблюдал выкидыши у 3 женщин из 17, а после консервативных цистэктомий прерывание беременности наступило только у одной из 27 женщин.

При консервативном удалении кисты яичника во время беременности желтое тело по возможности следует сохранять на оставляемой яичниковой ткани.

Р. Л. Шуб, консервативно удалявший кисту яичника во время беременности при сроке до 3 месяцев, во всех случаях оставлял желтое тело и в послеоперационном периоде не отмечал ни одного выкидыша.

Сочетание кисты яичника и нормальной беременности мы наблюдали 110 раз. Большинство оперированных — молодые женщины: 88 беременных были в возрасте от 20 до 35 лет, 5 — моложе 20 лет, 12 — от 36 до 40 лет и 5 женщин были в возрасте 41 года, 42, 43, 44 и 46 лет.

Срок беременности колеблется от 6 до 12 недель: до 8 недель — 44 женщины, от 9 до 10 недель — 21, от 11 до 12 — 18, от 13 до 14 — 14, от 15 до 16 — 9 и свыше 16 недель — 4 беременных.

Характер оперативного вмешательства при сочетании кисты яичника и беременности заключался в следующем.

1. Искусственное прерывание беременности путем выскабливания полости матки и одновременное удаление кисты путем чревосечения произведено у 24 женщин, причем 13 раз при сроке беременности 7—8 недель, и в 11 случаях — при 10—12-недельной беременности.

2. Операция кесарева сечения (малое) и удаление кисты яичника с трубой произведены у 4 беременных.

3. Операция кесарева сечения (малое) и удаление кисты яичника с одновременной стерилизацией (перевязка трубы) сделаны 7 раз.

4. Искусственное прерывание беременности путем выскабливания полости матки и одновременное удаление кисты яичника с перевязкой труб (стерилизация) путем чревосечения произведены в 5 случаях.

В остальных 70 случаях во время операции удаления кисты яичника беременность была сохранена. Удаление паровариальной кисты во время беременности имело место в 13 случаях. 8 раз паровариальная киста была вылущена из листков широкой связки и в 5 случаях удалена радикально, а в одном случае — даже с иссечением трубы из угла беременной матки. Консервативная односторонняя цистэктомия произведена во время бере-

менности в 25 случаях, двусторонняя консервативная операция в виде резекции или вылушения кисты — в 8 случаях, причем в 6 из них это были дермоидные кисты.

После консервативных операций на яичниках и после вылушения паровариальных кист прерывание беременности в послеоперационном периоде мы наблюдали всего один раз.

Техника консервативных операций

После установления показаний к консервативной цистэктомии для успеха лечения большое значение имеет техника производства самой операции.

Однако нужно помнить, что область применения консервативных операций на яичниках имеет и ограничения.

Например, консервативная цистэктомия абсолютно противопоказана при всех злокачественных опухолях яичника. В этих случаях радикальная операция преследует лишь одну цель — сохранить жизнь больной.

Таким образом, консервативные операции на яичниках можно производить только при доброкачественных кистозных опухолях яичника, а показаниями для них является молодой возраст больных.

Вопрос о том, при каких кистозных опухолях яичника, в каком именно месте и как с технической стороны резецировать или вылушить кистозно перерожденный яичник, является основным, ибо весь последующий успех консервативной цистэктомии зависит от правильного решения этой задачи.

К сожалению, литературные сведения по такому принципиально важному вопросу весьма скудны. Е. М. Шварцман, указывая на возможность злокачественного перерождения доброкачественных новообразований яичника, советует быть весьма осмотрительным при решении вопроса об оставлении второго, по внешнему виду не пораженного яичника; в возрасте 40 и более лет, по мнению этого автора, вопрос всегда должен решаться в сторону максимального радикализма, и только при ретенционных кистах фолликула или желтого тела, представляющих собой безусловно доброкачественные образования, Е. М. Шварцман и К. К. Скробанский рекомендуют придерживаться консервативного

принципа, ограничившись в этих случаях резекцией (усечением) кистозно перерожденного яичника.

В своей клинической работе мы этот целесообразный консерватизм планомерно осуществляем не только при фолликулярных кистах, но по возможности стараемся сохранить молодой женщине кусочек нормальной яичниковой ткани и при удалении доброкачественных серозных, дермоидных и псевдомуцинозных кистом яичника.

По нашим наблюдениям, при кистозных опухолях яичника почти всегда можно обнаружить его здоровую, нормально функционирующую ткань. На первый взгляд кажется, что эти участки относятся к стенке опухоли. При более же внимательном осмотре и обследовании, имея некоторый опыт, на поверхности кисты можно увидеть яйцевые фолликулы и даже свежие желтые тела. Кроме того, эти участки яичниковой ткани отличаются от остальной стенки кистозной опухоли особым белесоватым видом и некоторой плотностью.

Мы специально занимались микроскопическим исследованием препаратов, приготовленных из стенки удаленной кисты яичника. После радикальной операции удаления кисты яичника на удаленном макропрепарате дополнительно производилась консервативная цистэктомия, т. е. или резецировалась или вылущивалась киста из паренхимы яичника, так же как это можно было (и нужно было!) сделать в момент производства самой операции. Исследуя приготовленные таким образом микропрепараты из сохранившейся на стенке удаленной кисты яичниковой ткани, можно отметить следующее.

Покровный эпителий в большинстве случаев отсутствует. *Tunica albuginea* и корковый слой яичника выражены хорошо. В отдельных случаях корковый слой представляется атрофичным; иногда в нем отмечается легкий застой и отек, имеются *corpora albicantia*.

В большинстве случаев в мозговом слое яичника отмечается застойное состояние с переполненными кровью сосудами, стенки которых особых изменений не имеют. Почти во всех препаратах встречается достаточное количество примордиальных фолликулов (иногда целыми группами), а также попадаются растущие и созревающие фолликулы и граафовы пузырьки с измененными и неизменными яйцеклетками (исследовала Е. Ф. Беляева) (рис. 4—6).

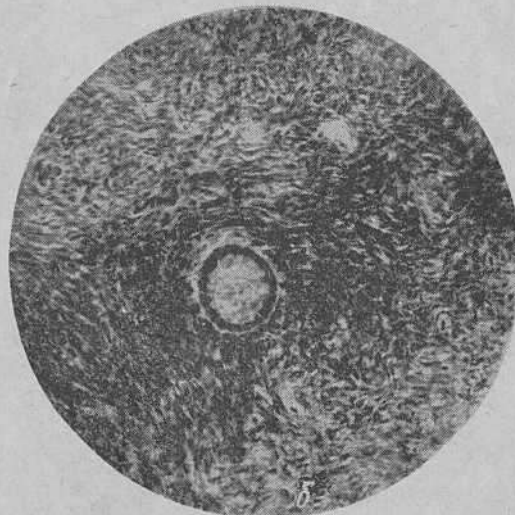
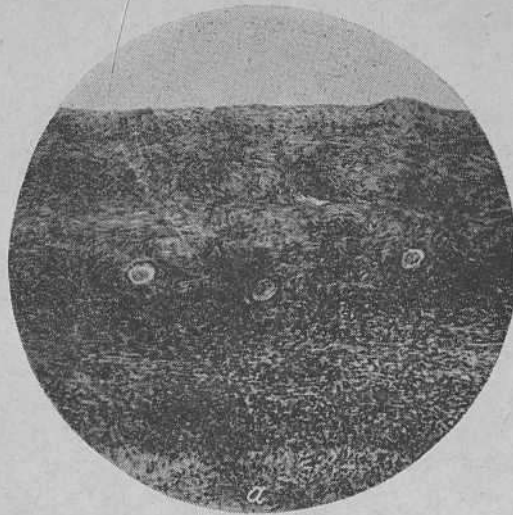


Рис. 4. Микрофото. Стенка дермоидной кистомы яичника, где сохранилась нормальная яичниковая ткань.

a—примордиальные фолликулы в корковом слое яичника (объектив 4, окул. 3); *b*—примордиальный фолликул (объектив 5, окул. 4).

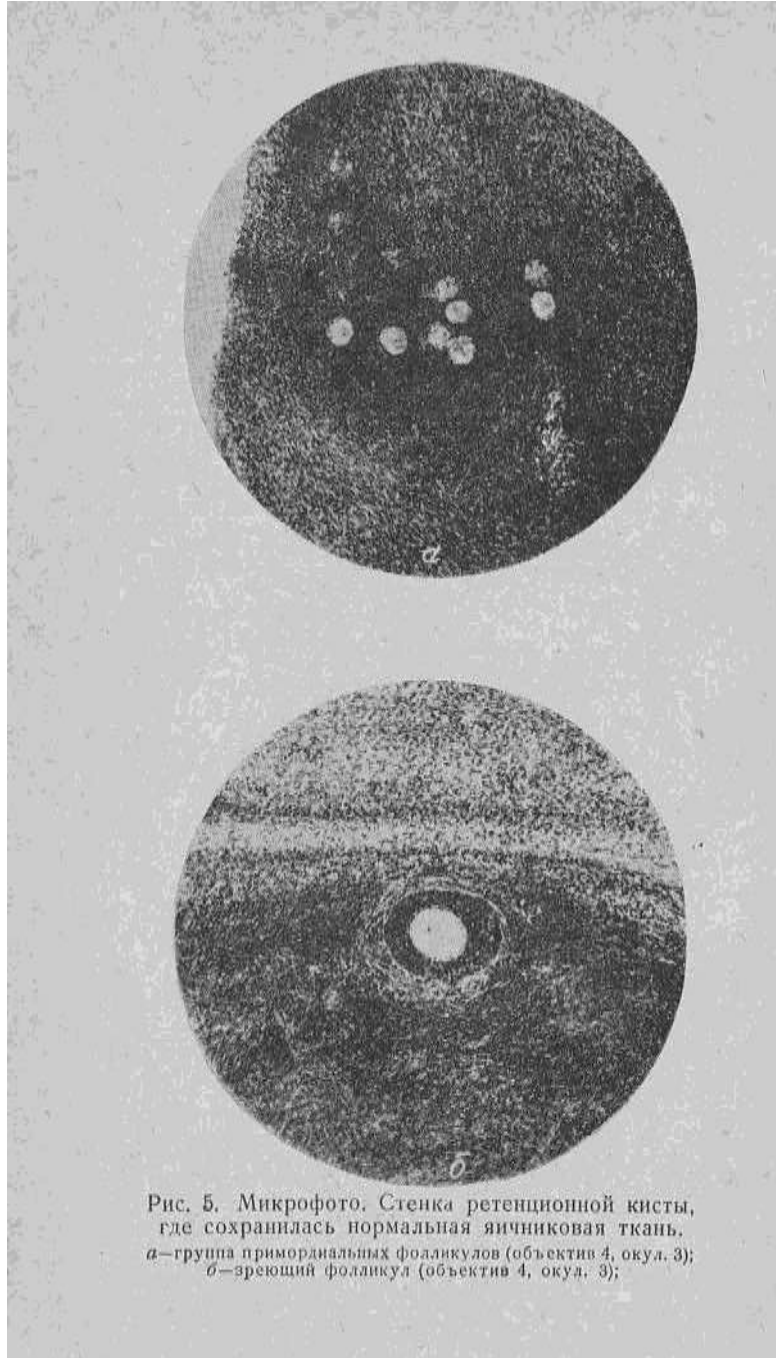


Рис. 5. Микрофото. Стенка ретенционной кисты, где сохранилась нормальная яичниковая ткань.
a—группа примордиальных фолликулов (объектив 4, окул. 3);
б—зреющий фолликул (объектив 4, окул. 3);

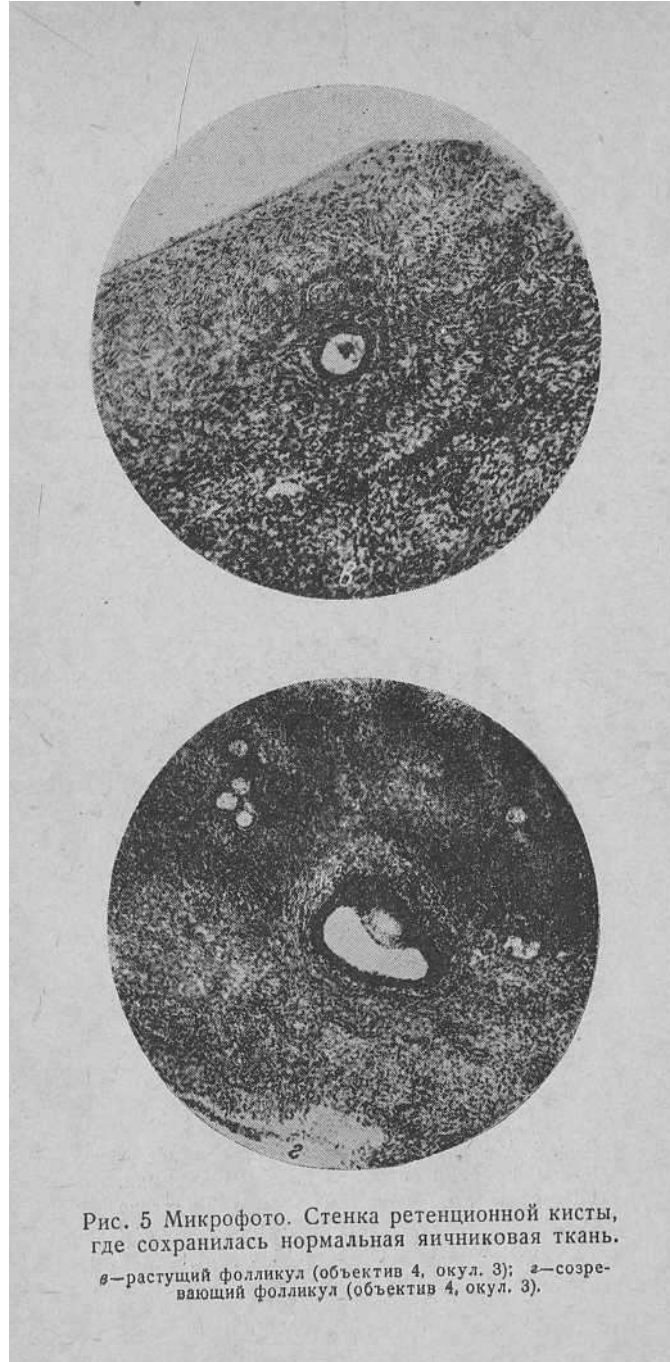


Рис. 5 Микрофото. Стенка ретенционной кисты, где сохранилась нормальная яичниковая ткань.
а—растущий фолликул (объектив 4, окул. 3); б—созревающий фолликул (объектив 4, окул. 3).

