

органов может быть гладкой или резко морщинистой, или же имеет бородавчатый вид. Довольно часто поверхность наружных половых органов состоит из бугристых узелков величиной от горошины до лесного ореха. Одно из характерных проявлений третьей стадии заболевания — это так называемые миртиформные папулы — складчатые образования бледной окраски, напоминающие петуший гребень.

Папулы обычно развиваются в складках кожи, иногда занимая все межъягодичное пространство, и достигают значительной высоты (до 5 см). Нередко они окружают анальное кольцо, напоминая кожные складки спавшихся геморроидальных узлов. Располагаясь на наружных половых органах, папулы подвергаются раздражению от мочи и кала, изъязвляются и гноятся. На коже и слизистых оболочках пораженной заболеванием вульво-анальной области могут развиваться язвенные процессы. Некоторые из язв имеют довольно типичное расположение и вид. Чаще всего подобные язвы располагаются в ладьевидной ямке или на задней стенке влагалища, или в области уретры. Вначале язва мала, резко ограничена; она может очень быстро расширяться и поражать окружающие и подлежащие ткани, в которых образуются дефекты и свищи; затем внезапно рост язвы приостанавливается, и она начинает рубцеваться. Располагаясь на задней и передней стенках влагалища, язва может разрушить соседние органы и привести, например, к образованию прямокишечно-влагалищных свищей и разрушению уретры. Дно язвы обычно покрыто налетом, края ее неровные. Ткани в окружности язвы инфильтрованы. В результате поражения слизистой прямой кишки образуются стриктуры и стенозы ее.

Язвенный генито-ано-ректальный элифантiaz женских половых органов распознается легко. Увеличение отдельных органов, пастозность или отечность тканей, характерные изменения самой кожи, то совершенно гладкой, то бородавчато измененной, позволяют отличить это заболевание от новообразований наружных половых органов. От злокачественных новообразований (рак вульвы) хронические язвы отличаются склонностью к самозаживлению и особенностями гистологической картины.

В сомнительных случаях вопрос решает реакция Фрея. За отсутствием специфического антигена можно пользоваться реакцией Гате-Папакоста. Последняя, не являясь специфической, все же характерна для четвертой венерической болезни и может быть использована в качестве ориентировочной. Эта реакция чрезвычайно проста: к 1 мл свежей сыворотки больного прибавляют 2 капли 40% раствора формалина. Если свертывание сыворотки получается не позднее 24 часов, реакция считается положительной.

Лечение заболевания хирургическое. Необходимо стремиться к наиболее радикальному удалению пораженных органов.

Непосредственный результат операций обычно благоприятный. У 2 из 13 оперированных нами больных при двухгодичном наблюдении наступила беременность, благополучно закончившаяся родами. Одна больная, несмотря на четырехлетнее замужество, не рожала до операции ни разу, у другой же имела место беременность 11 лет назад. Особенно демонстративно непосредственное влияние операции удаления пораженных органов на течение оставшихся неиссеченными язв. В послеоперационном периоде они подвергались быстрому заживлению. Отдаленные результаты менее благоприятны, так как могут наступить рецидивы заболевания. Для предупреждения рецидива рекомендуется внутривенное введение антигена Фрея.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТКАНЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Г. Ф. Букатый (Симферополь)

Метод тканевой терапии, предложенный и разработанный акад. В. П. Филатовым, и модифицированный Г. Е. Румянцевым, широко применяется при некоторых заболеваниях не только в стационаре, но и в условиях поликлиники.

Мы начали применять метод Румянцева с октября 1950 г. строго по инструкции утвержденной Министерством здравоохранения СССР. Тканевая терапия назначалась при длительно протекающих воспалительных процессах придатков матки, при бесплодии и нарушении менструальной функции в тех случаях, когда другие методы лечения не давали эффекта. Основные жалобы больных сводились преимущественно к постоянным болям внизу живота и в крестце, болезненности при половых сношениях, бесплодию, нарушениям менструальной функции. Объективно констатировались остаточные явления воспаления придатков матки, пара- и периметрия.

Тканевая терапия была применена у 216 больных. Всего было сделано 280 подсадок: 166 больным — по одной, 36 — по две, 14 — по три. Мы пользовались для подсадок в основном селезенкой и половыми железами. Нам удалось провести систематическое наблюдение над 112 больными, получившими 160 подсадок. Полное выздоровле-

ние наступило у 34,8% больных, значительное улучшение — у 42%; лечение не дало эффекта у 23,2%.

