

того рекомендуют внутривенное вливание 5% раствора глюкозы в количестве 500 см³ до операции или во время операции, после операции—дополнительное вливание раствора глюкозы или же солевого раствора.

Выводы: 1. При placenta praevia totalis кесарское сечение обязательно во все сроки беременности.

2. При placenta praevia partialis при наличии значительного кровотечения и недостаточном открытии шейного канала (менее 2 п/п), если мать настаивает на получении живого плода, также показано кесарское сечение.

3. В случае кровотечения на почве placenta praevia при беременности 7—8 мес., необходимо беременную оставлять в стационаре после прекращения кровотечения до конца срока беременности.

4. Предшествующие аборт способствуют образованию предлежания детского места.

Поступила в ред. 25.XI.1937 г.

Из акушерско-гинекологической клиники 2-го ЛМИ (зав. кафедрой Г. М. Шполянский).

О стенозах цервикального канала.

И. Ф. Панцевич.

Нередко встречающиеся случаи стенозов родовых путей образуются у взрослых женщин, по мнению большинства авторов, в результате травматических или воспалительных процессов в этой области.

Так, например, Кнауер считает, что непосредственной причиной для образований сужений родового тракта служат послеродовые воспалительные заболевания, некрозы и изъязвления, которые развиваются на раневой поверхности при повреждении во время родов.

Эти поражения являются входными воротами для микроорганизмов, которые по разрыхленной ткани, лимфатическим и кровеносным путям проникают вглубь, вызывая местное воспаление, а воспаленные раневые поверхности, заживая вторичным натяжением, оставляют после себя рубцы и сращения, ведущие к сморщиванию тканей. При значительных размерах раневой поверхности легко получается стеноз и атрезия. Послеродовые язвы шейки матки иногда оставляют рубцы, которые ведут к значительному сужению или даже заращению цервикального канала. Нагель, Фейт, Мейер и др. утверждают, что в большинстве случаев стеноз и атрезия полового канала у женщин во многом зависят от влияния воспалительных процессов. Проф. Судаков полагает, что атрезия высоких отделов влагалища представляет порок развития, что касается других отделов, то вполне

реальна возможность заражения вагины и девственной плевы при различных инфекционных заболеваниях детского возраста (корь, скарлатина, дифтерия, гонорея и др.). Образовавшиеся сращения и заражения при этих заболеваниях, затемняясь общим тяжелым течением болезни, могут быть своевременно не замечены и обнаруживаются потом при достижении полового созревания или позже при выходе замуж.

Груздев указывает на травматические повреждения при родах, как на причину образования стенозов и атрезий в половом аппарате женщины. Родовая травма, особенно при узком тазе, может вести к значительным сужениям, т. к. здесь родоразрешение сопровождается часто размождением, а затем и омертвлением тканей. Заживление последних происходит вторичным натяжением с образованием рубцов, которые ведут к стенозу и атрезии рукава и цервикального канала.

Мандельштам считает, что цервикальные и маточные атрезии в чадородном возрасте обуславливаются или инфекцией (инфекционный выкидыш, послеродовые заболевания), или оперативной травмой (ампутация шейки, влагалищное кесарское сечение, выскабливание полости матки и т. д.), либо появляются вследствие применения прижигающих веществ.

У старух атрезии и стенозы могут образоваться вследствие атрофического слипчивого процесса, где примешивается вторичная инфекция, что ведет к дезэпителизации стенок полового канала, к склеиванию, а затем и сращению их.

Вейнер, Гейн и др. указывают на случаи врожденной цервикальной атрезии при менструирующей матке и аплазии влагалища, что впрочем наблюдается в виде исключения.

Наши случаи стеноза цервикального канала относятся исключительно к „абортной травме“, полученной при выскабливании полости матки и области внутреннего зева. Во многих случаях имеются указания и на инфекцию в *puerperium post abortum*, которая способствовала рубцовой регенерации тканей, что несомненно вело к сужению родовых путей. Естественно, что эти два момента (травма и инфекция) дополняют друг друга и вместе вызывают более глубокие поражения. Это мы видим в большинстве наших случаев.

