

нашего больного. Указанный рубцовый тяж, интимно спаянный с брыжейкой поперечно-ободочный кишки, приходится рассматривать как тяж, получившийся в результате бывших воспалительных изменений в кишках—подобно Леновским тяжам.

Переходя к клиническому рассмотрению нашего случая, необходимо отметить, что диагноз наш был верен только в предположении наличия непроходимости—причина же ее для нас до операции была неясна. Обнаруженная внутренняя грыжа для нас была лишь сюрпризом. Все авторы отмечают затруднительность диагностики внутренних грыж брюшной полости, которые протекают с симптомами либо непроходимости, либо язв желудка.

Из диагностических методов распознавания, кроме методической пальпации (Образцов), существенным является рентгеноскопия. В отношении техники операций—единого мнения нет. Каждый хирург, сообразно особенностям случая, оперирует по-своему, но все же, в конечном итоге, техника сводится к ушиванию и возможной пластике дефекта брыжейки, что мы и сделали у нашего больного. В большинстве случаев прогноз является довольно благоприятным и зависит от времени вмешательства. Так, по статистике Науна, операция в первые 2 суток дает 67—77% выздоровления, через 3 суток—50% и позднее—34%. Прутс из 16 больных потерял 8—50% (Огнев).

Из Чувашского института охраны материнства и младенчества, гор. Чебоксары
(дир. проф. П. В. Занченко).

Случай задержания костей плода в полости матки после аборта в течение шести лет.

Г. А. Гутман.

Случаи с длительным задержанием костей плода в полости матки после аборта описаны многими авторами. Бумм сообщает случай задержки костей трехмесячного плода, пролежавших полтора года после искусственного аборта. Талер описывает трехмесячное задержание костей плода после искусственного выкидыша, Мейер-Ругге—задержку костей трехмесячного плода в течение 16 месяцев после искусственного аборта. Флешлейн сообщает такой же случай, что и М. Ругге. В случае Лацко кости шестимесячного плода пролежали после выкидыша 6 лет. Пролежавшие в течение трех лет кости пятимесячного плода обнаружил Гисс. Маллебрейн нашел в матке кости 6-месячного плода, пролежавшие в ней в течение 11 лет после искусственного аборта.

Л. Я. Цейтлин описывает следующий случай. Крестьянка, 40 лет, поступила 20/1 1922 г. с жалобами на бели, боли в животе, общую слабость и обильное кровотечение, беспокоящие ее в продолжение полутора лет; многогрозавшая (8 нормальных родов и один самопроизвольный выкидыш); выкидыш произошел на 5-м месяце беременности 5 лет назад; последние полтора года месячные стали появляться чаще, продолжаясь по 8—12 дней и перемежались кровоте-

ниями, не связанными с менструациями; 6 месяцев до поступления больной было произведено выскабливание по поводу кровотечений, но облегчения не наступило. Объективное исследование дало следующую картину: *cicatrix post rupturam perinei II*, *descensus vaginae post.*, матка в положении *retrofl. mobil.*, слегка увеличена (соответствует полутора месяцам беременности), плотной консистенции, поверхность ее слегка бугриста, шейка плотная, зев закрыт, влагалищная ее часть и своды—нормальные. **Д и а г н о з:** *Fibromyomatosis uteri*.
О п е р а ц и я: *Exstirpatio uteri per vaginam*.

По разрезе матки обнаружено: зловонное отделяемое в полости матки, полость матки слегка увеличена и в ней кости 5-месячного плода; слизистая матки атрофична. Размеры матки: длина 9 см, шир. 5 см, толщина стенки $2\frac{1}{2}$ и шейки—2 см. При микроскопическом исследовании стенки тела матки найдено: резкое преобладание соединительной ткани над мышечной, волокна соединительной ткани утолщены и гиалинизированы, сосуды утолщены и гиалиново перерождены.

П. Я. Лельчук описал шесть случаев задержки в течение длительного периода в полости матки зародышевых хрящей; случай Лельчука интересен тем, что находившиеся в полости матки посторонние тела не помешали новой беременности: во всех случаях Лельчук обнаружил плодовые хрящи случайно, во время искусственного прерывания беременности.

Мы обнаружили в полости матки (удаленной по поводу с. а. *colli uteri*) задержание костей плода в течение шести лет.

