

О стенозах и атрезиях шейечного канала.

Проф. Н. М. Какушкина.

Стенозы и атрезии шейечного канала имеют в гинекологической патологии свою очень длинную историю и богатую литературу. Еще в самом отдаленном прошлом этой патологической форме оказывалось со стороны акушеров и гинекологов очень большое внимание, и казалось бы, что относящиеся сюда вопросы настолько стали ясными и бесспорными, что специально останавливаться на них в ближайшие к ним периоды гинекологической истории не было особенной нужды. И действительно, в то время как в гинекологических учебниках и руководствах старого времени мы встречаемся с обстоятельным и подробным описанием этой патологической формы, в книгах позднейшего времени последняя в большинстве случаев удостоивается лишь поверхностного и краткого упоминания.

Однако за последние годы интерес к этой патологической форме несколько оживился. В периодической литературе участились сообщения об отдельных случаях этих заболеваний, свидетельствующие, надо думать об учащении на практике относящихся сюда случаев. Такое предположение подтверждается и моими личными наблюдениями: случаи сужений и заращений шейечного канала стали встречаться за последние годы, действительно, значительно чаще, нежели это было в прежнее время.

Речь идет, конечно, о приобретенных сужениях и заращениях шейечного канала. Современный интерес изучения подобных патологических форм заключается в отыскании и обнаружении этиологических факторов заболевания, выдвигаемых современными особенностями гинекологической практики и гинекологической патологии.

Другие стороны интереса при изучении подобных патологических форм заключается в выработке методов лечения этих заболеваний. Эти методы, как профилактические, так и непосредственные, должны быть, конечно, иными, нежели те, которые были доступны гинекологу в прежнее время.

Этиология сужений и заращений шейечного канала очень ясна и очень проста. Эти заболевания, к сожалению, являются продуктом некоторых, ныне довольно распространенных, терапевтических и хирургических мероприятий в области шейечного канала и вообще на шейке матки. Выражаясь проще, травма, в той или иной форме, наносимая на данный орган, может повлечь за собой или сужение или заращение шейечного просвета. В анамнезе этих больных мы встречаем обыкновенно операцию расширения шейки и выскабливания, пластические операции на шейке, лечение заболеваний шейки вяжущими и прижигающими средствами и ряд акушерских пособий во время родов.

Особенно часто наблюдаются стенозы и атрезии шейечного канала после операции искусственного выкидыша, который, как правило, производится в настоящее время у нас путем быстрого насильственного расширения

шеечного канала с последующим выскабливанием полости матки. Эта операция часто поручается молодым, неопытным врачам, даже студентам. Весьма не редки случаи повторных и многочисленных аборт у одной и той же женщины. Кроме того, встречаются случаи, где при одном и том же аборте однократное выскабливание оказывается недостаточным, и его приходится через некоторое время повторить.

Теоретически рассуждая, не трудно допустить, насколько легко травмируется шейка матки при производстве операции искусственного выкидыша, но возможность такой травмы, и даже неизбежность ее, неизбежность именно глубокой травмы, становится очевидной, если вникнуть в сущность тех изменений шейки во время беременности, которые найдены и описаны за последние годы Н. Stieve (Zbl. Gyn., 1928, № 4).

Исследования Н. Stieve показывают, что шейка матки во время беременности не остается пассивным органом, а изменяется во всех своих частях анатомически и гистологически, образуя, с одной стороны, своими изменениями прочную изоляцию полости матки от влагалища и подготавливаясь, с другой стороны, к наиболее легкому и наиболее совершенному раскрытию шеечного канала во время родов. При этом раскрытии шейки настолько хорошо сохраняет свою структуру, что после родов вновь довольно легко и полностью восстанавливает свою форму.

Изменения шейки во время беременности заключаются в разрыхлении соединительной ткани, в увеличении мышечных элементов, в размножении и разрастании желез и в сильном развитии и размножении венозных сосудов. Благодаря последнему обстоятельству, стенка шейки приобретает пещеристый (кавернозный) характер. Кроме того, нижний сегмент тела матки, пограничная область с каналом шейки, подвергается растяжению и истончению.

Нет никакого сомнения, что описанные изменения в шейке, наблюдаемые уже в первые три месяца беременности, делают шейку матки чрезвычайно ранимым органом, и насильственное и быстрое расширение шейки, с последующим выскабливанием, производимое при таком состоянии этого органа, не может обойтись без серьезного повреждения его. Степень такого повреждения зависит от нескольких условий: от анатомических особенностей данной шейки (недоразвитая, удлиненная, коническая шейка при детской матке), от техники операции и от повторности последней.

Получаемая шейкой при аборте травма извращает процесс послеоперационной и послевыкидышной инволюции шейки, и в соответствии со степенью повреждения ее может получиться стеноз канала или даже заращение его. Степень сужения, конечно, может быть различна; — отсюда различна и клиническая картина, выражающаяся в бесплодии и в задержке маточных выделений.

В качестве иллюстрации к сказанному могу привести несколько случаев, прошедших через мои руки.