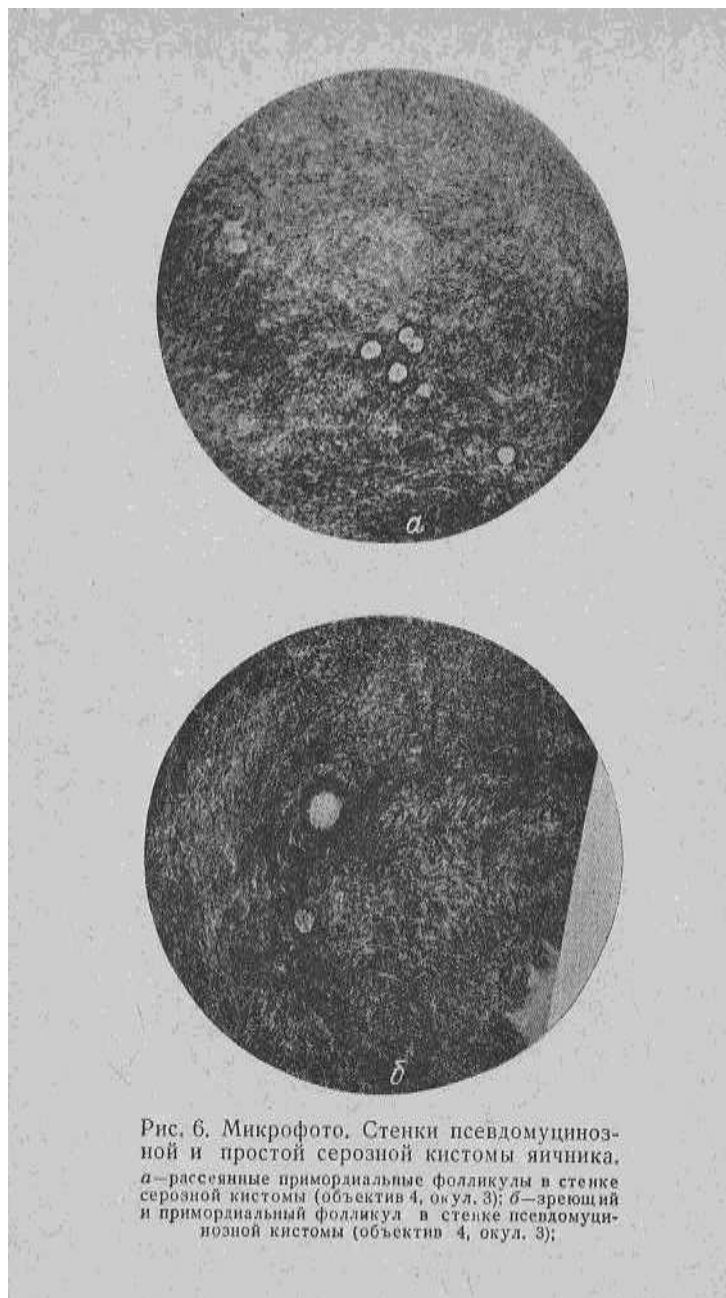
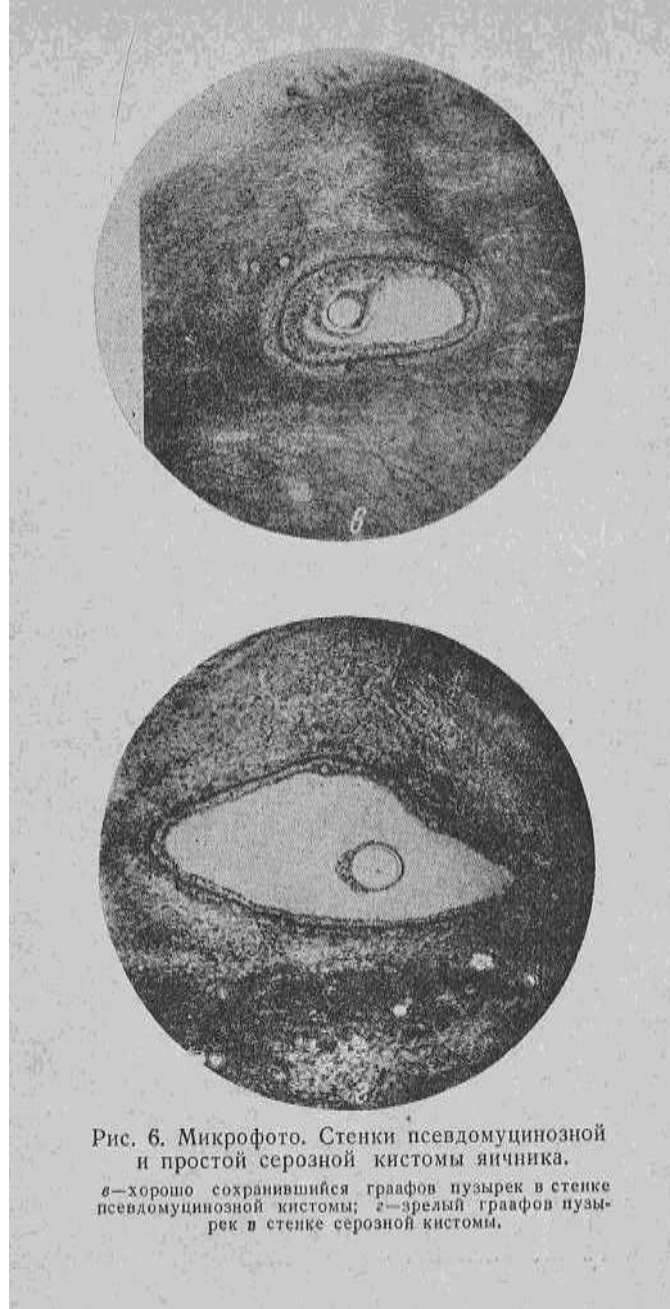


Рис. 6. Микрофото. Стенки псевдомуцинозной и простой серозной кисты яичника. *a*—рассеянные примордиальные фолликулы в стенке серозной кисты (объектив 4, окул. 3); *б*—зреющий и примордиальный фолликул в стенке псевдомуцинозной кисты (объектив 4, окул. 3);



Одним из основных условий для успеха консервативных цистэктомий является обеспечение оставляемой ткани яичника достаточным артериальным питанием. Когда этот участок располагается в области ворот яичника, заботиться особенно об этом не приходится, так как собственная яичниковая и воронко-тазовая связки через соответствующие кровеносные сосуды вполне удовлетворительно снабжают кровью раненый яичник.

Нужно заметить, что вопросы кровоснабжения яичников изучены вообще недостаточно. Авторы отдельных работ занимались главным образом изучением вопросов питания оставляемого целиком яичника при гистерэктомиях, сальпингэктомиях и др. [Бори (Bori), Фреде (Friedel), Якимович (Jaachimovitz)].

Заслуживает внимания работа Мокко и Рувиллуа (Mocout, Rovillois), которые изучали различные условия артериального питания яичников применительно к консервативной хирургии.

Особый интерес с этой точки зрения представляют работы Б. В. Огнева, посвященные вопросам изучения тончайшего кровоснабжения важнейших органов человека, в частности матки и ее придатков. Детальное знакомство с различными типами артериального питания яичников, труб и матки, обогащая наши знания относительно нормальной функции этих органов, заставляет критически относиться к мнению Пфанненштиля, Фреунда и др., которые утверждают, что оставление яичников при удалении матки особого значения для организма не имеет, так как лишенные достаточного питания яичники быстро атрофируются.

Исследования Б. В. Огнева и О. К. Никончик относительно тончайшего кровоснабжения яичников и труб, а также наши клинические наблюдения показывают ошибочность умозрительных заключений Пфанненштиля и других авторов о быстрой атрофии яичников после удаления матки. После удаления матки яичники продолжают снабжаться кровью со стороны воронко-тазовой связки через яичниковую артерию, не говоря уже о богатой системе окольного кровоснабжения, которое играет немалую роль.

Следовательно, учитывая особенности разветвления яичниковой веточки маточной и трубно-яичниковой артерий, а также окольного кровоснабжения, мы в каж-

дом случае консервативной цистэктомии должны позаботиться о том, чтобы обеспечить резецированный, раненый яичник артериальным питанием, сохранить сеть питающих сосудов и их анастомозы в области ворот яичника.

Основной принцип при всех консервативных цистэктомиях, каким бы способом они ни производились, заключается в том, чтобы сохранить паренхиму яичника и обеспечить вновь сформированный орган достаточным питанием.

Резекция, вылушение и пункция кисты яичника

При консервативных операциях на яичниках мы обычно применяем резекцию и вылушение кисты или кистомы.

Резекция яичника применяется и успешно осуществляется при небольших ретенционных кистах фолликула или желтого тела, особенно если киста располагается на периферии органа, на котором ясно можно видеть нормальную ткань яичника. Для этого делается клиновидный разрез с обеих сторон опухоли на границе здоровой ткани яичника и истонченной стенки кисты, которая после этого легко удаляется (рис. 7, а). Раневая поверхность на оставшейся части яичника зашивается непрерывным или узловыми швами из тонкого кетгута (рис. 7, б). Яичниковую ткань нужно шить тонкой, лучше даже кишечной иглой, а лигатуры ввиду хрупкости тканей следует затягивать очень осторожно.

При дермоидных, серозных и псевдомуцинозных кистах лучше всего производить вылушение опухоли из паренхимы яичника. С этой целью острым скальпелем делается неглубокий круговой разрез на границе кажущейся нормальной яичниковой ткани и капсулы подлежащей удалению опухоли (рис. 8, а). Во избежание вскрытия истонченной капсулы рекомендуется держать скальпель по отношению к поверхности кисты не перпендикулярно, а под углом 45° . Если разрез сразу же попадает в соответствующий слой, то вылушение кисты производится с исключительной легкостью, опухоль сама как бы удаляется, «вывихивается». После вылушения кисты оставленная в связи с областью ворот растя-

нутая часть яичника быстро сокращается настолько, что трудно бывает представить, каким образом этот небольшой кусочек сохраненной ткани яичника был соединен с большой раневой поверхностью удаленной опухоли (рис. 8, б).

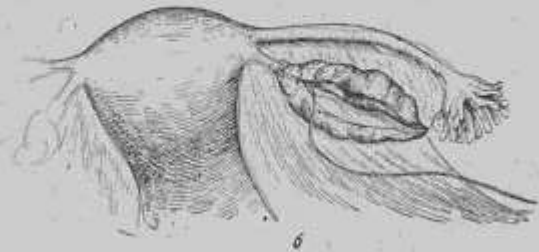
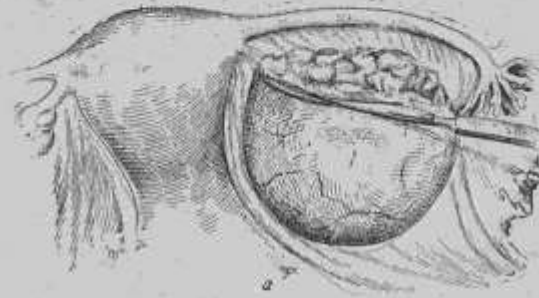


Рис. 7.

Вылущение хорошо также производится и при фолликулярных кистах и особенно в тех случаях, когда ретенционное образование развивается в центре органа, равномерно растягивая его. В таких случаях всегда удастся обнаружить и резецировать компактный слой яичника. Иногда даже при небольших фолликулярных кистах в области ворот яичника нельзя обнаружить простым глазом нормальную ткань. Тем не менее после вылущения кистозной опухоли на оставленной истонченной части органа сохраняется достаточное количество примордиальных и зреющих фолликулов. На рану остав-

ленной ткани яичника накладывается непрерывный или узловатые швы из тонкого кетгута с таким расчетом, чтобы края раны не зияли, направление швов совпадало с длинником яичника, сформированный орган напоминал нормальный яичник в уменьшенном размере. В от-

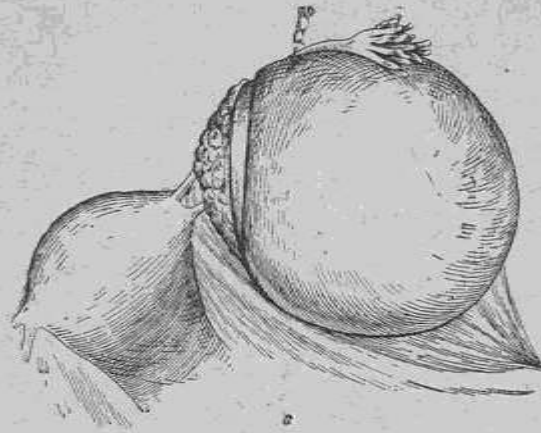


Рис. 8.

дельных случаях после консервативной цистэктомии распластанную по поверхности опухоли истонченную ткань яичника приходится свертывать в виде сигары и прошивать узловатыми кетгутовыми швами.

В исключительно редких случаях, когда во время операции удаления кисты не удастся сохранить кусочек яичниковой ткани, А. Э. Мандельштам советует найти в удаленном макропрепарате и вырезать кусочек внешне мало измененной яичниковой ткани с последующей свободной пересадкой ее под кожу оперированной.

Предлагаемая А. Э. Мандельштамом свободная пересадка ткани в конечном счете цели не достигает, так как трансплантат впоследствии рассасывается. Поэтому особо тщательный осмотр подлежащей удалению кистозной опухоли в соответствующих случаях (единственный яичник, молодой возраст и т. д.) советуем производить во время самого чревосечения, стремясь по возможности сохранить истонченную пластинку яичниковой ткани и обеспечить ее питанием, что безусловно выгодно отличается от метода свободной пересадки. На оставленную ткань-пластинку яичниковой ткани накладывается, в зависимости от обстоятельств, матрацный или обвивной шов из тонкого кетгута.