14/XII 1927 г. в клинику Ирк. гос. ун-в. поступила крестьянка (ист. бол. 158) 42 лет, замужняя. Жалобы при поступлении: не обильные, без сгустков кровотечения в течение последних 3-х месяцев, со светлыми промежутками раз в три по 3—7 дней. Первые менструации появились на 16-м году, их тип установился сразу—через 4 недели, по 3 дня, не обильные, без болей и сгустков, 6 лет назад после последнего аборта в течение 3-х месяцев тип месячных изменился—они стали приходиться через 2—3 недели, по 5—6 дней, сгустками, обильные и без болей; нормальный тип месячных восстановился после сделанного выскабливания; последние нормальные *menses* 3 месяца назад. Начало половой жизни на 18-м году. В течение последних 5 месяцев идут бели белого, а иногда зеленого цвета, без запаха, не обильные. Год тому назад в течение одной недели были схваткообразные боли внизу живота. Беременностей всего 12, из них 9 срочных родов (все роды и послеродовые периоды протекали нормально, первые роды 23 года назад, последние 9 лет назад) и 3 искусственных аборта (последние 3 беременности). Первые два аборта делались при полуторамесячной беременности, после них осложнений не было. Последний, третий аборт, производился на 5-м месяце беременности 6 лет назад. После него, как уже указывалось выше, появились изменения и типа месячных, вследствие чего понадобилось через 3 месяца повторное выскабливание полости матки и тип месячных установился. Работа кишечника и мочеиспускания нормальны. Плохую наследственность отрицает; муж здоров.

Больная правильного телосложения, питания удовлетворительного. Легкие и сердце нормальны. Наружные половые органы развиты нормально, на промежности рубец после разрыва второй степени; опущение передней и задней стенки влагалища; конфигурация шейки изменена выступающим из цервикального канала плотным и бугристым телом, величиной с голубиное яйцо, кровоточащим при ощупывании; тело матки в *anteflexio dextroversio*; придатки не прощупываются; правая боковая стенка влагалища в области свода уплотнена и инфильтрирована; крестцово-маточные связки уплотнены. **Д и а г н о з:** *Cancer colli uteri*.

24/XII 27 г. под спинномозговой анестезией операция: *Exstirpatio uteri cum adnexus lateris utriusque modo Wertheim et appendectomia*. **Д и а г н о з sub operatione:** *Ca. colli uteri*, *salpingitis* et *degeneratio cystica ovarii d.*, *tumor tuboovarialis sin.*, *perimetritis adhesiva post.* et *perisalpingoophoritis bilateralis*.

В послеоперационном периоде незначительное нагноение кожной раны и уплотнение клетчатки слева. Больная была выписана из клиники на 21-й день в удовлетворительном состоянии.

Удаленная матка была разрезана по передней стенке, и в ее полости на задней стенке на 3 мм выше области внутреннего зева обнаружены расположенные одна за другой девять мелких косточек; косточки легко отделились одна от другой и по отделении самой нижней косточки на слизистой матки обнаружено вдавление (10×5 мм).

Профессор анатомии Н. Д. Бушмакин нашел, что мы имели дело с покровными костями черепа плода в начале пятого месяца его развития: 1 лобная косточка, 1 затылочная, 2 теменные и 5 косточек, представляющих частицы различных костей. Для микроскопического исследования были взяты кусочки из стенки матки—1) в области дна, 2) на некотором расстоянии от места расположения костей, 3) граничащей с косточками и 4) в области вдавления.

Микроскопическое строение стенки матки, не прилегающей к вдавлению, представляет следующую картину: слизистая—покровный эпителий выражен хорошо, незначительное количество расширенных желез, железы большей частью расположены в базальном слое слизистой, строма слизистой отечна, значительное количество равномерно разбросанных клеток мелкоклеточковой инфильтрации, просветы сосудов и капилляров расширены, стенки сосудов утолщены; мыш. слой—обильное разрастание соединительной ткани, сосуды с утолщенными стенками и с расширенными просветами. Микроскопическая картина стенки матки, непосредственно прилегающей к вдавлению как сверху, так и снизу: слизистая—желез мало, просветы их расширены, лежат они поверхностно; чем ближе к вдавлению, тем желез обнаруживается меньше, и приближенно на один мм от вдавления они исчезают совсем, клетки мелкоклеточковой инфильтрации располагаются отдельными группами, капилляры и сосуды расширены, стенки сосудов утолщены и соединительнотканно перерождены; мышечный слой—соединительнотканное перерождение, сосуды расширены с утолщенными стенками.

