

производить измерение роста новорожденного, положив его на бок, сантиметровой лентой, которая направляется по спинке, а в области коленного сустава по тыльному краю сгиба, оставшегося после максимального выпрямления ножки; причем верхняя точка головки определяется перпендикулярной плоскостью, касающейся поверхности головки, находящейся в естественном положении.

Данное предварительное сообщение, ввиду небольшого материала, не может еще вполне точно решить поставленный перед нами вопрос. Дальнейшее наблюдение ведется. Пока же мы можем сделать три предварительных вывода.

1) Дети, рождаемые у нас в настоящее время, являются более крупными, чем раньше; после обследования большого материала, возможно, придется заняться пересмотром указанных в учебниках норм размеров и веса доношенного новорожденного.

2) Необходимо выработать точный метод измерения новорожденных и ввести его во всех родильных отделениях.

3) Таким методом должен, повидимому, быть метод измерения роста сантиметровой лентой, идущей по спинке и тылу коленного сгиба после максимального выпрямления ножки.

Поступила в ред. 2/IV 1938.

---

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов)  
Новосибирского государственного института усовершенствования врачей  
и Медицинского института.

## К вопросу об атрезии шейки при беременности и о „Missed labour“ при этом сочетании.

Проф. Н. Горизонтов.

Среди причин атрезии шейки матки абразия в соединении с дилатацией цервикального канала бужами Хегара приобрела, особенно за последние десятилетия, доминирующее значение.

Абразия является основным методом в производстве многочисленных искусственных легальных абортов, число которых, надо заметить, у нас в СССР после декрета от 27/VI 1936 года колоссально снизилось, и основным методом лечения неполных выкидышей, а также методом, часто практикующимся для лечения детской матки и конической шейки, и широко применяющимся лечебным и диагностическим методом в борьбе с маточными кровотечениями. Очень часто абразия применяется и в гинекологии и в акушерстве, но при неосторожном и неправильном применении она заключает в себе ряд моментов, создающих благоприятные условия для развития атрезии шейки (глубокие травмы внутреннего зева при неосторожной дилатации бужами Хегара и глубокие соскабливания абразийными ложками слизистой оболочки внутреннего зева и цервикального канала—Цомакион, Какушкин).

В гинекологическом отделении акушерско-гинекологической клиники Новосибирского ГИДУВ с 1931 по 1937 г. среди 16065 стационарных гинекологических больных было 27 женщин, страдавших атрезией шейки матки, причем во всех этих случаях атрезия развилась после выскабливания матки: у 23 женщин после выскабливания при искусственном аборте, а у четырех после выскабливания по поводу послеродовых кровотечений.

Атрезии шейки в зависимости от места воздействия производящей причины бывают локализованы то в области наружного зева, то на протяжении цервикального канала, то в области внутреннего зева и имеют вид либо более или менее тонкой перепонки (перепончатая атрезия), перегородивающей цервикальный канал или закрывающей наружный или внутренний зев, либо имеют вид плотного рубца (компактная, рубцовая атрезия), облитерирующего различные участки цервикального канала на большем или меньшем протяжении. Последнего рода атрезии нередко бывают соединены с более или менее обширными деформациями шейки и рубцовыми изменениями.

Из 27 наших больных, страдавших атрезиями шейки после абразии матки атрезия чаще была локализована в области внутреннего зева.

Атрезия шейки очень редко наблюдается при беременности и при родах. Об этом говорят все авторы, изучавшие этот вид акушерской патологии (Каминский, Мандельштам, Матье и Шауффлер и др.). Об этом также говорят и данные акуш.-гинекологической клиники Новосибирского ГИДУВ. Среди 9077 беременных и рожениц, находившихся в клинике за последние 5 лет (с 1933 до 1938 г.), было всего 2 случая атрезии шейки при наличии беременности и родов.

Сочетание беременности в матке и атрезии шейки возникает, как показывают опубликованные случаи этого рода, таким образом, что до и при наступлении зачатия шейка была еще проходима, но после зачатия, в течении данной беременности проходимость ее утрачивалась и развивалась атрезия шейки в том или другом отделе ее, при этом беременность прогрессировала и доходила до конца.

