

И.М. Грязнова

Внематочная беременность

Библиотека практического врача

Актуальные вопросы
акушерства
и гинекологии

Медицина
1980

Библиотека практического врача

Актуальные вопросы
акушерства
и гинекологии

И. М. Грязнова

Внематочная беременность



Москва. «Медицина». 1980

ПРЕДИСЛОВИЕ

Внематочная беременность — довольно частое и опасное заболевание. Оно таит в себе не только непосредственную опасность для жизни больной, связанную с массивным внутренним кровотечением и шоком, но чревато и неблагоприятными отдаленными последствиями: образованием спаечного процесса в малом тазу, повторной внематочной беременностью, вторичным бесплодием и др.

В последнее время отмечается некоторое увеличение частоты внематочной беременности. Это, по-видимому, можно объяснить изменением характера течения и частоты воспалительных процессов гениталий, что связано с недостаточным комплексом лечебных мероприятий, нарушениями гормональных взаимоотношений в организме женщины в связи с применением контрацептивных методов и другими причинами.

Как в отечественной, так и в зарубежной литературе имеется ряд фундаментальных работ монографического характера о внематочной беременности и разделов в учебниках и руководствах. Из крупных отечественных монографий можно отметить работы А. Д. Аловского, Р. Р. Макарова, а также М. С. Александрова и Л. Ф. Шинкаревой, которые всесторонне освещают эту проблему. Однако за последние годы появились новые эффективные методы исследования и лечения, которые не нашли отражения в указанных работах. Кроме того, в них не затронуты вопросы реабилитации после операции по поводу внематочной беременности.

Целью данной книги было не только кратко изложить уже известные сведения о внематочной беременности, но и подробно описать современные дополнительные методы диагностики, показать их высокую информативность и определить их место в системе обследования больной с подозрением на внематочную беременность. К таким методам, в частности, относятся серологические реакции на хорионический гонадотропин, реография органов и тканей малого таза, эндоско-

пия (кульдо- и лапароскопия) и др., а также их комплексное применение. Все эти методы способствуют более ранней диагностике внематочной беременности в трудных случаях, что позволяет своевременно прибегнуть к оперативному лечению и произвести более щадящую операцию. А это в свою очередь способствует сохранению как здоровья больной, так и ее репродуктивной функции.

Настоящая книга написана на основании большого опыта работы гинекологической клиники 1-й Городской клинической больницы, которая является базой кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета II Московского ордена Ленина государственного медицинского института им Н. И. Пирогова. В гинекологическое отделение клиники ежегодно поступает более 400 больных с подозрением на внематочную беременность. В клинике широко применяются указанные выше дополнительные методы исследования, а также с успехом проводится реабилитация больных после операции по поводу внематочной беременности.

Авторы надеются, что данная работа поможет практическим врачам в трудных случаях диагностики и лечения больных с внематочной беременностью и обратит внимание на важность реабилитации репродуктивной функции этих больных, т. е. явится существенным дополнением к имеющимся уже работам о внематочной беременности.

И. М. Грязновой написаны «Предисловие», «Клиника и диагностика внематочной беременности», а также часть главы «Дополнительные современные методы диагностики внематочной беременности», В. А. Загребинной написаны главы «Общие сведения о внематочной беременности, ее частота и локализация», «Этиология и патогенез внематочной беременности» и «Лечение внематочной беременности». Н. С. Барсук и В. М. Здановский являются соавторами главы «Дополнительные методы диагностики внематочной беременности». Е. К. Гранатовой написана глава «Реабилитация больных после операции по поводу трубной беременности».

Все замечания по поводу данной работы будут приняты авторами с благодарностью.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ЕЕ ЧАСТОТА И ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Описания локализации плодного яйца вне матки появились в литературе давно, однако диагностика внематочной беременности была случайной и являлась в основном уделом патологоанатомов. Первые сообщения о внематочной беременности принадлежат Riolani (1611), Maugicean (1637), Vassal (1669). С появлением этих сообщений была показана возможность развития беременности вне матки. Прижизненный диагноз внематочной беременности впервые поставил в 1812 г. Heim.

Работы, в которых систематизируются сведения о внематочной беременности, принадлежат Н. В. Буяльскому (1843), В. Ф. Снегиреву (1873) и другим авторам.

По мере накопления сведений о внематочной беременности изучались вопросы о причинах ненормальной имплантации плодного яйца, о возможной локализации и исходах эктопической беременности, о патологоанатомических изменениях в половых органах при этой патологии и другие. Много внимания уделялось изучению симптоматологии и методам диагностики внематочной беременности.

Эта сложная и трудная проблема акушерства и гинекологии во всех ее многогранных проявлениях освещена в работах А. Д. Аловского (1945), Р. Р. Макарова (1958). М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1961) представили анализ большого клинического материала (5064 случая) гинекологической клиники Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Несмотря на эти фундаментальные исследования, многие вопросы, касающиеся внематочной беременности, нельзя считать полностью изученными, что в первую очередь относится к диагностике и терапии этого заболевания. По мере разработки новых дополнительных методов обследования гинекологических больных некоторые из них нашли свое применение и для диагностики внематочной бере-

менности, например, серологический метод определения хорионического гонадотропина, эндоскопия, реография, рентгенопельвеография и др.

Вопросы лечения внематочной беременности исторически претерпели много изменений. Оперативное лечение этого заболевания завоевало свои позиции далеко не сразу. Длительное время основным был выжидательный метод ведения больных, а хирургическое лечение применяли только для опорожнения заматочных гематом путем пункции их через задний свод влагалища. В 1882 г. Н. Н. Феноменов опубликовал работу о показаниях к чревосечению при внематочной беременности.

Приверженцами оперативного лечения внематочной беременности были В. Ф. Снегирев (1873), А. П. Губарев (1915) и др. Однако даже в конце XIX века оперативный и консервативный методы лечения внематочной беременности были признаны в равной степени. Оперативное лечение применяли при угрожающем жизни больной кровотечении или при нагноении заматочной гематомы. При стертых симптомах нарушенной внематочной беременности проводилось консервативное лечение. В 1892 г. на Международном конгрессе гинекологов были представлены сравнительные данные о результатах консервативного и оперативного лечения внематочной беременности: при консервативном лечении летальность составила 63,1%, при оперативном — 23,3%.

Поскольку сравнение результатов обоих методов лечения выявило преимущество оперативного вмешательства, у него появляется все больше сторонников и постепенно этот метод становится ведущим в терапии внематочной беременности.

В литературе дискутировались вопросы о преимуществах того или иного оперативного доступа при внематочной беременности, об объеме и технике операции, об отношении к оставшейся трубе и скопившейся в брюшной полости крови, о методах обезболивания при этой операции. Много внимания уделяется изучению возможности консервативно-пластических операций для сохранения детородной функции женщины.

За последнее время все больше внимания уделяется вопросам реабилитации детородной функции женщин, перенесших внематочную беременность (Грязнова И. М. и др., 1977; Гранатова Е. К., 1975).

ЧАСТОТА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Если раньше клинический диагноз внематочной беременности в связи с несовершенством диагностики считался редкостью, то в настоящее время это заболевание диагностируется повседневно в гинекологических учреждениях. По Parry (1876), в мировой литературе имеются сведения о 500 случаях внематочной беременности, описанных до 1871 г. Такое же число случаев внематочной беременности К. И. Змигородский собрал всего лишь за одно десятилетие (1876—1886). М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева отмечают, что за 25 лет в гинекологической клинике Института им. Н. В. Склифосовского лечилось 12 734 больных с внематочной беременностью.

Частота этого заболевания среди всех гинекологических больных, поступающих в стационар, колеблется от 1 до 6%. Различие сведений о частоте внематочной беременности объясняется в основном спецификой работы тех клинических учреждений, куда поступают такие больные.

Однако в настоящее время отмечается тенденция к возрастанию частоты внематочной беременности. Рост числа таких больных, поступающих в стационар, М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева объясняют прежде всего улучшением диагностики этого заболевания.

Несомненно, что на возрастание частоты внематочной беременности влияет и рост таких этиологических факторов, как воспалительные процессы женских половых органов и аборт, являющиеся частой причиной нарушения функции маточных труб и яичников. Представляют интерес сведения о частоте повторной трубной беременности. По данным разных авторов, она колеблется от 1 до 12,6%, причем иногда внематочная беременность наступает в третий раз, в частности в одном из неиссеченных концов маточной трубы после двусторонней сальпингоэктомии.

Многие авторы утверждают, что беременность в правой трубе встречается чаще. Это объясняется анатомической близостью правой маточной трубы к червеобразному отростку и, по-видимому, большей частотой в ней воспалительных процессов.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Клиническое течение, а также диагностика и терапия внематочной беременности зависят от локализации плодного яйца вне матки.

Еще Levret (1752) привел классификацию различных форм внематочной беременности, выделив трубную, яичниковую и брюшную беременность. Все последующие классификации внематочной беременности в основном лишь дополняли или уточняли классификацию, созданную Levret. В настоящее время принято делить анатомические формы внематочной беременности на часто и редко встречающиеся. Наиболее часто (по Аловскому А. Д., в 98,5% случаев) наблюдается трубная локализация внематочной беременности (рис. 1).

Трубную беременность подразделяют на беременность в ампулярном отделе маточной трубы (частота ее, по Аловскому А. Д., составляет 43%), в истмическом отделе (53,8%) и интерстициальном отделе (2,8%). Частота различных локализаций плодного яйца в трубе, по данным М. С. Александрова, соответственно равна 49,6; 40,3 и 9,45%. Из приведенных данных ясно, что в большинстве случаев плодное яйцо локализуется в ампулярном и истмическом отделах маточной трубы.

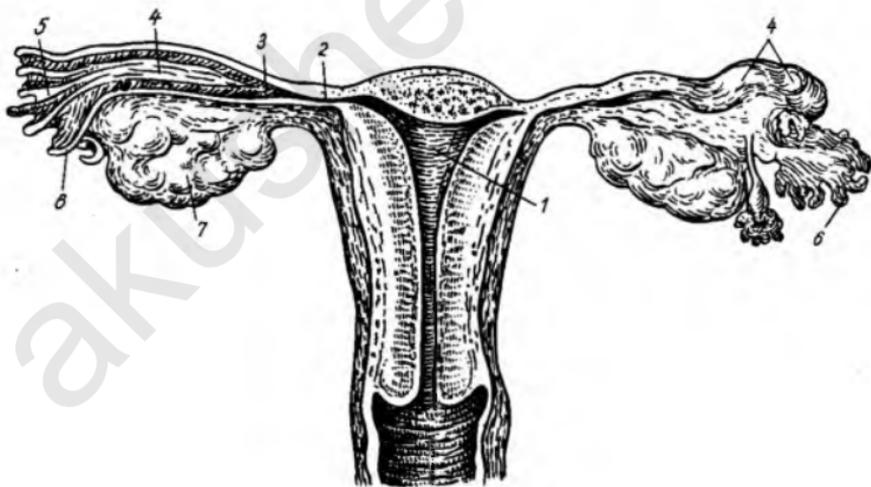


Рис. 1. Схема локализации внематочной беременности.

1 — нормальное развитие беременности в полости матки; места развития эктопической беременности: 2 — интерстициальная часть трубы; 3 — истмическая часть трубы; 4—5 — ампулярная часть трубы; 6 — на фимбриях трубы; 7 — на яичнике.

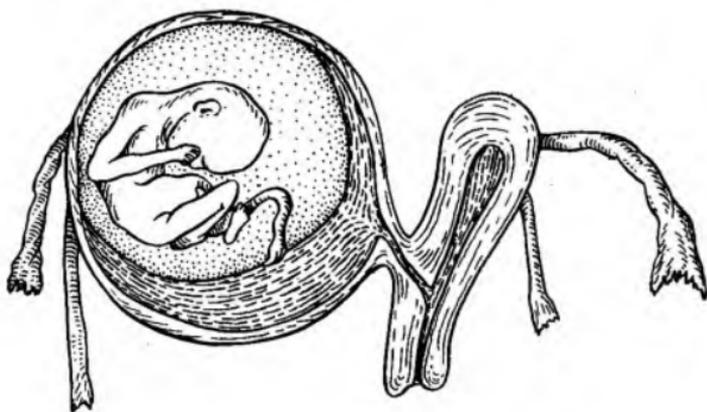


Рис. 2. Беременность в рудиментарном роге матки.

Возможны переходные формы трубной беременности: трубно-брюшная, трубно-яичниковая и фимбриальная.

Из редко встречающихся форм следует отметить яичниковую, частота которой составляет 0,1—0,2%. Различают две формы яичниковой беременности: 1) интрафолликулярную, когда после разрыва фолликула сперматозоид проникает в его полость и оплодотворяет там зрелую яйцеклетку; 2) овариальную (или эпиофоральную), когда плодное яйцо оплодотворяется и прививается на поверхности яичника. Возможно, яичниковая беременность бывает чаще, чем она распознается, так как во время операции эта патология расценивается как кровотечение из разорванного желтого тела.

Вторая редкая форма — это беременность в зачаточном роге матки, частота которой составляет, по М. С. Александрову и Л. Ф. Шинкаревой, 0,19%, а по А. Д. Аловскому, 0,9% (рис. 2). С анатомической точки зрения эту локализацию следовало бы отнести к маточной беременности, однако по клиническим проявлениям эта беременность протекает как трубная и заканчивается, как правило, разрывом плодместилища и сильным кровотечением.

Брюшная, или брюшинная, беременность также редко встречается и наблюдается в 0,4% случаев (Аловский А. Д., 1945).

Различают первичную и вторичную брюшную беременность. Под первой понимают привитие оплодотворенной яйцеклетки на брюшине, сальнике и других внутренних органах. Вторичная эктопическая беремен-

ность формируется как исход трубной беременности, если плодное яйцо целиком изгоняется из трубы и вторично прививается в брюшной полости. Иногда в таких случаях брюшная беременность может развиваться до поздних сроков.

Наиболее частой локализацией брюшной беременности является прямокишечно-маточное углубление, когда плодное яйцо имплантируется на брюшине широкой связки матки или у места нахождения крестцово-маточной связки.

Иногда плодное яйцо, имплантируясь в трубе, начинает развиваться в сторону параметрального пространства, раздвигая листки широкой связки. Это — межсвязочная внематочная беременность. Она бывает в 0,1% случаев (Александров М. С., Шинкарева Л. Ф., 1961).

Чрезвычайно редко встречается беременность в добавочной трубе. К редким формам следует также отнести многоплодную беременность, при которой одно плодное яйцо развивается в полости матки, а другое — в трубе или рудиментарном роге матки.

Возможно также развитие двусторонней трубной беременности или сочетание ее с другой локализацией внематочной беременности.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Для объяснения причин и механизма возникновения эктопической беременности предложено много теорий. Общим для них является утверждение, что к развитию внематочной беременности приводят причины, задерживающие нормальный транспорт яйца. Поскольку основная роль в процессе оплодотворения и транспорте плодного яйца принадлежит маточным трубам, следует кратко остановиться на некоторых общих вопросах, касающихся анатомии и физиологии этого органа.

Известно, что маточные трубы формируются из мюллеровых протоков, которые появляются у эмбриона длиной около 8 мм. Мюллеровы протоки располагаются на наружных поверхностях первичной почки; по мере роста их хвостовые отделы сливаются в один, в результате чего в дальнейшем формируются матка и влагали-

ще. Из головных отделов мюллеровых протоков образуются маточные трубы. Мышечная стенка трубы формируется примерно к 20-й неделе внутриутробного развития.

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Маточная труба начинается в углу матки и проходит между листками широкой связки к латеральным стенкам малого таза, несколько отклоняясь кзади. Длина нормальной трубы составляет 10—12 см. Она состоит из интерстициальной части, проходящей сквозь толщу миометрия, длиной около 1 см, с просветом около 1 мм, истмической части (перешеек) длиной 4—5 см, с просветом около 4 мм и ампулярной части длиной 6—7 см и с просветом, постепенно расширяющимся до 8—12 мм. Самый конечный отдел трубы носит название воронки; он расширен, сообщается с брюшной полостью, окружен эпителиальными выростами (фимбриями), среди которых один, имеющий длину 2—3 см, носит название яичникового.

Стенка маточной трубы состоит из четырех слоев. Серозная оболочка образуется из брюшины широкой связки матки, по нижнему краю трубы из нее формируется брыжейка трубы. Под брюшиной различают слабо выраженный слой подсерозной соединительнотканной оболочки. Мышечная оболочка трубы состоит из трех слоев гладкой мускулатуры. Наружный и внутренний слой имеют продольное направление, средний — циркулярное. В интерстициальном отделе различают сфинктер трубы, образованный за счет циркулярного слоя мышц. Ближе к абдоминальному концу трубы мышечный слой становится тоньше. Слизистая оболочка трубы имеет множество складок, поэтому на поперечном разрезе просвет трубы фестончатой формы (рис. 3). Эпителий слизистой оболочки трубы цилиндрический, реснитчатый, однако в ней есть и другие виды эпителия: секреторный, базальный и камбиальный. В отношении наличия циклических превращений трубного эпителия нет единого мнения. С. Н. Давыдов (1977) считает, что поскольку маточные трубы являются такими же производными мюллеровых протоков, как матка и влагалище, в них также существуют циклические превращения, которые, однако, можно уловить лишь тонкими микро-

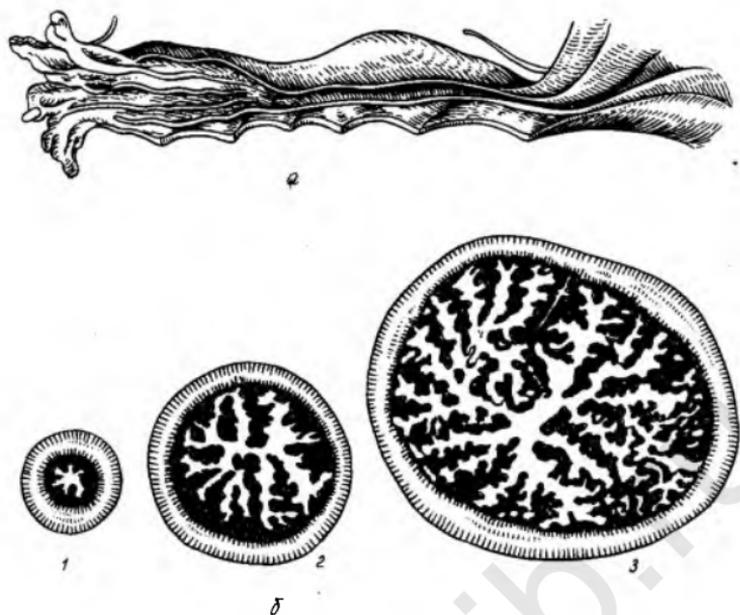


Рис. 3. Разрезы маточной трубы.

a — продольный; *б* — поперечный.
 1 — интерстициальная часть; 2 — истмическая часть;
 3 — ампулярная часть.

скопическими (гистохимическими) методами. Такие изменения обнаружил Н. И. Кондриков (1969), при изучении циклических колебаний количества РНК и содержания гликогена в трубном эпителии.

Кровоснабжение маточных труб осуществляется за счет веточек маточной и яичниковой артерий. Наиболее часто трубная артерия отходит от донной ветви маточной артерии и идет вдоль нижнего края трубы, снабжая ее проксимальную часть. От яичниковой артерии отходит веточка, питающая дистальный отдел трубы.

Венозные сплетения располагаются в области мезосальпинкса и круглой маточной связки.

Отток лимфы происходит в подъяичниковое лимфатическое сплетение, далее в параортальные лимфатические узлы.

Иннервация маточных труб осуществляется обоими отделами вегетативной нервной системы из маточно-влагалищного сплетения, яичникового сплетения и волокон наружного семенного нерва.

Основной функцией маточной трубы является транспорт оплодотворенной яйцеклетки в матку благодаря перистальтике труб. Труба совершает сложные движения, при которых меняются ее положение, форма и величина просвета. Характер этих движений находится в зависимости от гормональных влияний яичника.

При исследовании функции сфинктера маточных труб выявлено, что на его состояние влияют гормональные препараты и внутриматочные контрацептивные средства. Установлено также, что на функцию труб оказывают воздействие и простагландины. Таким образом, возможность нормального перемещения яйцеклетки обеспечивается проходимостью трубы, ее сокращениями и нормальной гормональной деятельностью яичника.

Продолжительность транспорта яйцеклетки по трубе у здоровых женщин составляет 3—4 дня после овуляции.

В маточных трубах, помимо транспорта яйцеклетки, осуществляется питание эмбриона на самых ранних этапах его развития за счет интратубарной жидкости, имеющей сложный состав. У различных отделов трубы разные функции. Фимбрии захватывают яйцеклетку, в ампулярном отделе происходит ее созревание, а в истмическом отделе вырабатываются вещества, необходимые для жизнедеятельности плодного яйца.

В трубе создаются также условия для созревания сперматозоидов и оплодотворения.

Все перечисленные выше условия обеспечиваются нормальным строением и функциональной полноценностью маточных труб, зависящими в свою очередь от нормальной гормональной функции яичников.

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Причины, нарушающие нормальное осуществление механизма транспорта яйцеклетки, могут приводить к возникновению внематочной беременности. С. Н. Давыдов (1977) и другие авторы основной причиной нарушения функции маточной трубы считают различные анатомические изменения в ее стенке или в окружающих тканях и органах, которые чаще всего являются следствием разнообразных воспалительных процессов. Первое место среди причин внематочной

беременности занимают воспалительные процессы половых органов.

Воспалительный процесс вызывает повреждения тканей трубы. Дистрофия и воспаление слизистой оболочки приводят к склеиванию внутренних стенок трубы между собой с образованием сращений, карманов, что существенно нарушает проходимость труб. Воспалительный процесс поражает также мышечную оболочку и нарушает сократительную функцию трубы. Повреждение воспалительным процессом серозной оболочки трубы приводит к образованию спаек и сращений ее с окружающими органами, образованию перегибов, закрытию абдоминального конца трубы. Одновременно в значительной степени поражается нервный аппарат стенки трубы. В. П. Козаченко (1961) изучал состояние нервных структур маточных труб при хронических и подострых воспалительных процессах и обнаружил изменения, выразившиеся в извитости, варикозных расширениях, неравномерной импрегнации и фрагментации нервных волокон. Эти изменения иннервации труб безусловно нарушают их функциональное состояние. На функции труб сказывается и нарушение функционального состояния яичников при воспалительных процессах внутренних половых органов.

При воспалении труб выявлены функциональные изменения, выражающиеся в снижении уровня РНК, гликогена, гликопротеидов в секрете маточных труб, что не только нарушает транспорт яйцеклетки, но может вызвать ее гибель.

М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1961) установили, что у 47,6% женщин внематочной беременности предшествовали воспалительные заболевания женских половых органов.

Что касается этиологии воспалительных процессов, то в литературе в первую очередь указывают на роль септической и гонорейной инфекции. Значительное место отводится искусственному аборту как причине патологических изменений в трубах и яичниках. Искусственный аборт опасен не только из-за непосредственных осложнений, но также из-за отдаленных последствий, являясь не только частой причиной воспалительных заболеваний, но и большой травмой рецепторного аппарата матки. Даже если аборт и послеабортный период клинически протекают благополучно, это не

говорит об отсутствии патологических изменений в половом аппарате женщины. А. Д. Аловский (1945) обнаружил, что у 37% женщин аборт предшествовал наступлению внематочной беременности. М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева также придают большое значение аборту как этиологическому фактору внематочной беременности. По их данным, аборт предшествовал внематочной беременности у 44% больных. Стремление тщательно выскабливать трубные углы матки может приводить к травме глубоких слоев эндометрия, к последующим слипчивым процессам и частичному закрытию просвета интерстициальной части трубы. Воспалительные процессы, возникающие после родов, особенно осложненных, также нередко могут служить причиной возникновения в дальнейшем внематочной беременности.

Туберкулезной инфекции отводится определенная, хотя и несравненно меньшая роль в этиологии внематочной беременности. Источником инфицирования придатков матки и воспалительных процессов часто является червеобразный отросток или другие отделы кишечника. С этим связана большая частота правосторонней трубной беременности. Наличие в анамнезе аппендэктомии следует учитывать в качестве возможного фактора риска возникновения внематочной беременности.

Оперативные вмешательства на других органах малого таза, в частности на матке и придатках, также могут быть этиологическими моментами внематочной беременности. Поскольку после операций нередко образуются спайки и сращения, изменяющие анатомические соотношения в малом тазу, а также влияющие на нормальные перистальтические движения трубы, может нарушаться процесс продвижения яйцеклетки. Особую роль здесь играют операции, произведенные ранее по поводу внематочной беременности. Поскольку при этих операциях нередко в брюшной полости имеется значительное количество крови, в дальнейшем у таких больных развиваются слипчивые процессы в брюшной полости и особенно в малом тазу, приводящие к нарушению функции оставшейся трубы.

Опухоли и опухолевидные образования матки и придатков изменяют анатомические соотношения в малом тазу и могут сдавливать просвет трубы, затрудняя прохождение по ней яйцеклетки. Кроме того, наличие опу-

холей часто сочетается с нарушением гормональной функции яичников, что отражается и на функциональном состоянии труб. Поэтому опухоли придатков и матки могут служить этиологическим фактором внематочной беременности. Эндометриозные гетеротопии в трубах могут изменять просвет трубы, образуя сужения и дивертикулы. Очень важным моментом является также изменение гипофизарно-овариальных отношений при этом заболевании, нарушение циклического выделения гипофизарных гормонов, эстрогенов и прогестерона, что играет определенную роль в нарушении перистальтики труб. Кроме того, эндометриоз очень часто сочетается с воспалительным процессом, сопровождается образованием спаек и сращений вокруг придатков матки, нарушающих нормальную проходимость труб.

Отклонения в нормальном положении матки (ретрофлексия и др.) также нередко отмечаются при внематочной беременности.

На недоразвитие полового аппарата как на причину эктопического развития беременности (инфантилизм) указывают многие авторы. Это связано как с извитостью и чрезмерной длиной маточных труб, так и с нарушением гормональной деятельности яичников и функциональной способности труб. У таких больных наблюдается первичное бесплодие в течение ряда лет, а затем может наступить беременность вне матки. По М. С. Александрову и Л. Ф. Шинкаревой (1961), у 58,1% больных с инфантилизмом половых органов до наступления внематочной беременности (которая была первой) отмечалось стойкое бесплодие от 1 года до 15 лет и более. Таким образом, больные, страдающие первичным бесплодием, должны быть отнесены в группу повышенного риска возникновения эктопической беременности.