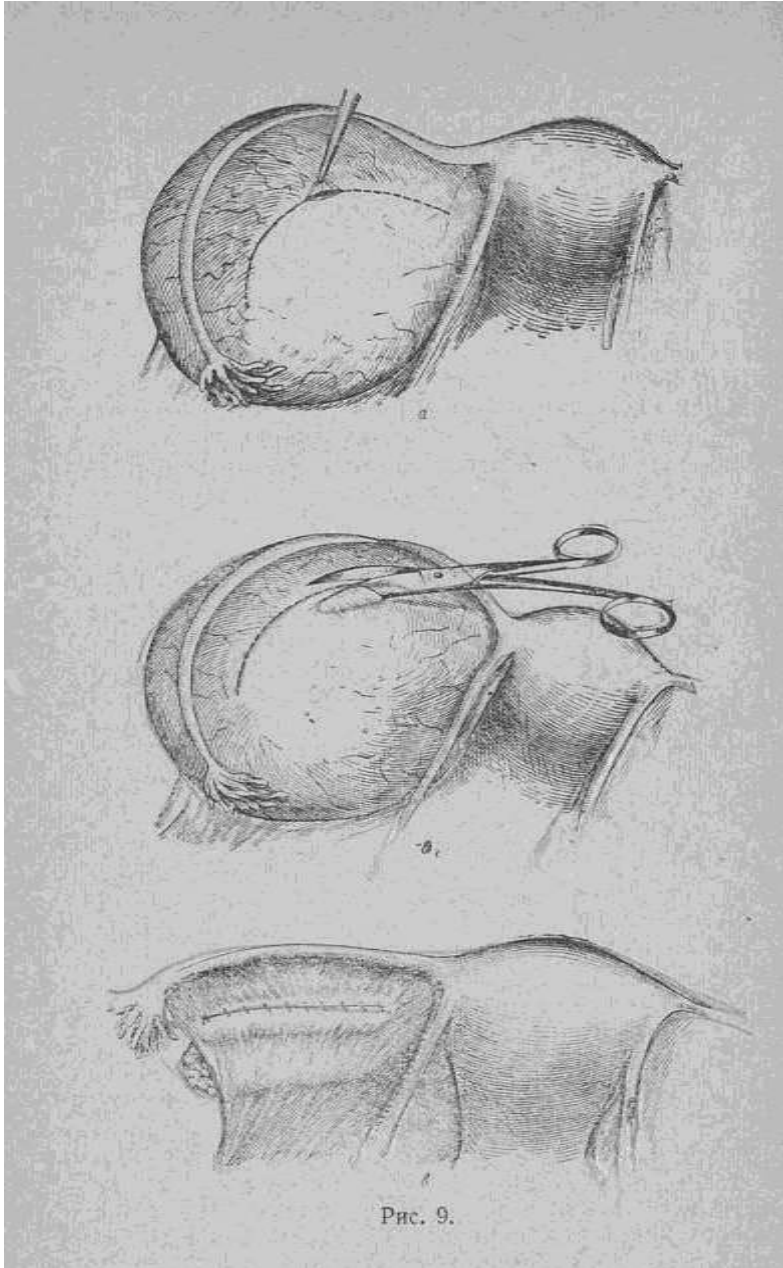
При мелкокистозном перерождении яичника мы отдаем предпочтение методу резекции в виде клиновидного иссечения пораженного участка ткани увеличенного органа, по возможности со всеми макроскопически определяемыми кисточками, на границе здоровой ткани в области ворот яичника. Раневую поверхность на оставшейся здоровой части яичника мы закрываем непрерывным швом из тонкого кетгута. Если при резекции кистозно перерожденного яичника оставляется кусочек ткани, содержащей мелкие кисточки, рано или поздно из них могут образоваться кисты яичника. Иногда при мелкокистозном перерождении яичника мы ограничиваемся тем, что полости маленьких располагающихся на периферии яичника единичных кисточек (одной-двух) прокалываем толстой иглой. Если после этого из места уколов появляется кровотечение, накладываем восьмиобразные узловатые швы из тонкого кетгута.

Липман (Lipman) советует производить консервативную овариотомию так же, как и нефротомия, т. е. сначала он накладывает мягкий зажим на hilus ovarii, считая, что на обескровленном яичнике легче сделать резекцию на надлежащем месте. Мы не накладываем предварительно зажим на область ворот яичника, да это и невозможно осуществить при дермоидных, серозных и псевдомуцинозных кистомах яичника. Зато мы придаем большое значение гемостазу и во всех случаях после консервативной цистэктомии добиваемся тщательной остановки кровотечения. Один раз, когда мы пренебрегли этим правилом, во вновь сформированном яичнике возникла гематома, что было замечено в конце опера-

ции в момент зашивания брюшины: пришлось распустить шов, вслепую перевязать в глубине раны кровоточащий сосуд, травмировать раненый яичник и повторно наложить на него швы, что несомненно ухудшило условия заживления раны.

Вылущение паровариальной кисты

Техника консервативного удаления паровариальной кисты заключается в следующем: подвижная паровариальная киста выводится в рану, после этого осторожно разрезается листок брюшины широкой связки по передней или задней поверхности кисты, в зависимости от того, с какой стороны опухоль более выпячивает и растягивает брюшину. Разрез брюшины ведется параллельно растянутой по верхушке опухоли трубе, отступая от нее на 5—6 см (рис. 9, а). Края рассеченной брюшины захватываются зажимами и разрез увеличивается при помощи изогнутых ножниц, соответственно величине подлежащей удалению опухоли (рис. 9, б). После этого паровариальная киста легко вылущивается—«вывихивается» — из листков широкой связки, наподобие того, как снимается с руки резиновая перчатка. В глубине ложа, обычно ближе к ампулярному концу трубы, мелкие кровоточащие сосуды перевязываются тонким кетгутом, при этом значительного кровотечения обычно не бывает. Края разрезанной брюшины соединяются тончайшим непрерывным кетгутовым швом. При этом швы затягивать сильно нельзя во избежание стягивания листков брюшины и изменения нормальных взаимоотношений органов и тканей (рис. 9, в). При таком способе удаления — вылущение паровариальной кисты — яичник во всех случаях, где бы он ни располагался, если он распластан по поверхности опухоли, всегда может быть сохранен и оставлен вместе с маточной трубой. Растянутая по верхушке опухоли труба (рис. 10, а) после удаления паровариальной кисты на глазах сокращается (рис. 10, б) и к концу наложения перитонизирующих швов принимает вид нормальной трубы. С технической стороны консервативное удаление паровариальной кисты значительно легче, чем обычно распространенный способ удаления кисты вместе с трубой.



Шовный материал

При консервативных операциях на яичниках безусловно должны иметь значение шовный материал и способ наложения швов на рану резецированного яичника. Обычно для этих целей мы пользуемся тонким кетгуто-

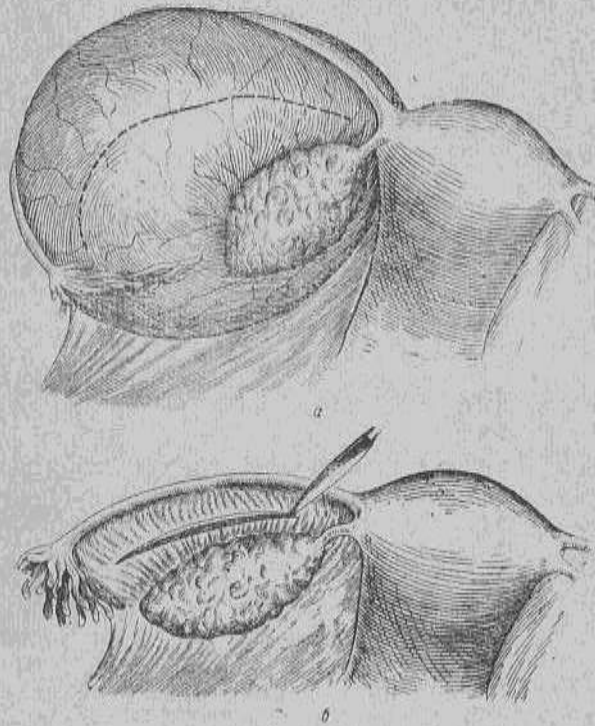


Рис. 10.

вым швом. К сожалению, мы не имеем достаточно данных, чтобы ответить на вопрос, как отражается шовный материал, кетгут, на регенерации яичниковой ткани, не ведет ли он к уплотнению белочной оболочки и образованию ретенционных кист.

Экспериментируя на собаках, П. Я. Лельчук обратил внимание на шовный материал и получил интересные данные. Результаты автора могут частично служить ответом на поставленные нами вопросы и должны при-

влечет внимание акушеров-гинекологов. Отмечая способность яичниковой ткани к регенерации, особенно его мозгового слоя, П. Я. Лельчук считает, что заживление без наложения швов происходит лучше, чем со швами. Резорбция кетгута происходит медленно, вызывая реактивные явления вокруг шва, и чем больше выражены эти воспалительные процессы, тем скорее шов рассасывается, но зато при этом в большом количестве погибают фолликулы. Следует также указать, что непрерывный кетгутовый шов рассасывается медленнее, чем узловатые швы (П. Я. Лельчук).

В гинекологической клинике ЦНИАГИ (Ленинград) мы пользовались преимущественно непрерывным кетгутовым швом. В клинике ГНИОММ (Москва) и на других клинических базах, наоборот, с целью гемостаза и формирования резецированного яичника часто применяли узловые швы из тонкого кетгута. Наши наблюдения, конечно, недостаточны для того, чтобы высказаться определенно относительно реакции брюшины и резецированного яичника на способ зашивания. Однако мы могли заметить, что после непрерывного кетгутового шва брюшина реагирует мало, в то время как раненый яичник отвечает выраженной воспалительной реакцией в виде значительного увеличения оставленной культи и болезненности, которые в дальнейшем постепенно исчезают. Узловой кетгутовый шов одновременно вызывает воспалительные изменения брюшины и самого резецированного яичника, причем все эти явления проходят значительно быстрее. К сожалению, свои наблюдения мы не смогли экспериментально подтвердить. Поэтому наши клинические наблюдения и впечатления должны быть изучены и научно объяснены.

После консервативных цистэктомий нас главным образом интересует сохранение функции раненого яичника. С этой точки зрения нельзя не учитывать результаты исследований П. Я. Лельчука. Возможно, в будущем нам придется применять узловые кетгутовые швы, оставив для непрерывного шва лишь случаи, когда узловой шов по техническим или другим соображениям является нежелательным.

В настоящее время остается не решенным вопрос относительно пригодности для этих целей и самого кетгута как шовного материала. В литературе имеются

указания, что кетгут как шовный материал должен быть заменен шелком. Так, например, Б. В. Огнев предлагает пользоваться при всех операциях только шелковыми швами. Кроме того, хорошо известно, что йод неблагоприятно действует на паренхиму яичника, а кетгут готовится и длительное время хранится в йодистом калии. На это нужно обратить внимание: Возможно, что в дальнейшем необходимо будет изменить метод подготовки кетгута или же придется пользоваться другим шовным материалом.

Способы обезболивания при консервативных операциях

С практической точки зрения большой интерес представляет способ обезболивания при консервативных цистэктомиях. В клиниках ЦНИАГИ в 1927—1931 гг. мы широко пользовались хлороформ-эфирным ингаляционным наркозом, а в последующие годы перешли на эфирный наркоз и меньшую часть операций производили под спинномозговой анестезией. Местная инфильтрационная анестезия использовалась редко.

В клинике ГНИОММ применяли преимущественно ингаляционный эфирный наркоз, спинномозговой анестезией пользовались изредка и только в исключительных случаях применяли местную инфильтрационную анестезию. В клиниках на базах родильного дома № 6 и гинекологической больницы № 5 преимущественно применяли спинномозговую анестезию, мало пользовались ингаляционным эфирным наркозом и очень редко производили местную инфильтрационную анестезию. И только в последнее время мы стали применять перидуральную анестезию (0,3% раствор дикаина); в гинекологическом отделении клинической больницы имени С. П. Боткина мы используем ингаляционный эфиро-кислородный наркоз. Каждый из названных способов обезболивания, как известно, имеет положительные и отрицательные стороны. Местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому почти не имеет противопоказаний и является незаменимой в тех случаях, когда применение ингаляционного наркоза или спинномозговой и перидуральной анестезии противопоказано.

Однако этот вид анестезии наряду с неоспоримыми положительными сторонами, к сожалению, имеет и не-

достатки: большая продолжительность анестезии (25—30 минут) очень затягивает операцию. При этом наступает резкая деформация брюшной стенки, что, естественно, затрудняет ориентировку в пропитанных раствором новокаина тканях. Местная инфильтрационная анестезия трудно выполнима и не дает достаточного обезболивающего эффекта у лиц, обладающих толстой брюшной стенкой. Нередко в области операционной раны наблюдаются осложнения в виде гематомы, частичного расхождения шва, нагноения и т. д. Кроме того, анестезия наступает только в области инфильтрированных тканей и не дает достаточного расслабления мускулатуры брюшной стенки. Наконец одним из неудобств инфильтрационной анестезии является необходимость употребления больших количеств раствора новокаина, что также небезразлично для организма в смысле интоксикации. Поэтому отдельные авторы стремятся усовершенствовать метод местной анестезии.

Достигнуть хорошей анестезии брюшной стенки можно двумя способами: проводниковой анестезией по аксиллярным линиям и послойной анестезией линии разреза с последующей тугей инфильтрацией прилегающих мышечных слоев по Вишневскому. Оба способа одинаково хороши с точки зрения общего воздействия на организм оперируемой, но первый способ дает более широкое поле блокады.

Таким образом, проводниковая анестезия является наиболее совершенным методом местного обезболивания.

В основу проводниковой анестезии положена идея прерывания чувствительного нерва на его протяжении: обезболивание оперируемой области достигается блокадой иннервирующего нерва вне места разреза.

К сожалению, проводниковая анестезия в гинекологии и акушерстве, так же как и в хирургии, в настоящее время не нашла широкого применения.

В отечественной литературе имеется единственная журнальная статья В. С. Фриновского на тему «Проводниковая анестезия при гинекологических чревосечениях». Автор этой статьи усовершенствовал описанную в 1928 г. С. С. Юдиным технику местной проводниковой анестезии и разработал ее применительно к гинекологическим операциям.

Инфильтрационной анестезии по методу Вишневского посвящена большая литература: хирургами и акушерами-гинекологами напечатано много журнальных статей, написано несколько диссертаций, изданы книги, сборники и специальные монографии.