Вследствие редкости этого явления в акушерской литературе имеются немногочисленные сообщения этого рода. В специальной литературе мне удалось собрать следующий казуистический материал:

1) Случай Каминского. Перепончатая атрезия на  $1/2$  см выше наружного зева, 2-месячная беременность. Искусственный аборт дилатацией и абразией. Выздоровление. 2) Случай Риссмана, 3) Случай Артура, 4) Случай Е. Френкеля. В этих трех случаях имелась атрезия шейки при доношенной беременности. Missed labour (исход мне неизвестен). 5) Случай Сердюкова. Рубцовая атрезия наружного зева и срочные роды. Кесарское сечение. Живой плод. 6) Случай Хизгена. Плотная рубцовая перегородка во внутреннем зеве и срочные роды. Мертвый плод. Абдоминальная экстирпация матки с плодным яйцом вследствие инфекции. 7) Случай Лау. Рубцовая атрезия наружного зева и сводов. Срочные роды. Рассечение рубцов. Щипцы. Живой плод. Выздоровление матери. 8) Случай Штольнера. Плотная перегородка во внутреннем зеве. Missed labour (2 м.) Цервикальн. кесарское сечение. Выздоровление. 9) Случай Мандельштама Б. 23 г. (он же описан Карлиным) Плотная перегородка во внутреннем зеве (Conglutinatio orificii interni) Missed labour (2 м.) Влагалищное кесарское сечение. Выздоровление. 10) Случай Войналовича. Полное зарощение шейки. Missed labour (2 м.) 11) Случай Кедровой. Случай гематомы и атрезии шейки в первой

половине беременности. 12) Случай Матье и Шауффлера. Атрезия в верхнем отделе шейки (внутренний зев). Срочные роды. Операция Порро.

Кроме своего случая эти два последних американских автора указывают на такие же случаи, описанные Вильсоном, Де-Ли, Ван-де-Уэркером и упоминают еще о 9 случаях, известных им из литературы.

Если не принимать в расчет 9 случаев, о которых упоминают Матье и Шауффлер, то можно сказать, что нам удалось найти в доступной литературе всего 15 случаев атрезий шейки при беременности и родах. Если этими случаями и не исчерпывается казуистический материал этого вопроса, то, несомненно, что казуистика его пока очень скудна и нуждается в накоплении, особенно в нашей литературе.

Среди 13 собранных нами случаев атрезий шейки в конце беременности в 6 из них имели место missed labour. Это обстоятельство говорит за то, что атрезии шейки играют немаловажную роль в развитии этой редкой аномалии родов.

После этих кратких литературных данных опишу два наблюдавшихся в акушерско-гинекологической клинике ГИДУВ случая атрезии шейки в конце беременности, в одном из которых имел место и missed labour.

Случай 1. Б. А. И. (№ 1271. Акуш. отделения клиники) поступила 13/X 1936 г. в клинику с начавшимися родами. Анамнез и объективные данные: Б., 25 л., замужем 9 лет, работающая на телеграфе. Среднего роста, правильного телосложения, вполне удовлетворительного питания. Месячные с 14 лет, через 3 нед. 4—5 дней, безболезненные. Последние крови 26/XII. Беременна -й раз. Беременности 1, 2 и 6 кончились срочными родами, а 3, 4 и 5—искусственными выкидышами. Первые и вторые роды были нормальны и окончились рождением живых плодов, из которых остался в живых теперь один. 6-я беременность окончилась также срочными родами (третьи) в октябре 1935 г. в акушерской клинике; но роды были осложнены поперечным положением плода и ригидностью шейки в области внутреннего зева, причем Б. поступила в клинику с отошедшими водами и выпавшей пуповиной. После комбинированного поворота на ножку при открытии на 3 пальца только через сутки шейка достаточно открылась, и мертвый плод (весом 3640 г.) был извлечен. В послеродовом периоде был легкий эндометрит. После 14-дневного пребывания в клинике Б. поправилась.

Наступившая через 2½ месяца после родов (с конца декабря 1936 г.) последняя (7-я), беременность протекала с некоторыми отклонениями во второй половине: кровянистые выделения около 20 дней и слабая желтуха.

Эту последнюю беременность считает перенесенной недели на две.

При поступлении в клинику температура 36,8°, пульс 72, белка в моче нет, таз: dist. sp. 25, d. cr. 27, d. troch. 29, Con. ext. 20.

Окружность живота на уровне пупка (максимальная) 102 см, высота дна матки над лобком 30 см.