Некоторые авторы отмечают, что в этиологии внематочной беременности играют роль внутриматочные вмешательства. Указывается на отрицательную роль пертубации, опасность внутриматочного впрыскивания йодной настойки, оказывающей прижигающее действие на слизистую оболочку матки и труб и подавляющей функции фолликулярного аппарата яичников.

К этиологическим факторам внематочной беременности относят и применение современных противозачаточных средств. Внутриматочные средства, изменяю-

щие перистальтику маточных труб, могут приводить к эктопическому развитию беременности. В литературе есть также указания на замедление транспорта яйцеклетки при применении прогестинов.

Одним из факторов снижения транспортной функции трубы является атрофическое состояние полового аппарата при длительной лактации.

Учитывая влияние гормонов яичника на транспортную функцию трубы, нельзя отрицать значение дисфункции яичников и других эндокринных расстройств как причины возникновения эктопической беременности.

Факторы психосексуального порядка также могут играть известную этиологическую роль. Различного рода нарушения половой жизни (*coitus interruptus*), боязнь наступления беременности, половые сношения во время менструации могут вызывать функциональные расстройства полового аппарата и быть причиной внематочной беременности.

Среди факторов возникновения эктопической беременности, не получивших достаточного подтверждения, следует указать на повышенную функциональную активность трофобласта, наружную миграцию яйцеклетки и др.

Таким образом, резюмируя сказанное, следует отметить ведущую роль в этиологии эктопической беременности воспалительных процессов различной этиологии, нарушающих транспортную функцию трубы и гормональную деятельность яичников.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Возможны три варианта клинического течения трубной беременности: прогрессирующая трубная беременность, беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта, и беременность, прерывающаяся путем разрыва трубы.

При прогрессирующей трубной беременности вначале в организме происходят изменения, присущие нормальной маточной беременности ранних сроков. В яичнике развивается желтое тело беременности. В матке образуется децидуальная оболочка, которая макроскопически ничем не отличается от таковой при

маточной беременности. Только при микроскопическом исследовании в случае маточной беременности могут быть обнаружены элементы плодного яйца, отсутствующие при трубной беременности. Матка размягчается и увеличивается в размерах.

Функционирующий хорион вырабатывает хорионический гонадотропин, который может быть найден при соответствующих исследованиях. Плодное яйцо прививается в эндосальпинксе и, не находя здесь достаточных условий для своего развития, внедряется в мышечную стенку трубы. В слизистой оболочке трубы происходят изменения, напоминающие децидуальные, однако эта реакция носит ограниченный характер.

В трубе формируется плодместилище, внутренней капсулой которого служит слизистая оболочка, прикрывающая плодное яйцо со стороны просвета трубы. Наружной капсулой плодместилища является стенка трубы с мышечными и соединительнотканными элементами. Ворсины хориона, внедряясь в стенку трубы, вызывают ее разрушение, происходит ее расплавление и образуется слой фибриноидного некроза. Вскрываются стенки кровеносных сосудов; растущее плодное яйцо вызывает истончение стенок трубы, они растягиваются. Значительным деструктивным изменениям подвергаются нервные волокна стенки трубы.

М. К. Войнич (1965) установила, что выраженность изменений нервных элементов трубы зависит от срока беременности и способа ее прерывания. Наиболее выражены эти изменения при разрыве трубы. В таких случаях явления фрагментации и распада захватывают большее количество нервных волокон, чем при трубном аборте. Определенную роль играет и время, прошедшее от момента появления первых симптомов прерывания внематочной беременности до операции. При длительности этого периода более 10 дней дегенеративные изменения нервных элементов определяются в трубе повсюду. По образному выражению Werth, «яйцо роет себе в стенке трубы не только гнездо, но и могилу».

Случаи длительного прогрессирования и донашивания трубной беременности чрезвычайно редки.

Условия развития плодного яйца вне матки неблагоприятны. Поэтому в пределах 4—5 нед происходит прерывание внематочной беременности.

При трубном аборте возникает разрыв внутренней

капсулы плодovместилища и начинается кровотечение в полость трубы. Обычно оно не бывает интенсивным, кровь пропитывает ткани плодного яйца, которое отслаивается от стенки трубы и сократительными движениями ее начинает изгоняться через ампулярный конец в брюшную полость. Изгнание плодного яйца может повторяться неоднократно, поэтому течение трубного аборта нередко бывает длительным. Оно тем длительнее, чем дальше от фимбриального конца трубы локализуется плодное яйцо. Вместе с ним в брюшную полость выталкивается изливающаяся кровь; она стекает в прямокишечно-маточное углубление и здесь может образоваться замочная гематома. Вследствие выпадения фибрина и организации гематомы вокруг нее образуется капсула, к которой припаиваются петли кишечника, сальник и матка. Гематома может быть и перитубарной, если кровь скапливается и свертывается непосредственно вокруг стенок трубы. Если же брюшной конец трубы закупоривается, кровь, изливающаяся при отслойке плодного яйца, скапливается в полости трубы и образуется гематосальпинкс. В редких случаях гематомы могут инфицироваться и возникает нагноение.

Иногда трубный аборт сопровождается массивным кровотечением в брюшную полость. Интенсивность его определяет выраженность клинических симптомов прерывания трубной беременности. Трубный аборт как способ прерывания бывает чаще, чем разрыв трубы (по Александрову М. С. и Шинкаревой Л. Ф., в 51,2% случаев). Он характерен для локализации плодного яйца в ампулярном отделе и несколько реже встречается при расположении яйца в истмическом отделе трубы.

При прерывании трубной беременности наступает отторжение децидуальной оболочки и выделение ее из матки. Если плодное яйцо погибает, содержание хорионического гонадотропина быстро снижается. Однако плодное яйцо не всегда погибает с появлением первых симптомов прерывания, часть ворсинок хориона остается жизнеспособной и они продолжают функционировать, если не потеряли связи со стенкой плодovместилища. При нарушении целостности наружной капсулы плодovместилища, т. е. разрыве самой стенки трубы, обычно кровотечение бывает интенсивным, оно происходит в брюшную полость и сопровождается выраженной клинической картиной.

При разрыве трубы симптоматика определяется силой кровотечения, шоком и анемией. Очень редко разрыв может наступить в части трубы, обращенной в сторону широкой связки, и тогда кровотечение происходит между ее листками. Главная роль в разрыве трубы отводится разрушительному действию трофоблеста.

Разрыв чаще бывает при локализации беременности в истмическом или интерстициальном отделе трубы. Анатомические изменения в трубе при ее разрыве выражены наиболее значительно.

Величина разрыва трубы не всегда определяет силу кровотечения. Даже при небольших разрывах кровотечение может быть очень сильным в связи с повреждением кровеносного сосуда крупного калибра. Особенно сильным бывает кровотечение при разрыве трубы в интерстициальном отделе, где сосуды значительно крупнее.

Беременность, локализуемая в интерстициальной части трубы, может прерываться на 1—2 мес позже, чем при локализации в ампулярной или истмической части, что связано с лучшими условиями развития плодного яйца, лучшей васкуляризацией и более толстым мышечным слоем в этом отделе трубы.

Заслуживает внимания состояние второй трубы при наличии другой беременности. М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1961) у 15,9% женщин нашли гистологически подтвержденные воспалительные изменения во второй трубе. Аналогичные результаты получила Е. К. Гранатова (1975).

М. К. Войнич (1965) обнаружила изменения в периферической нервной системе маточных труб противоположной стороны, сходные по своему характеру, но выраженные слабее, чем в трубе, содержащей плодное яйцо.

Изменения эти выражались в различных стадиях дегенерации нервных волокон, вплоть до фрагментации и зернисто-глыбчатого распада. Наиболее выраженными они были при нодозных сальпингитах. По-видимому, эти изменения предрасполагают к повторной трубной беременности.

Яичниковая беременность характеризуется формированием плодоемкости в самом яичнике; при этом в маточной трубе изменения обычно отсутствуют. Капсу-

ла плодovместилища непрочная, легко разрывается с возникновением внутрибрюшного кровотечения.

Изменения, наступающие при беременности в рудиментарном роге матки, сходны с таковыми при трубной беременности.

Обычным исходом при этой локализации эктопической беременности является разрыв плодovместилища и сильное кровотечение.

При брюшной беременности (первичной или вторичной) плодное яйцо имплантируется на брюшине прямокишечно-маточного углубления, в сальнике, брыжейке кишечника, печени и др. Из окружающих тканей формируется плодovместилище. Развитие такой беременности чаще всего заканчивается разрывом плодovместилища, сопровождающимся кровотечением и шоком. Однако в литературе встречаются описания донашивания брюшной беременности до поздних сроков, при этом сохранение плода зависит от места имплантации. Наиболее благоприятные условия для длительного развития беременности создаются при имплантации плодного яйца на сальнике или брюшине тонкого кишечника. Это зависит от обильного кровоснабжения этих органов. Однако при этом возможны различные дефекты развития плода.

В редких случаях внематочная беременность любой локализации может закончиться без оперативного вмешательства самоизлечением. При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно чаще всего погибает, а затем может подвергнуться обызвествлению и мумификации. Кровотечение из трубы в очень редких случаях может остановиться самостоятельно.

Если в плодное яйцо проникает инфекция, источниками которой являются матка, трубы, кишечник, оно может нагноиться; при этом оболочки плодovместилища превращаются в капсулу абсцесса. Абсцесс может вскрыться через кишечник после некроза его стенки или через мочевой пузырь с образованием длительно не заживающего свища. Заболевание протекает тяжело, самоизлечение наступает редко. Однако такие исходы внематочной беременности встречаются сравнительно редко.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Из всех форм внематочной беременности практическому врачу чаще всего (в 99,5% случаев) приходится иметь дело с трубной беременностью. Поэтому в дальнейшем будут рассматриваться главным образом вопросы клиники и диагностики трубной беременности. О редких формах внематочной беременности будет кратко сказано в конце раздела.

Клиника и диагностика внематочной беременности зависят от ряда факторов: локализации беременности, ее срока, от того, прогрессирует или прерывается беременность, от характера прерывания (трубный аборт или разрыв трубы) и т. п.

Помимо особенностей клинической картины внематочной беременности, зависящих от упомянутых выше причин, в клинической картине имеется и много общих черт, обусловленных наличием беременности вообще. Прежде всего при внематочной беременности в организме женщины наступают те же изменения, что и при нормальной беременности.

Женщина считает себя беременной. Появляются сомнительные и вероятные признаки беременности: часто бывает задержка очередной менструации, нагрубают молочные железы, возникают различные вкусовые нарушения. Могут наблюдаться ранние токсикозы беременных (тошнота, рвота, слюнотечение и др.). Появляется цианоз слизистых оболочек влагалища и шейки матки: последняя начинает увеличиваться и размягчаться. В слизистой оболочке матки также наступают изменения, свойственные беременности, — образуется децидуальная оболочка. Биологические и серологические реакции на беременность становятся положительными.

Таким образом, ряд признаков как маточной, так и внематочной беременности одинаков. Однако при тщательном их изучении можно заметить ряд особенностей, характерных для внематочной беременности. Например, при такой беременности в 15—20% случаев нет задержки менструаций. При исследовании больных с внематочной беременностью отмечается недостаточно выраженное размягчение матки, имеется отставание ее размера от предполагаемого срока беременности

(особенно после 7—8 нед) и др. Характерные для внематочной беременности признаки возникают лишь при ее нарушении.

Для диагностики внематочной беременности используется большое число методов исследования. Одни из них основные, хорошо известны и применяются давно, другие же — дополнительные, изучены сравнительно недавно и поэтому являются относительно новыми.

К основным методам диагностики внематочной беременности относятся тщательное изучение анамнеза больной, общее объективное исследование (особенно живота и органов брюшной полости), специальное гинекологическое исследование, которое включает осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки (с помощью зеркал), кольпоскопию, двуручное влагалищно-абдоминальное и ректальное исследование.

Среди дополнительных методов исследования больных с подозрением на внематочную беременность есть такие, которые применяются давно и хорошо себя зарекомендовали: биологические и серологические реакции на беременность, пункция через задний свод влагалища, гистологическое изучение соскоба слизистой оболочки матки. Эндоскопические методы исследования (кульдо- и лапароскопия), реография органов малого таза, ультразвуковое исследование и некоторые другие являются относительно новыми.

Основные методы диагностики внематочной беременности хорошо известны и поэтому не требуют специального описания. Дополнительные же методы исследования, особенно те, которые являются относительно новыми, будут подробно описаны в соответствующем разделе.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Обычно трубная беременность нарушается в ранние сроки (4—6 нед), так как в трубе отсутствуют благоприятные условия для развития плодного яйца. Прогрессирующая, ненарушенная трубная беременность диагностируется чрезвычайно редко: она протекает почти бессимптомно или симптомы ее слабо выражены и мало отличаются от симптомов нормально раз-

вивающейся маточной беременности ранних сроков. Однако при внимательном динамическом наблюдении за больной можно все же заподозрить, а применив дополнительные методы исследования, например эндоскопические, уточнить диагноз прогрессирующей трубной беременности, который подтверждается во время операции. Врач может заподозрить прогрессирующую трубную беременность, когда женщина после небольшой задержки очередной менструации, считая себя беременной, обращается к нему для подтверждения беременности. Никаких особых жалоб она обычно не предъявляет, кроме тех, которые часто бывают при нормальной маточной беременности в ранние сроки (нарушение аппетита, вкусовые нарушения, тошнота, рвота и т. д.).

В анамнезе у женщин с прогрессирующей трубной беременностью часто можно встретить указания на детские инфекционные заболевания, признаки инфантилизма, позднее половое развитие, задержку становления менструальной функции и ее нарушения. Как уже было сказано, обычно поводом для обращения больной к врачу является небольшая задержка очередной менструации (но ее может и не быть).

Для анамнеза больных с внематочной беременностью вообще и с прогрессирующей трубной беременностью в частности характерно наличие воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Так, по данным М. С. Александрова и Л. Ф. Шинкаревой (1961), среди больных с внематочной беременностью воспалительные заболевания гениталий были у 47,6%, бесплодие — у 11,9%.

Общее объективное исследование обычно не дает никаких существенных сведений для диагностики прогрессирующей трубной беременности, если не считать некоторого нагрубания молочных желез и выделения из них молозива (далеко не у всех женщин). Иногда при пальпации живота в подвздошных областях больные жалуются на незначительные, неясные боли на стороне беременной трубы (пальпировать нужно осторожно), некоторые больные жалуются на учащенное мочеиспускание.

В крови иногда можно отметить незначительное увеличение СОЭ.

Наиболее существенные данные для постановки

диагноза прогрессирующей трубной беременности или, вернее, для того, чтобы заподозрить эту патологию, врач получает в результате специального гинекологического исследования. При осмотре наружных половых органов часто обращает на себя внимание некоторый цианоз и разрыхленность входа во влагалище. Во время осмотра с помощью зеркал также определяется цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, хотя он не столь выражен, как при нормальной маточной беременности.

При двуручном влагалищном исследовании часто обнаруживается размягчение перешейка матки. Тело ее хотя и увеличено в размерах, но отстает от соответствующего срока маточной беременности. Форма матки, как правило, остается грушевидной. Наиболее важный объективный признак, который позволяет заподозрить прогрессирующую трубную беременность, это наличие мягковатого опухолевидного образования, находящегося обычно сбоку и несколько кзади от матки. Оно имеет колбасовидную форму, эластическую консистенцию, при пальпации болезненно и часто пульсирует.

В зависимости от места имплантации плодного яйца в трубе опухолевидное образование может располагаться на различном расстоянии от матки: далеко в области ампулярного конца трубы или позади от матки, а иногда оно как бы сливается с телом матки, составляя с ней единое целое (локализация плодного яйца в интерстициальной части трубы). Для этой локализации прогрессирующей трубной беременности характерны подвижность матки и отсутствие болезненности влагалищных сводов. Опухолевидное образование, пальпируемое через свод, трудно отграничить от тела матки, тогда как при беременности в истмической части трубы или в рудиментарном роге матки между ней и образованием всегда можно определить углубление, имеющее вид перехвата. Таким образом, симптоматика прогрессирующей трубной беременности бедна, однако ее бывает достаточно, чтобы предположительно поставить этот диагноз и немедленно госпитализировать больную для тщательного обследования и динамического наблюдения.

Врач всегда должен помнить, что прогрессирующая трубная беременность в любой момент может нарушиться с возникновением массивного кровотечения в

брюшную полость и привести к тяжелым последствиям для здоровья больной.

Прогрессирующую трубную беременность чаще всего приходится дифференцировать с маточной беременностью ранних сроков в сочетании с остаточными явлениями воспалительного процесса придатков матки (сальпингит, гидросальпинкс, аднексит) или с кистозными образованиями яичника (мелкокистозное перерождение или ретенционная киста яичника).

Иногда дифференциальную диагностику прогрессирующей трубной беременности приходится проводить только с воспалительными заболеваниями придатков матки или кистозными образованиями яичников. В редких случаях опухолевидное образование в области придатков матки может симулировать раздутая петля кишки.

В стационаре больной, у которой подозревают прогрессирующую трубную беременность, назначают строгий постельный режим и устанавливают за ней тщательное динамическое наблюдение.

Влагалищное исследование (делать осторожно!) повторяют каждые 2—3 дня, чтобы установить динамику изменения размеров матки и пальпируемого опухолевидного образования в области придатков. Если, несмотря на соблюдение постельного режима, опухолевидное образование, расположенное сбоку от матки, продолжает увеличиваться в размерах, температура больной остается нормальной, картина крови не изменяется (количество лейкоцитов не нарастает), а матка не увеличивается, то при положительной биологической или серологической реакции на беременность можно с большой долей вероятности поставить диагноз прогрессирующей трубной беременности. Если же опухолевидное образование в области придатков не увеличивается (может даже уменьшиться), а матка растет, то, по-видимому, имеется маточная беременность.

В тех случаях, когда на основании анамнеза и клинической картины заболевания имеется больше данных о наличии не прогрессирующей трубной беременности, а воспалительного процесса придатков матки, больным также назначают постельный режим и противовоспалительное лечение (лед на низ живота, хлорид кальция внутривенно, аутогемотерапия и др.).

При наличии воспалительного образования придатков уже в первые дни такого лечения можно наблюдать положительную динамику заболевания — уменьшение опухолевидного образования, тогда как при прогрессирующей трубной беременности размеры этого образования будут увеличиваться.

Несмотря на приведенные выше симптомы и дифференциально-диагностические признаки, поставить окончательный диагноз прогрессирующей трубной беременности чрезвычайно трудно. Поэтому в неясных случаях приходится прибегать к дополнительным методам исследования.

Для уточнения диагноза прогрессирующей трубной беременности целесообразно использовать биологические и серологические реакции, которые при такой беременности, как правило, бывают положительными. Особенно ценны эти реакции, когда речь идет о дифференциальном диагнозе между прогрессирующей трубной беременностью и воспалением придатков или кистозными образованиями яичника. Иногда указанные реакции приходится повторять неоднократно, чтобы определить динамику титра хорионического гонадотропина. При маточной беременности, как правило, наблюдается повышение титра хорионического гонадотропина в соответствии с увеличением срока беременности, а при внематочной беременности этот титр более низкий.

С целью дифференциальной диагностики прогрессирующей трубной беременности и воспалительных процессов придатков матки весьма эффективно применение реографии органов малого таза. Для окончательной диагностики в нашей клинике с большим успехом применяются эндоскопические методы исследования — кульдо- и лапароскопия. Нам неоднократно приходилось с помощью этих методов диагностировать прогрессирующую трубную беременность, которая имеет весьма характерную эндоскопическую картину: в брюшной полости крови нет, матка слегка увеличена, беременная труба гиперемирована, в какой-то ее части отчетливо видно колбасовидное или овальной формы утолщение сине-багрового цвета.

После проведения эндоскопических методов исследования последней диагностической возможностью является пробное чревосечение.

Таким образом, из всего изложенного следует, что прогрессирующая трубная беременность весьма трудна для распознавания и поэтому диагностируется редко. Дополнительные методы исследования расширяют наши диагностические возможности. Окончательный диагноз обычно ставится в процессе динамического наблюдения за больной с использованием методов комплексной диагностики. После того как диагноз поставлен, больная должна быть немедленно оперирована. Операция обычно заключается в удалении беременной трубы или какой-либо консервативно-пластической операции на трубе в зависимости от конкретной ситуации.

Трубная беременность обычно прерывается в ранние сроки. Прерывание ее может происходить по типу разрыва трубы или трубного аборта.

ПРЕРВАВШАЯСЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Трубная беременность обычно прерывается в сроке 4—6 нед. Это в основном связано с отсутствием в маточной трубе благоприятных условий для дальнейшего развития плодного яйца.

Слизистая и мышечная оболочки трубы очень тонки и не приспособлены для развития плодного яйца. Ворсины хориона растущего плодного яйца быстро разрушают оболочки растянутой и истонченной трубы и наступает прерывание беременности по типу разрыва трубы, при котором происходит наружный разрыв плодovместилища (рис. 4), или по типу трубного аборта, когда возникает внутренний разрыв плодovместилища (рис. 5) и плодное яйцо постепенно отслаивается от стенок трубы. Иногда плодное яйцо целиком выбрасывается в брюшную полость. Обычно попав вместе с кровью в брюшную полость, оно погибает, но в редких случаях может прикрепиться к органам брюшной полости и беременность развивается дальше. Так возникает вторичная брюшная беременность.

При нарушении трубной беременности из вскрывшихся сосудов трубы начинается кровотечение в брюшную полость, которое приводит к анемии и перитонеальному шоку.

В практике чаще встречаются больные, у которых трубная беременность прерывается по типу трубного

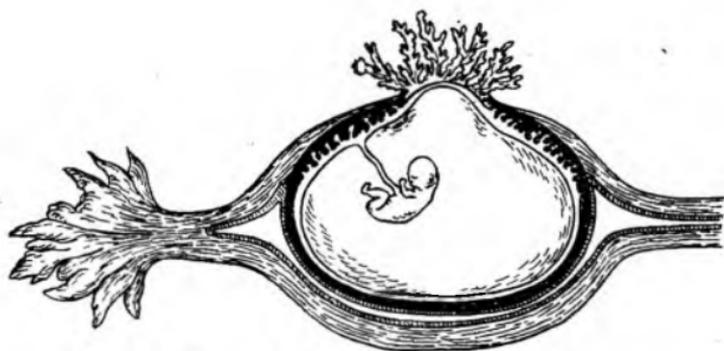


Рис. 4. Разрыв трубы.

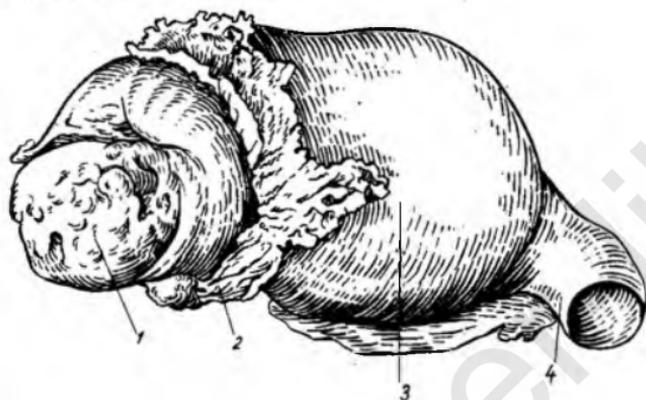


Рис. 5. Трубный аборт.

1 — плодное яйцо; 2 — фимбрии трубы; 3 — расширенная ампулярная часть трубы; 4 — истмическая часть трубы.

аборта, возникающего обычно при nidации плодного яйца в ампулярной части маточной трубы.

Разрыв трубы встречается гораздо реже, чем трубный аборт. Чем дальше от ампулярного конца трубы имплантируется плодное яйцо, тем чаще беременность прерывается по типу разрыва трубы с массивным кровотечением в брюшную полость. Иногда разрыв трубы может произойти в нижней ее части; при этом плодное яйцо и гематома локализируются между листками широкой связки. Обычно кровотечение тем сильнее, чем ближе к матке имплантировано в трубе плодное яйцо. Самое обильное кровотечение наблюдается при интерстициальной беременности, так как в этом участке трубы значительно развита сосудистая сеть.

Клиническая картина при разрыве трубы, как правило, определяется массивным кровотечением в брюшную полость и перитонеальным шоком.

Разрыв трубы. Диагностика трубной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы, обычно не вызывает затруднений. В таких случаях наблюдается картина массивного внутреннего кровотечения и перитонеального шока.

Обычно у больной бывает задержка очередной менструации (но ее может и не быть) и она считает себя беременной. Среди полного здоровья внезапно появляются резкие приступообразные боли внизу живота, особенно в одной из подвздошных областей, отдающие в задний проход, поясницу или нижние конечности. Появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только ее разрывом, но и раздражением брюшины излившейся из поврежденных сосудов кровью. Часто бывают кратковременная потеря сознания, головокружение, обморочное состояние, тошнота, рвота, икота. Мочеиспускание обычно задерживается, но может быть и учащенным. Появляются позывы на дефекацию, иногда понос. Больная бледна, апатична, зрачки расширены, на лице выступает холодный пот, губы бледные, с синюшным оттенком.

В анамнезе у таких больных можно отметить те же характерные особенности, что и в случаях прогрессирующей трубной беременности (позднее половое развитие, нарушение менструальной функции, аборт и осложненные роды, воспалительные заболевания внутренних половых органов, бесплодие и т. п.). Температура тела обычно нормальная, субфебрильная и даже пониженная (хотя нам иногда встречались больные с разрывом трубы и массивным кровотечением в брюшную полость, у которых температура была выше 38°C). При исследовании у таких больных часто можно обнаружить нагрубание молочных желез, при надавливании из сосков выделяются капли молозива.

Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление, как максимальное, так и минимальное, снижено и прогрессивно падает. Отмечается одышка.

Живот умеренно вздут, больная щадит его во время дыхания. Перкуссия и пальпация живота резко болезненны, особенно на стороне разорвавшейся трубы.

Определяются симптомы раздражения брюшины. Необходимо обратить особое внимание на так называемую перкуторную болезненность, т. е. болезненность при перкуссии живота. Мы убедились, что эта болезненность при нарушенной беременности появляется гораздо раньше классических симптомов раздражения брюшины (например, симптома Щеткина—Блюмберга и др.).