Местная проводниковая анестезия при гинекологических чревосечениях и операциях кесарева сечения применяется нами с 1955 г. Мы овладели техникой ее производства и теперь на основании своего опыта можем утверждать, что проводниковая анестезия брюшной стенки с технической стороны проста, доступна и имеет ряд преимуществ перед инфильтрационной анестезией по методу Вишневского.

На анестезию брюшной стенки уходит в среднем 8—10 минут. Для обезболивания используем 0,25% раствор новокаина с адреналином, применяющийся обычно для инфильтрационной анестезии.

Проводниковую анестезию брюшной стенки мы в основном производим по способу, описанному В. С. Фриновским.

Первый укол делаем под мечевидным отростком, отступая от него книзу на 2 см. Иглу (недлинную и нетолстую) проводим через кожу и подкожную клетчатку до апоневроза, последний обязательно прокалываем и 5 мл 0,25% раствора новокаина выливаем в предбрюшинную клетчатку под апоневроз. Оттянув иглу до подкожной клетчатки и изменив ее направление направо и налево под острым углом (примерно 45°), прокалываем апоневроз и выливаем в предбрюшинную клетчатку еще 5 мл раствора новокаина. Таким образом, из одного кожного укола делается инъекция новокаина в трех направлениях, при этом очень важно иметь ощущение прокола плотного апоневроза.

Второй укол делаем справа и слева, отступая от первого укола иглы на 6—7 см. Затем третий и следующие уколы производим вдоль нижнего края грудной клетки и далее по передней аксиллярной линии до передних гребешков подвздошных костей, а затем — по ходу пупартовых связок до ветвей лобковой кости.

В области лобка раствор новокаина следует вводить сначала в надкостницу в 2—3 точках по 3—5 мл, а затем длинную иглу нужно провести по краю лобковой кости в предпузырную клетчатку.

Таким образом, обезболивание брюшной стенки достигается блокадой нервных стволов VII—XII межреберных нервов, а в нижних отделах — прерыванием чувствительности подвздошно-паховых и подвздошно-подчревных нервов с обеих сторон. Веточки срамного нерва анестезируются инъекцией раствора новокаина в надкостницу лобковой кости.

Примечание. В последнее время мы не инфильтрируем парасакральную область, как рекомендует В. С. Фриновский, вместо этого в отдельных случаях, где предполагается полная экстирпация матки, инфильтрируем со стороны влагалища область крестцово-маточных связок и параметрий.

Полная анестезия брюшной стенки обычно наступает через 5—8 минут после окончания инъекций раствора новокаина. По вскрытии брюшной стенки дополнительно необходимо инъецировать раствором новокаина круглые маточные и воронко-тазовые связки с обеих сторон, а также предпузырную клетчатку (по 10 мл на каждый укол). Иногда при хорошо подвижной односторонней кисте яичника или паровария бывает достаточно односторонней анестезии в области, где производится цистэктомия.

Под проводниковой анестезией нами произведено более 500 гинекологических и акушерских операций путем чревосечения.

Мы продолжаем совершенствовать методику и технику обезболивания при акушерско-гинекологических операциях: вместо ингаляционного эфирного наркоза применяем эфирно-кислородный наркоз, а местную инфильтрационную анестезию заменяем проводниковой.

На основании практического опыта мы считаем, что из всех видов обезболивания самым безопасным, а следовательно, безвредным и наиболее совершенным является местная проводниковая анестезия, которая почти не имеет противопоказаний и является незаменимой в тех случаях, когда применение ингаляционного эфирного наркоза или спинномозговой и перидуральной анестезии противопоказано и опасно.

Таким образом, проводниковая анестезия, обладая всеми положительными сторонами инфильтрационной анестезии по методу А. В. Вишневого и одновременно будучи свободной от ее недостатков, является методом выбора при гинекологических чревосечениях, в частно-

сти при консервативных цистэктомиях. Она должна всемерно культивироваться и найти широкое применение в акушерско-гинекологической практике.

Консервативные операции при перекрученных кистах яичника

По вопросу об удалении перекрученных кистозных опухолей яичника в настоящее время нет единого мнения. Так, например, Е. М. Шварцман рекомендует перекрученную ножку кисты раскрутить и перерезать ниже перекрута. И. Л. Брауде такой прием считает опасным: «В сосудах перекрученной ножки иногда имеются тромбы и во время раскручивания тромб или частицы его могут оторваться, попасть в круг кровообращения и вызвать эмболию; ввиду этого мы не раскручиваем ножку, а сначала перевязываем ее (или предварительно накладываем на нее зажим латерально от места перекрута) и только после этого раскручиваем и отсекаем ножку». Разноречивые установки Е. М. Шварцмана и И. Л. Брауде, взаимоисключающие одна другую, не помогают, а скорее дезориентируют малоопытного врача. Оба автора, к сожалению, не уточняют показания и противопоказания к тому или другому способу обращения с перекрученной ножкой кисты и могут направить неопытного хирурга по ложному пути.

Мы обычно различаем, как уже было сказано, два вида перекручивания ножки: анатомический перекрут ножки без нарушения питания кистозной опухоли и клинико-анатомическое перекручивание ножки с явно выраженными симптомами острого живота, с наличием признаков нарушения питания кисты яичника.

В зависимости от характера этого вида осложнений в каждом конкретном случае мы поступаем различно, сообразуясь со степенью перекручивания и нарушения питания кисты яичника. Если имеется перекручивание ножки, сопровождающееся выраженными явлениями нарушения питания, то мы ножку обычно не раскручиваем и кисту яичника удаляем радикально, как предлагает И. Л. Брауде. Если же имеется только анатомический перекрут ножки без нарушения питания кистозной опухоли, то мы безбоязненно раскручиваем ее. В таком случае возможно применение консервативного способа

удаления кисты с сохранением части здоровой яичниковой ткани и маточной трубы.

Консервативный метод при удалении перекрученных кистозных опухолей яичника приобретает исключительно большое практическое значение в случаях, когда у молодой женщины имеется единственный кистозно пораженный яичник.

Больная К., 32 лет, поступила в гинекологическую клинику 1/VI 1933 г.

Менструации пришли впервые на 15-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через 4 недели.

Половую жизнь начала с 19-летнего возраста. Беременностей было пять, из них три прерваны искусственно и одна закончилась самопроизвольным выкидышем.

В 1924 г. больная была оперирована по поводу правосторонней дермоидной кистомы яичника при наличии трехмесячной беременности. Киста была удалена радикально, беременность оставлена. Беременность сохранилась, развивалась нормально и закончилась срочными родами.

История настоящего заболевания: заболела внезапно. Появились сильные боли внизу живота, была тошнота и рвота; через несколько дней острые боли внизу живота прошли, но затрудненное мочеиспускание осталось.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

При двуручном исследовании диагностирована киста левого яичника. Назначено оперативное лечение.

2/VI 1933 г. операция под ингаляционным хлороформ-эфирным наркозом. Срединный послойный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена дермоидная киста левого яичника, перекрученная два раза по оси, но без нарушения питания. Принимая во внимание возраст больной, мы оставили небольшую пластинку ткани в области ворот яичника, скрутили ее сигарообразно и зашили швами из тонкого кетгута.

Послеоперационный период протекал гладко. На 15-й день больная в удовлетворительном состоянии была выписана из клиники.

После операции у больной в течение 4 месяцев менструации отсутствовали. На 5-м месяце появились менструальные выделения и с тех пор менструации протекали совершенно нормально. После второй операции от беременности предохранялась. Самочувствие хорошее.

Описанный случай показателен и весьма поучителен в том отношении, что в данном случае, при наличии двукратного перекрута ножки, консервативно удаляя дермоидную кистому, сохранили небольшую пластинку яичниковой ткани и тем избавили молодую женщину от тяжелых последствий ранней кастрации.

ГЛАВА VIII

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ

Для суждения об отдаленных результатах после сохраняющих операций на яичниках мы должны ответить на следующие вопросы.

1. Насколько консервативная цистэктомия излечивает от основного заболевания и восстанавливает работоспособность оперированных больных?

2. Сохраняется ли после этой операции нормальная менструальная функция?

3. Наконец, возможно ли наступление беременности и как часто она наблюдается после перенесенной консервативной операции?

С целью выявления отдаленных результатов после консервативных цистэктомий мы проводили обследование оперированных женщин через различные сроки после операции. Главное внимание мы уделили тем больным, которые перенесли консервативные цистэктомии по поводу двустороннего поражения яичников (106 случаев) и сочетания кисты яичника с паровариальной кистой (9 случаев). Большинство оперированных явились для осмотра по вызову, некоторые из них были обследованы на дому, а часть иногородних больных на интересующие нас вопросы ответили письмами.

Из 115 больных, оперированных нами консервативно по поводу двустороннего кистозного поражения яичников и сочетания односторонней кисты яичника с паровариальной на другой стороне, мы обследовали 82 женщины и выявили вполне удовлетворительные отдаленные результаты.

После перенесенной двусторонней консервативной цистэктомии приступили к работе через 4—5 недель

после выписки из клиники 60 больных; 19 женщины начали работать через 1½—2 месяца, а 3 больных по состоянию здоровья были переведены после операции на более легкую работу.

Из 82 обследованных чувствуют себя хорошо и вполне работоспособны 61 человек. Самочувствие 16 оперированных женщин следует оценить как удовлетворительное; чувствуют себя после операции плохо 5 больных.

При двуручном исследовании половых органов установлено, что у 54 женщины сформированный во время консервативной цистэктомии яичник имел почти нормальную величину, был подвижным и безболезненным, воспалительных выпотов не обнаружено. В области резецированного яичника и позади матки найдены сращения у 5 женщин; они жалуются на боли, обильные менструации и плохое самочувствие. При более подробном изучении выяснилось, что эти больные и до операции испытывали боли внизу живота и в пояснице.

Менструальная функция сохранилась у 80 женщин, причем у 65 из них менструации протекали нормально. На неправильные менструации жалуются 8 больных: у 6 женщин они стали приходить через 2—3 недели вместо обычного для них месячного цикла, а 2 больные имеют скудные менструации. Остальные 7 женщины, у которых первое время после операции менструальный цикл был нормальным, в настоящее время отмечают удлинение и усиление менструальных выделений, появившиеся после того, как они стали выполнять тяжелую физическую работу.

Следует отметить, что у 9 женщин правильные менструации начались только после операции (до этого они были нерегулярными). У 4 женщины в возрасте 42, 43, 44 и 46 лет, у которых после консервативной цистэктомии в течение 5—12 лет были нормальные менструации, в настоящее время — менопауза.

Менструальную функцию не имеет одна 26-летняя женщина, у нее отмечаются явления выпадения, чувствует себя плохо.

Весьма возможно, что в последнем случае во время чревосечения при наличии обширных сращений межъяичниковые кисты яичников были удалены полностью.

К сожалению, наблюдение за этой больной было непродолжительным (6 месяцев).

Известно, что плохое неполноценное питание, так же как и голодание, может вызвать длительную аменорею. Поэтому оперированным женщинам мы советуем питаться полноценно и по возможности воздерживаться от выполнения тяжелой физической работы, хотя бы в первые 2—3 месяца.

У одной больной, у которой после операции не было менструаций после консервативной цистэктомии, при гистологическом исследовании диагностирован папиллярный рак яичника. Проведено два курса рентгенотерапии. В течение последующих лет эта женщина чувствовала себя здоровой, все время работала. Через 8 лет была повторно оперирована по поводу рецидива. Состояние больной после операции не улучшилось. Через месяц появился асцит и через 3½ месяца после операции больная умерла.

Другая больная после консервативной операции имеет кистозное образование и должна быть оперирована повторно. В настоящее время она чувствует себя хорошо.

Особого внимания заслуживает случай появления нормальной менструации у 15-летней девочки после двусторонней консервативной цистэктомии.

Больная X., 15 лет, поступила в гинекологическую клинику 13/II 1930 г. с жалобами на периодически повторяющиеся боли внизу живота и болезненное мочеиспускание. Наследственность здоровая. В детстве болела корью, менструации отсутствуют.

17/II 1930 г. произведено чревосечение. Удалена большая псевдомуцинозная киста правого яичника, перекрученная вокруг оси на 360°. Киста левого яичника тоже псевдомуцинозная. Удалена консервативно с оставлением небольшой пластинки яичниковой ткани.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 12-й день больная выписалась из клиники в хорошем состоянии.

Через 2 месяца после операции у нее впервые появились менструации. С тех пор они регулярно повторяются через каждые 4 недели, продолжаясь по 3—4 дня.

По вопросу о возможности наступления беременности после консервативных цистэктомий мнения авторов расходятся. Одни утверждают, что после этих операций вообще рассчитывать на беременность нельзя [Кюстнер (Küstner), К. К. Скробанский и др.].

Другие же возможность наступления беременности не отрицают и предпринимают сохраняющую операцию из-за желания сохранить женщине главным образом функцию материнства (И. Л. Брауде, А. Э. Мандельштам, Ф. Е. Петербургский и др.).

К сожалению, литературные данные по вопросу о наступлении беременности после консервативных операций на яичниках немногочисленны. Чаще всего это описание единичных случаев.

Так, наступление беременности и роды после сохраняющих операций на яйцеводах и яичниках наблюдал и описал В. Л. Якобсон из клиники Д. О. Отта в 1910 г.

А. А. Муратов в 1915 г. описал случай сохранения беременности у молодой женщины после удаления одного и резекции второго кистозно перерожденного яичника; беременность развивалась нормально и закончилась родами. Эта же женщина через 1 год и 8 месяцев забеременела и родила второго ребенка. Куллен (Cullen), оперируя молодую женщину по поводу двусторонних кист яичников, оставил ей на одной стороне кусочек яичниковой ткани, а через два года она забеременела и родила ребенка. Гавличек (Gawliczek) также описывает случай, когда он во время операции, предпринятой по поводу двустороннего поражения яичников, оставил часть яичниковой ткани на одной стороне, а через полгода оперированная женщина забеременела. Об одном случае наступления беременности после удаления обоих яичников сообщает Скотт (Scott): у женщины 31 года были удалены оба яичника по поводу дермоидных кистом. После операции у больной в течение 4 месяцев не было менструаций. На пятом месяце пришли менструации, и в дальнейшем они регулярно повторялись каждый месяц. Через год эта женщина забеременела и родила ребенка. Скотт объясняет это тем, что во время операции удаления яичников он не заметил добавочный третий яичник. Подобный случай описан и А. Н. Лупповым. В 1904 г. И. Н. Грамматикати оперировал молодую женщину по поводу болей внизу живота. Была произведена фиксирующая операция на матке. Однако боли после этой операции не прекратились и в 1905 г. И. Н. Грамматикати оперировал больную вторично. Находящийся в спайках увеличенный до размеров грецкого ореха правый яичник был удален. Чтобы пред-

отвратить боли, левый яичник также был удален. По странному стечению обстоятельств эта же больная в 1908 г. подверглась в третий раз брюшностеночному чревосечению в той же клинике.