Плод жив, большого размера и находится в косом положении (головка слева, в дне матки, а ягодицы в правой подвздошной ямке).

Внутреннее исследование обнаружило несглаженную шейку длиной в 3½ см и наружный зев—пропускающим палец в цервикальный канал; в области внутреннего зева (в расстоянии 3—4 см от наружного зева) находится плотная рубцовая облитерация, в виде неподатливой фиброзной пластинки довольно значительной толщины, так как через нее в нижнем отделе полости матки было невозможно что-либо прощупать. Вследствие наличия такой плотной облитерации в области внутреннего зева и желания Б. иметь живого ребенка 13/X 1936 г. было произведено под эфирно-хлороформным наркозом кесарское сечение по Порро, по типу обычной надвлагалищной ампутации матки с оставлением яичников.

По вскрытии брюшной полости продольным разрезом в брюшной полости в области матки и придатков каких-либо особенностей не обнаружено: матка

была подвижна и без сращений, придатки тоже. После того как из матки были извлечены плод и послед и мы убедились сверху в наличии плотной облитерации внутреннего зева, матка провизорно была зашита и надвлагалищно усечена, причем отделяющий шейку от тела разрез прошел несколько выше облитерированного участка, вследствие этого из остатка матки был иссечен дополнительно конусовидный участок толщиной в 2 см, но и при этом цервикальный канал остался нескрытым. Оставленная шейка и полость малого таза были перитонизированы обычным образом и брюшная стенка зашита наглухо.

Послеоперационный период прошел без особых осложнений, брюшная стенка зажила регрессивно. На 15-й день после операции Б. выписалась в хорошем состоянии при нормальной температуре и отсутствии экссудатов в полости малого таза.

Хотя плод был извлечен очень скоро после начала операции (через 10—15'), однако он был извлечен мертвым.

Плод был женского пола, длиной 56 см, весом 3640 г и не имел каких-либо дефектов развития. На вскрытии его обнаружено резкое застойное полнокровие всех органов; недышавшие легкие. Эти данные указывают, что плод погиб от расстройства сердечной деятельности, повидимому, в связи с общим наркозом матери.

Послед прикреплялся к передней стенке матки в правой ее половине и весил около 700 г, пуповина имела длину 48 см. Послед и оболочки без особенностей. Вырезанный конусовидный кусочек из облитерированной верхней части шейки был подвергнут микроскопическому исследованию.

В срезах из него цервикального канала и цервикальных желез обнаружено не было. Основную массу его составляла плотная волокнистая соединительная ткань, которая находилась, главным образом, в центре кусочка в области расположения облитерированного цервикального канала. В этой ткани были разбросаны пучки гладких мышечных волокон, количество которых к периферии кусочка заметно увеличивалось.

Резюмируя этот случай, надо сказать, что в нем имелась компактная (рубцовая) атрезия в области внутреннего зева и верхнего отдела шейки. Она имела в длину не менее двух см. Возникновение ее необходимо поставить в связь с предшествовавшими тяжелыми родами. Допускать какие-либо другие причины, например, попытки к плодизгнанию, нет данных ни в анамнезе, ни в отношении Б. к последней беременности. Пожелала иметь ребенка и для сохранения его жизни охотно пошла на кесарское сечение.

Атрезия в этом случае, повидимому, развивалась таким образом: на почве тяжелых предшествовавших родов возникало в области ригидного внутреннего зева резкое повреждение слизистой оболочки и прилежащей к ней мышечной ткани, затем в области этого повреждения образовался дефект слизистой оболочки и возникла рубцующаяся грануляционная ткань, вследствие чего уже вскоре после этих патологических родов образовался, нужно думать, стеноз в области внутреннего зева. Этот стеноз не воспрепятствовал зачатию, которое, как известно, наступило у Б. через 2½ м-ца после родов. Но стеноз, постепенно прогрессируя во время беременности, к концу ее привел внутренний зев и верхнюю часть цервикального канала к значительной облитерации (не менее 2 см), в результате чего и получилась та картина, которая была обнаружена у Б. при внутреннем исследовании и особенно при операции.

Кровянистые выделения, на которые указывала Б. во второй половине беременности, очевидно, происходили из гранулирующей поверхности цервикального канала и стояли в связи с еще незакончившимся в то время процессом рубцевания.