В большинстве случаев напряжение брюшной стенки выражено слабо, и, если отвлечь внимание больной, его можно преодолеть. При перкуссии живота, помимо резкой болезненности, возникающей в связи с раздражением брюшины излившейся кровью, в отлогих местах брюшной полости определяется притупление перкуторного звука, граница которого перемещается с изменением положения тела больной. Это притупление обусловлено наличием свободной крови в брюшной полости. При перемене положения боли усиливаются и может наступить повторный обморок (исследовать осторожно!). Если кровотечение продолжается, то картина перитонеального шока нарастает, малокровие прогрессирует. После первого приступа болей состояние больной может несколько улучшиться, а затем приступы могут повториться вновь. В крови, взятой в ближайшие часы после приступа, выявляются характерные изменения. Прежде всего отмечается анемия. Цветной показатель вначале не изменяется, так как при внутреннем кровотечении происходит равномерное снижение количества эритроцитов и гемоглобина и анемия носит нормохромный характер. Однако в действительности степень анемизации больной значительно больше, чем это кажется на первый взгляд, так как общее сосудистое русло уменьшается за счет выключения части капилляров из кровообращения. Затем нормохромная анемия сменяется гипохромной. Со стороны белой крови в первые часы после кровопотери наблюдаются кратковременная лейкопения и тромбоцитопения. В дальнейшем появляются молодые формы эритроцитов и лейкоцитов. СОЭ при большой кровопотере повышена.

Гинекологическое исследование, которое следует производить очень осторожно (возможность вызвать очередной инсульт), помогает уточнить диагноз. При осмотре наружных половых органов отмечаются цианоз и разрыхленность входа во влагалище.

В большинстве случаев сразу после прерывания беременности по типу разрыва трубы кровянистые выделения из влагалища отсутствуют, так как децидуальная оболочка из матки еще не успевает отторгнуться. Через несколько часов после болевого приступа или на следующий день из влагалища появляются скудные темно-коричневые кровянистые выделения. При осмотре с помощью зеркал шейка матки несколько цианотична, наружный зев закрыт. Само влагалищное исследование резко болезненно. Особенно болезненны смещения шейки матки. Матка несколько увеличена, размягчена и болезненна при пальпации. Нередко матку не удается четко контурировать из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки во время исследования. Иногда при пальпации матки создается впечатление, что она как бы «плавает» в жидкости — симптом «плавающей матки». Он определяется тогда, когда в брюшной полости имеется много крови. Через один из боковых сводов влагалища прощупывается «тестоватость» без четких контуров; нередко определяется пульсация сосудов. Задний свод влагалища сглажен или даже выпячен, пальпация его резко болезненна. Этот симптом получил название «крик Дугласа».

Необходимо помнить, что при подозрении на разрыв трубы исследование больной, особенно двуручное влагалищное, надо производить очень бережно во избежание повторных тяжелых инсультов, которые могут привести к большой кровопотере и смерти больной.

Как уже указывалось, диагностика трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы, обычно не вызывает больших затруднений. Врачу совершенно ясно, что у больной произошла какая-то катастрофа в брюшной полости с массивным внутренним кровотечением. Изучение анамнеза, а также результатов общего и специального объективного исследований больной, как правило, позволяет поставить правильный диагноз. Обычно клиническая картина заболевания настолько ясна, а состояние больной такое тяжелое, что нет необходимости и времени для применения дополнительных методов исследования.

Однако причиной острого заболевания с резкой болью в животе и анемизацией у женщин, особенно в детородном возрасте, может быть не только трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы, но

и некоторые другие заболевания. Прежде всего к ним относится самопроизвольный аборт при небольших сроках маточной беременности с обильным кровотечением, когда имеются и признаки беременности и картина резкого малокровия. Сюда же можно отнести некоторые гинекологические и экстрагенитальные заболевания, сопровождающиеся значительным кровотечением в брюшную полость и картиной перитонеального шока (апоплексия яичника, хорионэпителиома трубы, перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, травма печени и селезенки). При этих заболеваниях беременности нет, но имеются массивное кровотечение в брюшную полость и резкая анемизация больной. Наконец, разрыв беременной трубы надо дифференцировать с некоторыми гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями, при которых у больной нет ни беременности, ни внутреннего кровотечения, но налицо картина острого живота и коллапса (острый пельвиоперитонит, перекрут ножки опухоли яичника, острый аппендицит с прободением червеобразного отростка).

При дифференцировании этих заболеваний от разрыва беременной трубы следует руководствоваться данными анамнеза и объективного исследования. Из дополнительных методов, если позволяет ситуация, применяют серологические реакции на беременность (с помощью экспресс-метода диагностики), пункцию через задний свод влагалища и некоторые другие.

У больной с нарушенной трубной беременностью по типу разрыва трубы можно ошибочно заподозрить аборт при малом сроке маточной беременности на основании нагрубания молочных желез, выделения из сосков капелек молозива, задержки очередной менструации и кровянистых выделений из матки наряду с наличием признаков беременности (цианоз и разрыхленность входа во влагалище, увеличение матки и др.). При тщательном исследовании больной этой диагностической ошибки можно избежать. Прежде всего следует обратить внимание на резкое несоответствие между незначительными темными кофейного цвета кровянистыми выделениями из влагалища и выраженной анемией больной. При разрыве беременной трубы имеется массивное кровотечение в брюшную полость, при маточном аборте алая кровь выделяется

из матки через влагалище наружу и нет данных о скоплении крови в брюшной полости.

При маточном аборте боли в животе обычно тупые и менее интенсивные, чем при разрыве беременной трубы.

Гинекологическое исследование позволяет уточнить диагноз (раскрытие зева шейки матки и отсутствие уплощения или нависания сводов при маточном аборте, несоответствие размеров матки сроку задержки менструаций при трубной беременности и др.).

В сомнительных случаях для определения наличия крови в брюшной полости прибегают к пункции через задний свод влагалища. Если же больше данных за маточный аборт, производят выскабливание стенок матки с макроскопическим и (обязательно!) гистологическим исследованием соскоба. При маточной беременности уже макроскопически в соскобе удастся определить элементы плодного яйца. Во время гистологического исследования соскоба обнаруживаются ворсины хориона и децидуальные клетки. При трубной беременности соскоб обычно скудный, а гистологически в нем выявляют только элементы децидуальной оболочки. Ворсины хориона отсутствуют.

Апоплексия яичника, как и нарушенная трубная беременность, может сопровождаться массивным кровотечением в брюшную полость и вызывать симптомы, сходные с симптомами разрыва трубы.

Апоплексию яичника до операции распознать трудно. В диагностике помогает тщательное изучение анамнеза и данных объективного исследования: у больной с апоплексией яичника, как правило, не бывает задержки менструаций, а заболевание наступает в дни, близкие к овуляции, или перед очередной менструацией; больная не считает себя беременной (нет признаков беременности).

При гинекологическом исследовании не выявляется цианоз входа во влагалище, матка не увеличена в размерах. Серологические реакции на беременность отрицательные. Тактика врача зависит от силы кровотечения в брюшную полость. Если имеются симптомы массивного внутреннего кровотечения, больную надо оперировать. Если же анемизация выражена незначительно и состояние больной не ухудшается, то, по-видимому, нет разрыва беременной трубы или апоплексии яичника

и массивного кровотечения. Такая больная подлежит динамическому наблюдению с применением дополнительных методов обследования. Если же выяснено, что картина заболевания обусловлена апоплексией яичника, но значительного кровотечения нет, больную можно не оперировать, а лечить консервативно.

Очень редко причиной массивного кровотечения в брюшную полость может быть хоринэпителиома трубы. Клиническая картина этого заболевания весьма сходна с разрывом беременной трубы. Правильный диагноз до операции поставить очень трудно, но оба эти заболевания требуют оперативного лечения.

Гистологическое изучение удаленной трубы позволяет уточнить диагноз.

Что касается дифференциального диагноза между разрывом трубы при трубной беременности и массивным кровотечением в брюшную полость на почве перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, а также разрывом печени и селезенки, то этот вопрос решается путем тщательного изучения анамнеза и данных объективного исследования. У больных с перфорацией язвы или травмой печени и селезенки боли локализируются главным образом в эпигастриальной области, нет задержки менструаций и признаков беременности, но зато в анамнезе имеются указания на заболевания желудочно-кишечного тракта или предшествующую травму органов брюшной полости. Тактика врача облегчается еще и тем, что в указанных случаях в связи со значительным внутренним кровотечением показано экстренное чревосечение, при котором и уточняется диагноз.

Клиническую картину разрыва беременной трубы следует дифференцировать с острым пельвиоперитонитом, перекручиванием ножки опухоли яичника, острым аппендицитом и прободением червеобразного отростка. Отличительной особенностью симптомов перечисленных заболеваний от клиники разрыва трубы при внематочной беременности является то, что при них нет задержки менструаций и признаков беременности, больная не считает себя беременной (реакции на беременность отрицательны), отсутствует картина внутреннего кровотечения и анемии. Кроме того, каждое из упомянутых выше

заболеваний имеет характерные особенности, также не свойственные нарушенной трубной беременности.

При остром пельвиоперитоните у больной сухой язык, высокая температура, характерная картина крови (высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокая СОЭ). Более резко выражены напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины, т. е. имеется типичная клиническая картина острого живота. При пункции через задний свод влагалища извлекают не кровь (как при нарушенной трубной беременности), а мутную или гнойную жидкость (воспалительный экссудат).

Для перекручивания ножки опухоли яичника характерно то, что в анамнезе больной часто имеется указание на кисту или опухоль яичника. Боли носят приступообразный характер. Более резко выражена картина острого живота (ригидность мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины и др.). При двуручном влагалищном исследовании в области придатков матки определяется резко болезненное, овальной или шаровидной формы опухолевидное образование туго- или плотноэластической консистенции. Дело облегчается тем, что как при нарушенной трубной беременности, так и при перекручивании ножки опухоли яичника, сопровождающейся картиной острого живота, показано чревосечение.

Трубную беременность, прервавшуюся по типу разрыва трубы, нередко приходится дифференцировать от острого аппендицита с прободением червеобразного отростка. Помимо того что при остром аппендиците нет признаков беременности и массивного внутреннего кровотечения, приводящего к анемии, у больных имеются классическая картина острого живота и характерные симптомы аппендицита (Щеткина — Блюмберга, Ровзинга и др.). Как правило, при остром аппендиците повышена температура и имеется характерная картина крови (высокий лейкоцитоз, нарастающий в динамике, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ). При остром аппендиците также показано чревосечение, что облегчает тактику врача.

Как только поставлен диагноз трубной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы, больная должна быть срочно оперирована. Операция заключается в чревосечении с удалением трубы.

Подробнее о лечении больных с внематочной беременностью будет сказано ниже. Здесь нам хотелось бы только подчеркнуть некоторые особенности оперативного лечения больных с разрывом трубы. Прежде всего надо всегда иметь в виду, что это очень тяжелый контингент больных, у которых тяжесть состояния обусловлена массивным внутренним кровотечением и перитонеальным шоком, поэтому они нуждаются в неотложной врачебной помощи. Фактор времени здесь играет очень большую роль. Промедление может привести к необратимым изменениям в жизненно важных органах и смерти больной.

Как только больная поступила под наблюдение врача, ей должна быть оказана квалифицированная реанимационная помощь (шадящее обезболивание во время операции, адекватная гемотрансфузия и т. п.). Наш многолетний опыт свидетельствует о целесообразности реинфузии крови, излившейся в брюшную полость, особенно если кровопотеря большая, состояние больной тяжелое и нет необходимого количества донорской крови. Кровь из брюшной полости собирают следующим образом. Разрез брюшины сначала делают небольшой. На края ее накладывают 4 зажима и брюшину приподнимают, потягивая за них. Из брюшной полости кровь вычерпывают специальной ложкой, процеживают через 6—8 слоев стерильной марли, смоченной 4% раствором цитрата натрия. Кровь собирают в стерильный сосуд, в который наливают этот же раствор из расчета 10 мл раствора на 200 мл крови. Затем кровь вводят в вену больной.

При реинфузии не надо определять группу крови и ее совместимость. Переливать кровь из брюшной полости можно только тогда, когда кровь свежая, недавно излившаяся (от момента разрыва трубы до чревосечения должна пройти не более 12 ч) и отсутствуют признаки инфекции.

Мы считаем, что необходимо подчеркнуть целесообразность у таких больных продольного нижнесрединного разреза передней брюшной стенки, а не поперечного разреза по Пфанненштилю. На продольный разрез и последующее восстановление целостности передней брюшной стенки требуется значительно меньше времени. Такой разрез позволяет лучше осмотреть органы брюшной полости и, если надо, может быть про-

должен выше пупка (например, для уточнения источника кровотечения, если внематочной беременности не оказалось).

Когда оперируют больную с разрывом беременной трубы и массивным кровотечением в брюшную полость, то в связи с тяжелым состоянием женщины, как правило, нужно удалять разорвавшуюся трубу, а не производить с целью ее сохранения пластическую операцию.

Во время чревосечения у таких больных не следует производить другие «попутные» операции (вылущение миоматозных узлов и т. п.), так как это удлиняет время операции, кроме того, кровь, находящаяся в брюшной полости, является хорошей питательной средой для развития инфекции, что особенно опасно у ослабленной больной.

Трубный аборт. Как уже было сказано выше, прерывание трубной беременности значительно чаще происходит по типу трубного аборта, чем разрыва трубы. Клиническая картина при трубном аборте обычно развивается более медленно. Кровь, попавшая в брюшную полость вследствие тяжести стекает в заматочное пространство — образуется *haematoma retrouterina*; при этом происходит уплощение или выпячивание заднего свода влагалища. Иногда кровь, изливающаяся из трубы медленно и небольшими порциями, образует вокруг нее кровяной слепок — *haematoma peritubaria*.

Клиническая картина трубного аборта зависит главным образом от интенсивности кровотечения. Чем массивнее кровотечение в брюшную полость при трубном аборте, тем больше клиническая картина приближается к клинике нарушения трубной беременности по типу разрыва трубы и тем легче диагностика. Обычно вследствие более медленного течения заболевания и незначительного кровотечения в брюшную полость клиническая картина при трубном аборте смазана, симптоматика выражена не ярко, общее состояние больной иногда длительное время остается удовлетворительным. Поэтому диагностика трубного аборта часто представляет большие трудности. Считают даже, что диагностика вялотекущего трубного аборта представляет собой «главу диагностических ошибок» в работе акушера-гинеколога. Вместе с тем необходимо помнить, что вялотекущий трубный аборт в любой момент может осложниться сильным кровотечением в брюшную полость, угрожаю-

щим жизни больной. Поэтому всегда надо строго придерживаться следующего правила: если имеется подозрение на внематочную беременность, больную надо немедленно госпитализировать для уточнения диагноза с использованием дополнительных методов исследования и лечения. Из стационара она может быть выписана только после того, как диагноз внематочной беременности будет окончательно отвергнут.

Известно немало случаев, когда больную с подозрением на внематочную беременность часто по ее настойчивой просьбе отпускали домой с амбулаторного приема или выписывали из стационара, а затем после очередного инсульта у нее бурно развивалась картина внутреннего кровотечения и ее не удавалось спасти.

Для правильной диагностики большое значение имеет тщательное изучение анамнеза. В анамнезе больных с трубным абортom часто имеются указания на воспалительные процессы половых органов после абортов или осложненных родов, на первичное или вторичное бесплодие, нарушение менструальной функции, чаще всего задержку очередной менструации (в 70% случаев) и появление из влагалища скудных темных кровянистых выделений и кусочков «какой-то ткани» (децидуальная оболочка). Задержки менструации может и не быть, а кровянистые выделения могут появиться раньше или в срок ожидаемой менструации (если нарушение беременности происходит в очень ранней стадии развития оплодотворенного яйца). В связи с задержкой менструации больные часто считают себя беременными, у них нередко появляется тошнота по утрам, нагрубание молочных желез. Внезапно или исподволь возникают приступообразные боли типа схваток в одной из подвздошных областей. Эти боли обычно не так сильно выражены, как при разрыве трубы, они могут прекратиться, и тогда больная чувствует себя хорошо. Во время приступа у больной может быть легкое головокружение, реже отмечаются кратковременные обмороки, чувство дурноты, рвота, икота. Иногда боли отдают в ноги, в задний проход, появляются позывы на дефекацию, но приступ проходит и все эти симптомы исчезают или в значительной степени уменьшаются.

Общее состояние больной остается удовлетворительным. Через некоторое время болевой приступ может повториться.

Для суждения о степени кровопотери большое значение имеет осмотр больной, при котором часто обнаруживается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Пульс обычно ритмичный, удовлетворительного наполнения, не учащен. Артериальное давление чаще нормальное, иногда несколько снижено. Температура нормальная, иногда субфебрильная (37,1—37,3° С). Молочные железы несколько уплотнены, при надавливании из сосков часто выделяется секрет молочного цвета. Передняя брюшная стенка обычно участвует в акте дыхания, перкуссия ее и пальпация слегка болезненны в одной из подвздошных областей. Напряжение мышц живота обычно отсутствует. При значительном кровотечении в брюшную полость отмечаются наличие в ней свободной жидкости и симптомы раздражения брюшины. Необходимо иметь в виду, что у многих женщин с трубной беременностью, нарушенной по типу трубного аборта, никаких перитонеальных симптомов может и не быть. Выраженность симптомов при трубном аборте зависит от массивности кровотечения в брюшную полость. Чем оно массивнее, тем симптомы более выражены. Важную роль играет также реактивность организма больной. Иногда в брюшной полости крови мало, а у больной налицо тяжелая картина перитонеального шока. И, наоборот, встречаются случаи, когда в брюшной полости много крови, а состояние больной остается удовлетворительным. Для правильной диагностики большое значение имеет гинекологическое исследование.

Очень характерным симптомом трубного выкидыша, особенно если он продолжается в течение некоторого времени, служит появление из влагалища темно-коричневых, типа кофейной гущи, иногда дегтеобразных, скудных кровянистых выделений. Обычно они возникают после приступа болей и не прекращаются ни после противовоспалительного лечения, ни даже после выскабливания матки. Кровянистые выделения появляются в связи с отторжением децидуальной оболочки матки и вскрытием при этом кровеносных сосудов, а желтое тело беременности задерживает регенерацию эндометрия.

При осмотре часто обнаруживается цианоз и разрыхленность входа во влагалище, цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки; наружный зев шейки матки закрыт, из шеечного канала выделяется темная кровь.

Смещения шейки матки при влагалищном исследовании болезненны. Матка немного увеличена, плотна или несколько размягчена и слегка болезненна. Величина матки часто не соответствует сроку задержки менструации (ее размеры меньше). В области придатков матки обычно с одной стороны пальпируется опухолевидное образование колбасовидной или веретенообразной формы мягковатой консистенции, ограниченно подвижное, умеренно болезненное, с нечеткими контурами, иногда пульсирующее. Задний свод влагалища уплощен или выпячен, пальпация его болезненна («Крик Дугласа»). В крови иногда выявляется нормохромная анемия. При затянувшемся трубном аборте прогрессивно снижается количество гемоглобина, но общая картина крови почти нормальная. СОЭ обычно в норме или несколько увеличена. При повторных кровоизлияниях в брюшную полость и всасывании крови возникают гипохромная анемия, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышается СОЭ.

Как видно из описанной выше клинической картины, при трубной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта, симптоматика часто выражена не ярко; имеющиеся признаки свойственны и некоторым другим гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям, с которыми и приходится дифференцировать трубный аборт. Для уточнения диагноза большое значение имеют динамическое наблюдение за больной в условиях стационара и применение дополнительных методов исследования. При повторном гинекологическом исследовании иногда обнаруживают весьма характерные для трубного аборта изменения: увеличение размеров маточной трубы и перитубарной гематомы по сравнению с предыдущим исследованием, появление выпячивания заднего свода влагалища. Таким образом, динамическое наблюдение само по себе часто проясняет ситуацию. Трубную беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта без значительного внутреннего кровотечения, следует дифференцировать с маточным абортом при малом сроке беременности, обострением хронического аднексита и дисфункцией яичников, перекручиванием ножки опухоли яичника, апоплексией яичника без значительного внутреннего кровотечения и острым аппендицитом.

Чаще всего трубный аборт приходится дифференцировать с маточным абортом при небольшом сроке беременности. Действительно, у больной в анамнезе имеется указание на задержку менструации, женщина считает себя беременной, затем появляются схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. Первое, о чем можно думать при такой ситуации, это о маточном аборте.

Для дифференциальной диагностики трубного и маточного аборта приводим таблицу отличительных признаков этих заболеваний (по Брауде И. Л. и Аловскому А. Д.) (табл. 1). Следует еще добавить, что двуручное влагалищное исследование при трубном аборте часто выявляет характерные изменения со стороны придатков матки и влагалищных сводов, чего не бывает при маточном аборте. В случае отхождения из матки вместе с кровянистыми выделениями кусочков децидуальной оболочки необходимо подвергнуть их гистологическому исследованию.

При маточной беременности наряду с элементами децидуальной ткани в большинстве случаев обнаруживаются ворсины хориона, а при трубном аборте только децидуальные клетки. Однако отсутствие ворсин хориона в выделившейся ткани не дает оснований для окончательной диагностики внематочной беременности. Децидуальные превращения слизистой оболочки матки наблюдаются не только при беременности, но и при персистирующем желтом теле и текалютеиновых кистах яичника. Вместе с тем ворсины хориона могут быть выявлены в редких случаях сочетания маточной и внематочной беременности.

При подозрении на трубный аборт специально выскабливать матку с диагностической целью не следует (опасность очередного инсульта!). Если же при выскабливании матки по поводу неполного маточного аборта получают скудный соскоб, в котором макроскопически части плодного яйца не обнаруживаются, его обязательно надо подвергнуть гистологическому исследованию. Здесь нужно еще раз подчеркнуть, что при маточном аборте после выскабливания матки кровянистые выделения, как правило, быстро прекращаются.

При трубном аборте они продолжают и после выскабливания матки. Известное диагностическое значение имеет феномен Ариас-Стеллы — обнаружение в со-

скобе при внематочной беременности своеобразных изменений в эпителии желез эндометрия, ядра которого гипертрофированы и гипохромны. Однако диагностическая ценность этого метода весьма невелика.

Таблица 1

Отличительные признаки трубного и маточного выкидыша (по И. Л. Брауде и А. Д. Аловскому)

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
1. Нарушение трубной беременности начинается большей частью рано (между 4-й и 6-й неделями)	1. Самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделями)
2. Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей, имеют вначале тянущий, а затем схваткообразный характер. Приступ болей носит более бурный характер (внезапное начало, шок, коллапс, обморочное состояние, явления раздражения брюшины)	2. Боли имеют схваткообразный характер, ощущаются главным образом внизу живота и в крестце. Отмечается медленное, постепенное нарастание регулярных болей, по характеру напоминающих схватки
3. Наружное кровотечение незначительное, цвет выделений коричневый, иногда отходят пленки; выделения начинаются обычно после появления болей	3. Наружное кровотечение более обильное, кровь нередко ярко-красного цвета, часто со сгустками; кровотечение возникает до появления болей
4. Степень малокровия не соответствует количеству крови, выделяющейся наружу	4. Степень малокровия соответствует количеству выделяющейся наружу крови
5. Наблюдается отхождение децидуальной оболочки целиком или в виде мелких обрывков. Если выделившуюся ткань рассмотреть в стакане с водой на свет, то характерных тонких колеблющихся ворсинок не видно	5. Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом, когда ткань рассматривают на свет в стакане с водой
6. Увеличенная матка имеет грушевидную форму, но увеличение не вполне соответствует сроку задержки менструации. Наружный маточный зев закрыт	6. Увеличение матки соответствует сроку задержки менструации. Матка имеет шарообразную форму; при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки располагается на нем в виде небольшой шапки. Наружный маточный зев приоткрыт.

Очень часто трубный аборт приходится дифференцировать с обострением воспалительного процесса придатков матки, так как эти заболевания имеют много одинаковых симптомов. Диагностика затрудняется еще и потому, что у больных с трубной беременностью в анамнезе очень часто бывают указания на воспаление придатков матки.

При воспалительных процессах придатков матки, особенно в стадии обострения, могут быть те же симптомы, что при трубном аборте: боли внизу живота и пояснице, нарушения менструального цикла, кровянистые выделения из влагалища, увеличение придатков матки, их болезненность и др. Субфебрильная температура бывает как при обострении воспалительного процесса придатков матки, так и при трубном выкидыше в связи с всасыванием излившейся в брюшную полость крови. Иногда при трубном аборте может быть высокая температура в результате присоединившейся инфекции. Пульсация сосудов в сводах при влагалищном исследовании наблюдается не только при трубной беременности, но и при обострившемся воспалении придатков матки.

Общность симптомов трубного аборта и обострившегося воспаления придатков матки часто создает трудности в диагностике. Положение осложняется еще и тем, что способы лечения этих заболеваний совершенно различны. Трубный аборт требует срочного оперативного лечения, в то время, как при обострении воспалительного процесса придатков матки показано консервативное лечение.

Правильный диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения анамнеза, внимательного обследования больной, а также наблюдения за ней в динамике в условиях стационара с применением различных дополнительных методов исследования. При обострении воспалительного процесса придатков матки задержки менструаций, как правило, не бывает. Больная не чувствует себя беременной, объективные признаки беременности отсутствуют. Биологические и серологические реакции на беременность отрицательные. Температура обычно повышена. Картина крови характерна для воспалительного процесса (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ).

При гинекологическом исследовании признаков беременности нет. Матка в большинстве случаев нормальной величины, плотной консистенции.

Воспалительное образование придатков матки имеет более плотную консистенцию, четкие контуры и менее подвижно, чем маточная труба при трубном выкидыше. Задний свод влагалища при подостром воспалении придатков обычно не сглажен и тем более не выпячен.

Дифференциально-диагностической пробой может также служить пробное лечение больных — аутогемотерапия и внутривенное введение 10% раствора хлорида кальция. При обострении воспаления придатков матки постельный режим, аутогемотерапия в сочетании с внутривенным введением раствора хлорида кальция в течение 5 дней в большинстве случаев приводят к улучшению общего состояния, прекращению кровянистых выделений из влагалища, уменьшению размеров опухолевидного образования придатков матки. При трубном аборте такого улучшения не наступает, кровянистые выделения не прекращаются.

Большую помощь в дифференциальной диагностике оказывают биологические и серологические реакции на беременность. Практически, если при подозрении на трубный аборт реакция на беременность (тем более неоднократная) отрицательная, то в большинстве случаев речь идет о воспалении придатков матки. Однако эти реакции не являются абсолютно точными. Если прерывание беременности произошло давно (2—3 нед назад) и ворсины хориона нежизнеспособны, то и при наличии трубного аборта эти реакции также будут отрицательными.

Если у больной при подозрении на трубный аборт имеются данные о наличии крови в прямокишечно-маточном пространстве (уплощение или выпячивание заднего свода влагалища), большую помощь в диагностике может оказать пункция через задний свод влагалища (рис. 6). Если же трубная беременность прерывается по типу разрыва трубы или трубного аборта с массивным кровотечением в брюшную полость и явлениями нарастающей анемии и шока, тратить время на пункцию не следует.