Случай 1. М. У., 30 л. (№ ист. бол. 2630 9/IV 36 г.), официантка, поступила с жалобами на кровянистые выделения из половых органов в течение 3 недель.

Роды — 1-е в 1929 г. Родила в больнице. В послеродовом периоде болела 5 недель при высокой температуре. Абортов — 7, из них 5 искусственных и 2 выкидыша. Последний искусственный 2/V 35 г., после которого было в течение продолжительного времени кровотечение при субфебрильной температуре. Менструрует через 28 дней, по 3—4 дня, до последнего аборта без болей, а после него с болями в животе и пояснице. От беременности не предохранялась.

Объективные данные: внутри. органы без отклонений от нормы. Вагинальный статус; матка в *ante flexio*, увеличена соответственно 5—6 нед. беременности, с размягчением в нижнем сегменте, наружный зев закрыт, своды свободные. Кровянистые выделения.

Болезнь продолжительное время наблюдалась в амбулатории и был поставлен диагноз: *missed abortion*.

10/IV решено сделать выскабливание полости матки. Больная взята на стол. При попытке расширения цервикального канала выяснилось, что пройти через внутренний зев самым тонким расширителем невозможно. Применено зондирование проволочным зондом, однако последний упирался в плотную складку у внутреннего зева. Дан наркоз с расчетом ослабить тонус жома, но тоже без успеха. Больная снята со стола. Назначен влагалищный душ 2 раза в день и хиинин внутрь. Через 2 дня кровотечение усилилось, появились схваткообразные боли в животе.

14/IV больная опять взята на стол. Приступлено к зондированию проволочным зондом и после продолжительных усилий последний проскочил в полость матки, вслед за ним с большим трудом, постепенно увеличивая диаметр зондов, а затем и расширителей, удалось раскрыть шейку, после чего удалено плодное яйцо обычным способом. Послеоперационный период без осложнений, больная выписана на 4-й день.

Случай 2. Б. Ч., 26 лет (№ истории болезни 3006), служащая, поступила в клинику 12/V 34 г. для производства искусственного аборта.

Анамнез: происходит из здоровой семьи, ничем не болела. Месячные с 16 лет по 4 дня, через 4 недели с болями внизу живота и пояснице. Боли начались после аборта (искусственного) в 1933 г. Последние месячные 28/III 34 г. Роды—1-е в 1932 г. нормальные в больнице. Искусственный аборт в больнице в 1933 г. осложнился кровотечением при повышенной температуре. Не предохранялась.

Астеничка, внутр. органы без отклонений от нормы. Вагинальный статус: Матка увеличена соответственно 6 нед. беременности, anteflexio, зев закрыт, своды свободные. Выделения слизистые. Диагноз—беременность 6 недель.

13/IV без наркоза после обычной дезинфекции приступлено к расширению цервикального канала, во время которого выяснилось, что внутренний зев непроходим для самых тонких номеров Гегара. Применено зондирование тонким пуговочным зондом (хирургическим), но тоже без успеха, т. к. зонд упирался как бы в плотный выступ в цервикальном канале, и найти отверстие не удалось. Дан наркоз, но попытки зондирования снова не дали успеха. Больная снята со стола. Назначен влагалищный душ—40° 1 раз в день, тампонада влагалища, питуикрин под кожу по 1,0—2 раза в день. 15/V, т. е. через день, больная вторично взята на стол, причем установлено значительное расширение цервикального канала до внутреннего зева. Последний же оказался закрытым—непроходимым для самого тонкого хирургического зонда. После длительных усилий и с большим трудом—удалось „проскочить“ через внутренний зев, сбoku от „выступа“ проведен зонд в полость матки, вслед за ним более толстый зонд, а затем и расширители с сопротивлением. В дальнейшем аборт закончен без труда. Через 3 дня больная выписалась в хорошем состоянии.