Случай 2. Больная К. М. Е. (№ 1600/12<sup>98</sup> акуш. журнала) поступила 14/XI 1937 г. в клинику по поводу затанувшей на несколько месяцев за срок беременности и прекращения движения плода.

Анамнез и объективные данные: К. 30 лет, замужем 10 лет, по профессии счетный работник, среднего роста, при вильного телосложения и удове вори- тельного питания. Месячные с 14 лет, через 3 недели по 2—3 дня, безболез- ненные. Последние в конце января 193 г. Беременна 6-й раз, причем 1, 2 и 3 беременности окончились выкидышами, из которых первый был искусствен- ным, а остальные — естественными; 4-я беременность окончилась срочными ро- дами с перфорацией головки плода в феврале 1926 г., 5-я беременность закон- чилась в октябре 1933 г. естественным на 3-м месяце выкидышем, потребовав- шим производства абразии. После абразии (произведенной в райбольнице) К. не болела. Наступившая через 3 месяца 6-я беременность, по поводу которой К. легла в клинику, протекала с незначительными расстройствами (некоторая отечность ног во второй половине). Эта беременность для К. была очень желательна. С 7/X 1937 г. К. получила декретный отпуск. Роды предполагались в начале ноября 1937 г. (между 3—14/XI).

К., переехавшая в это время в Новосибирск, посещала одну из женских консультаций, причем в конце октября был констатирован у нее 37—38-недель- ный возраст беременности, ясное сердцебиение плода, находившегося в II-й позиции головного предлежания; кровяное давление по Рива Рочи 110/90, вес 66 г.

Ожидавшиеся в начале ноября роды не наступили.

2/XI вричом консультации ясно было констатировано сердцебиение плода, находившегося в том же положении.

В начале декабря (с 6/XII) К. перестала ощущать движение плода, 9/XII и 13/XII 1937 г. уже не мог его прослушать и врич на консультации. Кроме того, при внутреннем исследовании, которому до сего времени в консультации К. не подвергалась, была обнаружена облитерация внутреннего зева.

При диагнозе облитерации внутреннего зева, переносенной беременности и несостоявшихся родов К. была направлена в акушерскую клинику. В клинике найдено: общее состояние вполне хорошее. Темпер тура 36,5—38,8°, пульс 70—80. Легкие и сердце нормальны. Белка в моче нет, кровяное давление 90/60. Группа крови III (Ba).

Таз: Dist. sp. 25, D. cr. 27, D. troch. 29, Conj. ext 18,5, Conj. diag. 11,5 см. Окружность живота на уровне пупка (наибольшая) 96, высота дна матки над лобком 34 см. Матка безболезненна, но напряжена, вследствие чего части плода не отчетливо контурируются. Плод большого ра мера лежит в продольном положении в головном предлежании, причем головка стоит над входом в таз. Сердцебиение и движение плода — отсутствуют.

Наружные половые органы без особенностей. Внутреннее исследование обнаружило норм льный рукав и хорошо сформированную шейку длиной 3—3 1/2 см.; наружный зев, имеющий небольшой разрыв слева, приоткрыт на палец; цервикальный канал пропускал свободно палец на 2 1/3—3 см до внутреннего зева; в области этого последнего он был замкнут: здесь находилась плотная перегородка, несколько выпуклая в просвет цервикального канала; через неподатливую перегородку было невозможно прощупать высоко сходящую головку, которая яснее определялась через передний свод.

Шейка в целом была несколько уплотнена. По окружности наружного зева имелась небольшая эрозия. Выделения в среднем количестве, серозно-слизи- стые. При общем хорошем самочувствии больная жаловалась лишь на появив- шийся неприятный вкус во рту.