Прежде чем делать пункцию, всегда нужно поставить перед собой вопрос, будет ли отменено чревосечение, если при пункции врач не получит характерную кровь.

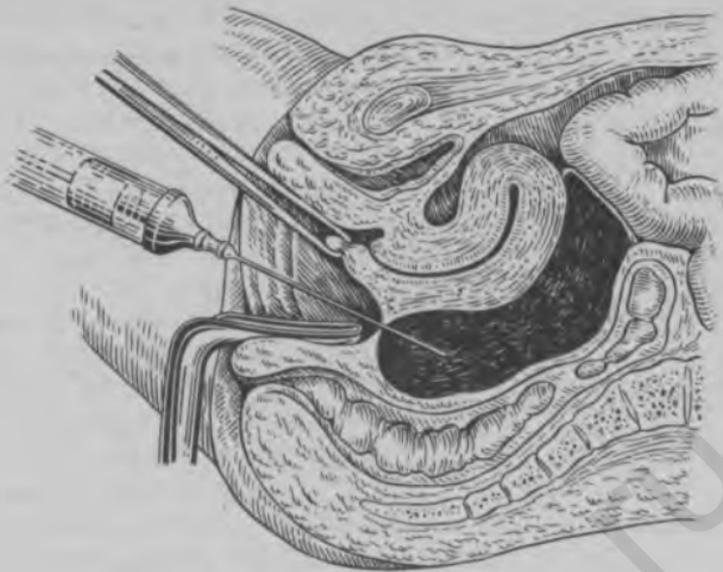


Рис. 6. Диагностическая пункция через задний свод влагалища.

Если состояние больной таково, что независимо от результатов пункции срочно показано чревосечение, к пункции прибегать не следует. Если же при отрицательных результатах пункции можно воздержаться от срочного чревосечения, то при соответствующих показаниях делать ее нужно.

Чаще всего пункция заднего свода влагалища помогает, когда трубный выкидыш, протекающий хронически, дифференцируют от обострившегося воспалительного процесса придатков матки, перекрута ножки опухоли яичника или аппендицита. При трубном аборте в шприц во время пункции поступает темная жидкая кровь с небольшими сгустками в виде крупинок. Удобнее всего кровь из шприца вылить в заранее приготовленный стакан с изотоническим раствором хлорида натрия. Рассматривая содержимое стакана на свет, можно увидеть темные крошковидные сгустки крови, опускающиеся на дно стакана. Получение алой крови без сгустков чаще всего свидетельствует о ранении иглой сосудов матки.

Необходимо помнить, что пункция через задний свод влагалища является только вспомогательным диагностическим методом. Известно немало случаев, когда при наличии нарушенной трубной беременности и значительного количества крови в брюшной полости пункция

через задний свод влагалища давала отрицательный результат (например, при обширном спаечном процессе в малом тазу). И, наоборот, при пункции получали значительное количество крови, а в брюшной полости ее не оказывалось (кровь получали из матки или из сосуда).

Клиническую картину трубного аборта иногда можно спутать с перекручиванием ножки опухоли яичника и апоплексией яичника. Что касается дифференциальной диагностики этих заболеваний, то их клиническая картина была уже описана. Практически при упомянутых заболеваниях в большинстве случаев, как и при трубной беременности, показано срочное чревосечение, во время которого и уточняется диагноз.

Приступообразные боли в правой подвздошной области с рвотой и симптомами раздражения брюшины, которые бывают при правостороннем трубном выкидыше, могут навести на мысль об остром аппендиците.

Приводим схему отличительных признаков нарушенной трубной беременности и острого аппендицита по М. С. Малиновскому и А. Д. Аловскому (табл. 2).

Для дифференциальной диагностики аппендицита и трубной беременности имеет значение также симптом Промптова, который заключается в следующем. Если у больной имеется острый аппендицит, то пальпация дна прямокишечно-маточного углубления через прямую кишку вызывает резкую болезненность. В то же время приподнимание матки или движения шейки малобезболезненны или совсем безболезненны. При трубной беременности, наоборот, пальпация дна прямокишечно-маточного углубления почти безболезненна или малобезболезненна, а приподнимание матки или движения за шейку резко болезненны.

Диагноз трубной беременности, нарушенной по типу трубного аборта, гуден и ставится на основании совокупности данных, тщательного изучения анамнеза, объективного исследования больной как общего, так и специального. В ряде случаев диагноз устанавливается только после динамического наблюдения за больной в условиях стационара с применением дополнительных современных методов исследования (биологические и серологические реакции на беременность, гистологическое изучение соскоба эндометрия, пункция через задний свод влагалища).

Таблица 2

Отличительные признаки внематочной беременности и аппендицита (по М. С. Малиновскому и А. Д. Аловскому)

Внематочная беременность	Аппендицит
1. Признаки беременности налицо	1. Признаков беременности нет
2. Кровянистые мажущиеся выделения, резкая боль схваткообразного характера, часто сопровождающаяся обморочным состоянием; тошнота и рвота слабо выражены или отсутствуют, температура нормальная или субфебрильная, редко выше 38° С	2. Кровянистые выделения отсутствуют. Боли не такие острые, тошнота и рвота более резко выражены, лихорадка
3. Напряжение мышц передней стенки живота слабо выражено, часто совсем отсутствует. Френикус-симптом налицо или отсутствует	3. Напряжение мышц брюшной стенки всегда налицо, особенно справа. Симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровзинга также налицо. Френикус-симптом, как правило, отсутствует
4. Характерный habitus больной, резкая бледность лица, нередко обморочное состояние, синюшность губ и ногтей	4. Больная находится скорее в состоянии возбуждения (покраснение лица)
5. Лейкоцитоза нет. Картина крови характерна для вторичной анемии	5. Обычно наблюдается лейкоцитоз. Картина красной крови нормальная
6. Матка часто увеличена, задний свод влагалища опущен, выпячен, в нем часто определяется тестоватость или через боковой свод пальпируется опухоль, низко расположенная, малоподвижная, нередко болезненная	6. Матка и придатки нормальные. Своды свободны. Инфильтрат располагается значительно выше над пупартовой связкой, обычно через влагалище трудно достигается и не ограничивает подвижности матки
7. СОЭ, как при маточной беременности	7. СОЭ увеличена
8. При пункции заднего свода получают жидкую кровь	8. При пункции заднего свода крови не получают
9. Отхождение децидуальной оболочки	9. Децидуальная оболочка не отходит

Применение реографии органов малого таза также позволяет дифференцировать трубный аборт от маточного аборта, обострения воспалительных заболеваний придатков матки.

Наконец, весьма ценным диагностическим методом при подозрении на нарушенную трубную беременность

является гинекологическая эндоскопия (кульдо- и лапароскопия), при которой на фоне бледно-розовой, блестящей брюшины, смазанной кровью, бывает хорошо видна утолщенная маточная труба сине-багрового цвета, часто с перитубарной гематомой и темными сгустками крови в брюшной полости. Диагностическая ценность всех методов исследования значительно повышается при комплексном их применении.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

К редким формам внематочной беременности следует отнести яичниковую беременность, беременность в рудиментарном, зачаточном роге матки, межсвязочную беременность, брюшную беременность (первичная и вторичная) и многоплодную беременность, когда одно оплодотворенное яйцо развивается в матке, а второе — вне ее (чаще всего в трубе).

Диагностика редких форм внематочной беременности до операции очень трудна. Если беременность прерывается в ранние сроки, то обычно больных направляют на операцию с диагнозом трубной беременности и только во время операции диагноз уточняется. При развитии оплодотворенной яйцеклетки в яичнике, рудиментарном роге матки, между листками широкой связки и при брюшной беременности она может достигнуть больших сроков и даже донашивается до конца.

Яичниковая беременность встречается очень редко. Основным признаком ее является участие самого яичника в образовании плодместилища, отсутствие изменений в маточной трубе той же стороны, исключение участия трубы или ее фимбрий в образовании плодместилища. Различают две формы яичниковой беременности: интрафолликулярную, когда она развивается в самом фолликуле, и овариальную, когда вышедшая из фолликула и оплодотворенная в брюшной полости яйцеклетка прививается на поверхности яичника.

Обычно яичниковая беременность прерывается в ранние сроки, причем сопровождается теми же симптомами, что и прерывание трубной беременности. Диагностировать яичниковую беременность до операции очень трудно. Обычно в таких случаях ставят диагноз трубной беременности, лишь во время операции выясняется, что

плодное яйцо имплантировано не в трубе, а в яичнике. Только гистологическое исследование удаленного препарата может окончательно подтвердить диагноз. Во время операции в зависимости от конкретной ситуации производят резекцию яичника, полное его удаление или удаление придатков матки соответствующей стороны.

В редких случаях яичниковая беременность может достигнуть больших сроков и даже доношивается до конца.

Беременность в зачаточном (рудиментарном) роге матки. Известно, что матка и влагалище развиваются из слияния двух мюллеровых протоков. Если один из них совсем не развился или развитие его задержалось, образуется однорогая матка с зачаточным рогом или без него.

Зачаточный рог обычно соединяется с основным рогом матки при помощи сплошной ножки, которая чаще всего отходит от матки на уровне внутреннего зева или от ее дна. Зачаточный рог матки, как правило, не соединяется каналом с основным рогом. Мускулатура зачаточного рога обычно выражена слабо, слизистая оболочка неполноценна и не отторгается во время менструации.

Беременность в зачаточном роге матки, по-видимому, возникает в результате наружной миграции оплодотворенной яйцеклетки или вследствие наружной миграции сперматозоидов. По клиническому течению беременность в зачаточном роге матки почти не отличается от трубной беременности. При прогрессирующем развитии беременности в зачаточном роге матки диагностика затруднена, так как отсутствуют симптомы разрыва рога и внутреннего кровотечения. Характерными признаками такой беременности при наличии соответствующего анамнеза являются боковое расположение однорогой матки по отношению к шейке, наличие рядом с несколько увеличенной и подвижной маткой безболезненной мягковатой «опухоли», отходящей от матки на толстой ножке. Придатки на стороне зачаточного рога и круглая связка чаще расположены у его основания. В отличие от интерстициальной трубной беременности круглая связка матки при беременности в рудиментарном роге матки располагается кнаружи от плодовместилища.

Прогрессирующую беременность в зачаточном роге матки следует дифференцировать с интерстициальной формой трубной беременности, с кистозными образованиями яичника или субсерозным миомадозным узлом при наличии маточной беременности.

При интерстициальной трубной беременности плодвместилище нельзя отграничить от матки, круглая связка расположена медиальнее, исследование болезненно. При беременности в зачаточном роге часто можно определить выраженную ножку, отделяющую плодвместилище от матки. Рог матки при исследовании подвижен и безболезнен. Миомадозный узел матки, как правило, плотной консистенции. Кистозные опухоли яичника обычно тугоэластической консистенции. В связи с более мощной гипертрофией мускулатуры зачаточного рога матки по сравнению с трубной беременностью в зачаточном роге прерывается в более поздние сроки, чем трубная, а в редких случаях может донашиваться до конца. Прерывание беременности в зачаточном роге происходит по типу наружного разрыва плодвместилища с кровотечением в брюшную полость. Обычно больная считает себя беременной, а затем у нее внезапно появляется острый приступ боли в нижней части живота и нарастает картина внутреннего кровотечения. Данные гинекологического исследования помогают уточнить диагноз. Как только беременность в зачаточном роге диагностировали, больная должна быть срочно оперирована. Обычно производится удаление беременного рога матки с тщательным ушиванием стенки матки.

Необходимо всегда помнить, что если у больной в анамнезе имеются данные, говорящие о беременности, а при влагалищном исследовании рядом с несколько увеличенной маткой определяется мягковатая опухоль, то у такой больной может быть беременность в зачаточном роге матки и она должна быть срочно госпитализирована для уточнения диагноза с использованием дополнительных методов исследования.

Межсвязочная беременность. При трубной беременности плодное яйцо не всегда развивается в сторону брюшной полости. Иногда его развитие, в частности внедрение ворсин хориона, бывает направлено преимущественно в сторону широкой связки, листки которой при этом расслаиваются.

Различают первичную и вторичную межсвязочную беременность. При первичной межсвязочной беременности плодное яйцо продолжает развиваться в трубе, которая замуровывается между листками широкой связки матки. При вторичной межсвязочной беременности развивающееся плодное яйцо разрывает стенку маточной трубы, попадает в пространство между листками широкой связки, прикрепляется там и продолжает развиваться.

Для межсвязочной беременности характерно наличие низко расположенной неподвижной, мягковатой, местами флюктуирующей сбоку от матки «опухоли», выпячивающей боковой свод. Эта «опухоль» отклоняет матку в противоположную сторону, симулируя интралигаментарное новообразование. Подвижность матки при этом резко ограничена.

Вследствие благоприятных условий (хорошее кровоснабжение, защита плодместилища листками широких связок) межсвязочная беременность иногда может донашиваться до конца, однако чаще она также прерывается в более ранние сроки. При разрыве плодместилища имеется клиническая картина внутреннего кровотечения и перитонеального шока.

Кровотечение обычно происходит в межсвязочное пространство: при этом образуется обширная гематома, которая часто распространяется далеко за пределы широкой связки. Иногда, когда разрываются листки широкой связки или она разрушается вследствие прорастания ворсин хориона, кровотечение может происходить непосредственно в брюшную полость.

Операция при межсвязочной беременности заключается в удалении плодместилища с соответствующей маточной трубой и перитонизации листками широкой связки.

Брюшная беременность. Как уже было указано, брюшную беременность подразделяют на первичную и вторичную.

При первичной брюшной беременности оплодотворенная яйцеклетка прививается непосредственно в брюшной полости (на брюшине, в сальнике, на петлях кишечника, в области печени, селезенки, желудка и т. п.). Внутренние половые органы больной не изменены. Первичная брюшная беременность встречается крайне редко.

При вторичной брюшной беременности в брюшной полости имплантируется и продолжает развиваться плодное яйцо, изгнанное из трубы при трубном аборте или разрыве трубы, сопровождающемся значительным кровотечением. В таких случаях плодное яйцо чаще имплантируется в полости малого таза, а плодоемстителица располагается сбоку и кзади от матки, симулируя интралигаментарную опухоль.

Клинически брюшная беременность, первичная и вторичная, протекает как трубная, и чаще заканчивается разрывом капсулы плодоемстителица в ранние сроки с обильным внутренним кровотечением и перитонеальным шоком. Поскольку картины нарушенной брюшной и трубной беременности в ранние сроки сходны, больных с нарушенной брюшной беременностью обычно направляют на операцию с диагнозом нарушенной трубной беременности, и только во время операции хирург, убедившись, что обе маточные трубы не изменены, ставит правильный диагноз.

Необходимо помнить, что, если во время операции по поводу нарушенной трубной беременности никаких изменений со стороны половых органов не найдено, а в брюшной полости имеется значительное количество крови, всегда надо произвести тщательную ревизию всех органов брюшной полости для установления источника кровотечения (брюшная беременность).

Брюшная беременность иногда может достигнуть больших сроков и даже быть доношенной до конца (обычно это бывает при вторичной брюшной беременности). Чаще всего брюшную беременность поздних сроков расценивают как маточную беременность.

Диагноз брюшной беременности основывается на тщательном изучении анамнеза. Для нее характерны повторные приступы болей в животе, иногда с кратковременной потерей сознания, резкие боли при движениях плода. При влагалищном исследовании прощупывают слегка увеличенную матку, расположенную отдельно от плодоемстителица. При легком механическом раздражении плодоемстителице не сокращается.

При брюшной беременности обычно части плода определяются непосредственно под брюшной стенкой. Он чаще располагается поперечно. Если плод погиб, то сердцебиение и шевеление его не определяют, и

тогда брюшную беременность позднего срока надо дифференцировать с опухолью яичника и миомой матки.

Как только установлен диагноз брюшной беременности, больная должна быть оперирована. Операция заключается в удалении плода и детского места, которое, особенно при живом плоде, трудно выделяется из плотных и обширных сращений с соседними органами.

В литературе описано немало случаев, когда при брюшной беременности рождаются живые доношенные дети.

Однако материнская и детская смертность при брюшной беременности остается еще весьма высокой. Кроме того, у плодов часто наблюдаются различные пороки развития.

Сочетание маточной и внематочной беременности встречается редко. Описаны случаи сочетания маточной и трубной, маточной и брюшной беременности, беременности в рудиментарном и основном роге матки, двусторонней трубной беременности. Многоплодная беременность наблюдается иногда в одной из труб в виде двойни.

Диагностика сочетания маточной и внематочной беременности чрезвычайно трудна. В большинстве случаев правильный диагноз ставится только во время операции или при дальнейшем наблюдении за больной в послеоперационном периоде.

Основным признаком сочетания маточной и внематочной беременности является отсутствие кровянистых выделений из половых путей при наличии явных симптомов нарушенной внематочной беременности. Матка в этих случаях по размеру соответствует сроку беременности, а в области придатков матки определяется колбасовидное утолщение, безболезненное при пальпации. Описаны случаи, когда во время операции была удалена беременная труба, а в матке продолжала развиваться беременность, которая заканчивалась нормальными родами.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагноз внематочной беременности обычно ставят на основании жалоб больной, анамнеза, результатов общего, специального гинекологического и лабораторных

исследований. В большинстве случаев эти данные позволяют правильно установить диагноз. У определенной группы больных в результате стертости клинической картины заболевания применение только основных методов исследования бывает недостаточным и диагноз остается неясным. В таких случаях прибегают к дополнительным методам.

Некоторые из описываемых ниже дополнительных методов исследования применяются для диагностики внематочной беременности давно и достаточно хорошо известны практическому врачу, поэтому мы остановимся на них вкратце, охарактеризовав с современной точки зрения. Другие, например серологический метод определения хорионического гонадотропного гормона (ХГ) в моче, реография органов малого таза и гинекологическая эндоскопия начали использоваться сравнительно недавно и, несмотря на свою высокую информативность, еще не получили широкого распространения. На этих методах исследования мы остановимся более подробно и приведем некоторые собственные данные, полученные с их помощью у 130 больных с подозрением на внематочную беременность. Из этих больных у 70 проводилась дифференциальная диагностика с маточной беременностью малых сроков, угрожающим или неполным абортom, у 44 — с воспалительными заболеваниями придатков матки и у 16 — с некоторыми другими гинекологическими заболеваниями.

Возраст больных колебался от 18 до 43 лет. 109 из них предъявляли жалобы на боли внизу живота и в пояснице, 119 — на скудные, мажущего характера кровянистые выделения из половых путей.

Перед началом заболевания у 83 женщин наблюдалась задержка менструации от 3 дней до 2½ мес, у 19 менструация наступила в срок, но протекала по типу полименореи, у 28 кровянистые выделения появились раньше ожидаемой менструации на 1—2 нед.

Половой жизнью жили все 130 больных, из них 23 нерегулярно. Предохранялись от беременности 36 больных. У 93 женщин имелись в анамнезе роды и аборты или только аборты, а у 98 больных — воспалительные процессы матки и придатков.

Длительность заболевания до поступления в клинику у 64 больных составила от 2 до 34 дней, у 37 — от 12 ч до 2 дней и у 29 больных — до 12 ч.

Состояние всех больных при поступлении было удовлетворительным. Температура тела была нормальной у 67 женщин, субфебрильной — у 63. Снижения артериального давления ниже обычного ни у одной больной не отмечено. Пульс у всех женщин был удовлетворительного наполнения, с частотой не более 100 в минуту. Живот у всех больных был мягким, у 13 определялись симптомы раздражения брюшины, у 97 — болезненность при его пальпации. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определялась.

При осмотре с помощью зеркал у 61 больной обнаружен цианоз стенок влагалища и шейки матки, у 38 — явления хронического цервицита.

При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании у 63 больных отмечено некоторое увеличение размеров матки, у всех женщин — увеличение придатков с одной или обеих сторон, у 107 больных — умеренная или незначительная болезненность их. Нависание и болезненность сводов влагалища определялись у 6 больных, резистентность и уплощение сводов — у 56.

Данные анализов мочи, крови и исследования мазков из влагалища, уретры и шейечного канала были без существенных отклонений, за исключением снижения количества гемоглобина от 100 до 90 г/л у 7, увеличения количества лейкоцитов от $10 \cdot 10^3$ до $13 \cdot 10^3$ в 1 мкл крови у 6 и наличия влагалищных трихомонад в мазках у 6 больных.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА БЕРЕМЕННОСТЬ

Эти реакции позволяют установить сам факт наличия беременности без указания на ее локализацию и таким образом помогают провести дифференциальную диагностику между беременностью ранних сроков и другими патологическими состояниями, среди которых наибольшее значение имеют воспалительные процессы придатков матки. Принцип этих реакций основан на выявлении в моче обследуемой женщины вырабатываемого цитотрофобластом ХГ, который чаще всего удается обнаружить уже на 9-й день после оплодотворения.

Среди биологических реакций на беременность наибольшее распространение получили реакции: Ашгейма — Цондека — на инфантильных мышах, Галли-

Майнини — на лягушках-самцах и Фридмана — на половозрелых крольчихах. Методика этих реакций хорошо известна и не требует специального описания. Биологические реакции на беременность достаточно специфичны и дают от 85 до 100% правильных ответов.

Однако, несмотря на это, они имеют ряд существенных недостатков: их постановка требует специальной лаборатории с вивариумом, они дороги, трудоемки, длительны, а чувствительность реакции в некоторых случаях зависит от сезонного фактора. Гибель животных при постановке этих реакций из-за токсичности мочи достигает 7—8%, а полученные результаты зависят от индивидуальной чувствительности животных. Кроме того, возможно получение ложноположительных результатов в случае приема женщиной некоторых гормональных препаратов. В последние годы широкое распространение в клинической практике получил серологический метод выявления ХГ. Установлено, что гонадотропины, в том числе и ХГ, представляют собой водорастворимые гликопротеины, которые при парентеральном введении вызывают образование антител.

Wide и Gemsiell (1962) обнаружили, что ХГ, начиная с 8—12-го дня после задержки менструации, когда его содержание в моче достигает достаточной концентрации, может быть выявлен серологическим путем.

Для постановки реакции обычно используют взвесь эритроцитов сенсibilизированного в отношении ХГ барана и антисыворотку кроликов, которые были иммунизированы ХГ человека. Если в исследуемой моче, добавляемой к антисыворотке в присутствии эритроцитов, содержится достаточное количество ХГ, то он связывается с антисывороткой, в результате чего тормозится агглютинация эритроцитов. При отсутствии ХГ агглютинация наступает.

Серологические методы по чувствительности не только не уступают биологическим, но и превосходят их. Кроме того, они легкоосуществимы в условиях стационара и поликлиники, требуют значительно меньше времени для выполнения (2—3 ч и меньше), лишены недостатков, связанных с использованием животных. При постановке этих реакций значительно снижается возможность появления ложноположительных результатов, связанных с приемом женщиной гормональных препаратов.

Обнаружение ХГ при внематочной беременности представляет известные трудности, связанные с его низким уровнем в моче при ранних сроках беременности, а также с гибелью плодного яйца, в частности его трофобласта. По мнению многих авторов, серологические методы при эктопической беременности дают менее точные результаты. На основании разницы в содержании ХГ при маточной и эктопической беременности предлагается использовать в целях дифференциальной диагностики этих состояний количественное определение ХГ.

Ценность серологического метода определения ХГ при затруднениях в диагностике внематочной беременности изучалась нами в процессе сопоставления его данных как с клиническими наблюдениями, так и с результатами биологической реакции Ашгейма — Цондека.

В настоящее время из методов серологического определения ХГ большое распространение получила агглютинация латексом. Для постановки этой реакции выпускают готовые реагенты в лиофилизированной форме. Полистирольные частицы латекса, сенсibilизированные человеческим ХГ, быстро агглютинируются сывороткой, иммунной против него. Если мочу, содержащую ХГ, смешать с иммунной сывороткой до прибавления суспензии латекса, то иммунная сыворотка нейтрализуется и теряет способность агглютинировать частицы латекса.

Для определения наличия ХГ в моче больных с подозрением на внематочную беременность мы пользовались проходившим апробацию в нашей клинике экспресс-тестом «Препурекс», который отличается быстротой и удобством постановки реакции. С помощью этой реакции можно в течение 2—3 мин установить наличие беременности спустя 12 дней после задержки очередной менструации.

Исследование проводится с естественно концентрированной мочой (собирают утреннюю порцию мочи после воздержания от питья с 18 ч предыдущего вечера). Проба мочи должна быть свежей или сохраняться в холодильнике до постановки реакции. Если моча была загрязнена, ее необходимо профильтровать.

Экспресс-тест проводится следующим образом. Пипеткой каплю мочи помещают на стеклянную пла-

стинку. Затем к ней добавляют каплю иммунной сыворотки «Препурекс». Обе капли смешивают в течение 10 с стеклянной палочкой. После добавления капли латекса «Препурекс» суспензию смешивают легким покачиванием и размешиванием палочкой. Как только реактивы равномерно смешиваются, отмечают время и пластинку очень медленно и осторожно покачивают в течение 2 мин. После этого пробу рассматривают при ярком свете. Ясная, макроскопически определяемая агглютинация свидетельствует об отсутствии ХГ в моче обследуемой. Отсутствие агглютинации, наоборот, показывает наличие в моче ХГ (рис. 7). Сравнительные данные определения ХГ в моче больных с подозрением на внематочную беременность разными методами приведены в табл. 3.

Правильность положительной реакции Ашгейма—Цондека в дальнейшем подтвердилась у 26 больных (у 20 — с нарушенной внематочной и у 6 — с маточной беременностью), правильность отрицательной реакции — у 9 (у всех больных обнаружены воспалительные процессы половых органов).

Ложноположительной реакция оказалась у 3 больных (у 1 диагностирована киста яичника, у 1 — апоплексия яичника и у 1 — сальпингоофорит), ложноотрицательной — у 9 (у 8 — с нарушенной трубной беременностью

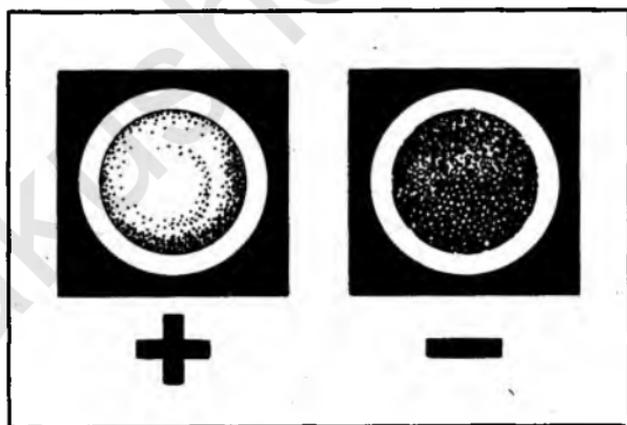


Рис. 7. Определение беременности при исследовании мочи на наличие ХГ.