Случай 3. Д. Ш., 38 лет (история болезни № 1974), работница, поступила 25/III 36 г. по поводу кровотечения, начавшегося 18/III с.г. Накануне она сделала себе горячее спринцевание и горчичную ножную ванну с целью вызвать задержавшиеся с 25/I месячные.

Анамнез. Родов не было, абортов 3, все самопроизвольные, последний из них в 1928 г. закончился выскабливанием полости матки. Больная отмечает, что это выскабливание очень долго продолжалось и было очень болезненным. Менструирует с 16 лет по 5 дней через 3 недели с болями внизу живота и пояснице после последнего аборта. До этого—без болей. Последние месячные 25/I 36 года. За 2—3 недели до поступления в клинику появилась тошнота. До сих пор считала себя здоровой. Из инфекционных заболеваний отмечает сыпной тиф в 1927 г. В 1913 г. на лесопильном заводе получила увечие, была ампутирована левая рука.

Объективно: Больная нормостенической конституции, правильного телосложения, со стороны внутр. органов отклонений от нормы не отмечается. Вагинальный статус: вход не рожавшей, матка увеличена соответственно 2 мес. беременности, шейка существует, наружный зев круглой формы, закрыт, своды свободные, выделения кровянистые в умеренном количестве.

Диагноз: Abortus incipiens 8 недель. Дежурным врачом больная взята на стол для выскабливания полости матки, во время которого (без наркоза) при расширении цервикального канала отмечено, что расширители проходят неглубоко все же дилатация произведена расширителем Гегара до № 12. После этого установлено, что раскрыта шейка только до внутреннего зева, проник-

нуть за последний не удается. Применяется зондирование маточным и хирургическим зондами, но безуспешно, найги отверстие — внутренний зев — не удается, и больная снимается со стола. Назначается горячий влагалищный душ 2 р. в день, хинин по 0,5 х 3 раза в день. 28/III, т. е. через 3 дня, кровотечение заметно усилилось, больная вторично взята на стол.

При зондировании тонким хирургическим зондом отмечается складка, выступающая в цервикальный канал и закрывающая последний. После продолжительных усилий зонд проведен в матку, за ним с большим трудом началось постепенное расширение, которое закончилось расширителем Гегара № 12, после чего операция проведена без труда. Послеоперационный период гладкий, 31/III больная выписалась в хорошем состоянии.

Случай 4. М. Ш., 24 лет, служащая, 7/VI 1933 г. поступила в клинику для производства аборта. Анамнез: замужем с 1930 г. Родов не было, аборты — 2 искусственных, последний в 1931 г. оба — под наркозом. Последний аборт — неудачный, после него было кровотечение при повышенной температуре, 6 дней пролежала в больнице, после выписки лечилась амбулаторно. Месячные с 14 лет по 3—4 дня, через 4 недели. После аборта в 1931 г. боли внизу живота и пояснице. Последние мenses 20/IV 33 г. В детстве перенесла корь. Объективно: правильное телосложения, астеничка. Внутр. органы без отклонений от нормы. Р. в: Вход нерожавшей. Матка увеличена соответственно 7 нед. беременности, в антефлексии, безболезненная. Наружный зев круглый. Своды свободные. Выделения слизистые. Диагноз: Беременность 7 недель. 8/IV при производстве искусственного аборта (без наркоза) пройти в полость матки через внутренний зев не удается. Плотная складка в глубине цервикального канала, с большими углублениями по периферии, не пропускает самый тонкий проволочный зонд. После длительных и безрезультатных усилий дан наркоз — глубокий хлороформный.