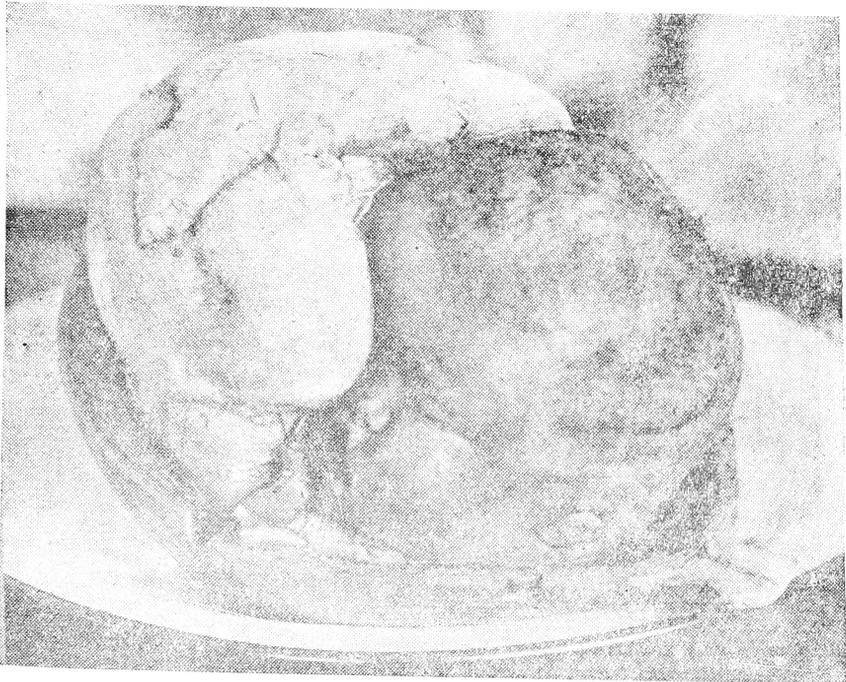
Все эти данные вполне подтврдили диагноз женской консультации: рубцовая облитерация внутреннего зева, переносенная беременность (приблизительно на 3—4 недели) и несостоявшиеся роды, двухнедельной давности. При этом диагнозе в клинике после нескольких дней наблюдения решено было вызвать родовую деятельность путем дачи касторового масла (30,0, солянокислого хинина (1—1,5), питуикрина 2,0 и горячих спринцеваний (4—8°C с марган- цовокислым калием в ричете, что под влиянием рзвившейся родовой деятель- ности и напора плодного пузыря и предлежащей части перегородка растянется и лопнет, и родоразрешение мертвого плода может окончиться или самопроиз- вольно или искусственно через естественные родовые пути.

В течение почти месяца (с 15/XII 1937 г. до 13/I 1938 г.) были трижды даны указанные средства, а влагалищный душ с небольшими перерывами применялся с 26/XII до 12/I. Но несмотря на такое настойчивое применение их, все-таки не удалось вызвать появление родовой деятельности.

С 5/I появились довольно определенные симптомы, указывающие на всасывание погибшего плодного яйца. Окружность живота уменьшилась на 1—2 см (95—94 см), матка стала более плотной и болезненной, части плода стали значительно хуже прощупываться, температура начала принимать субфебрильный характер, колеблясь между 37,2—37,4°, а нередко по вечерам достигая 37,5—37,9°, при пульсе 75—90. Кроме того, у больной к неприятному вкусу во рту присоединились головокружение, тошнота, иногда рвота и познобление. С применением спринцеваний количество выделений из рукава значительно увеличилось; они приняли характер водянисто-слизисто-гнионых, иногда с гнилостным запахом. К 14/I 1938 г. объективно шейка и перегородка почти несколько не изменились в смысле их растяжения по сравнению с прежним.

Вследствие развития этих симптомов, указывающих не только на всасывание продуктов распада погибшего плодного яйца, но и на инфекцию его, было приступлено к радикальному вмешательству.

14/I под эфирным наркозом была произведена абдоминальная экстирпация матки с плодным яйцом и с оставлением яичников (асс. Фролов и Левина). Рукав зашит наглухо. Операция прошла без осложнений (1 ч. 25'). Послеоперационный период прошел гладко с несколькими повышениями температуры до 37,9°. Брюшная стенка зажила рег ргшаш, в полости таза не было никаких воспалительных осложнений. На 14-й день после операции К. могла быть выписана, как поправившаяся.



При разрезе матки пополам, причем разрез шел спереди назад через цервикальный канал и переднюю и заднюю стенки тела матки, не захватывая плод, обнаружилось, как это видно на фотографическом снимке, что в полости плодного яйца находился мацерированный большой плод в головном предлежании и резко выраженном типичном членорасположении; околоплодных вод было

не более 50 см<sup>3</sup>. Воды были зеленовато-бурого цвета и мутные. Амнион и хорион вследствие некроза распались на пласты и лоскутки, свисавшие от внутренней поверхности матки в ее полость.