После вскрытия брюшной полости в дугласовом кармане было обнаружено и удалено кистозное образование. При гистологическом исследовании препарата была распознана ткань яичника. Высказано предположение о наличии добавочного, третьего яичника. Но оказалось, что в лаборатории клиники сохранился препарат удаленного во время второго чревосечения яичника, который имел на внутреннем полюсе дефект размером 1 см². Таким образом, было доказано, что во время второй операции была произведена не полная экстирпация, а резекция яичника с оставлением кусочка нормальной ткани, который за 3 года значительно возродился и имел величину больше половины нормального яичника (А. Н. Луппов).

Два приведенных случая (И. Н. Грамматикати и Скотта) имеют то общее, что и в первом, и во втором случае авторами было высказано предположение о наличии добавочного яичника.

И. Н. Грамматикати на основании тщательного исследования удаленных препаратов сделал существенный корректив. По аналогии с этим примером мы полагаем, что и у Скотта во время операции один из яичников был случайно резецирован. Это более вероятно, чем объяснение автором сохранения менструальной и детородной функций наличием добавочного яичника, вопрос о возможности существования которого вообще остается до сих пор не выясненным.

По данным Мартина (Martin), беременность после консервативной овариотомии наблюдалась в 19% случаев, а по Поцци (Pozzi) — в 25%. По Гайду (Hyde), из 21 больной, подвергшейся консервативной операции на яичниках и трубах, одна забеременела. Беременность закончилась срочными нормальными родами.

На нашем клиническом материале из 82 больных после консервативной цистэктомии, предпринятой по поводу двусторонних кистозных поражений яичников и паровария, 32 имели от одной до 3, 4 и 5 беременностей, которые закончились нормальными родами или выкидышем.

50 женщин беременностей не имели, из них половой жизнью не живут 6 молодых женщин и 12 женщины предохраняются от беременности; 9 оперированных женщин стерильны (у них удалены обе маточные трубы).

Нам удалось пока получить необходимые сведения относительно наступления беременности и родов после перенесенных консервативных цистэктомий через различные сроки (от 3 до 25 лет) у 32 женщин.

Из них 14 были беременны по одному разу; 7 женщин рожали нормально, а у 5 произошел выкидыш. У одной оперированной беременность оказалась вне-маточной и одна женщина умерла в родах от эклампсии.

По две беременности имели 14 женщины; из них рожали по 2 раза 4 женщины; 5 оперированных имели один роды и один выкидыш; у 5 больных беременность была искусственно или самопроизвольно прервана.

Одна женщина имела три беременности, закончившиеся срочными нормальными родами. Три женщины были беременны по 4 раза, имели срочные роды. У них родились нормальные здоровые дети.

У всех оперированных молодых женщин, за исключением одной, сохранилась менструальная функция.

Возможно, мы не успели еще полностью выявить все положительные и некоторые отрицательные стороны консервативных операций на яичниках. Этот пробел нами будет восполнен последующими исследованиями и наблюдениями, которые мы продолжаем.

Восстановление здоровья и работоспособности, сохранение менструальной и детородной функции у молодых женщин после консервативных цистэктомий, принятых по поводу двусторонних кистозных образований яичников, является определенным достижением.

Приведенные примеры наступления беременности и родов после консервативной цистэктомии убедительно говорят о целесообразности применяемого и рекомендуемого нами метода.

Исключительно большое удовлетворение дают наблюдения за оперированными женщинами, которые многократно беременели и рожали после операций, принятых по поводу двусторонних поражений яичников дермоидными и псевдомуцинозными кистами.

В последних случаях в соответствии с установками К. К. Скробанского, Л. Л. Окипчица, А. Н. Лебедевой

и др. мы должны были оперировать радикально и навсегда лишить молодых женщин менструальной и детородной функции.

Не имея возможности подробно познакомить читателя со всеми благоприятными отдаленными результатами после консервативных цистэктомий, приведем лишь некоторые примеры.

Больная Ш., 24 лет, поступила в клинику оперативных методов лечения 2/XI 1928 г.

По поводу задержки менструации она обратилась к врачу женской консультации, который диагностировал нормальную беременность, двусторонние опухоли яичников и предложил искусственное прерывание беременности, с тем чтобы через 2 месяца после этого произвести операцию удаления опухолей яичников.

Желая иметь ребенка, Ш. от предложенной операции отказалась.

Клинический диагноз: беременность 12 недель, двусторонние опухоли яичников.

5/XI операция: чревосечение — консервативное удаление дермоидных кистом яичника с обеих сторон.

Под ингаляционным хлороформ-эфирным наркозом продольным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. Кишечные петли отведены марлевыми салфетками. Установлена нормальная беременность 11—12 недель. Правосторонняя дермоидная киста яичника имеет длинную ножку, она легко выведена из полости живота: на ее поверхности в области ворот яичника имеется желтое тело беременности. Сделан надрез капсулы на границе здоровой ткани яичника и киста легко вылущена. Желтое тело беременности оставлено. Сохраненная ткань яичника сформирована непрерывным швом из тонкого кетгута. После этого осторожно выведена в рану левосторонняя киста, которая удалена также консервативно путем вылущения. Оставленная ткань яичника сигарообразно скручена, наложены кетгутовые швы. Брюшная стенка зашита послойными швами.

Послеоперационный период протекал нормально. Через 28 дней беременная выписалась в хорошем состоянии.

Гистологический диагноз: дермоидные кистомы яичников.

Отдаленные результаты: оставленная во время операции беременность сохранилась, развивалась нормально и закончилась срочными родами. После этого Ш. имела еще четыре беременности, закончившиеся также срочными нормальными родами (в 1931, 1933, 1936 и 1938 гг.). Менструальная функция все время была устойчивой. С 1948 г. — менопауза. Самочувствие хорошее.

В данном случае только благодаря двусторонней консервативной цистэктомии мы сохранили женщине менструальную и детородную функции.

Больная Д., 23 лет, поступила в гинекологическую клинику 22/III 1934 г.

Менструальная функция: менструации пришли на 13-м году жизни, установились сразу — по 5—6 дней через 4 недели, в умеренном количестве. Последние менструации закончились 25/II 1934 г.

Половая функция: замуж вышла 20 лет. В связи с началом половой жизни тип и характер менструаций не изменился.

Детородная функция: беременностей не было. От беременности не предохранялась.

Секреторная функция: выделения белого цвета.

Функция кишечника: имеется склонность к запорам.

Лапароскопическое исследование: наружные половые органы без особенностей. Слизистая входа имеет нормальный цвет, влагалище перожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Матка занимает нормальное положение, подвижная. Справа от матки определяется эластической консистенции образование, подвижное, почти безболезненное. Слева — увеличенный до размера крупной сливы яичник.

Диагноз: киста правого яичника.

27/III операция: чревосечение — удаление кисты правого яичника вместе с трубой, резекция левого яичника.

Под ингаляционным эфирным наркозом (120 мл) средним продольным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В рану выведена киста правого яичника величиной с мужской кулак. После рассечения соответствующих связок она удалена вместе с маточной трубой с иссечением ее из угла матки. Осмотрены левые придатки. Яичник оказался кистозно перерожденным, величиной с мандарин; труба не изменена. Принимая во внимание молодой возраст больной, решено произвести резекцию яичника в пределах здоровой ткани. На рану яичника наложены узловатые кетгутовые швы. Брюшная стенка зашита послойными швами.

Послеоперационное течение без осложнений. Через 18 дней больная выписалась из клиники в хорошем состоянии.

Гистологический диагноз: простая серозная киста правого яичника, фолликулярная киста левого яичника.

Отдаленные результаты: к работе приступила через месяц.

Менструальная функция по-прежнему устойчивая. Наступила беременность, которая развивалась нормально и закончилась нормальными срочными родами. После родов предохранялась в течение 5 лет. Вторая беременность наступила в 1945 г. и закончилась нормальными срочными родами. В настоящее время дети развиваются правильно. Менструальная функция устойчивая, чувствует себя хорошо, предохраняется от беременности.

Больная К., 33 лет, поступила в гинекологическую клинику 19/XI 1936 г.

Менструальная функция: менструации пришли на 14-м году жизни, установились сразу — по 3—4 дня через месяц.

Половая функция: замужем с 23 лет; муж здоров. В связи с началом половой жизни тип и характер менструаций не изменился.

Детородная функция: беременностей не было. Очень хочет иметь ребенка.

Секреторная функция: выделения белого цвета в небольшом количестве.

История заболевания: последние 2 года менструации приходят с задержками на 2—3 недели. Во время последней менструации 10/XI текущего года внезапно появились боли внизу живота. Обра-

тилась к врачу, который направил больную в 1-ю Градскую больницу, где диагностирована опухоль яичника и предложено оперативное лечение. От операции больная отказалась и была выписана домой.

Утром 18/XI вновь повторились острые боли внизу живота справа, была тошнота.

Больная поступила в клинику с диагнозом опухоли яичника.

Общее состояние при поступлении в клинику удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не найдено.

Данные двуручного исследования: наружные половые органы без особенностей. Влагалище средней емкости, шейка матки длинная, матка нормальных размеров, занимает правильное положение. Справа от матки определяется образование величиной больше мужского кулака, ограниченно подвижное, болезненное; левые придатки увеличены, безболезненны. Из влагалища кровяные выделения.

Диагноз: киста правого яичника (частичное перекручивание ножки).

При исследовании крови отмечено повышение РОЭ (43 мм в час).

Операция: чревосечение — удаление опухоли правого яичника и вылушение левосторонней паровариальной кисты.

Под ингаляционным эфирным наркозом послыно вскрыта брюшная полость, кишечные петли отведены кверху марлевыми салфетками. Опухоль правого яичника выведена в рану и оказалась перекрученной на 120°. После наложения зажимов на соответствующие связки опухоль была удалена вместе с трубой с клиновидным иссечением последней из угла матки. Осмотрены левые придатки; имеется паровариальная киста величиной с мандарин, маточная труба растянута по верхушке опухоли. Сделан надрез брюшины заднего листка широкой связки параллельно трубе, отступя от нее на 5—6 см; киста легко выведена — вылушена из листков широкой связки. Разрез брюшины зашит тонким кетгутовым швом. Левый яичник не изменен.

После соответствующего туалета брюшная стенка зашита постоянными швами.

Послеоперационный период протекал без осложнений, на 18-й день после операции больная выписалась в удовлетворительном состоянии.

Гистологический диагноз: многокамерная киста яичника с компактными разрастаниями ткани на внутренней поверхности и паровариальная киста.

Отдаленные результаты: после операции больная 3 недели отдыхала дома, месяц была в санатории, затем приступила к обычной работе.

Менструальная функция после операции установилась, менструации протекают нормально — по 2—3 дня через каждые 27—28 дней. После операции от беременности не предохранялась. Через 1 год 2 месяца забеременела. Срочные нормальные роды. После родов не болела. От беременности стала предохраняться. Самочувствие хорошее. Работает. Ребенок развивается правильно.

В двух последних случаях женщины жили нормальной половой жизнью в течение 3 и 10 лет, очень хотели иметь ребенка и оста-

вались бесплодными. Можно думать, что двусторонние опухоли у них мешали наступлению беременности. Только благодаря консервативной операции была восстановлена детородная функция.

Больная В., 23 лет, поступила 7/XI 1932 г. в клинику оперативных методов лечения.

Менструальная функция: менструации пришли на 15-м году жизни, установились не сразу — по 6—7 дней через 4 недели, обильные, с небольшими болями.

Половая функция: замуж вышла 20 лет, после начала половой жизни менструации стали менее болезненными, продолжаются по 4—5 дней.

Детородная функция: в настоящее время считает себя беременной на III месяце.

Секреторная функция: незначительные выделения белого цвета.

По поводу задержки менструации обратилась к врачу женской консультации. Была диагностирована беременность и опухоли яичников.

Со стороны органов дыхания и кровообращения патологических изменений нет. Моченспускание учащено.

Данные двуручного исследования: наружные половые органы без изменений. Влагалище узкое, шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт, матка увеличена соответственно 7—8-недельной беременности. Справа от матки определяется плотноватое образование величиной с кулак, подвижное, безболезненное. Слева определяется второе образование меньших размеров, очень подвижное, безболезненное.

Диагноз: беременность 7—8 недель. Двусторонние кисты яичников.

11/XI операция: чрезосечение — консервативное удаление дермоидных кистом (вылущение) с оставлением яичниковой ткани.

Под ингаляционным эфирным наркозом продольным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. Кишечные петли отведены марлевой салфеткой. В рану выведена лежащая дермоидная киста левого яичника и после надсечения капсулы в пределах здоровой яичниковой ткани она легко удалена — вылущена; раненый яичник сформирован наложением непрерывного кетгуттового шва.

Так же осторожно выведена киста правого яичника (дермоидная), а затем консервативно удалена — вылущена.

На оставленную ткань яичника наложен непрерывный шов из тонкого кетгута. При вылущении кисты правого яичника было нарушено желтое тело беременности. Брюшная полость закрыта швами послойно.

На 3-й день после операции произошел самопроизвольный выкидыш. Произведено выскабливание матки.

На 18-й день после операции больная выписалась из клиники в удовлетворительном состоянии.

Гистологический диагноз: дермоидные кисты яичников.

Отдаленные результаты: после операции к работе приступила через 1½ месяца. Через 2 месяца после выписки из клиники забеременела, доносила до срока и родила нормально девочку весом 4 кг. После этого имела еще две беременности, которые закончились также срочными нормальными родами.

Менструации протекают нормально. После третьих родов предохраняется от беременности. Чувствует себя хорошо.

Больная Р., 24 лет, поступила в клинику оперативных методов лечения 2/II 1933 г. для оперативного лечения по поводу опухоли яичника.

Менструальная функция: менструации пришли на 15-м году жизни, установились сразу — по 4—5 дней через 4 недели, умеренные, безболезненные.

Половая функция: замуж вышла на 21-м году. В связи с началом половой жизни тип и характер менструаций не изменился.