Плюс — отсутствие агглютинации (наличие беременности), минус — наличие агглютинации (отсутствие беременности).

Таблица 3

Сравнительные данные определения ХГ в моче больных с подозрением на внематочную беременность, полученные с помощью реакции Ашгейма — Цондека и экспресс-иммунологического метода

Характер реакции	Реакция Ашгейма — Цондека		Экспресс-иммунологический метод	
	число больных (52)	условный %	число больных (98)	условный %
Положительная	29	55,8	46	46,9
Отрицательная	18	34,6	42	42,8
Сомнительная	5	9,6	10	10,3
Ложноположительная	3	5,8	3	3,1
Ложноотрицательная	9	17,3	5	5,2
Совпадение данных реакции с заключительным диагнозом	35	67,3	80	81,4

и у 1 — с неполным абортom). Сомнительная реакция наблюдалась у 3 больных с нарушенной трубной беременностью и у 2 небеременных женщин, страдавших хроническим воспалением придатков матки.

Правильность положительной серологической реакции в дальнейшем подтвердилась у 43 больных (у 36 диагностирована нарушенная внематочная беременность и у 7 — угрожающий аборт). Отрицательная реакция оказалась правильной у 37 обследованных.

Ложноположительная реакция обнаружена у 3 больных (у 1 — при кистозном изменении яичника и у 2 — при сальпингоофорите), ложноотрицательная — у 5 (у всех обнаружена трубная беременность). Сомнительная реакция отмечена у 5 больных с трубной беременностью, у 1 — с маточной беременностью (угрожающий аборт) и у 4 небеременных с воспалительными процессами придатков матки.

Из табл. 3 видно, что экспресс-иммунологический метод определения ХГ имеет явное преимущество перед реакцией Ашгейма — Цондека. Полученные данные свидетельствуют о большей специфичности и чувствительности экспресс-иммунологического метода определения ХГ по сравнению с биологической реакцией Ашгейма — Цондека. Эти преимущества становятся еще более очевидными, если учесть простоту и скорость постановки экспресс-иммунологической реакции,

что особенно важно в случаях диагностики внематочной беременности.

Однако, по полученным данным, у 18,6% больных с помощью экспресс-иммунологического метода все же не представилось возможным установить наличие или отсутствие беременности. В связи с этим целесообразно оценивать результаты указанного метода лишь в комплексе с данными клинического обследования больных с подозрением на внематочную беременность и результатами применения других дополнительных методов исследования.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСНОБА ЭНДОМЕТРИЯ

Диагностическое выскабливание матки при внематочной беременности впервые предложил Wider в 1891 г. Однако о целесообразности выскабливания эндометрия с последующим его гистологическим исследованием для диагностики эктопической беременности единого мнения нет. Так, если О. И. Топчиева и И. И. Семенова (1966) рекомендуют выскабливание как ценный и безопасный дополнительный метод диагностики внематочной беременности, то большинство авторов (Александров М. С., Шинкарева Л. Ф., 1961; Брауде И. Л., Персианинов Л. С., 1963) сомневаются в его ценности и возражают против применения, опасаясь разрыва маточной трубы с профузным кровотечением.

Мы считаем возможным выскабливание матки лишь у тех больных, у которых проводится дифференциальная диагностика с маточной беременностью, угрожающим (при нежелании женщины сохранить беременность) или неполным абортom, когда имеется больше данных в пользу последнего диагноза.

Интерпретация микроскопической картины эндометрия при внематочной беременности в ряде случаев бывает значительно затруднена вследствие большой variability изменений эндометрия. Принято считать, что одним из наиболее достоверных признаков внематочной беременности является децидуальная реакция стромы эндометрия при отсутствии в соскобе элементов хориона. Однако отсутствие хориальных элементов не всегда свидетельствует о внематочной беременности, так как плодное яйцо при раннем сроке

маточной беременности может выделиться из матки полностью в результате аборта или остаться неудаленным при технически неправильно выполненном выскабливании. Кроме того, известно, что децидуальным превращениям эндометрий может подвергаться и у небеременных женщин при наличии персистирующего желтого тела или лютеиновой кисты, а обнаружение в соскобе ткани хориона не исключает существования наряду с маточной и эктопической беременности.

Выскабливание матки было осуществлено нами у 60 больных при проведении дифференциальной диагностики между внематочной и маточной беременностью (угрожающим или неполным абортom). При гистологическом исследовании соскобов эндометрия у 44 больных из 60 найден децидуальный метаморфоз стромы (внематочная беременность обнаружена впоследствии у 32 больных; у остальных, по-видимому, произошел полный аборт или имелась дисфункция яичников), у 7 больных найдены распадающиеся полипы слизистой оболочки тела и шейки матки с воспалительной инфильтрацией стромы (внематочная беременность в дальнейшем обнаружена у 4 больных) и у 9 — децидуальные изменения эндометрия и ворсины хориона (у 2 из этих больных выявлена трубная беременность — имелось сочетание маточной и трубной беременности, а у остальных 7 — была маточная беременность малых сроков).

Таким образом, данные гистологического исследования соскоба эндометрия далеко не всегда могут иметь решающее значение при диагностике внематочной беременности.

В 1954 г. Ариас-Стелла описал изменения эндометрия, связанные с существованием в организме женщины ткани хориона. Эти изменения выражаются в увеличении клеток, гиперхромазии, увеличении и дольчатости ядер и вакуолизации цитоплазмы. Принято считать, что феномен Ариас-Стелла возникает в результате гормональных воздействий на эндометрий со стороны хориальной ткани, однако его специфичность для эктопической беременности, по мнению многих исследователей, остается еще окончательно не установленной.

Кроме того, этот феномен при внематочной беременности встречается довольно редко.

Этот дополнительный метод исследования, хорошо известный акушерам-гинекологам, нашел наиболее широкое применение при диагностике вне-маточной беременности.

Для нарушенной внематочной беременности характерно появление из иглы, введенной в прямокишечно-маточное углубление, темной крови с мелкими сгустками. Однако наличие крови еще не указывает достоверно на внематочную беременность. Кровь в брюшной полости может быть обнаружена при апоплексии яичника, разрыве кисты, селезенки и т. п., а также может попасть в брюшную полость через маточные трубы во время менструации и при выскабливании матки. В случаях прогрессирующей трубной беременности крови в брюшной полости не бывает.

Результаты пункции через задний свод влагалища могут быть как ложноположительными (при попадании иглы в сосуд параметрия, влагалища или матки), так и ложноотрицательными (в случае закупорки просвета иглы сгустком крови, скоплении небольшого количества крови в брюшной полости или выраженном спаечном процессе в области придатков матки). По данным литературы, отрицательные результаты пункции при наличии внематочной беременности колеблются от 3,1 до 20%, а положительные при ее отсутствии — от 1,1 до 9%.

Обычно оценка пунктата, полученного при пункции через задний свод влагалища, производится на основании его осмотра невооруженным глазом. Однако такой способ не всегда достаточно надежен. У ряда больных при пункции получают не темную кровь, а кровянисто-серозную жидкость с шоколадным оттенком. Это не исключает нарушенной внематочной беременности, но и не вполне ее доказывает. В таких случаях целесообразно прибегнуть к микроскопической оценке пунктата.

Полученный пунктат должен быть исследован немедленно. Маленькую каплю пунктата наносят на предметное стекло и накрывают покровным стеклом так, чтобы получился как можно более тонкий препарат. Рассматривают несколько полей зрения, так как в них могут наблюдаться различные микроскопические картины. Если эритроциты свежей крови обладают резко выраженной способностью к агглютинации и почти все

склеиваются в «монетные столбики», то в крови, излившейся в брюшную полость, способность к агглютинации изменяется: большое число эритроцитов остается рассеянным, одновременно в них наблюдается зернистый распад, что приводит к образованию видоизмененных форм типа «тутовых ягод».

В дальнейшем эритроциты, выщелачиваясь, превращаются в «тени», становятся прозрачными («бледные тени»); иногда в тенях сохраняется бледная зернистость («зернистые тени»). Обнаружение выщелоченных эритроцитов, превращение их в тени свидетельствует об относительно длительном их пребывании вне кровеносного русла. Установление более глубоких изменений эритроцитов, в особенности обнаружение «теней», приобретает несомненное диагностическое значение.

Однако отсутствие агглютинации эритроцитов еще не доказывает наличия внематочной беременности, так же как наличие «монетных столбиков» ее не исключает. Они могут быть обнаружены не только при возникшем непосредственно перед пункцией внутренним кровотечением, но и в старой крови, если во время пункции к ней примешалась часть свежей крови из пораненного сосуда.

Довольно высокий процент ошибочных ответов, невозможность дифференцировать внематочную беременность от других заболеваний, сопровождающихся кровоизлиянием в брюшную полость и часто не требующих оперативного вмешательства, нередко затруднительная оценка пунктата снижают диагностическую ценность пункции через задний свод влагалища.

Следует подчеркнуть, что при массивном кровотечении в брюшную полость с выраженными явлениями острого малокровия, шока или коллапса, что чаще всего наблюдается при разрыве маточной трубы, нет никакой необходимости в проведении диагностической пункции. Состояние больной таково, что оно требует немедленного оказания хирургической помощи, и всякая задержка с операцией может лишь увеличить опасность для здоровья и жизни женщины. Кроме того, в этом случае даже отрицательный результат пункции не позволит отказаться от операции.

Пункция через задний свод влагалища была произведена нами у 96 из 130 больных с подозрением на внематочную беременность. При этом именно отрицательный

результат пункции затруднял диагностику внематочной беременности. У всех 96 больных при пункции не было получено данных, характерных для внематочной беременности. У 51 больной пунктат отсутствовал; из этих больных в дальнейшем у 28 была обнаружена внематочная беременность.

Серозно-геморрагическая жидкость получена у 31 больной; из них внематочная беременность впоследствии была выявлена у 16. Среди 8 больных, у которых при пункции была получена серозная жидкость, внематочная беременность установлена у 3. Алая кровь без сгустков в количестве 2—3 мл получена у 6 больных; у 3 из них в дальнейшем выявлена внематочная беременность.

Таким образом, из 96 больных, у которых во время пункции через задний свод влагалища были получены нехарактерные для внематочной беременности данные, у 50 впоследствии установлена эктопическая беременность. Отрицательные результаты пункции при нарушенной внематочной беременности были связаны с наличием выраженного спаечного процесса в малом тазу и незначительным количеством крови в брюшной полости, что в большинстве случаев было подтверждено во время операции.

Полученные нами данные свидетельствуют о невысокой диагностической ценности пункции через задний свод влагалища при диагностике внематочной беременности, что в основном совпадает с данными литературы.

РЕОГРАФИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Метод реографии заключается в регистрации меняющейся величины электрического сопротивления живых тканей при прохождении через них слабого переменного тока высокой частоты. Это абсолютно безвредное исследование позволяет получить информацию о колебаниях кровенаполнения различных органов соответственно фазам сердечной деятельности и о функциональном состоянии сосудов этих органов.

Электропроводность различных тканей неодинакова и они оказывают проходящему электрическому току разное сопротивление. Электропроводность крови по сравнению с другими тканями значительно выше. В свя-

зи с этим при каждом пульсовом притоке крови электропроводность ткани или органа увеличивается, а сопротивление уменьшается. Снижение электрического сопротивления в определенной степени зависит от скорости кровотока.

Таким образом, общее сопротивление органа (импеданс) определяется постоянной величиной сопротивления плотных тканей и переменной, связанной с пульсовым кровенаполнением.

Реография является методом регистрации колебаний переменной части импеданса, связанной с пульсовым кровотоком. По мнению большинства исследователей, метод реографии может дать ценные сведения об особенностях кровообращения внутренних половых органов при их различных патологических состояниях. В отечественной литературе нам удалось обнаружить лишь две работы, посвященные использованию реографии органов малого таза при диагностике внематочной беременности (Шкоденко В. А., 1970; Товбина В. М., 1973), причем только сообщение Товбиной В. М. выполнено на достаточном, на наш взгляд, числе обследованных. В то же время преимущества этого метода исследования позволяют думать об его перспективности и ценности при изучении особенностей гемодинамики половых органов у больных с внематочной беременностью.

Реографию обычно производят с помощью специальных приборов — реографов, которые соединены с регистрирующим устройством (самописец) и проводами через электроды с пациентом. При возникновении колебаний электропроводности за счет пульсового кровотока в исследуемом органе изменяется ток, проходящий между электродами, и эти изменения регистрируются самописцем на движущейся бумажной ленте. Так получают кривую — реограмму (РГ).

При синхронной записи с ЭКГ видно, что каждая волна РГ возникает после систолы сердца (рис. 8). РГ состоит из регулярно повторяющихся волн (комплексов), напоминающих кривую пульсового давления. В каждом комплексе различают: А — восходящую часть, анакроту (от начала реографической кривой до точки наивысшего ее подъема), характеризующуюся крутым подъемом; Б — вершину (точку наивысшего подъема кривой); В — нисходящую часть, катакроту (от вершины



Рис. 8. Соотношения синхронно записанных электрокардиограмм (ЭКГ) и реограмм (РГ).

до конца реографической волны, т. е. до начала следующего реографического комплекса), характеризующуюся медленным спуском; Г — дикротический зубец (или зубцы), расположенный на нисходящей части волны (первый дикротический зубец образует с основной волной вырезку, называемую инцизурой — С); Д — пресистолическую (венозную) волну — непостоянный компонент реограммы, располагающийся непосредственно перед восходящей частью кривой.

Для оценки кровообращения органа по реографической кривой обычно используют следующие качественные и количественные (цифровые) показатели:

1. Форма реографической волны, определяемая крутизной наклона и конфигурацией восходящей и нисходящей частей комплекса, характером вершины, местом расположения инцизуры, количеством и выраженностью дикротических зубцов и наличием венозной волны.

2. Скорость распространения реографической волны (Q) — время, измеряемое в секундах, от зубца Q синхронно записываемой ЭКГ до начала реографической волны (чем больше значение этого показателя, тем меньше скорость).

3. Длительность анакроты (α) — время, измеряемое в секундах от начала волны до вершины.

4. Амплитуда (H) — расстояние, измеряемое в мил-

лиметрах, от основания реографической волны до вершины.

После сравнения с калибровочным сигналом (E) этот показатель исчисляется в омах.

5. Продолжительность реографической волны (T) — время, измеряемое в секундах, от начала одной волны до начала следующей.

6. Отношение длительности анакроты (α) к продолжительности всей волны (T) в процентах.

Для оценки гемодинамики и состояния сосудистой системы внутренних половых органов мы учитывали перечисленные выше показатели и интерпретировали их согласно имеющимся в отечественной и зарубежной литературе представлениям. Поскольку амплитуда реографической волны зависит от частоты сердечных сокращений, мы вычисляли также показатель, предложенный А. И. Бекетовым и Д. И. Сапегиным (1969): произведение амплитуды на частоту пульса ($H. p.$). По данным этих авторов, $H. p.$ характеризует кровенаполнение органа в минуту.

Реографическое исследование проводили с помощью реографа модели R-152-Z в 8-канальном полиграфе итальянской фирмы «Officine Galileo». Применяли отведения лоно — крестец и боковые с расположением электродов на коже правой или левой подвздошной области и крестца. При этом мы предполагали, что отведение лоно — крестец отражает гемодинамику матки, а боковые отведения — ее придатков на соответствующей стороне. Электроды были одинаковыми, изготовленными из серебра, размером 4×6 см.

Синхронно с реографией записывали ЭКГ во II стандартном отведении и в некоторых случаях — первую производную реограммы. Для записи использовали бумагу с нанесенной сеткой времени. Скорость движения бумаги устанавливали 25 и 50 мм в секунду. Во время записи подавали калибровочный сигнал, равный 0,025; 0,05 и 0,1 Ома. После реографии полученные данные сопоставляли с результатами клинического обследования и проводили статистическую обработку реографических показателей по общепринятым методикам.

В процессе дифференциальной диагностики внематочной беременности с угрожающим и неполным абортом при маточной беременности малых сроков реография органов малого таза была произведена у 40 больных.

В качестве контроля гемодинамика гениталий была изучена у 32 здоровых небеременных женщин в возрасте от 16 до 45 лет (первая контрольная группа), у 30 здоровых женщин в возрасте от 19 до 43 лет при сроках маточной беременности от 5 до 12 нед (вторая контрольная группа) и у 20 женщин в возрасте от 21 до 41 года с диагнозом «маточная беременность малых сроков, угрожающий аборт» (третья контрольная группа).

Из 40 обследованных с подозрением на внематочную беременность у 34 обнаружены сходные изменения реографических показателей при сравнении в различных отведениях, а у 6 этих изменений не наблюдалось. Впоследствии у 31 из 34 больных была выявлена трубная беременность, что побудило нас приступить к анализу полученных у них реограмм после установления оконча-

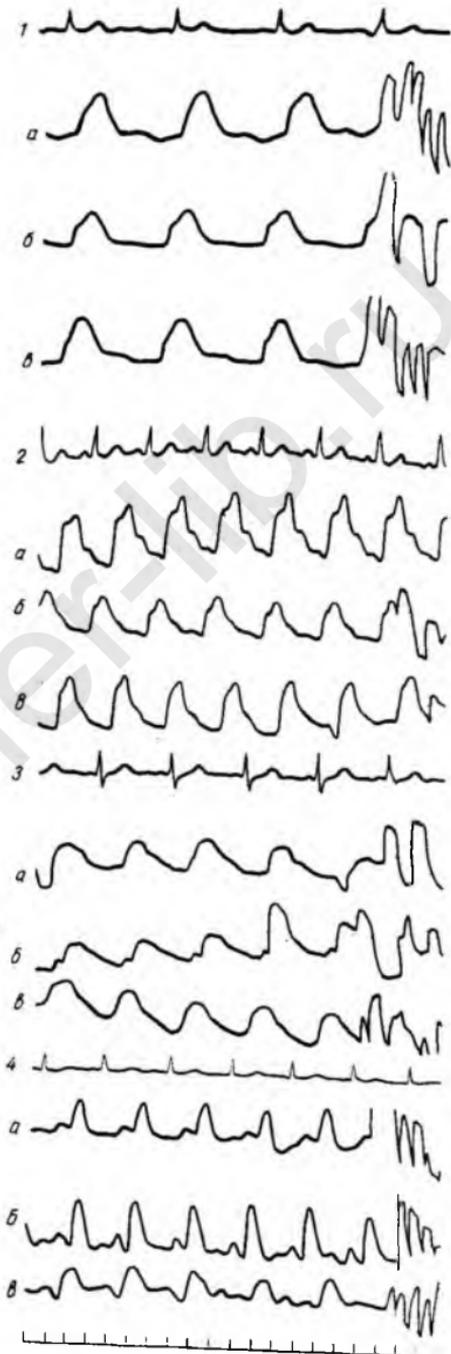


Рис. 9. Реограммы внутренних половых органов, зарегистрированные у небеременной женщины (1); при нормально развивающейся маточной беременности сроком 8 нед (2); при маточной беременности сроком 9 нед — угрожающем аборте (3); при левосторонней трубной беременности — трубном аборте (4); в отведениях: лоно-крестец (а); правое боковое (б); левое боковое (в). Скорость движения бумаги 25 мм/с, калибровочный импульс 0,05 Ом.

тельного диагноза. При сравнении реограмм, полученных у этих больных в различных отведениях, в боковом отведении на стороне беременной маточной трубы обнаружены следующие особенности: уменьшение амплитуды основной волны, большая закругленность ее вершины и выпуклость катакроты, снижение высоты дикротического зубца. Дополнительные зубцы были более выраженными, чем в остальных отведениях (рис. 9).

При сравнении средних значений количественных показателей в различных отведениях в отведении лоно — крестец и в боковом отведении на стороне неизменной маточной трубы существенной разницы не обнаружено ($p > 0,05$). В боковом отведении на стороне трубной беременности по сравнению с другими отведениями отмечено существенное снижение средних показателей H ($p < 0,05$), $H. p.$ ($p < 0,05$) и некоторое увеличение показателей a и a/T ($p < 0,2$ для обоих показателей). Исходя из сравнения показателей реограмм гениталий в различных отведениях у больных с нарушенной трубной беременностью, можно сделать вывод об уменьшении интенсивности кровенаполнения, снижении скорости венозного оттока, повышении и неустойчивости тонуса сосудов органов малого таза в области расположения плодного яйца.

Реограммы органов малого таза, полученные у здоровых небеременных (первая контрольная группа), во всех трех отведениях характеризовались регулярно повторяющимися комплексами с умеренно крутой анакротой, более пологой катакротой, умеренно заостренной вершиной и слабовыраженными дополнительными зубцами.

В боковых отведениях средние количественные показатели несущественно отличались от полученных в отведении лоно — крестец ($p > 0,05$).

При визуальной оценке реограмм, зарегистрированных у здоровых беременных (вторая контрольная группа), отмечены закругленная вершина волны и более выпуклая, чем у небеременных, катакрота. Дополнительные зубцы были хорошо выражены; число их составляло обычно 3—4. В боковых отведениях средние показатели Q , a , a/T незначительно отличались от полученных в отведении лоно — крестец ($p > 0,05$), а показатели H и $H.p.$ были меньше, чем в этом отведении

($p < 0,05$). У беременных амплитуда реографической волны (H) и показатель $H.p.$ в отведении лоно — крестец, характеризующем в основном кровообращение матки был значительно выше, чем у небеременных ($p < 0,001$).

Таким образом, сравнивая данные реографического исследования, можно сделать вывод, что во время беременности в сроки от 5 до 12 нед наблюдаются увеличение интенсивности кровенаполнения матки, снижение скорости оттока из нее венозной крови и повышение лабильности тонуса маточных сосудов.

В третьей контрольной группе у женщин с маточной беременностью малых сроков (угрожающий аборт), реограммы, записанные в отведении лоно — крестец, наиболее часто характеризовались уплощенной и двугорбой формой вершины волны, выпуклой катакротой с расположением инцизуры в верхней ее трети. Число дополнительных зубцов чаще всего равнялось одному и не превышало двух.

Форма и цифровые показатели реограмм несущественно отличались во всех трех отведениях ($p > 0,05$).

В случае сравнения средних показателей в отведении лоно — крестец при нормально развивающейся маточной беременности, в боковом отведении на стороне трубной беременности и в отведении лоно — крестец при угрожающем аборте в последнем случае обнаружено статистически достоверное уменьшение показателей H и $H.p.$ ($p < 0,05$). Это свидетельствует (с учетом сравнения формы реограмм) о значительном снижении интенсивности кровенаполнения матки на фоне повышения тонуса ее сосудов и его стабилизации при маточной беременности малых сроков (угрожающий аборт) по сравнению с гемодинамикой матки при нормально развивающейся маточной беременности, а также с областью расположения плодного яйца при нарушенной трубной беременности.

Данные проведенного исследования позволяют также прийти к заключению о существенном отличии кровообращения гениталий в области расположения плодного яйца при нормально развивающейся маточной и нарушенной трубной беременности. Это отличие выражается главным образом в значительном регионарном снижении интенсивности кровенаполнения органов малого таза в области нарушенной трубной беремен-

ности. В то же время характерными особенностями гемодинамики в области расположения плодного яйца в обоих случаях являются существенное снижение скорости оттока венозной крови и неустойчивость сосудистого тонуса.

Таким образом, при дифференциальной диагностике трубной беременности с маточной беременностью малых сроков (угрожающий аборт) у 34 больных из 40 были выявлены характерные реографические признаки, свойственные внематочной беременности.

При проведении дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями придатков матки реографическое исследование органов малого таза произведено у 42 больных; у 30 из них (первая группа) визуальные и цифровые показатели реограмм были сходны с показателями реограмм, зарегистрированных при трубной беременности. У остальных 12 больных (вторая группа) показатели реограмм имели ряд общих признаков и в то же время отличались от показателей, выявленных в первой группе (рис. 10).

В дальнейшем, после установления окончательного диагноза, оказалось, что в первой группе, состоящей из 30 больных, внематочная беременность обнаружена у 26 (из них у 3 — прогрессирующая) и односторонний сальпингоофорит — у 4; 12 больных второй группы страдали воспалительными процессами внутренних половых органов.

Реограммы, записанные у больных с воспалительными заболеваниями, обычно отличались от реограмм, полученных при внематочной беременности, более крутой анакротой, большей высотой волны, меньшей выпуклостью катакроты и отсутствием на ней дополнительных зубцов.

В случае двустороннего воспаления указанные признаки выявились в обоих боковых отведениях, причем в большей степени, чем в отведении лоно — крестец.

При сравнении средних значений количественных показателей в отведениях, соответствующих стороне трубной беременности и стороне воспалительного процесса, в последнем случае обнаружено статистически достоверное уменьшение показателей α и α/T и увеличение показателей H и $H.p.$ ($p < 0,05$).

Таким образом, результаты проведенного реографи-

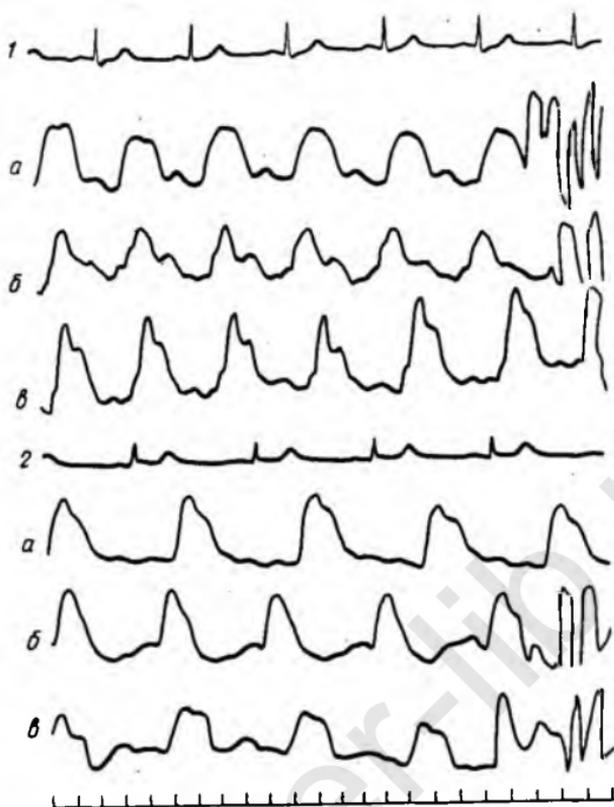


Рис. 10. Реограммы внутренних половых органов, зарегистрированные у больной подростком левосторонним аднекситом (1) и у больной с нарушенной левосторонней трубной беременностью (2); в отведениях: лоно—крестец (а); правое боковое (б); левое боковое (в). Скорость движения бумаги 25 мм/с, калибровочный импульс 0,05 Ом.