Плод был женского пола, правильно сформирован, имел в длину 51 см и весил 3600 г. Пуловина, значительно мацерированная, имела в длину 73 см и была негусто обвита вокруг шеи и туловища.

Послед, большой величины (приблизительно 20 × 23 см), прикреплялся частично ко дну, по главным образом к задней стенке верхнего отдела тела матки. Следов кровоизлияний не было заметно.

Хорошо сформированная шейка матки имела цервикальный канал длиной 3 см и в диаметре 3—4 мм и не представляла на вид никаких особенностей. Внутренний зев был незаращен. На 1—1½ мм выше него (см. снимок), в области как бы начавшегося истмуса, находилась сплошная перегородка толщиной в 2 мм, отделявшая шейку матки от полости тела. Эта перегородка имела такой же вид и такое же слоистое строение в виде продольно идущих слоев, как и прилежащая к ней стенка матки. Было заметно, что слои ткани перегородки переходили во внутренние слои стенки матки и представляли как бы их прямое продолжение. В области этой облитерирующей перегородки плодные оболочки отслоились и отошли кверху в виде лоскута. Измеренная в различных местах стенка матки имела неодинаковую толщину: стенка цервикального канала—1—1½ см, стенка тела в различных местах вне области прикрепления послета 0,3—0,5 см, в области же прикрепления послета 0,2—0,3 см; наибольшая толщина стенки тела вместе с последом—3 см.

Атрезирующая матку перегородка, при изучении ее под микроскопом, в основном состояла из плотной соединительной ткани, расположенной в виде продольно идущих слоев, отделенных друг от друга тонкими прослойками более рыхлой ткани, в которой находилось довольно мало сосудов и довольно значительная инфильтрация лейкоцитами. Среди пучков соединительной ткани встречались в небольшом количестве тонкие пучки гладкой мускулатуры, что отчетливо было видно на препаратах, окрашенных по ван-Гизону. Эти пучки и слои ее тканей представляли непосредственное продолжение таких же пучков внутреннего слоя прилежащей стенки матки. Поверхность перегородки, обращенная в полость матки, была покрыта в виде тонкого слоя отпадающей оболочкой, которая была значительно инфильтрирована лейкоцитами, большей частью не имела покровного эпителия. Поверхность перегородки, обращенная к цервикальному каналу, была покрыта слизистой оболочкой. Последняя была очень тонка и состояла из волокнистой соединительной ткани с большим количеством лейкоцитов и уплощенного цилиндрического эпителия, расположенного в один ряд по ее поверхности, впрочем эпителий был налицо лишь местами. В участках перегородки, переходящих в стенку матки, встречались изредка железы в виде единичных сплюснутых и вытянутых каналов, покрытых уплощенным цилиндрическим эпителием.

Слизистая оболочка цервикального канала, как можно было судить на основании изучения кусочка ее, вырезанного из области внутреннего зева, носила еще изменения, свойственные беременности: она была несколько отечна, диффузно пропитана лейкоцитами и децидуальными клетками, которые иногда встречались в виде небольших очажков в верхушках ее складок. Железы попадались в умеренном количестве и были несколько кистовидно расширены, эпителий их был хорошо сохранен. Покровный эпителий местами отсутствовал и часто состоял из 2—3 рядов клеток.

В теле матки отпадающая оболочка была очень истончена, диффузно инфильтрирована круглыми клетками и находилась в состоянии некроза. В послете под микроскопом обнаружена значительно выраженная гибель ворсинок. Они содержали много соединительной ткани и очагов некроза и гиалинового перерождения. Сосуды их часто встречались облитерированными или с очень незначительными просветами, и у половины ворсинок покровный эпителий был еще сохранен. Межворсинчатые пространства вместо свежих кровяных элементов в большинстве были выполнены гомогенными зернистыми массами. Глубокого врастания ворсинок в толщу мышцы матки не было заметно; сосуды матки особенно венозные в области прикрепления послета были еще обильно развиты и наполнены кровью. В мускулатуре матки соединительная ткань была развита в значительном количестве.