Случай 1-й. Сер., 35 лет. Амбулаторная больная. Половая жизнь с 17 лет. Трое срочных родов, последние 5 лет назад, и двадцать абортов, последний три месяца назад. Со времени последнего аборта месячных нет и появились периодические сильные схваткообразные боли внизу живота. Маточный зонд прошел с трудом, — вылилась темная кровь в небольшом количестве, Место сужения — внутренний зев.

Через месяц повторено зондирование: матка пуста, но полость расширена. Дальнейших сведений о больной нет.

В этом случае мы имели гематометру, развившуюся вследствие сужения шеечного канала. Трудно надеяться, что двухкратное зондирование восстановит здесь полностью проходимость канала.

Случай 2-й. Саф., 29 лет (Ист. бол. № 4231). Жалуется на бесплодие, неправильные месячные и почти постоянное кровотечение из матки. Половая жизнь с 16 лет. 2 родов, последние 7 л. наз., и 2 искусств. выкидыша, последние 8 лет назад. Выкидыши вызывались бужированием и протекали негладко. Матка увеличена. В придатках—старый воспалительный слипчивый процесс.

Произведено расширение шейки по Негаргу, которое с трудом доведено до № 10. Оказалось сужение в области внутреннего зева. Из полости матки выделилось около 150,0 темной крови. В течение последующих девяти дней выделялась из матки темная кровь, прекратившаяся после повторных внутриматочных впрыскиваний настойки иода и назначение эрготина. Дальнейшая судьба больной неизвестна.

И в этом случае мы имели гематометру, вследствие сужения шеечного канала. Предсказание и здесь остается сомнительным.

Случай 3-й. Мур. 21 г., амбулаторная больная. Жалуется на боли вверху живота и отсутствие месячных в течение 9 месяцев. Половая жизнь с 17 лет. Одни срочные роды, 2 года назад, и два искусственных выкидыша, последний—1 год назад.

Матка величиной, как при трехмесячной беременности, стенка эластична, напряжена, при растирании не дает сокращения. Обследована через 10 дней—та же картина.

Ввиду несоответствия величины матки периоду отсутствия месячных и ввиду указанных выше свойств маточной стенки, приходилось исключить беременность и признать гематометру. Больной предложено явиться через 10 дней; она не явилась.

Случай 4-й. Сав., 38 л. (истор. бол. № 5129). Жалуется на отсутствие месячных в течение 8 лет и на боли, периодически усиливающиеся. Половая жизнь с 17 лет. 7 срочных родов, последние 9 лет назад, один искусственный выкидыш, 8 лет. наз. (выскабливание), после которого долго болела. Матка не увеличена, внутренний зев заращен, не пропускает зонда.

1929. XI. 12. Под спинно-мозговой анестезией передняя кольпотомия. Матка выведена в рану и вскрыта по передней стенке срединным разрезом. Толщина стенки матки около 3 сант. В полости матки—кровяной сгусток, плотно прилегающий к стенкам. Сгусток соскоблен. Произведена частичная резекция яичников, кистовидно перерожденных, и частичное иссечение маточных концов фаллопиевых труб—в целях стерилизации. Рана матки закрыта узловатыми швами. В заключение сделана высокая ампутация шейки и закрытие наглухо влагалищной раны в переднем своде. Таким образом заращенная часть маточного канала иссечена; полость матки свободно сообщается с влагалищем.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписалась на 13-й день.

Случай 5-ый. Рож., 40 л. (ист. бол. № 5128). В течение последних 12 лет отсутствуют месячные и беспокоят боли, периодически (ежемесячно) усиливающиеся. Половая жизнь с 18 лет. 5 срочных родов и одни преждевременные, 12 лет назад. Ручное выделение детского места; непосредственно затем какая-то операция, повидимому выскабливание матки, после чего болела 2½ недели. С той поры нет месячных. Боли появились через год.

Тело матки не велико, но шейка резко увеличена (5 сант. в поперечнике яйцевидной формы, выbleтсЯ. Наружный зев заращен. В области придатков матки сращения.

1929. I. 15. Спинно-мозговая анестезия. Поперечный надлобковый разрез. Полное удаление матки с придатками. В полости шейки около 3 столовых ложек густой дегтеобразной крови. Такая же кровь в небольшом количестве и в полости матки. Трубы несколько извилисты, крови в них не оказалось.

После операции небольшая гематома в клетчатке малого таза; опорожнена через влагалище. Выписалась здоровой на 14-й день.

При установке показаний к радикальной операции здесь учитывались возможность скопления крови в трубах, резкие изменения в шейке матки и возраст больной. Всякая другая операция, более консервативного характера, вряд ли могла обеспечить больной хорошее самочувствие.

Все вышеописанные случаи касаются больных с правильно развитым половым аппаратом, где имеются отчетливые указания на приобретенные изменения в шейке матки. Два нижеследующие случая стоят в этом отношении особняком.

Случай 6-й. Гав., 31 г. (ист. бол. № 4011). Месячные впервые показались на 23-м году жизни и появляются 2—3 раза в год по несколько капель. Периодические боли в животе, с повышением температуры тела, болезненный coitus. Бесплодие. 2 года назад болела гонорреей. Амбулаторно распознан стеноз шеечного канала. Два раза сделано расширение, причем обнаружено скопление крови в полости матки. Стеноз—в области внутреннего зева.