ческого исследования свидетельствуют о существенном отличии кровообращения и функционального состояния сосудов в области воспалительно-измененных придатков по сравнению с этими показателями на стороне трубной беременности. Это отличие проявляется при воспалительном процессе придатков матки повышенной интенсивностью кровенаполнения и сравнительно большей скоростью оттока венозной крови на фоне пониженного, но более устойчивого тонуса сосудов половых органов.

Приведенные нами данные реографического исследе-

дования отличаются от данных, полученных В. А. Шкоденко (1970) и В. М. Товбиной (1973). Так, В. А. Шкоденко обнаружила при нарушенной трубной беременности повышение интенсивности кровенаполнения половых органов, замедление кровотока, менее выраженный тонус сосудов и более ускоренный отток крови по сравнению с гемодинамикой органов малого таза при обострении хронического сальпингоофорита. В. М. Товбина на стороне нарушенной трубной беременности выявила повышение интенсивности кровенаполнения при отсутствии изменений сосудистого тонуса и скорости кровотока. Следует заметить, что эти данные находились в зависимости от степени кровоизлияния в брюшную полость. Несовпадение полученных нами результатов с особенностями гемодинамики, которые были отмечены указанными авторами, по-видимому, связано с невыраженной клинической картиной нарушенной трубной беременности у наблюдавшихся нами больных и незначительным при этом кровотечением в брюшную полость. По всей вероятности, особенности регионарного кровообращения в наших исследованиях зависели от локальной реакции сосудистой системы гениталий в виде спазма на прерывание трубной беременности, что являлось выражением защитной реакции организма и, по-видимому, было связано с ограниченным раздражением брюшины излившейся кровью и травматическим повреждением нервного аппарата маточной трубы. При маточной беременности малых сроков (угрожающий аборт) значительное снижение кровенаполнения матки, очевидно, зависящее от зарегистрированного повышения тонуса ее сосудов, можно объяснить повышенным тонусом миометрия, что обычно сопровождает эту патологию, например в связи с нарушениями гормонального баланса в организме беременной.

Реография органов малого таза проведена нами у 82 больных с подозрением на внематочную беременность. Характерные для нарушенной внематочной беременности данные реографического исследования получены у 64 больных (нарушенная внематочная беременность установлена впоследствии у 54). Несмотря на довольно частое совпадение этих данных с окончательно установленным диагнозом, мы не считали возможным оценить метод реографии как основной при постановке диагноза. В то же время результаты проведенного

реографического исследования свидетельствуют о довольно существенных изменениях гемодинамики органов малого таза в области расположения беременной трубы.

Обращает на себя внимание тот факт, что у всех больных с эктопической беременностью, обследованных с помощью реографии, выявлены характерные особенности кровообращения половых органов. Следовательно, в трудных случаях диагностики эктопической беременности метод реографии может явиться ценным и перспективным.

КУЛЬДО- И ЛАПАРОСКОПИЯ

В последние два десятилетия в гинекологическую практику стали широко внедряться эндоскопические методы исследования, которые позволяют осмотреть внутренние половые органы с помощью оптических систем, вводимых через переднюю брюшную стенку (лапароскопия) или через задний свод влагалища (кульдоскопия).

По своей диагностической ценности эндоскопия превосходит все остальные дополнительные методы диагностики, уступая лишь пробному чревосечению и являясь в то же время относительно простым методом, редко вызывающим серьезные осложнения. Подозрение на внематочную беременность является наиболее частым показанием к применению этого метода исследования. Особенно ценные сведения дает эндоскопия при диагностике развивающейся эктопической беременности и в случаях хронического прерывания внематочной беременности без значительного кровотечения в брюшную полость.

Идея визуального исследования органов малого таза женщины принадлежит Д. О. Отту (1901), который производил их осмотр при влагалищных чревосечениях с помощью лампочки и специальной системы зеркал. Однако этот метод не получил в дальнейшем широкого распространения.

Энтузиастом возрождения эндоскопии стал профессор Куйбышевского медицинского института А. М. Аминев, сообщения которого по этому вопросу начали появляться в печати с 1939 г. Автор привел убедительные данные о целесообразности применения

эндоскопии при диагностике гинекологических заболеваний (внематочная беременность, генитальный туберкулез и др.). С 1947 г. С. Я. Дерябина начала использовать лапароскопию в гинекологии и отметила ее высокую диагностическую ценность. Frangenheim (1959) произвел 500 эндоскопических исследований (347 лапароскопий и 153 кульдоскопии), которые он применял для выяснения причин женского бесплодия (190 исследований), при внематочной беременности (166), подозрении на опухоль яичника (42) и для диагностики других заболеваний половых органов. Автором выполнены прекрасные цветные фотографии во время лапароскопии и кульдоскопии. На основании своего опыта Frangenheim дает высокую оценку диагностической ценности эндоскопических методов исследования в гинекологии. В 1960 г. Frangenheim сообщил о проведении эндоскопических исследований у 750 больных, причем основное внимание было уделено диагностике внематочной беременности.

С 1960 г. эндоскопические методы исследования начинают шире использовать в различных гинекологических учреждениях нашей страны (И. М. Грязнова, Н. М. Дорофеев, Н. Д. Селезнева).

В. Г. Назаров (1973) приводит результаты 180 кульдоскопий, произведенных больным с подозрением на внематочную беременность. Автор считает, что кульдоскопия является достоверным и безопасным дополнительным методом исследования, имеющим большую диагностическую ценность, и предлагает шире применять ее при дифференциальной диагностике внематочной беременности с апоплексией яичников и маточно-перитонеальным рефлюксом крови, т. е. в случаях, наиболее трудных для диагностики, когда все другие дополнительные методы малоэффективны.

Как показывают опубликованные работы, гинекологическая эндоскопия обладает довольно высокой точностью. По данным ряда авторов, достоверность лапароскопии колеблется от 73,4 до 94%. И. М. Грязнова (1961) сообщает только об одной ошибке на 67 кульдоскопических исследований. А. М. Тукина (1965) не отметила совпадения диагноза, установленного с помощью гинекологической эндоскопии у 5,3% больных, а В. Г. Назаров (1973) — у 3 больных (1,7%).

Однако, несмотря на высокую диагностическую ценность эндоскопических методов исследования, они не

лишены известных недостатков и могут вызывать осложнения. Частота таких осложнений колеблется от 0,3 до 5,5%. Наиболее часто встречаются такие осложнения кульдоскопии, как кровотечение из кольпотомного отверстия, гематома в ретроперитонеальной клетчатке и широкой связке матки, перфорация прямой кишки, выпадение сальника и кишечника через кольпотомное отверстие, эмболия легочной артерии и др.

Лапароскопия иногда осложняется ранением кишечника, газовой эмболией, подкожной эмфиземой, перитонитом. Неудачи при эндоскопии чаще всего бывают связаны с недостаточным опытом исследователя, а также со спаечным процессом и наличием крупных опухолевидных образований в брюшной полости, в частности в прямокишечно-маточном углублении. Эти неудачи заключаются в отсутствии возможности осмотреть органы малого таза.

Противопоказания к кульдоскопии: наличие в прямокишечно-маточном углублении воспалительных инфильтратов или опухолей, фиксированные загибы матки кзади, выраженный метеоризм, уродства наружных половых органов, пожилой возраст пациентки, сердечно-сосудистые и легочные заболевания в стадии декомпенсации.

Противопоказаниями к лапароскопии обычно являются ранее перенесенный перитонит, послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке, метеоризм, тяжелые неврозы, сердечно-сосудистые и легочные заболевания в стадии декомпенсации. Для кульдоскопии необходимы следующие инструменты:

1. Корнцанг для обработки наружных половых органов и влагалища.
2. Желобоватое влагалищное зеркало и подъемник.
3. Пулевые щипцы.
4. Шприц с длинной иглой для парацервикальной анестезии и 0,5% раствор новокаина.
5. Игла диаметром 3 мм для пункции через задний свод влагалища.
6. Узкий скальпель.
7. Троакар толщиной 5—6 мм.
8. Эндоскоп с боковой оптикой (желательно фиброволоконной).
9. Иглодержатель, маленькая крутая игла и тонкий кетгут для зашивания кольпотомной раны.

10. Трансформатор для преобразования тока напряжения сети в ток низкого напряжения, необходимый для режима осмотра.

Перед началом эндоскопии следует проверить исправность оптической системы и электроустановки. Непосредственно перед исследованием эндоскоп слегка нагревают, чтобы в брюшной полости оптическая система не запотевала. Это достигается путем его помещения на несколько минут в теплый стерильный изотонический раствор хлорида натрия.

Методика кульдоскопии состоит из следующих этапов:

- 1) подготовка больной к кульдоскопии;
- 2) дезинфекция половых органов и парацервикальная анестезия 0,5% раствором новокаина;
- 3) перевод больной в коленно-грудное положение и пункция брюшной полости через задний свод влагалища;
- 4) задняя кольпотомия и введение троакара через кольпотомное отверстие в брюшную полость;
- 5) замена стилета троакара эндоскопом;
- 6) осмотр органов малого таза;
- 7) извлечение инструментов и наложение шва на кольпотомную рану.

Перед кульдоскопией накануне вечером больная не должна ужинать и ей делают очистительную клизму. Утром больная не завтракает и ей повторно делают клизму. За 15 мин до исследования с целью обезболивания под кожу вводят 1 мл 2% раствора промедола.

Непосредственно перед операцией катетером опорожняют мочевой пузырь.

Кульдоскопию производят в малой операционной. Больную укладывают на гинекологическое кресло в обычном положении на спине. Под голову подкладывают подушку. На сиденье кресла под больную также кладут подушку, обшитую клеенкой.

Наружные половые органы обрабатывают спиртом и йодной настойкой. Во влагалище вводят желобоватое зеркало и подъемник. Во влагалище и шейку матки тщательно обрабатывают спиртом и йодной настойкой. Заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами по средней линии и производят парацервикальную анестезию 0,5% раствором новокаина.

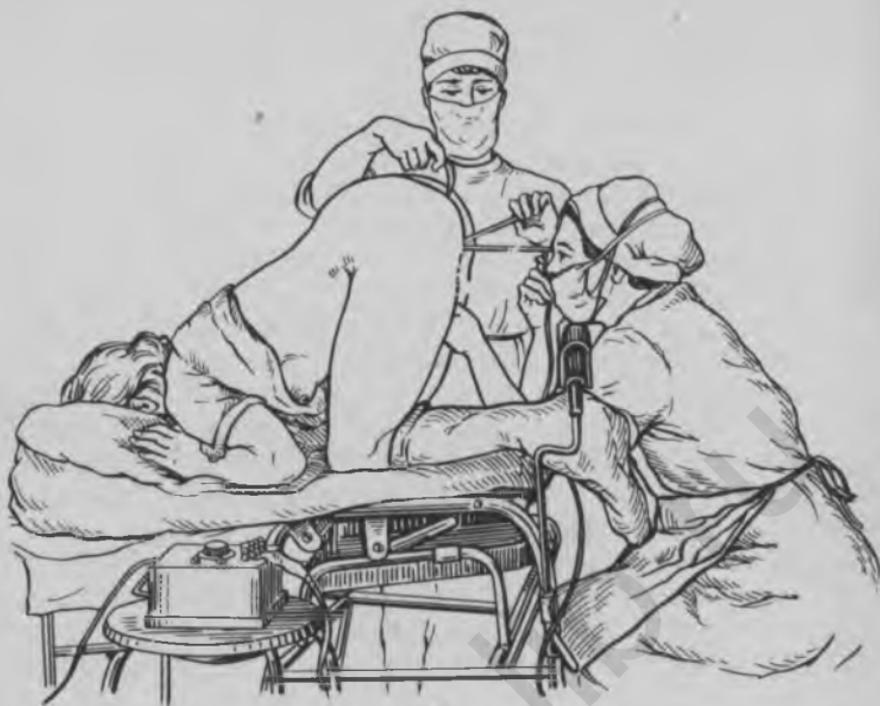
После обезболивания зеркала извлекают и спинку гинекологического кресла опускают ниже горизонтального уровня. Больную постепенно переводят в коленно-грудное положение (рис. 11). Голову, плечевой пояс и грудь больная кладет на мягкую подушку. Больная также опирается на подушку предплечьями. Спина больной должна быть максимально вогнута, а таз приподнят. В таком положении во влагалище вводят желобоватое зеркало, с помощью которого промежность максимально отводят вверх. Заднюю губу шейки матки смещают книзу пулевыми щипцами. Влагалище при этом заполняется воздухом, расправляется, открывается его задний свод. Заднюю стенку влагалища в области свода прокалывают длинной толстой иглой до получения ощущения «проваливания». При этом воздух с характерным шипением засасывается в брюшную полость.

При коленно-грудном положении больной с вогнутой спиной кишечные петли в силу своей тяжести, а также вследствие оттеснения воздухом начинают перемещаться к диафрагме — возникает спонтанный пневмоперитонеум в малом тазу и создаются условия для осмотра половых органов.

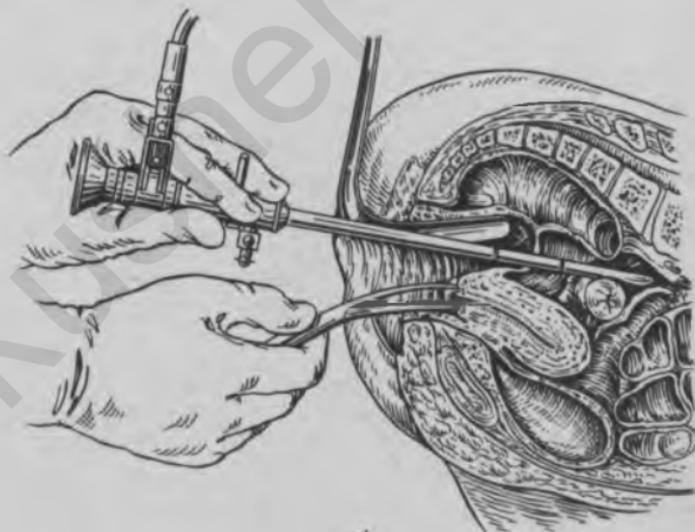
По игле узким скальпелем делают разрез задней стенки влагалища длиной 0,3—0,5 см (задняя кольпотомия), который затем расширяют троакаром. После извлечения стилета в цилиндр троакара вводят эндоскоп и производят осмотр органов малого таза.

При кульдоскопии обычно хорошо бывает видна задняя поверхность матки, яичники и маточные трубы. Для лучшей ориентации в расположении половых органов во время осмотра мы рекомендуем несколько смещать матку, потягивая за пулевые щипцы, наложенные на заднюю губу ее шейки.

Так как во время кульдоскопии не всегда можно одновременно осмотреть все внутренние половые органы, очень важно соблюдать последовательность осмотра. Мы рекомендуем начинать осмотр с матки: контуры ее легко различимы, так как потягиванием за пулевые щипцы наложенные на шейку матки, ее можно смещать и благодаря этому она легко попадает в поле зрения. Найдя верхний контур тела матки, целесообразно поле зрения эндоскопа смещать по направлению к месту отхождения от нее маточной трубы, а затем осмотреть всю трубу, включая ее ампулярную часть с



а



б

Рис. 11. Кульдоскопия.

а — общий вид; б — схема исследования.

фимбриями. Иногда всю маточную трубу осмотреть сразу не удается. В этом случае надо, надавливая левой рукой на переднюю брюшную стенку, приблизить маточную трубу к эндоскопу и затем осмотреть ее. Значительно легче осматривать яичники; они обычно хорошо видны по бокам от матки благодаря своей характерной форме и белесовато-желтому цвету. Окончив исследование, эндоскоп извлекают, больной предлагают сделать выдох и потужиться. Воздух при этом с шумом выходит из цилиндра троакара наружу. Цилиндр извлекают и на кольпотомное отверстие накладывают кетгутовый шов. После кульдоскопии больная должна находиться в постели не менее 24 ч.

Кульдоскопию следует производить обязательно в стационаре, строго соблюдая правила асептики и антисептики. Несмотря на то что эта операция является сравнительно простой, ее должен делать только опытный врач. При правильной технике обезболивания кульдоскопия безболезненна. После кульдоскопии в течение 2—3 дней у больных может наблюдаться френикус-симптом, который связан с оставшимся в брюшной полости избытком воздуха.

Для лапароскопии необходимы следующие инструменты:

1. Корнцанг для обработки кожи передней брюшной стенки.

2. 20-граммовый шприц с иглой для местной инфльтрационной анестезии передней брюшной стенки и 0,25% раствор новокаина.

3. Игла с мандреном для пункции передней брюшной стенки.

4. Аппарат для создания пневмоперитонеума.

5. Узкий скальпель.

6. Троакар толщиной 5—6 мм.

7. Эндоскоп с прямой или боковой оптикой (желательно фиброволоконной).

8. Щипцы-двузубцы типа Мюзо (2 шт.) для наложения на шейку матки и пупок.

9. Иглодержатель с иглой и шелковой лигатурой для наложения шва на рану передней брюшной стенки.

10. Трансформатор для преобразования тока напряжения сети в ток низкого напряжения, необходимый для режима осмотра.

Методика лапароскопии состоит из следующих этапов:

1. Подготовка больной к лапароскопии.
2. Обезболивание.
3. Создание искусственного пневмоперитонеума.
4. Введение троакара, а затем и эндоскопа в брюшную полость через отверстие в передней брюшной стенке.
5. Осмотр органов малого таза и брюшной полости — собственно лапароскопия.
6. Извлечение инструментов и наложение шва на рану передней брюшной стенки.

Подготовка больной к лапароскопии не отличается от подготовки к кульдоскопии. Перед исследованием на переднюю губу шейки матки накладывают щипцы Мюзо. Лапароскопию производят в большой операционной с соблюдением асептики. Переднюю брюшную стенку обрабатывают спиртом и йодом. Больную накрывают стерильным бельем, производят инфильтрационную анестезию 0,25% раствором новокаина в области пупка и по средней линии (от пупка до лобка). Особенно тщательно обезболивают париетальную брюшину, чтобы предотвратить болевую реакцию при движении эндоскопа во время исследования. Для фиксации апоневроза на пупок целесообразно наложить щипцы Мюзо.

Больную переводят в положение Тренделенбурга (наклон операционного стола 40—45°). Иглу для создания пневмоперитонеума вводят в брюшную полость в верхней трети линии; соединяющей пупок и передневерхнюю подвздошную ость слева. Пневмоперитонеум создают путем введения воздуха, углекислого газа или кислорода в количестве 2—2,5 л с помощью аппарата, специально предназначенного для этой цели.

Для контроля за распределением воздуха в брюшной полости пользуются перкуссией. Исчезновение печеночной тупости свидетельствует о правильном и достаточном введении газа. После создания пневмоперитонеума делают разрез кожи и подкожной клетчатки до апоневроза длиной 1,5—2 см по средней линии на середине расстояния между пупком и лоном. Для удобства помощник подтягивает щипцы Мюзо, наложенные на пупок, по направлению к голове больной. Через кожный разрез перпендикулярно к апоневрозу вращательными движениями вводят троакар и продвигают его в брюш-

ную полость до получения ощущения «проваливания». Стиллет троакара извлекают и, если троакар действительно попал в брюшную полость, газ с характерным шумом начинает выходить из брюшной полости. В цилиндр троакара вводят эндоскоп и осматривают органы малого таза и брюшной полости. Осмотр органов малого таза производится в определенной последовательности. Ориентиром служит матка, обычно располагающаяся в центре малого таза. Осматривают ее переднюю поверхность и дно, круглые связки и пузырно-маточное пространство.

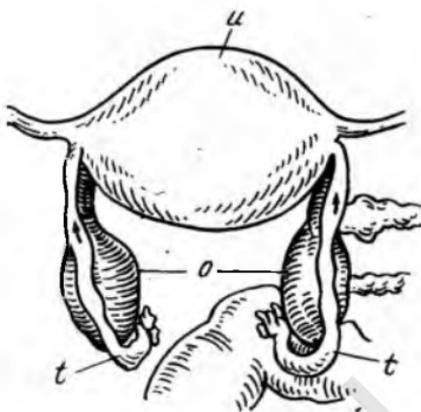


Рис. 12. Вид внутренних половых органов женщины при лапароскопии (схема).

H — матка; *O* — яичники; *t* — трубы.

После этого переходят к осмотру труб, яичников, широких и воронкотазовых связок (рис. 12).

По окончании лапароскопии эндоскоп извлекают, воздух из брюшной полости удаляют через цилиндр троакара путем легкого надавливания руками на переднюю брюшную стенку. Цилиндр троакара извлекают, на кожный разрез накладывают шелковый шов и стерильную повязку. Ведение больных после лапароскопии такое же, как и после кульдоскопии.

С помощью эндоскопии нами обследовано 130 больных с подозрением на внематочную беременность (у 115 больных произведена кульдоскопия, у 15 — лапароскопия). У этих больных было невозможно установить диагноз с помощью других диагностических мероприятий.

Учитывая опыт отечественных и зарубежных исследователей, показывающий преимущества кульдоскопии перед лапароскопией (отсутствие необходимости в создании искусственного пневмоперитонеума, меньшая опасность занесения инфекции в брюшную полость и ранения кишечника), мы сочли целесообразным использовать преимущественно кульдоскопию и лишь при наличии противопоказаний к этому методу применяли лапароскопию.

В процессе дифференциальной диагностики между внутриматочной беременностью и угрожающим неполным абортom при маточной беременности малых сроков эндоскопическое исследование проведено у 70 больных.

Кульдоскопия произведена 64 больным, лапароскопия — 6.

Во время эндоскопии у 42 больных был поставлен диагноз трубной беременности, причем у 2 из них — в сочетании с маточной беременностью (подтверждено данными гистологического исследования удаленной трубы и соскоба эндометрия). Эти больные были оперированы в экстренном порядке. Во время операции и после гистологического исследования удаленного препарата диагноз подтвердился у 41 больной. У всех больных прерывание беременности произошло по типу трубного аборта с незначительным кровоизлиянием в брюшную полость, где кровь была обнаружена в количестве 20—200 мл в виде сгустков. Этим и объяснялись, по-видимому, скудость симптомов и трудность диагностики.

Эндоскопическая картина при нарушенной трубной беременности характеризовалась утолщением маточной трубы, сине-багровым ее цветом на фоне блестящей брюшины и белесоватого яичника. Брюшина малого таза, а иногда лишь мелкие ее складки, во всех случаях были как бы смазаны темной кровью. Последнее обстоятельство в значительной мере облегчало диагностику нарушенной трубной беременности.

Приводим пример дифференциальной диагностики неполного аборта при маточной беременности малых сроков и нарушенной трубной беременности.

Больная К., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение 18/IV 1974 г. с диагнозом: маточная беременность малых сроков, самопроизвольный неполный аборт? Нарушенная внутриматочная беременность?

При поступлении жалобы на боли внизу живота и пояснице, кровянистые выделения из влагалища. Последняя менструация 13/II 1974 г. в срок. В анамнезе 2 нормальных родов и 4 искусственных аборта. В 1956 г. болела воспалением придатков матки. На 2 нед позже ожидаемого срока очередной менструации, 29/III появились кровянистые выделения из половых путей и незначительные боли внизу живота. Считала себя беременной, к врачу не обращалась. 18/IV боли усилились, стали схваткообразными, увеличились и кровянистые выделения. Больная была госпитализирована.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Пульс 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации несколько болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет.

Данные гинекологического исследования: шейка матки цианотичная, цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Движения за шейку матки безболезненные. Матка в положении антеверсии — флексии, несколько больше нормальной величины, мягкой консистенции, подвижная. Придатки с обеих сторон утолщены, чувствительны при исследовании. Задний свод влагалища несколько уплощен, слегка болезнен. Выделения кровянистые, темные. Во время осмотра из половых путей выделился белесоватый кусочек ткани. Анализ крови: Hb 120 г/л, л. $6,6 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 19 мм/ч.

Произведено определение ХГ в моче экспресс-иммунологическим методом — реакция положительная.

Диагноз: маточная беременность малых сроков, аборт в ходу (?) Нарушенная трубная беременность (трубный аборт)?

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища: пунктата не получено. При выскабливании слизистой оболочки матки соскоб умеренный. При гистологическом исследовании в соскобе обнаружены пласты децидуальной ткани; ворсин хориона не найдено.

Кровянистые выделения и боли внизу живота продолжались 6 дней. 24/IV данные гинекологического исследования те же, что и 18/IV. Учитывая результаты гистологического исследования и определения ХГ в моче, а также нечеткость клинических данных, для уточнения диагноза произведена кульдоскопия, во время которой обнаружено следующее: матка розоватого цвета, не увеличена. Справа яичник и труба не изменены. Слева труба в ампулярном отделе резко расширена, сине-багрового цвета, складки брюшины «смазаны» темной кровью. Левый яичник не изменен.

Заключение: картина левосторонней трубной беременности, трубный аборт.

24/IV произведено чревосечение. Диагноз, поставленный при кульдоскопии, подтвердился. В брюшной полости обнаружено около 40 мл крови в виде сгустков. Левая маточная труба удалена. Послеоперационный период без осложнений. Гистологическое исследование удаленной маточной трубы подтвердило картину трубной беременности.

Данный случай демонстрирует трудность дифференциальной диагностики нарушенной трубной беременности, трубного аборта и маточной беременности малых сроков (неполный аборт). При наличии положительной иммунологической реакции на беременность с помощью обычных методов исследования, включающих и пункцию брюшной полости, не было получено убедительных данных о трубной беременности. Только результаты гинекологической эндоскопии позволили установить диагноз.

У 27 больных во время эндоскопии диагноз внематочной беременности был отвергнут. У 19 больных обнаружены увеличение матки и ее гиперемия (в сочетании с кистозным изменением яичников). У 12 из этих

больных при проведенном ранее гистологическом исследовании срскоба эндометрия было установлено децидуальное превращение слизистой оболочки, что дало возможность предположить у этих больных полный маточный аборт или дисфункцию яичников. У 7 больных увеличение матки сочеталось с наличием в соскобе эндометрия ворсин хорина и децидуальными изменениями. У этих больных был поставлен диагноз маточной беременности малых сроков (неполный или угрожающий аборт).

У 12 больных при эндоскопии выявлены сальпингоофорит или сальпингит, у 10 — мелкокистозное перерождение яичников, у 1 — ретенционная киста яичника и у 3 — миома матки, субсерозно расположенный узел.