Однако проникнуть зондом в полость матки не удалось, и больная снята со стола. К вечеру назначен горячий влагалищный душ, хинин внутрь, на второй день 8/VI — тоже 2 раза, 10/III — тоже, 11/III больная вторично взята на стол, на этот раз расширение цервикального канала закончилось успешно, но не без труда. Началось с зондирования проволочным зондом, и как только последний «проскочил», стали вводить зонды большего диаметра, а затем и расширители. Все время чувствовалось значительное сопротивление в области внутреннего зева. В дальнейшем аборт закончился без затруднений. Послеоперационное течение без осложнений, температура нормальная. Через 3 дня в хорошем состоянии больная выписалась из клиники.

Случай 5. М. М., 35 лет (ист. бол. № 3905), уборщица, поступила в клинику 5/VI 36 г. с диагнозом: беременность 7 недель. Замужем 17 лет. Месячные с 14 лет по 3 дня через 4 недели. Родов — 7, все нормальные, последние 4 года тому назад, живых детей 4. Абортов — 2, — первый 30/I 35 г. Второй в сентябре 1935 г. После второго аборта долго болела, была повышена температура и продолжительное время отмечалась кровь. Затем после 3-месячной аменореи, месячные стали приходиться с болями в животе и пояснице, — в скудном количестве. Последние были 3/IV с/г. В клинику поступила с направлением на аборт. До последнего аборта женскими болезнями не болела. Из общих заболеваний отмечает только грипп 4 года тому назад. Наследственность здоровая. Объективно: среднего роста, ослабленного питания, со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Матка в anteflexio — versio, увеличена соответственно 7 нед. беременности, очень мягкая, подвижная, безболезненная, н/зев закрыт, своды свободные. Выделения слизистые.

6/VI 36 г. взята на стол для операции аборта. Без наркоза с большим трудом произведено расширение до 11 номера Гегара. Введена кюретка в полость матки, причем выделилось много темной крови менструального характера. Соскоба никакого. Снята со стола.

В послеоперационном периоде долго выделялась кровь. Выписалась 8/VI 36 г. с диагнозом *hæmatometra*. 11/VI вторично поступила по поводу кровотечения, пролежала десять дней, сделана реабразия, удалены старые сгустки, и затем больная выписана для амбулаторного лечения. И при вторичной выписке отмечено плохое сокращение матки. Последняя оставалась увеличенной и мягкой. Температура все время нормальная.

Случай 6. М. П., 29 лет (№ ист. бол. 1469), поступила в клинику 27/III 33 г. для производства аборта. Из анамнеза выяснилось, что больная рожала 4 раза,

последние 3½ года тому назад, все роды нормальные. Через год после последних родов она забеременела и сделала аборт, после которого долго болела, был жар и кровоотделение. Месячные с 15 лет по 4 дня через 4 недели с болями внизу живота и пояснице. Боли ноющего характера стала отмечать после аборта, перед наступлением месячных. Последние месячные 13/1 33 г. В промежуток от аборта до сих пор — 2½ года не беременела и не предохранялась. Вагинальный статус: матка в антефлексии, увеличена соответственно 6 неделям беременности, шейка цилиндрическая, плотная. Выделения слизистые.

28/III после соответствующей подготовки больная взята на стол для производства искусственного аборта. Дезинфекция обычная. По введении зеркал во влагалище осмотрена шейка матки, которая оказалась эрозированной. Без наркоза приступлено к расширению. Первые номера расширителей Гегара через внутренний зев не проходят. После продолжительных усилий зонд проведен, за ним проведены и расширители до 12-го номера. Отмечается необычное беспокоейство больной. Введена кюретка, которая сразу же и „проваливается“. Кюретка тут же извлекается, но за ней показался сальник. Лапаротомия: найдена в области внутреннего зева на передней стенке матки гематома, в центре которой (ниже внутреннего зева) перфоративное отверстие. Матка ампутирована обычным способом на уровне перфорации. Перитонизация. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационный период без осложнений. Выписана в хорошем состоянии на 12-й день. При разрезе препарата виден прочный пластный рубец, окружающий внутренний зев и закрывающий его.