Следует отметить, что применение хирургического метода при тканевой терапии создает некоторые трудности, а именно:

1) необходима операционная, вследствие чего тканевая терапия может проводиться не везде;

2) при хирургическом методе происходит нарушение целостности сосудов, значительное травмирование тканей, не всегда достигается полный гемостаз и не исключается возможность занесения инфекции с поверхности кожи, вследствие чего возникают нагноения, гематомы и секвестрации;

3) некоторые больные испытывают перед подсадкой такой же страх, как перед операцией (отрицательно действующий психогенный фактор).

Все это побудило нас упростить способ проведения тканевой терапии — заменить скапель шприцем. Для этой цели мы приспособили 5-граммовый шприц Брауна, подогнав к нему иглы Боброва.

Ткань для подсадки, подготовленную по Румянцеву, мы растираем в стерильной стеклянной ступке, добавляя незначительное количество 0,25% раствора новокаина; затем эту кашицеобразную массу мы с помощью шприца вводим больному под кожу. Ввиду того что не все ткани можно растереть в ступке (например, кожу), мы изготовили прибор вроде миниатюрной мясорубки, при помощи которого любую ткань (за исключением костной) после консервирования можно превратить в однородную тонкую кашицеобразную массу. Последняя автоклавируется в стеклянных баночках с притертыми пробками.

Как известно, биогенные стимуляторы по своей химической природе относятся к группе окси- и дикарбоновых кислот ароматического ряда, легко возгоняющихся при нагревании (автоклавировании). Поэтому мы считаем целесообразным для сохранения биогенных стимуляторов автоклавируют ткани в замкнутом сосуде.

В целях профилактики мы перед подсадкой, строго соблюдая правила асептики, добавляем на каждые 30 г готовой для подсадки ткани 50 000 единиц пенициллина, растворенного в 3 мл физиологического раствора; после этого ткань шпателем накладывается в шприц. Кожу на месте подсадки (область левого подреберья спереди) мы обрабатываем спиртом, смазываем 5% йодной настойкой, анестезируем 0,25% раствором новокаина в виде лимонной корочки диаметром в 1 см, а затем инъецируем 2—3 мл кашицеобразной массы ткани в подкожную клетчатку на глубину 3 см (игла вводится под углом в 45°). Кожная ранка после инъекции смазывается 5% настойкой йода, затем накладывается сложенная в четыре слоя марлевая салфетка величиной в 1 см² и сверху несколько больших размеров липкий пластырь.

На 60 подсадок, произведенных нами хирургическим путем, два раза имело место нагноение и четыре раза — секвестрация подсаженных кусочков ткани. На 220 подсадок, сделанных путем инъекции, только два раза отмечалась частичная секвестрация и один раз нагноение.

Мы считаем, что подсадка ткани посредством шприца менее травматична. Она переносится больными как обычная инъекция, снижает процент секвестраций, гематом и нагноений и может быть проведена в амбулаторных условиях. Наконец, возможно, что при автоклавировании консервированной ткани в закрытом сосуде сохраняется большее количество биогенных стимуляторов, а это может обусловить более высокую эффективность тканевой терапии.

СЛУЧАЙ СЛОНОВОСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

А. Б. Пластун

Из акушерско-гинекологической клиники (зав. — проф. Н. П. Верхацкий) Львовского медицинского института

Больная С., 19 лет, обратилась в клинику с жалобами на опухоль наружных половых частей, мешающую ходить и работать. Заболевание началось около 2 лет назад. Больная заметила на правой большой губе безболезненную припухлость величиной с горошину, мягкой консистенции. За последние полгода опухоль достигла размеров головы взрослого человека. За медицинской помощью больная не обращалась. Опухоль она подвязывала пленкой к животу, чтобы несколько облегчить затруднение при ходьбе.

Менструации начались с 14 лет, установились сразу, через 28 дней по 3 дня, безболезненные. Последняя менструация была около 3 месяцев назад. Полрвой жизнью не жила. Туберкулезом и венерическими болезнями не болела.

Больная среднего роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы и слизистые бледной окраски.