У 1 больной при лапароскопии обнаружено увеличение правой маточной трубы, а в области фимбрий имелось незначительное количество крови. Мы расценили эту картину как трубную беременность. Больной была произведена операция, во время которой обнаружен разрыв кисты желтого тела правого яичника с кровоизлиянием в брюшную полость. В этом наблюдении диагноз нарушенной трубной беременности, поставленный во время эндоскопии, не подтвердился.

У 1 больной при кульдоскопии вследствие спаечного процесса в малом тазу внутренние половые органы осмотреть не удалось. В процессе дальнейшего клинического наблюдения этой больной был поставлен диагноз: обострение хронического двустороннего сальпингоофорита, дисфункция яичников, хронический спаечный пельвиоперитонит. Проведено противовоспалительное лечение, которое оказалось эффективным.

Для дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и воспалительными процессами придатков матки эндоскопия произведена у 44 больных (у 40 — кульдоскопия, у 4 — лапароскопия).

При эндоскопии у 27 больных была диагностирована трубная беременность; все больные оперированы. У 26 из них во время операции диагноз подтвердился. У 23 больных прерывание беременности произошло по типу трубного аборта с небольшим кровоизлиянием в брюшную полость, у 3 — обнаружена прогрессирующая трубная беременность, причем кровь в брюшной полости отсутствовала. У остальных 17 женщин при эндоскопии диагноз внематочной беременности был отверг-

нут; из них у 16 выявлено воспаление придатков матки в сочетании с хроническим спаечным пельвиоперитонитом, у 1 — мелкокистозное перерождение левого яичника.

Эндоскопическая картина при воспалительном процессе придатков матки характеризовалась утолщением труб, ярко-розовым их цветом с множеством плоскостных и струновидных спаек в малом тазу. Яичники при этом были обычно несколько увеличены, в спайках. Одной больной во время кульдоскопии был поставлен диагноз: левосторонняя трубная беременность, трубный аборт, киста левого яичника, левосторонний периаднексит, однако при чревосечении обнаружен разрыв кисты желтого тела левого яичника с кровоизлиянием в брюшную полость и левосторонний периаднексит. Диагноз трубной беременности не подтвердился. Ошибка в диагностике при кульдоскопии произошла, по-видимому, потому, что левые придатки были окутаны спайками и покрыты сгустками крови. Источник кровотечения было трудно установить не только при кульдоскопии, но даже во время последующего чревосечения.

Проведенное исследование показало высокую эффективность эндоскопии в дифференциальной диагностике нарушенной трубной беременности и воспалительных процессов придатков матки.

Приводим наблюдение, которое является ярким подтверждением ценности гинекологической эндоскопии.

Больная С., 29 лет поступила в отделение консервативной гинекологии 4/III 1974 г. с диагнозом: обострение хронического двустороннего аднексита.

Жалобы на ноющие боли внизу живота, скудные кровянистые выделения из половых путей. Последняя нормальная менструация с 17 по 20/I 1974 г. Ранее не беременела. С 1959 г. страдает хроническим воспалением придатков матки. В срок ожидаемой менструации (17/II) появились мажущие кровянистые выделения из половых путей, а 23/II был приступ сильных болей внизу живота, сопровождавшийся подъемом температуры до 38°С. Амбулаторно проводилась противовоспалительная терапия. Кровянистые выделения и боли внизу живота не прекращались и больная была госпитализирована.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски. Температура 36,8°С. Пульс 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше слева. Симптомов раздражения брюшины нет.

Данные гинекологического исследования: стенки влагалища и шейки матки чистые. Шейка матки конической формы, наружный

зев закрыт. Матка в положении антеверсии — флексии, нормальной величины, подвижная, безболезненная, придатки четко не пальпируются, область их болезненна. Левый свод влагалища несколько укорочен, болезнен. Выделения кровянистые, скудные. Анализ крови: Нб 116 г/л, л. $9 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ — 25 мм/ч.

Диагноз: обострение хронического двустороннего аднексита, дисфункция яичников.

В течение 2 нед проводилась противовоспалительная терапия, но состояние больной не улучшалось, и 19/III с подозрением на левостороннюю трубную беременность она была переведена в отделение оперативной гинекологии. Данные общего и специального исследований те же, что и при поступлении. Реография органов малого таза: выявлены изменения гемодинамики, характерные для левосторонней трубной беременности. ХГ в моче, определявшийся экспресс-иммунологическим методом, не обнаружен. 20/III произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища — пунктата не получено.

Для уточнения диагноза 20/III произведена кульдоскопия, во время которой обнаружено следующее: матка розового цвета, не увеличена, правая труба ярко-розового цвета, в спайках; в области левых придатков и прямокишечно-маточного углубления брюшины — сгустки крови, складки брюшины «смазаны» темной кровью; правый яичник белесовато-желтого цвета, без особенностей.

Заключение: левосторонняя трубная беременность (трубный аборт), правосторонний сальпингит.

20/III чревосечение. Диагноз, поставленный при кульдоскопии, полностью подтвердился. В брюшной полости обнаружено около 60 мл крови в виде сгустков. Левая маточная труба в ампулярном отделе расширена до 3 см в диаметре, багрового цвета, удалена.

Гистологическое исследование удаленного препарата подтвердило наличие трубной беременности.

В приведенном случае диагностика трубной беременности на фоне воспаления трубы была чрезвычайно затруднительна при использовании обычных методов исследования.

Убедительных данных о внематочной беременности не было (общее состояние больной оставалось вполне удовлетворительным, в моче не обнаружен ХГ, результаты пункции брюшной полости были отрицательными). Полностью же отвергнуть этот диагноз не представлялось возможным, так как, несмотря на проведенную противовоспалительную терапию, продолжались кровянистые выделения из половых путей, с помощью реографии были отмечены характерные для трубной беременности изменения гемодинамики гениталий. Лишь кульдоскопия дала возможность уточнить диагноз и своевременно провести необходимое лечение.

Дифференцируя внематочную беременность с некоторыми другими гинекологическими заболеваниями, мы произвели эндоскопические исследования у 16 больных (у 11 — кульдоскопию, у 5 — лапароскопию). Во вре-

мя эндоскопии нарушенная внематочная беременность диагностирована у 6 больных, из них у 1 — яичниковая и у 5 — трубная. Все больные были оперированы. У 5 из них во время операции и после гистологического исследования удаленного препарата диагноз подтвердился. У 1 больной было расхождение диагнозов (заключительный диагноз: апоплексия правого яичника, правосторонний сальпингоофорит, хронический аппендицит).

Ошибка произошла при лапароскопии в связи с прикрытием правых придатков матки сгустками крови и сопутствующей гиперемией и отеком маточной трубы.

У 2 больных кульдоскопию произвести не удалось: у одной — вследствие неисправности осветительной системы эндоскопа, у другой — из-за невозможности проникновения в брюшную полость в связи с отслойкой брюшины прямокишечно-маточного углубления после введения раствора новокаина с целью анестезии. В процессе дальнейшего наблюдения за этими больными в одном случае был поставлен диагноз наружного эндометриоза, эндометриоидной кисты правого яичника (после соответствующей терапии больная выписана под наблюдение врача женской консультации), в другом — кистомы левого яичника. Больная была оперирована: удалены левые придатки матки. При гистологическом исследовании обнаружена серозная киста яичника.

Из 8 больных во время эндоскопии киста яичника обнаружена у 2, апоплексия яичника — у 3, миома матки с субсерозным расположением узла — у 1; патологии со стороны половых органов не выявлено у 2 больных (обе женщины, как выяснилось в дальнейшем, страдали мочекаменной болезнью).

По нашим данным, процент неудач при эндоскопическом исследовании составил 2,3. По-видимому, некоторых причин неудачного исследования можно было бы избежать при наличии определенного опыта проведения кульдоскопии в начале работы.

Из 127 больных с удавшимся эндоскопическим исследованием у 3 диагноз, установленный с помощью этого метода, не совпал с окончательным диагнозом, установленным на операции и во время гистологического исследования удаленного препарата (т. е. процент ошибок составил 2,4).

Обращает на себя внимание тот факт, что все ошибки

диагностики при эндоскопии произошли в случаях апоплексии яичника. На наш взгляд, это заболевание наиболее трудно поддается дифференциальной диагностике с внематочной беременностью в связи с наличием ряда сходных симптомов, сопровождающих эти состояния и возникающих вследствие кровотечения в брюшную полость.

Кроме того, как апоплексия яичника, так и трубная беременность довольно часто сочетаются с хроническими воспалительными процессами придатков матки, сопровождаясь образованием обширных сращений в малом тазу, что существенно затрудняет осмотр внутренних половых органов как при кульдоскопии, так и при лапароскопии.

У 3 больных с помощью эндоскопии удалось установить прогрессирующую трубную беременность, что редко удается сделать с помощью других методов исследования. Это позволило в дальнейшем произвести консервативную операцию — удаление плодного яйца путем выскабливания слизистой оболочки трубы. В качестве иллюстрации приводим следующий случай.

Больная К., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение 28/1 1974 г. с диагнозом: подозрение на левостороннюю трубную беременность.

Жалобы на боли внизу живота, больше слева, тянущего характера. Менструации с 16 лет, регулярные. Последняя нормальная менструация с 13 по 17/XI 1973 г. Половой жизнью живет нерегулярно. Беременностей не было. В анамнезе острый аднексит 4 года назад, лечилась амбулаторно. Считает себя больной со 2/1 1974 г., когда внезапно начались боли внизу живота, сопровождавшиеся тошнотой. 3/1 была госпитализирована в стационар, где был поставлен диагноз: беременность 6 нед, угрожающий аборт. Больная настаивала на прерывании беременности и 4/1 было произведено выскабливание матки. При гистологическом исследовании соскоба обнаружен децидуальный метаморфоз стромы эндометрия, ворсин хориона не найдено. После выскабливания боли внизу живота и кровянистые выделения продолжались 4 дня и прекратились. Больная чувствовала себя хорошо и была выписана домой. 28/1 1974 г. вновь появились тянущие боли внизу живота, в связи с чем вновь была госпитализирована в гинекологическое отделение.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1° С. Кожа и слизистые оболочки розовые. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации несколько болезнен в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Данные гинекологического исследования: наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки конической

формы, зев закрыт. Смещение шейки безболезненное. Матка в ретроверсии — флексии, несколько больше нормы, обычной консистенции, ограниченно подвижна, безболезненна. Справа придатки не определяются, область их безболезненна. Слева в области придатков пальпируется образование без четких контуров, мягковатой консистенции, слегка болезненное при исследовании. Своды влагалища несколько уплощены, чувствительны. В заднем своде определяется тяжесть.

Выделения слизистые, скудные. Анализ крови: Нб 106 г/л, л. $6,8 \cdot 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 9 мм/ч.

Произведен экспресс-иммунологический анализ мочи на ХГ — реакция сомнительная. Данные реографического исследования показали изменения гемодинамики половых органов, характерные для левосторонней трубной беременности (снижение амплитуды волны в левом боковом отведении, выпуклость катакроты, закругленность вершины волны).

Диагноз: левосторонняя трубная беременность (трубный аборт?). Обострение хронического левостороннего аднексита, tuboовариальное образование воспалительной этиологии слева? Хронический спаечный пельвиоперитонит.

Произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища — получено 5 мл серозно-геморрагической жидкости.

Диагноз тот же. Начато противовоспалительное лечение. 31 / I состояние больной несколько ухудшилось: усилились боли в левой подвздошной области. В целях уточнения диагноза произведена

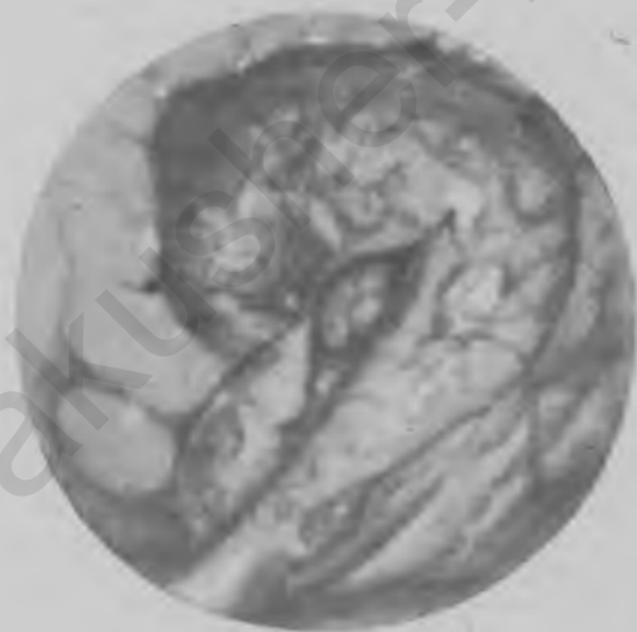


Рис. 13. Эндоскопическая картина при прогрессирующей трубной беременности (кульдоскопия).

лапароскопия, при которой обнаружено следующее: матка в центре малого таза, брюшина, покрывающая ее, розового цвета. Правая труба в ампулярном отделе запаяна. Правый яичник обычных размеров, белесоватого цвета. Левая маточная труба в ампулярном отделе расширена до 5 см в диаметре, сине-багрового цвета. Левый яичник белесоватого цвета, не увеличен. Крови в брюшной полости нет. В малом тазу множественные спайки (рис. 13).

Заключение: левосторонняя трубная беременность (прогрессирующая), хронический правосторонний сальпингит, хронический спаечный пельвиоперитонит.

31/I произведено чревосечение. Диагноз, поставленный во время лапароскопии, полностью подтвердился. Рассечена левая маточная труба в ампулярном отделе, удалено плодное яйцо, восстановлена целостность трубы, после введения в ее просвет кетгутовых нитей, сальпинголизис и сальпингостоматопластика справа. В послеоперационном периоде проводились мероприятия, направленные на реабилитацию репродуктивной функции.

Приведенный случай представляет интерес в том отношении, что с помощью лапароскопии удалось установить такую труднодиагностируемую патологию, как прогрессирующая трубная беременность.

У больной были данные о внематочной беременности: децидуальный метаморфоз стромы эндометрия при отсутствии в соскобе ворсин хориона, характерные для внематочной беременности изменения гемодинамики половых органов.

В то же время отсутствие четких данных анамнеза общего и специального исследований, а также экспресс-иммунологического исследования мочи на наличие ХГ, нехарактерный результат пункции брюшной полости через задний свод влагалища не позволяли с уверенностью поставить диагноз. Только эндоскопия дала возможность разрешить поставленную задачу.

У 5 нерожавших больных с повторной нарушенной трубной беременностью благодаря ее своевременной диагностике с помощью эндоскопии не отмечалось выраженных анатомических изменений маточной трубы и спаечного процесса в области придатков, что дало возможность после удаления плодного яйца произвести сальпингостоматопластику и сохранить трубу.

При своевременной диагностике внематочной беременности в аналогичных условиях 26 больным после удаления беременной трубы в послеоперационном периоде начата противовоспалительная терапия как один из первых этапов реабилитации, направленной на сохранение детородной функции.

С помощью эндоскопии удалось также установить у 1 больной такую редко встречающуюся патологию, как яичниковая беременность, а также ряд заболеваний, обычно не требующих оперативного вмешательства (воспалительные процессы придатков матки, мелко-

кистозное перерождение яичников, апоплексия яичника).

При проведении эндоскопии мы отметили лишь такие осложнения, как френикус-симптом и болезненность в подреберье (у 47 больных). Эти явления исчезали самопроизвольно на 2—3-и сутки после исследования.

Таким образом, гинекологическая эндоскопия оказалась ценным и безопасным методом исследования в трудных случаях диагностики у больных с подозрением на внематочную беременность. Она позволила своевременно установить диагноз, провести соответствующее, наиболее целесообразное, лечение и сократить время пребывания больных в стационаре. Однако гинекологическую эндоскопию целесообразно применять лишь у тех больных, у которых путем других дополнительных методов исследования диагноз внематочной беременности не был с уверенностью исключен. К этой группе относятся женщины с выявленными с помощью реографии характерными для эктопической беременности особенностями гемодинамики половых органов при наличии ХГ в моче.

Следует заметить, что, несмотря на достаточно высокую диагностическую ценность экспресс-иммунологического метода выявления ХГ в моче обследованных женщин, реографии органов малого таза и особенно гинекологической эндоскопии, результаты этих методов следует интерпретировать только в тесной связи с данными общепринятого клинического обследования и данными, полученными с помощью каждого из этих методов, т. е. весьма целесообразным является проведение комплексного обследования больных при затруднениях в диагностике внематочной беременности.

Такое комплексное обследование больных с подозрением на внематочную беременность было проведено нами у 63 больных. Из них у 34 дифференциальная диагностика проводилась между внематочной беременностью и маточной беременностью малых сроков, угрожающим и неполным абортom (первая группа), у 29 — между внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями придатков матки (вторая группа). В первой группе нарушенная трубная беременность обнаружена у 25 больных, во второй — у 17.

Из 25 больных первой группы с нарушенной трубной

беременностью экспресс-иммунологический метод определения ХГ показал наличие беременности у 22. Характерные для нарушенной трубной беременности данные реографии выявлены у всех 25 женщин. Эндоскопия позволила установить правильный диагноз также у всех больных.

Из 9 больных первой группы, у которых отсутствовала внематочная беременность, экспресс-иммунологический метод показал достоверные результаты у 7 и оказался ложноположительным у одной больной (у 1 больной результаты реакции были сомнительными). Данные реографии не соответствовали установленному диагнозу у 3 больных и у 6 не были ясны. Произвести эндоскопию не удалось у одной больной, у остальных 8 эндоскопия позволила установить правильный диагноз.

Среди 17 больных второй группы с установленной внематочной беременностью экспресс-иммунологический метод определения ХГ выявил наличие гормона в моче у 13. Характерные для нарушенной трубной беременности данные реографии получены у 14 больных. Эндоскопия дала возможность правильно установить диагноз у всех 17 больных.

Из 12 больных второй группы с воспалительными заболеваниями половых органов ХГ с помощью экспресс-иммунологического метода не обнаружен у 9 (у 3 больных реакция оказалась сомнительной). У 3 больных данные реографии не соответствовали воспалительному процессу в области придатков матки, а у 9 имелись характерные для этой патологии особенности. С помощью гинекологической эндоскопии правильный диагноз установлен у 11 больных (у одной имело место несовпадение окончательного диагноза с диагнозом, установленным при эндоскопии).

Суммируя данные комплексного обследования 63 больных с подозрением на внематочную беременность в трудных случаях диагностики, мы получили следующие результаты: 1) экспресс-иммунологический метод определения ХГ был достоверным у 51 больной; 2) характерные данные реографического исследования органов малого таза получены у 48 больных; 3) применение гинекологической эндоскопии оказалось эффективным у 61 больной.

Из 12 случаев несовпадения данных экспресс-иммунологического метода определения ХГ с окончатель-

ным диагнозом в 10 наблюдалось соответствие показателей реографии этому диагнозу, а данные эндоскопии у всех 12 больных оказались достоверными. Из 15 случаев несовпадения реографической картины с окончательным диагнозом в 11 экспресс-иммунологический метод определения ХГ был достоверным, а диагноз, установленный с помощью эндоскопии, совпал с окончательным диагнозом у всех больных. У 2 больных, из которых у одной эндоскопическое исследование было неудачным, а у другой дало ошибочное заключение, результаты экспресс-иммунологического метода определения ХГ соответствовали окончательно установленному диагнозу, а реографическая картина не была характерной.

Как показали произведенные исследования, в комплексном обследовании больных с подозрением на внематочную беременность перечисленные диагностические методы дополняют и уточняют друг друга, что значительно повышает его ценность. Таким образом, комплексное обследование больных с подозрением на внематочную беременность дает весьма высокий диагностический эффект, что позволяет рекомендовать его применение в трудных случаях. Особое место в комплексном обследовании занимает гинекологическая эндоскопия, которая является наиболее точным методом и позволяет, по нашим данным, установить правильный диагноз у 95,4% больных.

Мы считаем, что в связи с определенными трудностями, возможными осложнениями и неудачами эндоскопию целесообразно применять лишь после проведения всестороннего клинического обследования, включающего другие, более простые, дополнительные методы исследования, когда возможности их исчерпаны, а диагноз все же остается неясным. Вместе с тем при исключении эктопической беременности с помощью других дополнительных методов исследования, в частности при нехарактерной для внематочной беременности реографической картине в сочетании с отсутствием в моче больной ХГ, применение эндоскопии нецелесообразно.

Небезынтересно отметить, что пребывание больных в стационаре до установления клинического диагноза в случае применения комплексного обследования в среднем составило 6 дней против 8 у всех обследован-

ных нами больных с подозрением на внематочную беременность в трудных случаях диагностики. Сокращение времени обследования при использовании современных методов диагностики позволило у 34 больных (из 77) провести оперативное лечение при их общем удовлетворительном состоянии и отсутствии выраженных анатомических изменений в области половых органов. Это в свою очередь дало возможность у 8 из них осуществить консервативно-пластические операции на маточной трубе и у всех 34 больных в благоприятных условиях приступить к реабилитации репродуктивной функции.

Помимо описанных выше методов диагностики внематочной беременности, следует указать еще на некоторые дополнительные методы, которые сравнительно редко используются в гинекологической практике.

Обычно обзорные рентгенологические исследования брюшной полости применяют для диагностики внематочной беременности больших сроков, когда четко виден скелет плода. При пневмопельвиографии, использование которой при эктопической беременности, по нашему мнению, является крайне нежелательным, для трубной беременности характерно расширение тени трубы, увеличение тени матки и расширение ее трубного угла.

В ряде случаев для диагностики эктопической беременности применяют гистеросальпингографию. При этом обнаруживают отсутствие тени трубы или дефект наполнения в расширенной трубе, расширение трубного угла с пораженной стороны и гипотонию матки. Артерио- и флебография выявляют сосудистую сеть плодного яйца в проекции трубы.

Иногда для диагностики внематочной беременности используют сочетание пневмопельвиографии с гистеросальпингографией, висцеральной (чрезматочной) флебографии с пневмопельвиографией.

В последнее десятилетие появились работы, посвященные диагностике внематочной беременности с помощью ультразвука. По сведениям авторов этих работ, плодное яйцо вне матки может быть обнаружено с 6-недельного срока беременности. Данные литературы о ценности ультразвукового метода исследования при диагностике эктопической беременности весьма противоречивы.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Вопрос о методе лечения при внематочной беременности издавна был предметом дискуссий. Еще в конце прошлого столетия консервативный метод лечения внематочной беременности имел много сторонников. Однако при сравнении результатов консервативного и оперативного лечения были выявлены несомненные преимущества последнего. Даже в тех случаях, когда самостоятельно, без лечения проходил острый период прерывания беременности, кровотечение прекращалось и начиналось так называемое самоизлечение, трудно было рассчитывать на полное восстановление здоровья женщины. Не исключается возможность повторных кровоизлияний и ухудшения состояния больной. Рассасывание гематом и продуктов распада плодного яйца происходит очень медленно, сопровождается длительными болями, лихорадящим состоянием, приводит к образованию в полости малого таза слипчивых процессов и сращений, искажающих нормальные топографо-анатомические соотношения органов и нарушающих их нормальное функциональное состояние.

В результате длительного накопления клинического опыта необходимость оперативного вмешательства при внематочной беременности ни у кого не вызывает сомнений.

При внематочной беременности в настоящее время применяется комплексное лечение. Оно складывается из следующих этапов: 1) операция; 2) борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей; 3) ведение послеоперационного периода; 4) реабилитация репродуктивной функции. Необходимость проведения тех или иных мероприятий, а также их последовательность диктуются множеством обстоятельств, среди которых следует подчеркнуть характер прерывания трубной беременности, длительность заболевания, тяжесть состояния больной, особенности локализации плодного яйца, возраст больной, наличие у нее детей, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания, патологические состояния в брюшной полости, желание больной в дальнейшем иметь детей.

При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей больная, как правило, находится в состоянии шока. При этом показано экстрен-

ное оперативное вмешательство. Состояние больной требует также проведения мероприятий, направленных на борьбу с шоком, кровопотерей. Существуют различные мнения в последовательности реанимационных мероприятий и операций. Однако следует учесть, что оперативное вмешательство с применением обезболивающих и наркотических средств в данной ситуации непременно входит в реанимационный комплекс. В. А. Покровский (1950) рекомендовал проводить до начала операции противошоковые мероприятия, в частности гемотрансфузию 200 мл донорской крови. И. Л. Брауде же считает, что до остановки кровотечения оперативным путем не следует применять меры, повышающие артериальное давление, так как это может усилить внутреннее кровотечение.

По мнению Л. С. Персианинова (1963), тяжелое состояние больной в результате разрыва плодместилища при внематочной беременности не является противопоказанием к немедленному оперативному вмешательству. При тяжелом состоянии больной он рекомендовал, приступая к операции, начинать с капельного внутривенного вливания кровезаменителей или крови, а после наложения зажимов на трубу и ее брыжейку применять струйное переливание указанных жидкостей. Такого же мнения придерживаются М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1965), которые предлагают начинать капельное внутривенное вливание жидкостей еще до начала операции для борьбы с шоком. С этой же целью авторы рекомендуют введение морфина или пантопона, когда все уже готово к операции.

Наш клинический опыт позволяет считать, что последовательность и срочность всех применяемых мероприятий зависит от тяжести состояния больной. Однако следует помнить, что на фоне массивной кровопотери и шока состояние больной может быстро ухудшаться. Поэтому при внематочной беременности и разрыве плодместилища больную нужно обследовать как можно быстрее и бережнее и также быстро и бережно готовить к оперативному вмешательству. Персонал приемного отделения должен немедленно перевести ее в отделение; непосредственно в операционную, избегая многократных перекладываний больной с носилок на каталку и т. д.

Необходима четкая организация работы персонала

отделения и операционной, чтобы избежать ненужных потерь времени, которые могут оказаться роковыми для больной в состоянии шока. До перевода в операционную или непосредственно там следует произвести венепункцию (или венесекцию) и начать капельное вливание любой кровезамещающей жидкости, ингаляцию кислорода; можно применить средства, улучшающие сердечную деятельность. Одновременно персонал должен готовиться к операции.

Тяжелое состояние больной требует немедленного начала гемотрансфузии одновременно с другими реанимационными мероприятиями. В короткий период подготовки к операции срочно определяют резус-принадлежность и группу крови больной, после чего сразу можно приступить к гемотрансфузии. Обычно за это время больная уже бывает подготовлена к операции, поэтому практически начинают переливание крови и операцию одновременно. Немедленное чрезосечение и получение собственной крови больной из брюшной полости дает возможность произвести реинфузию, приверженцами которой мы являемся на протяжении многих лет.