Резюмируя этот случай (2), можно сказать, что в нем атрезия шейки была перепончатая. Облитерирующая перепонка была несколько необычна по своему строению и по своей локализации. Она содержала мышечную ткань; слои ее тканей представляли непосредственное продолжение внутренних слоев нижнего отдела стенки матки. Необычность ее локализации состояла в том, что она была расположена несколько выше ( $1-1\frac{1}{2}$  мм) внутреннего зева. Между внутренним зевом и перегородкой, имеющей полусферическое очертание с выпуклостью, обращенной в цервикальный канал, находилось на препарате некоторое пространство в форме как бы треугольника (см. снимок), основание которого было обращено к перегородке, а вершина к цервикальному каналу. Подобная локализация перегородки, по нашему мнению, искусственно создавалась в последнее время, с одной стороны, под влиянием растяжения стенок нижнего сегмента матки, вследствие внутриматочного давления, а с другой — под влиянием многократного внутреннего исследования (не менее 4 раз) с введением пальца в цервикальный канал; при этой манипуляции палец, давя на атрезированный (спаившийся, конглоutinированный) внутренний зев, растягивал это место и вместе с тем отслаивал и внутренние слои прилежащего участка стенки матки, которые затем и стали входить в состав образовавшейся в зеве перепонки. В результате этих воздействий и получилось, что атрезированный внутренний зев превратился в облитерирующую перепонку, как бы нависающую в цервикальный канал, а эта последняя вследствие отслоения кверху с прилежащими тканями оказалась расположенной выше внутреннего зева и получила в свой состав мышечные элементы из прилежащего мышечного слоя матки.

Подобный процесс образования облитерирующей перепонки в области внутреннего зева, с наличием в ней мышечных элементов и искусственным смещением ее кверху от внутреннего зева особенно должен иметь место в тех случаях, в которых в области внутреннего зева слизистая оболочка шейки с подлежащими слоями тканей образует циркулярный валик, выпячивающийся на подобие „козырька“ (по Мандельштаму) в просвет цервикального канала. Возможно допустить, что в этом нашем случае область внутреннего зева имела указанную особенность в строении, которая и обусловила развитие указанных свойств облитерирующей перепонки этого случая.

Надо заметить, что такие перепонки, как бы нависающие в цервикальный канал в области внутреннего зева и переходящие на своей периферии в стенку матки и интимно с ней спаивные, легко могут быть приняты за плодный пузырь, состоящий из плотных толстых оболочек. Это имело место в случае Мандельштама и Штольпера.

Поводом к образованию атрезии в нашем случае вероятнее всего была абразия при выкидыше, предшествовавшая последней беременности. Возможно допустить, что на почве абразивной травмы возникли в тканях внутреннего зева медленно заживающие фиссуры, которые не оказали препятствия для зачатия, последовавшего через 3 месяца после абразии. Во время же наступившей беременности образовалось во внутреннем зеве на почве еще незаживших фиссур и грануляций заращение, слипание его. Вследствие того, что для

нашей больной эта беременность была желательной—травмы *sub graviditate* с целью плодизгнания в качестве причины атрезии не могли иметь места. Помимо своих многих интересных особенностей (своеобразная атрезия, *missed labour* и пр.) этот случай является поучительным в том отношении, что он показывает, что восходящая инфекция матки и погибшего плодного яйца иногда может возникать и при атрезии шейки. Это обстоятельство заставляет в случаях, подобных нашему, быть особенно осторожным с производством внутренних исследований, а также быть осторожным с применением таких лечебных манипуляций, которые заключают в себе некоторую возможность внесения инфекции (продолжительные спринцевания и пр.)

Судя по нашему материалу, атрезия шейки оказывает различное влияние на течение родов в зависимости от ее локализации, в области внутреннего или наружного зева, от ее плотности и обширности. При перепончатых атрезиях в области наружного зева, без значительных рубцовых изменений, роды могут произойти самостоятельно, если не считать надразов атрезированного участка, напротив, при значительных рубцовых изменениях в области наружного зева—могут затянуться и потребовать различных довольно глубоких разрезов, наложения щипцов (случай Лау) и кесарского сечения (случай Сердюкова).

При локализации атрезии в области внутреннего зева роды, как правило, резко нарушаются. Часто здесь возникают несостоявшиеся роды. Из 7 несостоявшихся родов (*missed labour*) в сочетании с атрезией шейки нам известно 3 случая, в которых атрезия находилась, именно, в области внутреннего зева (случаи Штольпера, Мандельштама и наш 2), а где она была локализована в трех случаях, к сожалению, нам неизвестно (случаи, помеченные в нашей казуистике 2—4) и в одном случае (10—сл. Войналовича), она по видимому находилась только в наружном зеве, а не занимала весь цервикальный канал, как об этом трактует автор.