Были случаи, когда женщины при производстве искусственного аборта снимались со стола из-за невозможности пройти через внутренний зев. Некоторых из них мы выписывали для донашивания беременности, других же оставляли в стационаре и воздействовали на матку как химическими, так и физическими факторами, стараясь вызвать хотя бы незначительное открытие зева для проникновения самого тонкого зонда через внутренний зев. В большинстве случаев нам это удавалось на 3—4-й день от начала лечения. Во всех случаях мы имели дело с повторно-беременными. Данной беременности предшествовали аборты, закончившиеся выскабливанием полости матки.

По частоте причин, вызывающих стеноз внутреннего зева, на первом месте стоят аборты, сопровождающиеся длительной и энергичной абразией полости матки и очевидно нередко и шейки в области внутреннего зева. В одном случае мне удалось выяснить, что при предыдущей беременности у больной раскрывали шейку по способу Иванова, этот грубый и нещадный способ допустим только у рожавших и совершенно не применим у нерожавших.

При грубом и продолжительном выскабливании в области внутреннего зева, когда сдирается не только слизистая оболочка тела и шейки матки, но страдает и мышечный слой, регенерация в послеабортном периоде происходит за счет разрастания соединительной ткани, которая ведет к сморщиванию и сужению канала.

Ясно, что это в первую очередь отражается на внутреннем зеве, гладко-мышечный жом которого чаще и легче всего травмируется. Практически это происходит тогда, когда абразия сопровождается кровотечением после удаления плодного яйца. В этих случаях оператор ищет части плодного яйца и повреждает больше всего нижний сегмент и внутренний зев.

Часто стеноз настолько выражен, что цервикальный канал

становится непроходимым даже для проволочного зонда. Однако это сужение не всегда является препятствием для проникновения сперматозоидов. Беременность в наших случаях, хотя и с большими перерывами, все же наступала.

Теоретически можно предположить, что известный процент случаев послеабортной стерильности у женщин основан на стенозе цервикального канала.

Вполне ясен механизм дисменорреи при стенозе цервикального канала, которая отмечена и в наших случаях.

Во время родового акта, при доношенной беременности, выраженные рубцовые изменения в области внутреннего зева могут влиять задерживающим образом на раскрытие шейки (случай Мандельштама — атрезия цервикального канала при доношенной беременности).

На нашем материале все женщины были чадородного возраста, от 20 до 40 лет, все повторно-беременные и все перед заболеванием подвергались операции выскабливания полости матки, причем в пяти случаях отмечается высокая температура и продолжительное кровотечение в пuerперальном периоде.

В 4 случаях в анамнезе роды, в 3 из них совершенно нормально протекающие, и только в одном случае в послеродовом периоде высокая температура в течение 5 недель, но и в этом случае в дальнейшем были беременности, закончившиеся абортми. Ни одна из больных не лечилась прижигающими матку веществами.

Таким образом очевидно, что образовавшийся стеноз цервикального канала во всех моих случаях обязан своим происхождением предшествовавшим абортми. Бесплодие от одного года до 2 лет было в двух случаях, от двух и больше лет — в 4 случаях. Во всех случаях отмечаются болезненные месячные. В четырех случаях был применен глубокий наркоз в предположении, что мы имеем дело со спазмом внутреннего зева, однако безрезультатно. В 4 случаях удалось проникнуть в полость матки только после предварительной подготовки, наконец в одном случае при форсированном расширении цервикального канала была перфорирована матка.

Выводы. Характерным проявлением стенозов цервикального канала следует считать:

1) болезненные месячные; 2) препятствие в раскрытии внутреннего зева при аборте (возможно и при родах); 3) в отличие от спазма — внутренний жом при стенозе не расслабляется и от глубокого наркоза; 4) длительное бесплодие между беременностями.

К стенозу ведут: 1) травма матки при выскабливании, в частности ее внутреннего зева; 2) грубое расширение цервикального канала, возможно с образованием ложного хода в виде дивертикула, образующего впоследствии соединительно-тканную складку в области внутреннего зева; 3) инфекция при абортми и в родах.