Детородная функция: настоящая беременность первая.

Секреторная функция: выделения белого цвета в небольшом количестве.

Со стороны внутренних органов патологических изменений нет.

По поводу задержки менструации обратилась к врачу женской консультации. Была диагностирована нормальная беременность и опухоль правого яичника.

Данные двуручного исследования: наружные половые органы без изменений. Влагалище узкое. Шейка матки цилиндрико-конической формы. Матка увеличена соответственно 7—8-недельной беременности. Справа от матки определяется плотная подвижная опухоль яичника величиной с яблоко. Левый яичник увеличен до размеров крупной сливы. Своды свободны, безболезненны.

Диагноз: беременность 7—8 недель, опухоль правого яичника (дермоидная киста?).

16/II операция: чревосечение. Под нигалиционным эфирным наркозом продольным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. Кишечные петли отгорожены марлевыми салфетками. Плотная подвижная опухоль правого яичника величиной с кулак выведена в рану и после наложения зажимов на соответствующие связки удалена вместе с трубой; зажимы заменены лигатурами и культя перитонизирована. Осмотрены левые придатки: яичник кистозно перерожден, величиной с крупную сливу. Произведена резекция в пределах здоровой ткани. На рану яичника наложены узловатые кетгутовые швы. После туалета брюшная полость закрыта послойными швами.

Послеоперационный период протекал гладко, беременность сохранилась.

Гистологический диагноз: фибросаркома правого яичника и фолликулярная киста левого яичника.

Через 22 дня после операции больная в удовлетворительном состоянии выписалась из клиники.

Отдаленные результаты: после операции чувствовала себя хорошо. Беременность протекала без осложнений и закончилась нормальными срочными родами. Родила девочку весом 3,2 кг. После этого было еще две беременности, которые закончились родами (1939 и 1947 гг.). После третьих родов от беременности предохранялась. Менструации протекают правильно.

Больная К., 18 лет, поступила в гинекологическую клинику 10/V 1929 г.

Менструальная функция: впервые менструации появились на 17-м году жизни, продолжались 3—4 дня в умеренном количестве. Через 2 недели менструации повторились и протекали, как и в

первый раз. После этого менструации больше не приходили. Чувствовала себя хорошо.

Половая функция: половой жизнью не жила.

Секреторная функция: выделения желтоватого цвета в значительном количестве.

История настоящего заболевания: около года назад были последние менструации. Полгода назад стала замечать появление волосистости на лице, груди, бедрах и голенях.

Больная выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, с крупными чертами лица; волосистой покров мужского типа — имеются усы и борода (бреется через каждые 2—3 дня), на груди, животе, бедрах, голенях густой волосистой покров; на спине — более тонкие и короткие волосы.

Строение таза и особенно бедер, ближе подходит к мужскому типу, на бедрах незначительное отложение подкожного жира, ноги мускулистые; голос низкого тембра.

Со стороны органов дыхания и кровообращения патологических отклонений нет. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

Данные осмотра и двуручного исследования: волосистая часть на лобке и наружных половых частях мужского типа; бросается в глаза значительное увеличение клитора, имеющего сходство с penis. Слизистая входа резко гиперемирована. Кожа наружных половых органов и внутренняя поверхность бедер раздражена.

Исследование через прямую кишку: матка меньше нормальной величины, занимает правильное положение, подвижная. Левые придатки не определяются. Справа от матки прощупывается опухоль величиной с гусиное яйцо, плотной консистенции, ограниченная в подвижности, безболезненная.

Диагноз: опухоль правого яичника.

14/V 1929 г. операция: под ингаляционным хлороформ-эфирным наркозом. Продольный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль правого яичника величиной с крупное крымское яблоко, плотной консистенции, на поверхности имеются белые плотные рубцы. Левый яичник представляет собой небольшой плотный рубец (атрофичен).

После наложения лигатуры на соответствующие связки произведено типичное удаление опухоли правого яичника. Из левого яичника для микроскопического исследования вырезана ткань. Брюшная стенка зашита послойно обычным способом.

В послеоперационном периоде образовалась небольшая гематома в области операционного рубца.

В удовлетворительном состоянии 1/VI больная выписана из клиники.

Патогистологический диагноз: опухоль Крукенберга.

При выписке из клиники больная была предупреждена о необходимости находиться под наблюдением врача.

Отдаленные результаты: через 2 месяца после операции стали приходить менструации по 3—4 дня через 4 недели в умеренном количестве без болей. После появления менструации стали исчезать усы и борода, голос стал более высоким, молочные железы увеличились, увеличился подкожножировой слой на бедрах.

В марте 1934 г. вышла замуж. Половое влечение есть, удовлетворение получает.

Имела две беременности (в 1938 и 1948 гг.), которые были искусственно прерваны по медицинским показаниям (комбинированный митральный порок сердца).

Мы более подробно остановились на двух последних наблюдениях только потому, что в первом случае имелся гистологический диагноз фибросаркомы яичника, а во втором — крукенберговской опухоли яичника, которые являются злокачественными новообразованиями и требуют обычно радикального хирургического вмешательства. Мы нарушили этот общепринятый принцип не намеренно, а случайно, так как в момент удаления плотной опухоли не подозревали о наличии злокачественных новообразований, иначе, безусловно, мы произвели бы радикальную операцию.

Гофмейер и Гальбан (Hofmeier, Halban) при удалении односторонней злокачественной опухоли яичника у девочек и молодых женщин оставляли второй макроскопически здоровый яичник. Отдаленные результаты этих операций были удовлетворительными.

Маутнер (Mautner), удаляя один яичник по поводу саркоматозной опухоли, вторую половую железу оставил 11 раз и только в одном случае отмечал рецидив. Один (Odin), анализируя клинический материал, пришел к заключению, что после операции удаления односторонних злокачественных опухолей яичника при оставлении второго яичника возможно длительное излечение.

Нам представляется более вероятным, что названные авторы имели не настоящие злокачественные опухоли яичников, а наблюдали так называемые гормональные опухоли (гранулезноклеточная опухоль, аренобластома и др.), среди которых некоторые плотные опухоли клинически протекают вполне доброкачественно.

За последние годы мы наблюдали больных, которые перенесли операцию удаления плотной опухоли яичника, а при гистологическом исследовании у них были диагностированы гранулезноклеточная опухоль, аренобластома или простой рак яичника (carcinoma simplex). У этих больных в дальнейшем полностью сохранились основные физиологические функции женского организма (менструальная, половая, детородная). Чувствуют они себя хорошо.

Приведенные факты заслуживают особого внимания, так как необходимо выяснить природу солидных опухолей яичника, выявить их клиническую доброкачественность или, наоборот, злокачественность, что с практической стороны имеет чрезвычайно большое значение.

Среди оперированных особое внимание привлекают 14-, 15-, 16-, 19- и 20-летние девочки и девушки, у которых после операции сохранилась менструальная функция, а в дальнейшем они многократно беременели и рожали.

Больная X., 15 лет, поступила в клинику оперативных методов лечения 13/II 1930 г.

Менструальная функция: менструации отсутствуют.

Половая функция: половой жизнью не жила. Выделений из влагалища нет.

Считает себя больной в течение 6 месяцев. Среди полного здоровья внизу живота появились схваткообразные боли и продолжались 10—12 часов. Такие боли внизу живота повторялись 3 раза. Особенно сильными они были 11/II 1930 г. Больная вынуждена была лежать в постели. Была тошнота и один раз рвота. Температура не была выше 37,3°. Мочепускание болезненное. Был вызван врач, который диагностировал перекрученную кистому яичника и направил больную в клинику.

Данные осмотра и двуручного исследования от 14/II.

Через брюшную стенку над лоном прощупывается образование, верхняя граница которого достигает уровня выше пупка. Наружные половые органы без особенностей. Гимен не нарушен.

Исследование через прямую кишку: шейка матки маленькая, матка ясно не определяется из-за наличия в брюшной полости опухоли туго-эластической консистенции, ограниченно подвижной, болезненной.

Диагноз: киста правого яичника (перекрут).

17/II 1930 г. операция. После вскрытия брюшной полости кишечные петли отведены марлевыми салфетками. В рану выведена киста правого яичника величиной с голову 3-летнего ребенка, состоящая как бы из двух обособленных сегментов. Ножка опухоли темно-багрового цвета, перекручена вокруг оси на 360°. После наложения зажимов без предварительного раскручивания ножки на соответствующие связки и сосуды киста вместе с трубой удалена; культя перитонизирована. Левый яичник кистозно перерожден, труба не изменена. Произведено вылушивание кисты левого яичника с последующим наложением непрерывного шва из тонкого кетгута на раненый яичник. Брюшная стенка зашита послойными швами.

Послеоперационное течение без осложнений. Через 15 дней оперированная выписалась из клиники в удовлетворительном состоянии.

Гистологический диагноз: псевдомуцинозные кисты яичников.

Отдаленные результаты: через 2 месяца после операции впервые появилась менструация. С тех пор она регулярно повторяется через каждые 4 недели, продолжаясь по 3—4 дня.

В 1933 г. вышла замуж. Полтора года предохранялась от беременности. В начале 1935 г. наступила беременность, которую мы наблюдали до 5-месячного срока.

Появление и установление нормальной менструальной функции после двусторонней цистэктомии представляет не только теоретический интерес, но и имеет огромное практическое значение. В данном случае мы восстановили также и детородную функцию.

Больная В., 14 лет, поступила в гинекологическую клинику 19/XI 1936 г.

Менструальная функция: менструации появились в сентябре 1935 г. С тех пор регулярно повторяются каждые 25 дней, продолжаясь по 3—4 дня.

Половая функция: половой жизнью не жила.

Секреторная функция: выделений из влагалища нет.

История заболевания: в июле внезапно появились внизу живота острые боли, была тошнота. Больная сама прощупала у себя опухоль. Приступ острых болей повторился в августе и октябре этого года. Девочку показали врачу, который диагностировал кисту яичника и рекомендовал оперативное лечение.

Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Мочепускание учащено.

Данные осмотра и двуручного исследования: через брюшную стенку прощупывается плотная опухоль справа над лобком.

Исследованием через прямую кишку установлен диагноз: кисты правого яичника (явления частичного перекрута).

Операция: под эфирным наркозом послойно вскрыта брюшная полость. Кишечник отведен марлевыми салфетками. Опухоль правого яичника (ножка перекручена на 360°) выведена в рану. На связки наложены зажимы. Последние рассечены и киста вместе с трубой удалена. Произведена перитонизация культи. Осмотрены левые придатки. Яичник оказался кистозно перерожденным, резецирован в пределах здоровой ткани. На рану наложены кетгутовые швы. Брюшная стенка закрыта наглухо.

В конце операции была асфиксия, произведено искусственное дыхание.

Гистологический диагноз: папиллярная киста правого яичника, фолликулярная киста левого яичника.

Послеоперационный период протекал нормально и 7/XII в удовлетворительном состоянии больная выписалась из клиники.

Отдаленные результаты: через месяц после операции начала ходить в школу. В 1945 г. вышла замуж, скоро забеременела и в 1946 г. родила дочь, а через два года 3 месяца родилась вторая дочь.

Чувствует себя хорошо, менструации протекают нормально, предохраняется от беременности.

Больная Ф., 15 лет, учащаяся, поступила в гинекологическую клинику 20/IV 1937 г.

Менструальная функция: менструации пришли на 14-м году жизни, установились сразу — по 5—6 дней через месяц, безболезненные.

Половая функция: половой жизнью не жила.

Секреторная функция: выделений из влагалища нет.

История настоящего заболевания: 19/IV днем внезапно появились острые боли внизу живота. Один раз была рвота, боли продолжались до вечера. Ночь спала плохо, 20/IV утром девочку показали врачу, который диагностировал перекрученную кисту яичника и направил ее в стационар для оперативного лечения.

При поступлении в клинику состояние удовлетворительное.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не найдено.

Данные осмотра и двуручного исследования: через брюшную стенку над лоном справа прощупывается плотная болезненная опухоль.

При исследовании через прямую кишку справа от матки определяется образование величиной с кулак, плотной консистенции, болезненное, ограниченное в подвижности. Слева определить придатки не удается из-за болезненного напряжения брюшной стенки.

Диагноз: киста правого яичника (перекрут ножки).

21/IV операция: удаление плотной опухоли правого яичника, вылушение левосторонней паровариальной кисты.

Под ингаляционным эфирным наркозом послойно вскрыта брюшная полость. Опухоль правого яичника выведена в рану, имеется перекрут ножки на 360° без нарушения питания. Наложены зажимы на соответствующие связки. Последние рассечены и киста удалена вместе с трубой клиновидным иссечением. Зажимы заменены лигатурами, произведена перитонизация культи. Осмотрены придатки левой стороны. Имеется паровариальная киста величиной с лимон с распластанной по ее поверхности удлинненной трубой. Принимая во внимание возраст больной, паровариальную кисту решено удалить консервативно — она вылущена из листков широкой связки. Труба оставлена, последняя сократилась. Она проходима для тонкого зонда. После соответствующего туалета брюшная полость закрыта наглухо послойными швами, наложенными на брюшную стенку.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 16-й день после операции в удовлетворительном состоянии выписалась.

Гистологический диагноз: простой рак яичника и паровариальная киста.

В опухоли яичника имеется строение недифференцированного рака яичника. В клетках громадное количество митозов. В некоторых участках опухоль очень богата сочной стромой, что свойственно обычно ракам яичника фолликулярного типа.

Отдаленные результаты: через 3 недели после операции стала ходить в школу. После операции менструации протекают нормально. В 1940 г. вышла замуж. Через 2 месяца забеременела. Беременность закончилась срочными родами. В настоящее время имеет 4 детей. От беременности предохраняется.

Больная Д., 20 лет, поступила в клинику 3/II 1934 г.

Жалобы: острые боли внизу живота, появившиеся внезапно. Каретой скорой помощи доставлена в клинику.

Двуручное исследование через прямую кишку: установлен диагноз перекрутившейся кисты яичника и назначена срочная операция.

3/II операция: чревосечение — удаление дермоидной кисты правого яичника с трубой и резекция левого яичника.

Послеоперационное течение гладкое.

Гистологический диагноз: дермоидная киста правого яичника, фолликулярная киста левого яичника.

На 16-й день после операции в хорошем состоянии выписалась из клиники.