Помимо развития несостоявшихся родов при локализации атрезии в области внутреннего зева последний, несмотря на наличие хороших схваток, не раскрывается больше, чем на палец, несмотря на то, что имеется только перепончатая атрезия; роды при этом затягиваются, и приходится их оканчивать через искусственно созданные родовые пути—большую частью операцией Порро (случай Матье, наш 1 и др.), в случаях инфекции при мертвом плоде—экстирпацией матки (случай Хизгена, наш 2).

Исход родов для матери и плода находится в большой зависимости от времени производства оперативного вмешательства и от условий больничной обстановки. Среди небольшой, известной нам казуистики есть несколько случаев получения живых плодов (случай Сердюкова, Лау и др.).

Что касается матерей, то они в большинстве случаев благополучно переносили роды, соединенные с оперативным вмешательством.

Среди имеющихся в нашей казуистике 7 случаев *missed labour* способ ликвидации этого вида патологии и судьбы матерей известны только в четырех случаях. В одном из них произведено абдоминаль-

ное цервикальное кесарское сечение (сл. Штольпера), в другом (сл. Мандельштама)—вагинальное кесарское сечение и удаление перегородки, в третьем (наш 2)—абдоминальная экстирпация матки и в четвертом—рассечение атрезии и извлечение мацерированного плода по частям (сл. Войналовича). Исход для матерей во всех четырех случаях был благоприятный.

В отношении профилактики этого тяжелого осложнения беременности надо сказать, что она в общем должна состоять в устранении причин, на почве которых развивается чаще всего это осложнение, в частности, в устранении из лечебного арсенала едких и крепких растворов прижигающих веществ при лечении эрозий и эндоцервицитов, особенно у женщины чадородного возраста, в изъятии как предохранительного от беременности средства шариков с сулемой, в борьбе с криминальным абортom, соблюдении мер предосторожности при расширении шейки бужами Хегара и при выскабливании матки в смысле недопущения грубых манипуляций дилататорами и абразивными ложками и пр. Ковакс в последнее время в качестве профилактической меры против развития стенозов и атрезий шейки особенно рекомендует широкое применение гормональной терапии, особенно в виде препаратов гормонов яичника при лечении различных патологических процессов шейки, на почве которых может возникнуть впоследствии атрезия.

*Литература.* 1. Войналович, Врач, 1894.—2. Какушкин, Каз. мед. журнал, стр. 597, 1932.—3. Каминский, Каз. мед. жур., стр. 297, 1931.—4. Карлин, Жур. акуш. и жен. б., стр. 889, 1929.—5. Кедрова, Жур. акуш. и жен. б., 1915.—6. Лурия Р. А., Сборн. проф. Н. Горизонтова Новосибирск, стр. 82, 1935.—7. Мандельштам, К клинике и терапии гинатрезий. Гос. мед. изд., стр. 60, 1929.—8. Сердюков, Научная медицина, 1919, Ленинград.—9. Цомакион, Труды 1-го Украин. съезда, Киев, стр. 373, 1928.—10. Halban, Seitz, Biologie und Pathologie d. Weibes, Bd VII, T 1, s. 375.—11. Halban, Zbl. f. Gyn. s. 1051, 1934.—12. Hisgen, Zbl. f. Gyn. № 22, 1920.—13. Kovacs, Zbl. f. Gyn. № 21, s. 1233, 1936.—14. Lau, Zbl. f. Gyn. № 32, 1920.—15. Mathieu und Schaufliker, Zbl. f. Gyn. № 47a, 1929.—16. Stolper, Zbl. f. Gyn. № 15, 1926.

Поступила в ред. 5/IV 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей в г. Новосибирске.

## **Внутриматочное введение иода с контрацептивной целью, как возможная непосредственная причина эктопической беременности.**

С. Д. Зацепин.

Внутриматочные впрыскивания иода были известны уже давно. В последнее время научная разработка метода резко ограничила сферу его применения. Лечение подлежат функциональные метропатии при отсутствии объективных изменений в половом аппарате (Metropathia haemorrhagica) и не поддающиеся другим методам ле-