1928. III. 12. Под эфирным наркозом шейка расширена по Негар'у до № 12, полость матки выскоблена. Выписались через 2 дня.

Впоследствии при амбулаторном наблюдении прежние явления возобновились: сужение шеечного просвета, задержание крови в матке и боли. Предложена радикальная операция. Дальнейших сведений о больной нет.

В данном случае, при функциональной недостаточности половой железы, имелось сужение шеечного канала с образованием гематометры. Это сужение можно отнести к разряду врожденных, как всегда с известной оговоркой, тем более, что как раз в этом случае имеется указание на заболевание гонорреей, которая могла явиться причиной сужения.

Случай 7-й. Як. 30 л. амбулаторная больная. Половая жизнь с 18 лет. Бесплодие. Аменоррея. Два раза: год назад и 5 дней назад показалась из половых органов жидкость кофейного цвета в ничтожном количестве.

Матка неправильной формы (uteris bipartitus)? Через шейный канал с большим трудом удалось провести тонкий хирургический зонд, причем вылилось ничтожное количество жидкости кофейного цвета. Заподозрен порок развития матки с функциональной недостаточностью и с врожденным сужением шеечного канала. Предложено лечь в клинику для точного распознавания и хирургического лечения. Дальнейших сведений о больной нет.

Наш материал недостаточен и слишком однообразен, чтобы устанавливать определенную обобщающую схему терапии атрезий и стенозов шеечного канала. Такую схему установить трудно и на основании изучения относящейся сюда литературы, которая, к слову сказать, еще недостаточно богата и содержательна. Мои впечатления по этому вопросу могут быть выражены пока следующим образом. Несмотря на ряд благоприятных указаний на результаты консервативной терапии сужений шеечного канала (расширение, зондирование), я не ожидаю от такого способа надежных и стойких результатов: всякое сужение в основе своей имеет рубцовый процесс, наклонный к сморщиванию, уплотнению тканей, и лишь повторные, бесконечные, расширения могут поддерживать известную ширину шеечного просвета. В особенности безнадежны такие сужения в области внутреннего зева. Более благоприятны в этом отношении сужения и даже атрезии в наружном зеве и на протяжении влагалищной порции шейки матки, где возможно поправить дело той или иной пластической операцией. Вообще же стенозы и атрезии шеечного канала в целях полного освобождения женщины от болевых ощущений и от задержания менструальной крови подлежат лечению более радикальными методами: высокая ампутация шейки, надвлагалищное отсечение матки, или полное удаление всего органа.

Большое практическое значение имеют профилактические мероприятия против данного заболевания, которые коротко могут быть выражены одной фразой: крайне бережное обращение с шейкой матки при всех манипуляциях с ней, в особенности во время беременности и после родов. В частности необходимо теперь же отказаться совершенно от практикуемого ныне метода прерывания беременности путем выскабливания с предварительным расширением шейки и заменить его другим более рациональным, так называемым натуральным методом. Подробные сообщения свои по этому вопросу я излагаю в специальной работе.

Из Красноярского Горроддома.

Имеется ли необходимость в ограничении операции ручного удаления последа?

Старш. врача А. А. Благодарова.

В отечественной и зарубежной литературе за последние годы, как известно, поднят, казалось бы, несущественный и уже очень старый вопрос — вопрос переоценки результатов операции ручного удаления последа. Если принять во внимание всю историю этого вопроса в последовательном ее ходе, надобность в пересмотре его станет очевидной.

Известно, что существовавшее некоторое время в доантисептическом периоде увлечение операцией ручного удаления последа сменилось тяжелым разочарованием, ибо эта операция давала самую большую заболеваемость и смертность из всех акушерских операций. Полученный урок настолько был памятен, что он еще далеко не забыт и в наше время, не смотря на то, что в клиниках и больницах это акушерское вмешательство во многом давно уже утратило свою традиционную опасность. Вместе с уменьшением опасности этой операции и самый вопрос в его целом теперь, казалось-бы, совершенно должен был потерять интерес к себе. Однако, в действительности дело обстоит иначе. Прежде всего оказалось, что операция удаления последа и теперь во внеклинических и внебольничных условиях все еще продолжает оставаться серьезным вмешательством. Вместе с тем при проверке ее результатов по клиникам и больницам оказалось, что она не является совершенно безразличным вмешательством. К этому следует добавить еще и то обстоятельство, что новейшее акушерство обогатилось такими новыми видами пособий, заменяющими во многих случаях ручное удаление последа, при знакомстве с которыми нельзя избежать попутного пересмотра всего вопроса в целом. Наконец, накопляющиеся наблюдения с очевидностью указывают на недостаточно полную разработку патологии задержания последа вообще, начиная с номенклатуры различных форм последнего. Особенно большая неясность царит в практической стороне дела. В практике, как известно, все случаи задержания последа, потребовавшие введения руки в полость матки шаблонно относятся, к „приращению последа“. Все вышеуказанное в совокупности составляет новую, еще недостаточно известную широким кругам практических врачей главу акушерства.