Отдаленные результаты: к работе приступила через месяц. Через полтора месяца после операции начались менструации, которые продолжаются по 3—4 дня, безболезненные.

В 1935 г. вышла замуж и скоро забеременела. Беременность развивалась нормально и закончилась срочными родами. После этого было еще трое родов. Дети здоровы, учатся. Мать чувствует себя хорошо.

Положительные отдаленные результаты вполне оправдывают метод и окончательно убеждают нас в целесообразности, правильности и эффективности консервативной цистэктомии.

Несмотря на то, что овариотомия спасла миллионы жизней женщин от неминуемой смерти, все же настало время объективно оценить существующие и применяющиеся большинством акушеров-гинекологов оперативные приемы и выработать наиболее целесообразную и рациональную методику хирургического лечения доброкачественных кистозных опухолей яичника.

В настоящей работе мы, естественно, не решили полностью проблемы лечения кистозных опухолей яичника. Для выяснения отдельных сторон этой проблемы, мы, клиницисты, должны изучить совместно с физиологами и биологами взаимосвязь и взаимообусловленность между регулирующей функцией центральной нервной системы и физиологической деятельностью половых желез, обстоятельно и всесторонне исследовать нервный аппарат яичника, особенно его сосудистые рецепторы. Необходимо, далее, исследовать тончайшее кровоснабжение, изучить пути и закономерности окольного питания яичников и маточной трубы.

Необходимо дальнейшее усовершенствование техники производства самой консервативной цистэктомии при различных кистозных опухолях яичника, найти наиболее безвредный материал для зашивания раненого яичника и выбрать безопасный способ обезболивания при гинекологических операциях.

Наконец совместными усилиями экспериментаторов и врачей-клиницистов нужно создать рационально по-

строенную классификацию опухолей яичника, выяснить сущность, морфологические и клинические признаки доброкачественности кистозных образований и т. д.

Только всестороннее и полноценное изучение перечисленных вопросов поможет нам в дальнейшем разрешить поставленную задачу.

На основании своих исследований и клинических наблюдений мы решили лишь одну сторону этой большой проблемы: практически разработали методику хирургического лечения доброкачественных кистозных опухолей яичника. Мы считаем, что при хирургическом лечении доброкачественных кист и кистом яичника методом выбора является консервативная цистэктомия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Консервативный метод при операциях на яичниках в клинике вполне себя оправдал: сохраняющая цистэктомия возвращает больной женщине здоровье и работоспособность, сохраняет менструальную и детородную функции.

Показанием для консервативной цистэктомии является молодой возраст больных, а условием для ее производства — доброкачественный характер кистозной опухоли (киста фолликулярная, желтого тела, паровариальная; простая серозная, дермоидная и псевдомуцинозная кисты яичников).

Считаем, что консервативная цистэктомия должна производиться у девочек и молодых женщин не только при двусторонних доброкачественных кистах и кистах, но по возможности также и при одностороннем кистозном поражении яичника. У женщин в возрасте, близком к климактерическому, решающим моментом является желание больной сохранить менструальную и детородную функции.

При консервативном удалении у молодой женщины паровариальной кисты во всех случаях, по нашему мнению, могут и должны быть сохранены яичник и маточная труба. Удаление вместе с паровариальной кистой макроскопически нормального, здорового яичника является недопустимым.

Консервативный метод удаления кисты яичника и паровария является самым бережным, щадящим хирургическим приемом, особенно при сочетании кисты яичника и паровария с нормальной беременностью. Наиболее безопасным для удаления кисты яичника является срок между II и III месяцем беременности.

Целесообразность и эффективность консервативного метода операции на яичниках доказывается тем, что

после двусторонней консервативной цистэктомии сравнительно часто наблюдаются беременности и роды. Таким образом, консервативная цистэктомия является одним из профилактических мероприятий в борьбе с женским бесплодием.

Противопоказаниями для консервативных операций на яичниках являются: инфицирование и нагноение кисты, перекручивание ножки с нарушением питания опухоли, наличие обширных и плотных сращений в малом тазу, межсвязочное и ложно межсвязочное расположение кистозной опухоли яичника.

При самом внимательном отношении к вопросу консервативной цистэктомии с учетом всех перечисленных моментов и условий опасность рецидива кистозного заболевания после сохраняющих операций на яичниках будет низведена до степени редко встречающихся случаев: физиологически обоснованная консервативная цистэктомия избавит молодых женщин от тяжелых последствий раннего искусственного погашения функций половых желез, сохранит их здоровье, молодость, женскую красоту и счастливое материнство. Консервативная цистэктомия в настоящее время приобретает полное право на существование и должна всемерно культивироваться.

ЛИТЕРАТУРА

- Абрикосов А. И. Патологическая анатомия. М., 1953, 335 стр.
- Агейченко Ф. Е. О возрастном развитии яичников. В кн.: Основы возрастной морфологии. М., 1938, стр. 39—41.
- Александров Ф. А. О современном консервативном направлении в гинекологии. Акушерство и женские болезни, 1896, т. 10, № 3, стр. 235—254.
- Аристов В. И. О компенсаторной гипертрофии яичника. Дисс., СПб., 1891, 49 стр.
- Архангельский В. М. О влиянии инкретов половых желез на работу коры больших полушарий головного мозга собак. Труды V Кавказского физиологического съезда. Ростов-на-Дону, 1933, стр. 13—19.
- Атабеков Д. Н. Пелс и беременность. Акушерство и женские болезни, 1910, т. XXV, № 10, стр. 1775—1782.
- Беккер С. М. Об овариотомии во время беременности. Акушерство и гинекология, 1941, № 9—10, стр. 50—53.
- Болгова А. Г. Влияние местных нарушений кровообращения на функциональное и морфологическое состояние яичников. Дисс. канд., Л., 1950.
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. М., 1952, 728 стр.
- Брюханов Н. Д. Несколько случаев беременности и родов, осложненных опухолями яичников. Акушерство и гинекология, 1928, № 3, стр. 261—273.
- Бутомо В. Г. К вопросу о значении желтого тела для беременности у млекопитающих и человека. Акушерство и женские болезни, 1931, т. 42, кн. 3, стр. 287—294.
- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1944, 286 стр.
- Васильев М. А. Материалы к диагностике и лечению кист широких связок. Хирургический вестник, 1886, стр. 186—189.
- Вейнгартен Н. А. К вопросу о дифференциальном распознавании между гидро- и пионефрозом и кистой яичника. Дисс., М., 1895, 112 стр.
- Верешинский А. О. О классификации внутрибрюшных спаек. Сборник научных трудов, посвященный проф. Л. Л. Окинчичу, Л., 1924, стр. 316—323.
- Вестфальт К. Краткое начертание женских болезней. М., 1927, 178 стр.
- Виккер М. М. Острый живот (Неотложная диагностика и врачебная тактика при острых заболеваниях). Ростов-на-Дону, 1946, стр. 200.

- Вилкомирский И. Об овариотомии (ovariotomia). Харьков, 1868, 64 стр.
- Виноградова С. П. Циклические изменения в организме женщины с биологической точки зрения. Акушерство и женские болезни, 1926, т. 37, № 1, стр. 29—37.
- Вирхов Р. Учение об опухолях. Онкология, т. 1 и 2, СПб: 1867, т. I, 386 стр.; т. II, 334 стр.
- Вишневский А. А. О значении физиологических исследований И. П. Павлова для развития хирургии. В кн.: Учение И. П. Павлова в теоретической и практической медицине. М., 1951, стр. 291—307.
- Галензовский С. Цит. по Н. Лавицкому.
- Гиглер Н. А. К нормальной анатомии придатка яичника (parovarium) в разных возрастах внутриутробной жизни. Дисс., СПб, 1895, 132 стр.
- Гиммельфарб Г. И. К истории овариотомии с 1809 по 1870 гг. Б. м., 1910, 10 стр. Отд. из журн. Терапевтическое обозрение, 1910, № 1.
- Гительсон Ю. З. Беременность и роды после имплантации яичника в полость матки. Труды I Московского государственного медицинского института, IV, 1935, стр. 233—238.
- Глазунов М. Ф. Классификация и номенклатура опухолей и опухолеподобных процессов. Злокачественные опухоли. Под ред. Н. Н. Петрова, т. 1, Л., 1947, стр. 148—180. Часть теоретическая.
- Горизонтов Н. И. Об осложнении беременности опухолями яичников. Юбилейный сборник, посвященный проф. В. М. Мышу, Томск, 1925, стр. 223—237.
- Грамматикати И. Н. О клинических явлениях, наблюдаемых у женщин после удаления отдельных частей полового аппарата (яичников, матки). Врач, 1891, № 1, стр. 4—8.
- Груздев В. С. К вопросу об отличительном распознавании доброкачественных опухолей яичника от злокачественных. Врач, 1898, т. 19, № 43, стр. 1249—1251.
- Губарев А. П. Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии. М.—Л., 1928, 956 стр.
- Гуревич Е. И. Лечение гормональными препаратами некоторых нарушений менструального цикла. Сборник научных трудов ЦНИАТИ, 1935.
- Дедерлейн А. и Кревиг Б. Оперативная гинекология, СПб, 1907, 538 стр.
- Добронравов В. Двусторонняя овариотомия с исходом в выздоровление. Московская медицинская газета, 1877, № 40, стр. 1204—1211.
- Добрынин П. И. О диагностике кист яичника. Дисс., СПб, 1869, 87 стр.
- Долго-Сабурова Е. Д. Об окольном кровоснабжении яичников. Труды Военно-медицинской академии, т. III, ч. 1. Л., 1944, стр. 47—53.
- Дюрссен А. Спутник гинеколога. Л., 1928, 378 стр.
- Живатов Г. К. О диагностических ошибках в гинекологии. Одесский медицинский журнал, 1927, № 1—6, стр. 161—168.

- Жордана И. Ф. Сократительная деятельность матки животных и влияние на нее гипофизарно-овариальных гормонов. Фармакология и токсикология, 1939, II, 1, стр. 63—67.
- Заварзин А. А. Об эволюционной динамике тканей. Архив биологических наук, 1934, т. 36, в. 1, серия А, стр. 3—65.
- Захарьин Г. А. Клинические лекции и избранные статьи. М., 1910, 557 стр.
- Здравомыслов В. И. К вопросу об оофорэктоми при беременности. Журнал акушерство и женские болезни, 1930, № 7—8, т. 41, стр. 641—648.
- Зильбер Л. А. Вирусная теория происхождения злокачественных опухолей. М., 1946, 73 стр.
- Икавитц Э. Х. Обзор 32 овариотомий, произведенных в Тамбовской губернской земской больнице. Протоколы Тамбовского медицинского общества, Тамбов, 1888, стр. 228.
- Какушкин Н. М. О хирургических способах лечения фибриомом матки. Дисс., СПб., 1902, 455 стр.
- Капонерова Т. А. 306 случаев яичниковых опухолей. Труды Куйбышевской военно-медицинской академии, т. 1. Куйбышев, 1940, стр. 285—288.
- Кедрова Н. И. Опыт разработки учения о гигантских опухолях женской половой сферы. Дисс., Казань, 1913.
- Кизельштейн М. Функция половой железы и нервно-гуморальные связи. Архив биологических наук, 1935, 1—3, т. XV, № 1, стр. 43—48.
- Кипарский Р. В. Физиологические особенности женского организма. Случай переключивания беременного рога матки. Русский гинекологический вестник, 1919, т. I, II.
- Коган М. И. Беременность и опухоли яичников. Журнал акушерство и женские болезни, 1924, № 4—5, стр. 382—399.
- Козинский Б. А. Хирургическое лечение бесплодия пересадкой (имплантацией) труб. Сборник трудов ЦНИАГИ, т. I, 1935, стр. 215—231.
- Колосов М. А. К вопросу об овариотомии во время беременности. М., 1907, 144 стр.
- Комаревский Н. В. Судьба погруженной при овариотомии лигатуры через 5,5 лет. Хирургическая летопись, т. II, 1892, стр. 333—345.
- Кочергинский А. З. Эмбриогенез нервных связей яичников и матки человека. Дисс., М., 1942.
- Крассовский А. Краткое известие об овариотомии, произведенной первый раз в России с полным успехом. Современная медицина, 1863, № 7, стр. 121—123.
- Крассовский А. Я. Об овариотомии... с атласом производства операций по способу, принятому автором. СПб., 1868. Отдельное издание большого формата.
- Кривский Л. А. Случай брюшнотифозного нагноения дермоидной кисты яичника. Хирургический архив Вельяминова, 1912, 5, стр. 962—966.
- Лавров К. А. К вопросу о роли живого вещества в организме (против вирховианства в гистологии). Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1950, т. 30, № 8, стр. 141—147.

- Лазарев П. П. К вопросу исследования зрительной адаптации. Журнал прикладной физики, 1928, т. V, в. 1.
- Лебедев А. И. Удаление в современной гинекологии оперативным лечением. Врач, 1896, № 1, стр. 1—4.
- Лебедева А. Н. Опухоли яичников, преимущественно злокачественные, и их лечение. Дисс., Свердловск, 1948.
- Левин М. Ф. История родовспоможения в СССР, М., 1950, 204 стр.
- Левин И. Е. Цит. по Е. Л. Шаламберидзе.
- Левит И. Б. Техника гинекологических и акушерских операций. Л., 1949, 468 стр.
- Левинский Г. Г. и Гогоцкий В. Н. Удаление дермоидной кисты яичника через прямую кишку во время родов (ovariotomy per rectum). Акушерство и женские болезни, 1897, 11, 10, 1154—1162.
- Липман В. Курс гинекологических операций. Л., 1929, 495 стр.
- Дуппов А. Н. К вопросу о консервативной хирургии яичников. Акушерство и женские болезни, 1926, т. 37, кн. 3, стр. 285—292.
- Лурья Р. А. Методология и методика диагноза. В кн.: В помощь медработникам эвакогоспиталей. Тбилиси, 1942, стр. 3—8.
- Малиновский М. С. Заболевания яичников. В кн.: Кривский А. Руководство по женским болезням, Л., 1927, стр. 161—320.
- Мандельштам А. Э. Консервативная хирургия в гинекологии. В кн.: Основы и достижения современной медицины, т. V. Харьков—Киев, 1938, стр. 217—271.
- Манинков П. В. К вопросу о топографии эпофорона и парафорона человека. Ученые записки Казанского университета, 1926, 86, 1, 69—72.
- Мансветова В. С. Овариотомия при беременности. Дисс., М., 1949 (рукопись).
- Марковития А. П. О нервах яичников. Дисс., СПб, 1899.
- Масловский И. Овариотомия или вырезывание опухолей яичников. Дисс., СПб, 1866, 156 стр.
- Матвеев В. А. Материалы к вопросу об овариотомии в России, ovariotomy completa. Дисс., СПб, 1886, 196 стр.
- Маянц А. И. О прорывах дермоидных кист яичника в мочевой пузырь. Урология, 1939, т. XVI, № 4, стр. 100.
- Менге и Опитц. Руководство по гинекологии. Т. II, Л., 1929, 615 стр.
- Михайлов В. Гистогенез эпителиальных опухолей яичника. Изд-во АМН СССР, М., 1949, 120 стр.
- Михнов С. Д. По поводу случая 7-кратной пункции яичниковой кисты. Труды Воронежского университета, т. 1, Воронеж, 1925, стр. 22—33.
- Мишин В. А. К вопросу об овариотомии во время беременности, т. 1, Воронеж, 1925, стр. 35—38.
- Могилев М. В. Эстрогенный инкрет яичника и гонадотропные гормоны беременности. Дисс., Л., 1939 (рукопись).
- Муратов А. А. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Ученые записки Харьковского университета, 1900, № 3, 206 стр.