Взятые для исследования кусочки стенки матки в области вдавления дали следующую картину: слизистая—поверхностного эпителия нет, строма отечна, сосуды и капилляры расширены, стенки сосудов утолщены, клетки мелкоклеточковой инфильтрации располагаются группами, желез нет, но в одном месте, где макроскопически видно было, что нижняя косточка прилегала не вплотную к стенке матки, обнаружены три железы, расположенные в базальном слое слизистой; мышечный слой—те же изменения, что описаны выше.

Взятый кроме того для исследования кусочек из влагалищной части шейки дал ясную картину плоскоклеточного рака. Таким образом микроскопический диагноз следующий: *cancer pl. cellul. port. vag. col. ut. et endometritis interstitialis chron.*

Изучая микроскопическую картину исследуемого материала, мы должны отметить следующее: 1) как в слизистой, граничащей с вдавлением, так и в отдалении от последнего наблюдается реакция на присутствие в полости матки постороннего тела (уменьшение желез и групповое расположение клеток мелкоклеточковой инфильтрации; все остальные найденные нами изменения могут быть объяснены наличием в матке хронического воспалительного процесса), 2) в слизистой матки не обнаруживается децидуально-подобных изменений, описанных некоторыми авторами, как реакция на наличие в полости матки постороннего тела и 3) в том месте, где нижняя косточка не вплотную прилегала к стенке матки, обнаружены железы.

Далее заслуживает внимания то, что почти в течение шести лет отсутствовали субъективные признаки присутствия в полости матки постороннего тела (косточки плода). Из анамнеза больной можно предположить, что только в течение трех месяцев после выскабливания (последняя 12-я беременность) матка реагировала на присутствие в ее полости постороннего тела—появились метрорагии: далее, наличие схваткообразных болей

внизу живота в течение одной недели, появившиеся около года назад до поступления больной в клинику, можно также объяснить попытками матки к изгнанию косточек.

Во все остальное время до появления признаков рака шейки матки, несмотря на тщательно собранный анамнез, мы не могли установить признаков присутствия в матке постороннего тела: тип месячных нормальный, отсутствуют схваткообразные боли и бели.

Чем объяснить, что матка, обыкновенно схваткообразными сокращениями оберегающая свою полость от инородных тел, в нашем случае почти не проявляла попыток к изгнанию задержавшихся косточек? Причины, ослабляющие сократительную способность маточной мускулатуры, в таких случаях выставляются различные.

Е. Френкель считает, что ослабление сокращения маточной мускулатуры вызывается ослаблением раздражения ганглиев шейного узла при метритах, при атрофии мышц матки вследствие продолжительного кормления.

Шаффер видит причину отсутствия сокращения маточной мускулатуры в отсутствии давления и раздражения на внутренний зев и шейные узлы Франкенгаузера при метро-эндометричах у многорожавших. Грефе полагает, что *retroflexio uteri* и чрезмерно долгое кормление грудью уменьшает сократительную способность матки. Орлов считает, что частые роды, истощающие мускулатуру матки, вместе с тем понижают и сократительную способность последней. Ануфриев, Сагатов и Пастерн причину ослабления сократительной деятельности матки видят в ее соединительнотканном перерождении на почве частых родов, особенно в возрасте старше 30 лет. Цетлин считает predisposing моментом частые роды и *retroflexio uteri*. Улеско-Строганова полагает, что метрит, угнетая нервно-мышечный аппарат, ослабляет сократительную способность маточной мускулатуры. Лельчук считает, что плотные части плода могут удерживаться на длительное время в полости матки только тогда, когда они не подвергнутся разложению в результате их инфицирования.

Понижение сократительной способности маточной мускулатуры в нашем случае мы можем объяснить большим количеством беременностей (9 родов и 3 аборта), наличием воспалительного процесса в матке и соединительнотканным перерождением ее мускулатуры. Кроме того, отсутствие попыток к изгнанию косточек в нашем случае можно объяснить и тем, что последние, прилегая очень плотно к внутренней поверхности матки, как-бы перестали являться для нее посторонним телом, а также не подверглись разложению на почве их инфицирования.