- Николаев А. П. Руководство к технике исследования, диагностики и лечения в гинекологии. Для студентов и врачей. Сталино, 1937, 379 стр.
- Никончик О. К. Тончайшее артериальное кровоснабжение фаллопиевых труб в норме и патологии у человека (*graviditas extrauterina*). Дисс., М., 1953 (рукопись).
- Новацкий И. Н. Овариотомия. Московская медицинская газета, 1870, № 9, стр. 70—72; № 8, стр. 63—65.
- Огнев Б. В. Пути оттока лимфы от яичка, яичника и червеобразного отростка у человека. Сборник, посвященный 35-летию врачебной, научной, преподавательской и общественной деятельности заслуженного деятеля науки проф. А. И. Абрикосова. М., 1936, стр. 17—92.
- Окинчик Л. Л. Оперативная гинекология. Л.—М., 1938, 304 стр.
- Ольсгаузен Р. Болезни яичников. СПб, 1879, 460 стр.
- Орнатский Н. Н. Диагностика «острого живота». Л., 1952, 476 стр.
- Отт Д. О. Оперативная гинекология. СПб, 1914, 587 стр.
- Павленко С. М. Яичники. Материалы по физиологии. М., 1938, 169 стр.
- Павлов И. П. Полное собрание трудов, т. II, М., 1946, 638 стр.
- Папаташвили М. Е. Функция инфантильного яичника и ее зависимость с некоторыми органами внутренней секреции. Дисс., Батуми, 1940 (рукопись).
- Персианинов Л. С. Местная анестезия по Вишневскому при акушерских и гинекологических операциях. М., 1955, 199 стр.
- Парсамов О. С. К вопросу о пересадке яичника в матку. Клинический журнал Саратовского университета. 1927, 4, 3, 275—282.
- Пацук В. В. и Сенкевич Э. М. Исследования зрительной адаптации как метод определения неполноценности половых желез. Клиническая медицина, 1937, т. XV, № 9, стр. 1141—1145.
- Петербургский Ф. Е. К диагностике и терапии псевдомиксом брюшины. Акушерство и гинекология, 1937, № 3, стр. 106—112.
- Петербургский Ф. Е. К вопросу об *arrhenoblastoma ovarii*. Акушерство и гинекология, 1938, № 11, стр. 101—105.
- Петербургский Ф. Е. Ближайшие и отдаленные результаты консервативных операций на яичниках. Дисс., 1938 (рукопись).
- Петербургский Ф. Е. Перекручивание ножки опухоли или целого органа половой сферы. В кн.: Брауде И. Л. Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии. М., 1941, стр. 207—208.
- Петербургский Ф. Е. Материалы к вопросу о консервативных операциях при доброкачественных опухолях яичников. Дисс., М., 1954 (рукопись).
- Петров Н. Н. Определение понятия опухоли. Злокачественные опухоли. Под ред. Н. Н. Петрова, т. I, Медгиз, 1947, 480 стр.
- Петрова М. К. Влияние кастрации на условнорефлекторную деятельность и общее поведение собак различного типа. Труды физиологической лаборатории акад. И. П. Павлова, т. VI, в. 1, 1936, стр. 5—113.

- Побединский М. Н. Бесплодие женщины. М., 1949, 148 стр.
- Подзоров Н. А. Исследование адаптации периферического зрения в разных стадиях беременности. Доклады Академии наук СССР, 1934, № 4.
- Полоцкий Е. Е. Влияние удаления одного яичника на деятельность половых органов животных. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, стр. 32—44.
- Попов В. С. К вопросу о вариациях яичников. Медицинская мысль, 1928, т. V, кн. 1, Ростов-на-Дону.
- Преображенский В. В. Несколько экспериментальных данных к вопросу о пересадке яичников. Журнал акушерство и женские болезни, 1899, т. 13, № 9, стр. 887—901.
- Преображенский А. П. и Крымская М. Л. Опыт гормонотерапии некоторых форм функциональных кровотечений. Клиническая медицина, 1949, 27, 2, стр. 85—89.
- Рейн Г. Е. О чревосечениях. В кн.: Дьяконов, Рейн и Лысенков. Лекции оперативной хирургии. М., 1901, стр. 29—47. (Приложение к журналу Хирургия, 1900, т. 8, № 47).
- Самарин Н. Н. Диагностика острого живота. Л., 1952, 415 стр.
- Селезнев И. М. К нормальной и патологической гистологии яичника. Дисс., СПб, 1891, 44 стр.
- Сердюков М. Г. К вопросу о функциональной связи между железистой частью яичника и корой надпочечника. М., 1924, 206 стр.
- Сердюков М. Г. Рациональный метод пересадки яичника в матку для восстановления способности к зачатию. Врачебное дело, 1932, № 5—6, стр. 257—263.
- Сканцони Ф. В., Кивяши Ф. А. Болезни женских половых органов. Перевод с немецкого, т. 1—2, СПб, 1873—1874.
- Склифосовский Н. В. Еще 35 овариотомий. Врач, 1883, 6—9, стр. 81—83, 99—100, 114—115 и 132—133.
- Скробанский К. К. Об изменениях в яичниках при острых инфекционных заболеваниях. Акушерство и женские болезни, 1901, 15, 10, 1345—1366.
- Скробанский К. К. Учебник гинекологии. М.—Л., 1946, 407 стр.
- Славянский К. Ф. К нормальной и патологической гистологии граафова пузырька человека. Дисс., СПб, 1870, 32 стр.
- Славянский К. Ф. К анатомии и физиологии яичника. Медицинский вестник, 1874, № 28, стр. 273—275; № 29, стр. 281—283; № 30, стр. 295—297; № 31, стр. 304—305.
- Славянский К. Ф. К учению об уходе за ножкою при овариотомии. Врачебные ведомости, 1882, 46, стр. 3632—3634.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. М., 1900, 929 стр.
- Соколов Н. С. Случай отшнуровавшейся дермоидной кисты яичника. Казанский медицинский журнал, 1937, № 5, стр. 626—630.
- Софотеров А. К. К вопросу о пересадке яичника в полость матки. Казанский медицинский журнал, 1926, № 8, стр. 931—936.
- Стацевич Н. К вопросу об овариотомии. Современная медицина, 1866, № 22, стр. 347—350.
- Сутугин В. К оперативному лечению кист широкой связки. Хирургический вестник, 1885, июль—сентябрь, стр. 431—441.

- Тарновский И. М. Несколько слов по поводу книги проф. А. Я. Красковского «Об овариотомии». Военно-медицинский журнал, 1868, т. 102, отд. VIII, стр. 45.
- Улезко-Строганова К. П. Интерстициальная железа, ее гистогенез, значение и отношение к внутрисекреторным железам яичника женщины. Юбилейный сборник, посвященный проф. Н. Н. Аничкову, 1935, стр. 328—332.
- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов. М., 1939, 332 стр.
- Фалин Л. И. Морфология и патогенез экспериментальных тератодных опухолей половых желез. М., 1946, 181 стр.
- Федоров С. П. Хирургия на распустье. М., 1927, 32 стр.
- Феноменов Н. Н. Сто чревосечений. Сборник работ, посвященных проф. К. Ф. Славянскому, ч. II, СПб, 1894, стр. 47—103.
- Фиалков В. К. Случай самопроизвольной пересадки яичниковой опухоли. Гинекология и акушерство, 1923, № 6, стр. 68—71.
- Флоринский В. М. Овариотомия. Медицинский вестник, 1863, № 10, стр. 78—81; № 11, стр. 91—92; № 12, стр. 101—103.
- Фрезе Г. Цит. по М. Ф. Леви.
- Хечинов Г. Г. Влияние удаления желтого тела на менструальную функцию и на течение беременности ранних сроков. Батуми, 1940, 148 стр.
- Членов Л. Г. Наука стерилизующая и стерилизованная. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1934, т. III, в. 4, стр. 150—157.
- Шабад Л. М. Новые данные по экспериментальному раку. М.—Л., 1941, 74 стр.
- Шаламберидзе Е. Л. К вопросу о патологоанатомических изменениях в симпатических и парасимпатических нервных узлах после кастрации. Врачебное дело, 1929, № 17, стр. 1091—1093.
- Шарафутдинов Г. М. К вопросу о функциональном развитии яичника. Труды Казанского медицинского института. Казань, 1948, в. 2, стр. 117—124.
- Шварц А. К вопросу о лимфатической системе яичника. Дисс., СПб, 1874, 26 стр.
- Шварцман Е. М. Краткий курс оперативной гинекологии. пособие для врачей, Свердловск, 1947, 305 стр.
- Ширшов Д. И. Сосочковые кисты в клиническом и патологоанатомическом отношении. Дисс., СПб, 1898, 52 стр.
- Шредер Р. Учебник гинекологии для студентов и врачей. М.—Л., 1930, 933 стр.
- Штеккель В. Гинекология. М.—Л., 1937, 703 стр.
- Штефко В. Г. Материалы по физическому развитию детей и подростков. М., 1925, 54 стр.
- Шуб Р. Л. Оперативное лечение кист во время беременности. Юбилейный сборник, посвященный 30-летию Елкина. Л., 1939, стр. 78—80.
- Щеткин Д. С. К вопросу о лечении опухолей яичников у беременных. Акушерство и женские болезни, 1887, 1, № 10, стр. 737—754; № 11, стр. 831—865; № 12, стр. 992—1005.

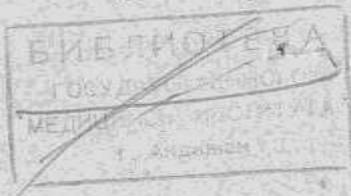
- Эскин И. А. Гормоны овариального цикла и нервная система. М., 1951, 160 стр.
- Ярцев А. И. К патологии и лечению кист яичника, осложняющих беременность. Дисс., СПб, 1905, 153 стр.
- Якобсон В. Л. Результаты сохраняющих операций на яйцеводах и яичниках. Сборник трудов, посвященный проф. Д. О. Отту. СПб, 1911, стр. 14—31.
- Ястребов Н. В. К вопросу об удалении двусторонних паровариальных кист (Laparocystotomia duplex, выздоровление). Журнал акушерство и женские болезни, 1887, 1, 1, стр. 15—23.
-

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
<i>Глава I.</i> Краткий исторический очерк овариотомии	6
<i>Глава II.</i> Анатомо-физиологические особенности женских половых желез	22
<i>Глава III.</i> Доброкачественные кисты и кистомы яичников	36
Клиническое понятие доброкачественности кистозных образований яичника	36
Клинико-анатомическая характеристика кистозных образований яичника	39
<i>Глава IV.</i> Характеристика клинического материала	44
<i>Глава V.</i> Клиника доброкачественных кистозных образований яичника	55
Общие признаки и особенности клинического течения отдельных видов кист и кистом яичника	55
Регенеративные (серозные) кисты яичника и паровария	58
Псевдомуцинозная киста	62
Серозно-сосочковая (папиллярная) киста яичника	64
Простая серозная киста яичника	68
Поверхностная папиллома яичника	68
Дермоидные кистомы яичника	69
Особенности клинического течения межъяичочно расположенных опухолей яичника	70
Осложнения при кистозных опухолях яичника	71
Сочетание кисты яичника и беременности	80
<i>Глава VI.</i> Распознавание доброкачественных кистозных опухолей яичника	88
Общая диагностика и методы исследования	88
Возможные ошибки при распознавании кистозных опухолей яичника	95
<i>Глава VII.</i> Хирургическое лечение доброкачественных кистозных опухолей яичника	115
Состояние вопроса	115
Последствия радикального удаления яичников	120
Целесообразный консерватизм — физиологический принцип при хирургическом лечении доброкачественных кистозных опухолей яичника	124
Сохраняющие операции при двусторонних поражениях яичников доброкачественными кистозными образованиями	129
	19

Сохраняющие операции при односторонних кистозных опухолях яичника	136
Сохраняющие операции при паровариальных кистах	141
Сохраняющие операции при сочетании кисты яичника и нормальной беременности	145
Техника консервативных операций	149
Резекция, вылушение и пункция кисты яичника	157
Вылушение паровариальной кисты	161
Шовный материал	163
Способы обезболивания при консервативных операциях	165
Консервативные операции при перекрученных кистах яичника	169
<i>Глава VIII. Отдаленные результаты после консервативных операций на яичниках</i>	<i>171</i>
Заключение	189
Литература	191

25234
3244



ФЕДОР ЕМЕЛЬЯНОВИЧ ПЕТЕРБУРГСКИЙ
**Хирургическое лечение доброкачественных кист
и кистом яичника**

* * *

Редактор *К. В. Порай-Кошиц*
Техн. редактор *М. Т. Княкнин*. Корректор *Е. С. Беллева*
Переплёт художника *С. М. Мельцера*

Слано в набор 22/VII 1957 г. Подписано к печати 23/IV 1958 г.
Формат бумаги 84×108^{1/32}=3,13 бум. л. 10,25 печ. л.
11,18 уч.-изд. л. Тираж 15 000 экз. Т-04031. МН-76.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Смоленск. Типография имени Смирнова, дом 2. Заказ 9291.
Цена 5 р. 60 к., переплёт 2 р.