Начало обезболивания, как правило, улучшает состояние больной, ее гемодинамические показатели. После наложения зажимов и остановки кровотечения можно увеличить скорость гемотрансфузии. Количество переливаемой крови обычно определяется величиной кровопотери и состоянием больной. Остановка кровотечения, удаление разорванной трубы и излившейся крови, осушение брюшной полости на фоне обезболивания и адекватного восполнения кровопотери обычно благоприятно сказываются на состоянии больной и гемодинамических показателях.

Таким образом, следует еще раз подчеркнуть, что реанимационные мероприятия проводятся комплексно (обезболивание, операция, гемотрансфузия), почти одновременно и залогом успеха являются срочность и правильная последовательность их применения. Такой экстренности требует состояние больной, обусловленное разрывом плодместилища и массивной кровопотерей.

При хроническом и подостром течении прервавшейся внематочной беременности, например при трубном аборте, когда состояние больной вполне удовлетво-

рительное, нет выраженной анемии и шока, также показано оперативное лечение, но его можно производить не столь экстренно. М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева даже считают, что в таких ситуациях возможно плановое оперативное лечение, особенно при организовавшихся заматочных или перитубарных гематомах, когда операция сложна и доступна только квалифицированному хирургу. Следует, однако, помнить, что даже на фоне медленного, хронического прерывания внематочной беременности возможен повторный приступ плодоизгнания, вплоть до разрыва трубы или капсулы гематомы, что сопровождается обильным кровотечением и может быстро ухудшить состояние больной.

Учитывая сказанное, мы придерживаемся положения, что больная должна быть оперирована непосредственно после того, как установлен диагноз внематочной беременности, даже если состояние ее удовлетворительное. Исключение могут составлять такие случаи, когда больной предстоит сложное оперативное вмешательство (например, при заматочной гематоме), а выполнение его не может быть обеспечено в силу каких-то обстоятельств организационного порядка. Такая больная нуждается в самом пристальном наблюдении, физическом и психическом покое, так как ее состояние может ухудшиться в любую минуту.

Это же положение распространяется и на прогрессирующую трубную или другой локализации эктопическую беременность, поскольку внезапно среди полного здоровья может произойти разрыв плодместилища с обильным кровотечением.

Необходимость как можно более неотложных операций по поводу внематочной беременности диктуется не только возможностью внезапного ухудшения состояния больной. Поскольку внематочная беременность часто возникает у женщин, не имеющих детей, с длительным бесплодием, воспалительными процессами гениталий настоятельно встает вопрос о сохранении такой женщине детородной функции. Это может быть осуществлено с помощью консервативно-пластических операций на трубах, о чем будет подробно сказано ниже. Многочисленными исследованиями доказано, что деструктивные изменения в трубах при эктопической беременности усиливаются по мере увеличения ее срока и длительности прерывания. Естественно, что более ранняя опе-

рация будет способствовать быстрейшему восстановлению функции трубы и наступлению нормальной беременности.

Исключение в смысле срочности оперативного вмешательства могут составлять случаи эктопической беременности поздних сроков, обычно более 7 мес, когда плод становится жизнеспособным. Такая беременность обычно протекает тяжело для матери, сопровождается болями, повышением температуры, истощением. Однако при хорошем состоянии больной и настойчивом желании сохранить ребенка иногда возможно наблюдение за ней до срока почти доношенной беременности в условиях стационара с последующим чревосечением (Александров М. С., Шинкарева Л. Ф., 1961). Все же следует помнить об опасности сильнейшего внутреннего кровотечения, а также о возможной неполноценности развивающегося вне матки плода.

В особой подготовке к операции по поводу внематочной беременности больные не нуждаются. Чтобы не спровоцировать или не усилить имеющееся кровотечение, очистительную клизму ставить не рекомендуется. Содержимое желудка удаляют с помощью зонда, обычно под наркозом. Общие ванны и душ также противопоказаны. Обязательно следует сбрить волосы в области операционного поля. Непосредственно перед операцией нужно выпустить катетером мочу, даже если больная мочилась незадолго до этого. Самостоятельное опорожнение мочевого пузыря может быть неполным, что увеличивает возможность его ранения во время операции.

Методика обезболивания имеет важное значение для успешного проведения операции и реанимационных мероприятий. В настоящее время предпочтение следует отдать современному многокомпонентному эндотрахеальному наркозу с применением миорелаксантов.

Общее обезболивание при операции по поводу внематочной беременности предпочитают Л. С. Персианинов (1963), М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1961), И. М. Грязнова и Г. Я. Молчанова (1967), Н. Д. Селезнева (1976) и др.

В редких случаях возможно применение и местной инфильтрационной анестезии новокаином. Такой метод обезболивания Л. С. Персианинов рекомендовал при технически простых операциях и удовлетворительном

состоянии больных, а также при терминальных состояниях, однако в настоящее время и в этих случаях, по-видимому, предпочтительнее эндотрахеальный наркоз, обеспечивающий возможность управления всеми жизненно важными функциями организма. В монографии М. С. Александрова и Л. Ф. Шинкаревой приводится большой опыт применения спинномозговой и перидуральной анестезии при операции по поводу внематочной беременности в Институте им. Н. В. Склифосовского, однако этот вид обезболивания не получил широкого распространения.

В настоящее время общепризнанным способом оперативного вмешательства является чревосечение. Выбирает методику разреза передней брюшной стенки обычно хирург. Следует отметить, что нижнесрединный продольный разрез выполняется проще и быстрее, дает лучшую возможность обзора органов брюшной полости. Кроме того, если при операции возникают технические затруднения (спайки, сращения и пр.), этот разрез легко можно продлить выше пупка. Однако многие хирурги предпочитают поперечно-надлобковый разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. Безусловно он лучше из соображений косметики. Предпочтение этому разрезу отдают Александров М. С. и Л. Ф. Шинкарева (1961) и др. Эти авторы руководствуются не только эстетическими соображениями, но и считают, что такой разрез обеспечивает лучшее заживление и восстановление функции брюшного пресса. Однако этот разрез требует известного опыта; кроме того, он технически сложнее и нередко ограничивает доступ к органам брюшной полости. В таких случаях, если необходимо расширить рану, приходится делать якорный разрез.

При тяжелом состоянии больной, повторных чревосечениях, отсутствии окончательной ясности в диагнозе, ожирении передней брюшной стенки безусловно следует предпочесть нижнесрединный продольный разрез.

После вскрытия париетальной брюшины из брюшной полости начинает изливаться кровь. Для того чтобы она не изливалась через края раны, брюшину берет на зажимы и приподнимает кверху ассистент. Кровь частично вычерпывают стерильным металлическим стаканчиком или специальной ложкой, но не всю, а лишь ту, которая может излиться через края раны. Кровь сразу же передают помощникам, которые приступают к реинфузии.

Не теряя времени на окончательное удаление крови, следует ввести руку в брюшную полость, захватить и вывести в рану матку и придатки пораженной стороны. Нужно тщательно осмотреть выведенные придатки, так как при беглом осмотре можно сделать ошибочное заключение об отсутствии изменений, что возможно при очень малых сроках беременности или изгнании плодного яйца в брюшную полость. Убедившись, что действительно имеется трубная беременность, нужно остановить кровотечение. Чаще всего производится удаление трубы, особенно если имеется разрыв ее стенки (рис. 14). Это осуществляется путем наложения зажимов Кохера

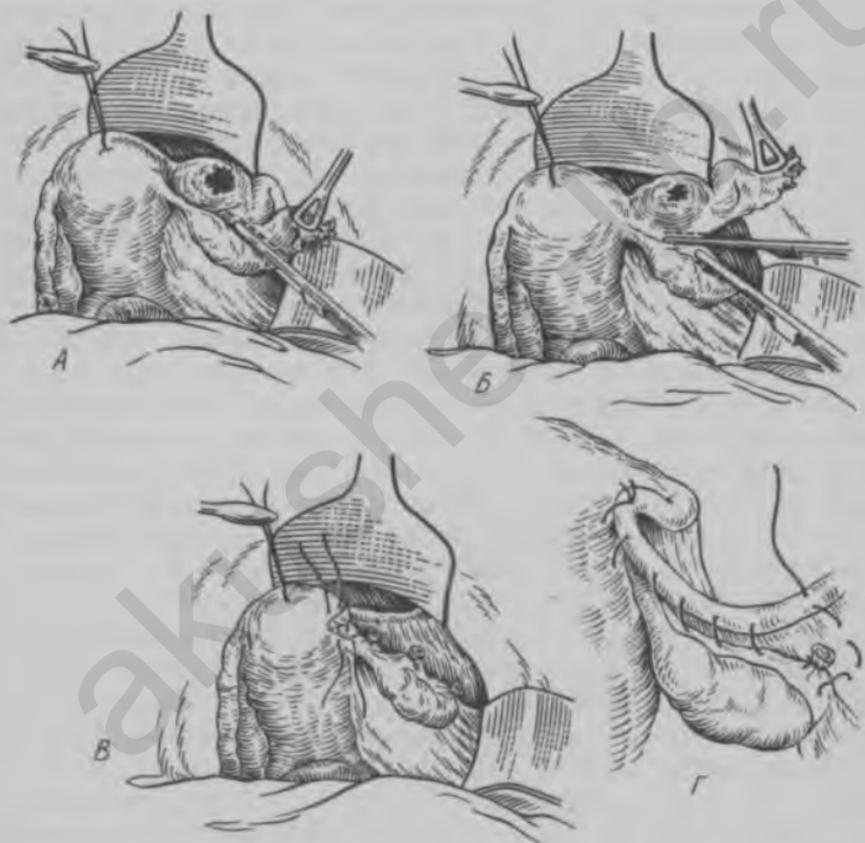


Рис. 14. Операция при трубной беременности.

А, Б — последовательное наложение зажимов и рассечение брыжейки трубы по направлению к матке; *В* — перевязаны культи брыжейки трубы, иссечен интерстициальный отдел трубы, на рану в углу матки наложены две лигатуры; *Г* — непрерывным кетгуттовым швом круглая связка пришта к оставшейся части брыжейки трубы, шов закончен полукисетом.

на маточный конец трубы и мезосальпинкс параллельно трубе. При этом нужно следить, чтобы в зажим не попали собственная связка яичника и круглая маточная связка.

Мезосальпинкс пересекают параллельно маточной трубе до угла матки. Затем трубу отсекают от матки. При этом большинство авторов рекомендуют иссечь угол матки с интерстициальным отделом трубы. Мы для этой цели прошиваем угол матки иглой и над ней под предварительно наложенным зажимом клиновидно неглубоко иссекаем угол матки. После отсечения от матки трубы прошивание заканчивают восьмиобразным швом, который служит одновременно и держалкой. При необходимости накладывают два таких шва. Затем накладывают лигатуру на культю мезосальпинкса. Иссечение интерстициального отдела трубы рекомендуется как профилактика повторной трубной беременности в этом участке.

Такие случаи описаны в литературе. Однако не всеми признается необходимость клиновидного иссечения угла матки (Персианинов Л. С., 1971). Считается, что устранить возможность беременности в культе трубы можно путем тщательной перитонизации этой области. Кроме того, описаны случаи слабости родовых сил и даже разрыва матки по рубцу после клиновидного иссечения интерстициального отдела трубы. По-видимому, учитывая все сказанное, нужно производить неглубокое иссечение маточного угла и тщательное ушивание этой раны. После удаления трубы производят перитонизацию, для которой используется брюшина, покрывающая круглую связку матки с соответствующей стороны. Для этого, отступя от матки на 3—4 см, брюшину круглой связки захватывают зажимом и непрерывным кетгутовым швом подшивают к заднему листку широкой связки в области культи мезосальпинкса, а затем и к углу матки, полностью прикрывая культю трубы. При локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы иссечение этого отдела необходимо. Разрез тогда имеет большие размеры, что зависит от величины плодного яйца; он должен быть тщательно ушит двумя этажами кетгутовых швов и хорошо перитонизирован за счет круглой связки.

Описанная техника удаления трубы применяется как при разрыве трубы, так и при трубном аборте и прогрес-

сирующей трубной беременности. После окончания перитонизации собирают оставшуюся в брюшной полости кровь, для чего большую нужно вывести из положения Тренделенбурга для стекания вниз крови, скопившейся под диафрагмой. После собираня крови брюшную полость осушают с помощью марлевых тампонов.

При наличии замочной гематомы оперативное вмешательство является более сложным. В брюшной полости большие сращения, к капсуле гематомы приращены петли кишечника, сальник. Операция заключается в разъединении этих сращений, опорожнении гематомы, удалении пораженной трубы (или придатков) и по возможности удалении капсулы. Это не всегда удается сделать полностью из-за сращений. Затруднителен в таких случаях гемостаз, так как диффузно кровоточит иногда огромное ложе гематомы. Гемостаз осуществляется обкалыванием кровоточащих сосудов или с помощью гемостатической губки. Иногда ложе гематомы дренируют через кольпотомное отверстие или брюшную рану. Перитонизацию производят с помощью круглой и широкой связок. При затруднениях Л. С. Персианов (1971) рекомендует воспользоваться кусочком резецированного сальника, который подшивают к указанным связкам, чтобы прикрыть культю.

Со спайками и сращениями в брюшной полости хирургу приходится сталкиваться при повторных чревосечениях, наличии перитубарных гематом. В последнем случае рекомендуется удалять трубу вместе с образовавшейся фиброзной капсулой. Такие операции намного сложнее, чем в «свежих» случаях прерывания. Поэтому нужно стремиться совершенствовать диагностику трубной беременности, поскольку это облегчает операцию и улучшает прогноз в отношении восстановления репродуктивной функции.

При локализации плодного яйца в яичнике обычно обнаруживают увеличение яичника и кровоизлияние в нем с разрывом поверхностных тканей. Желательно резецировать яичник в пределах здоровых тканей с наложением для гемостаза отдельных кетгутовых швов. Перитонизация не производится. При поражении всей ткани яичника приходится удалять его полностью вместе с маточной трубой.

При беременности в рудиментарном роге матки обнаруживается образование, связанное с телом матки

на уровне внутреннего зева тонкой ножкой. Операция заключается в удалении рудиментарного рога вместе с маточной трубой этой же стороны. Круглую связку матки, отсеченную от рудиментарного рога, пришивают к дну основного тела матки. При межсвязочном расположении плодместилища приходится удалять его вместе с маточной трубой; при этом анатомические соотношения резко нарушены; после удаления плодного яйца из ложа в клетчатке параметрия может быть значительное паренхиматозное кровотечение, которое бывает нелегко остановить. Следует помнить об анатомической близости мочеточника и возможности его повреждения. После удаления трубы и плодместилища листки широкой связки сшивают.

При брюшной беременности оперативное вмешательство представляет большие трудности. Техника операции зависит обычно от места прикрепления плаценты. Вмешательство состоит в удалении плодместилища и гемостазе, который нередко затруднен, особенно если плацента прикреплена к кишечнику или его брыжейке. Особенно сложна эта операция при поздних сроках беременности. Хирург должен быть готов к вмешательству на соседних органах. В брюшной полости образуются плотные сращения между органами, развивается обширная сосудистая сеть. Операция заключается в удалении плода и последа и нередко сопровождается массивным кровотечением. Однако нужно стремиться к полному удалению плодного мешка. В противном случае возможно инфицирование оставшихся тканей плодного яйца и развитие таких осложнений, как кишечная непроходимость, перитонит, инфильтраты и абсцессы брюшной полости.

Вопрос об отношении к крови, излившейся в брюшную полость, до настоящего времени решается по-разному. Не подлежит сомнению, что кровь должна быть удалена из брюшной полости полностью, однако не все признают возможность и необходимость использования этой крови для реинфузии. Приверженцами реинфузии крови являются М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1965), И. М. Грязнова (1967), Л. С. Персианинов (1971). Многолетний опыт нашей клиники также позволяет утверждать, что реинфузия собственной крови больной намного благоприятнее, чем массивные переливания донорской крови. Преимущества реинфузии заключают-

ся в том, что ее можно производить сразу после вскрытия брюшной полости без определения группы крови, Rh-принадлежности и индивидуальной совместимости. На переливание собственной крови организм не дает никаких реакций, можно переливать большие количества (до 3000 мл), что не всегда безопасно при использовании донорской крови. Очень велик также экономический эффект, поскольку сокращается расход дефицитной донорской крови, не говоря уже о том, что не всегда под рукой оказывается нужное количество донорской крови, необходимой для данной больной.

Реинфузия крови очень быстро дает положительный результат, гемодинамические показатели быстро восстанавливаются, состояние больной улучшается. Однако, поскольку излившаяся кровь частично находится в состоянии свертков, объем реинфузии не соответствует объему кровопотери. Поэтому почти во всех случаях приходится дополнительно переливать больным некоторое количество и донорской крови.

Собственную кровь больной не переливают, если давность прерывания внематочной беременности большая и кровь гемолизирована. Не производят реинфузию и при небольших кровопотерях. Противопоказанием к реинфузии является наличие свежих очагов инфекции в брюшной полости и возможное инфицирование крови. Наблюдая за больными в послеоперационном периоде, мы не видели никаких неблагоприятных последствий реинфузии или осложнений. Наоборот, мы убеждены в благоприятном воздействии ее на организм больных во время операции и в послеоперационном периоде и настоятельно рекомендуем пользоваться этим методом.

Техника реинфузии чрезвычайно проста. Среди набора инструментов для операции должен находиться стерильный металлический стаканчик обтекаемой формы, с рукояткой или специальная ложка, чтобы не травмировать органы брюшной полости при сборе крови. На столе у операционной сестры должен стоять стерильный градуированный сосуд, покрытый сверху 8 слоями стерильной марли. В сосуд можно добавить небольшое количество цитрата натрия, однако М. А. Александров и Л. Ф. Шинкарева не считают нужным это делать, ибо кровь в сосуде не свертывается. После вскрытия париетальной брюшины кровь вычерпывают стерильным стаканчиком и переливают через марлю в сосуд, где изме-

ряют ее количество, затем во флакон, соединенный с системой для переливания, и вводят больной.

Помимо описанной выше техники оперативных вмешательств, при трубной беременности возможны и консервативно-пластические операции на трубах. Целью этих операций является сохранение маточных труб для восстановления в дальнейшем репродуктивной функции женщины. Консервативные операции возможны при отсутствии выраженных анатомических изменений в трубе (обширный разрыв, кровоизлияния, некроз, нодозный сальпингит). Непременным условием для осуществления консервативных операций является удовлетворительное состояние больной и отсутствие значительной кровопотери. Желательно производить эти операции у больных не старше 30—35 лет. Особенно показаны консервативные операции, если имеется лишь одна маточная труба и больная очень заинтересована в сохранении детородной функции. Однако при наличии всех перечисленных условий консервативную операцию целесообразно производить и в том случае, если больную оперируют впервые и у нее имеются обе маточные трубы.

Предложено несколько видов консервативных операций при трубной беременности. А. Э. Мандельштам (1939) и другие авторы описывают технику, при которой маточную трубу над плодным яйцом рассекают в продольном направлении, плодное яйцо удаляют, а стенку трубы восстанавливают кетгутовыми швами (рис. 15). М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева иссекали пораженную часть трубы вместе с плодным яйцом и сшивали ее конец в конец или вшивали в угол матки. При небольших разрывах трубы авторы производили ее выскабливание через перфорационное отверстие, а затем на разрыв накладывали швы. Однако, поскольку ворсины хориона при трубной беременности прорастают в мышечную стенку трубы, выскабливание может не обеспечить полного удаления плодного яйца. Это может повлечь за собой повторные кровотечения из трубы, а также развитие в дальнейшем хорионэпителиомы. Поэтому более правильным представляется рассечение трубы или иссечение ее пораженной части. Р. Р. Макаров (1958) рекомендует при беременности в ампулярном отделе выдавливать плодное яйцо через брюшное отверстие трубы. Предлагается также резекция ампуляр-

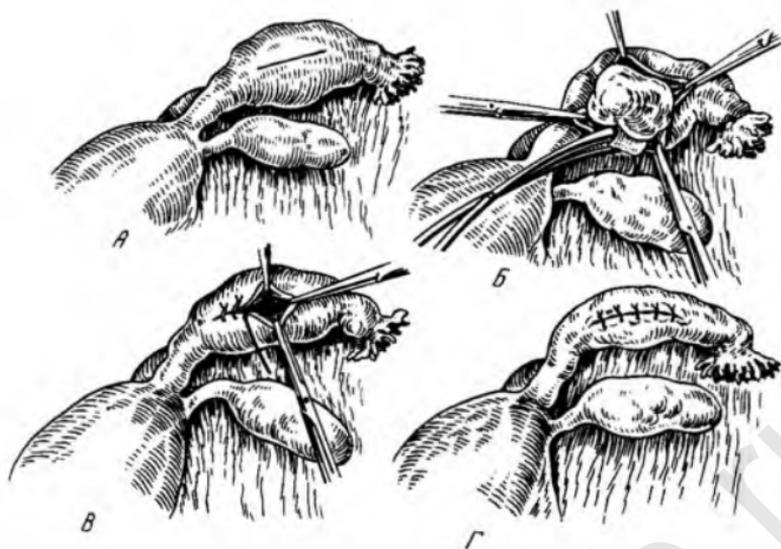


Рис. 15. Операция при трубной беременности с сохранением маточной трубы.

А — линия разреза стенки трубы; *Б* — полость трубы вскрыта, плодное яйцо удаляют марлевым тупфером, зажатом в корнцанг; *В, Г* — зашивание разреза стенки трубы.

ного отдела трубы с последующей стоматопластикой.

Во время консервативных операций всегда следует помнить о тех деструктивных изменениях, которые развиваются в маточной трубе в результате воспалительного процесса, а также при развитии в ней беременности. Как указывалось выше, деструктивные изменения стенки трубы прогрессируют с увеличением срока беременности и продолжительности ее прерывания. В этом отношении чрезвычайно важна своевременная, по возможности ранняя диагностика трубной беременности. Важно также оценить состояние маточной трубы, которую предполагается оставить с тем, чтобы предотвратить опасность развития в этой же трубе эктопической беременности. Для улучшения результатов консервативных — пластических операций К. Н. Сызганова предлагает вводить в трубу полихлорвиниловый протектор диаметром 1,5—2 мм, конец которого выводят либо через ампулярный конец трубы и рану передней брюшной стенки либо через матку и влагалище. Протектор можно использовать для введения в трубу лекарственных веществ, предотвращая тем самым слипчивые

процессы в трубе. Однако авторы, производившие подобные операции на трубах, не сообщают о скольконибудь обнадеживающих результатах.

При любом виде оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности необходимо тщательным образом осмотреть матку и придатки противоположной стороны, а также произвести ревизию других органов брюшной полости, в частности аппендикса.

Об отношении ко второй маточной трубе при операции по поводу трубной беременности нет единого мнения. Некоторые авторы предлагают удалять обе трубы одновременно. Существует мнение, что вторую маточную трубу можно оставить даже при наличии в ней нерезко выраженного воспалительного процесса. Сторонники бережного отношения ко второй маточной трубе основываются на том, что частота наступления нормальной маточной беременности после оперативного удаления одной трубы намного превышает частоту повторной трубной беременности.

При оставлении второй маточной трубы важно правильно оценить ее анатомо-функциональное состояние. Поскольку визуально и пальпаторно не всегда можно сделать это правильно, в настоящее время некоторые авторы предлагают проверять также проходимость трубы методом ретроградной гидротубации. При этом канюлю шприца вводят в ампулярный конец трубы, который затем зажимают, и в трубу нагнетают шприцем 1% раствор метиленового синего. Прочимость трубы оценивают по окрашиванию марлевого тампона, подведенного до операции к шейке матки. Необходимо помнить, что вторая маточная труба также может быть в дальнейшем местом имплантации плодного яйца, поэтому к ней нужно относиться бережно, но в разумных пределах. При наличии грубых воспалительных изменений, в частности при нодозном сальпингите, когда нет оснований надеяться на восстановление нормальной функции, другая труба также подлежит удалению.

При оставлении обеих или одной маточной трубы в послеоперационном периоде проводится комплексное лечение с целью реабилитации детородной функции, что будет подробно изложено в следующей главе.

В заключение следует остановиться на так называемых попутных оперативных вмешательствах, производимых одновременно с операцией по поводу внематоч-

ной беременности. Иногда для этого есть показания, например если обнаруживается киста яичника или миома матки. К этим операциям прибегают только в том случае, если позволяет состояние больной. Если же оно тяжелое и кровопотеря велика, никаких сопутствующих операций производить не следует, так как это удлиняет время операции и может отрицательно отразиться на состоянии больной.

Аппендикс можно удалять только по строгим показаниям, которые уточняются вместе с хирургом, ибо аппендэктомия у анемизированной больной, если имеются остатки крови в брюшной полости, может протекать с серьезными осложнениями.

При инфицированной и нагноившейся заматочной гематоме, обычно отграниченной от брюшной полости плотной капсулой, чревосечение противопоказано из-за опасности разлитого перитонита. Опорожнение гематомы производится с помощью задней кольпотомии. Если нагноившаяся заматочная гематома, не распознанная до операции, обнаруживается во время чревосечения, нужно стремиться к максимальной изоляции брюшной полости во время операции во избежание развития разлитого перитонита. Целесообразно взять гной для посева на микробную флору и определения ее чувствительности к антибиотикам. После удаления маточной трубы или придатков с пораженной стороны нужно дренировать полость абсцесса путем выведения резиново-марлевого тампона через дополнительное отверстие в брюшной стенке. Желательно также произвести заднюю кольпотомию и дренировать полость абсцесса с помощью резиновой трубки, выведенной во влагалище. Трубку извлекают на 5—6-е сутки после операции. В брюшную полость через дополнительные боковые отверстия в брюшной стенке вводят полиэтиленовые микроирригаторы для введения антибиотиков в течение 4—5 сут после операции. В послеоперационном периоде показана терапия, включающая антибиотики широкого спектра действия.

Ведение послеоперационного периода при внематочной беременности отличается некоторыми особенностями. По окончании операции больную обкладывают грелками, а на живот кладут на 2—3 ч мешочек с песком для лучшего гемостаза в передней брюшной стенке. Затем его заменяют льдом на низ живота.

Необходимо тщательно следить за гемодинамикой и продолжать инфузионную терапию, поскольку больная до операции находилась в состоянии шока. В послеоперационном периоде у этих больных нередко в течение 3—4 дней сохраняются выраженная гиповолемия, анемия, поэтому приходится прибегать к повторным гемотрансфузиям.

Мы считаем очень важным профилактическое проведение антибактериальной терапии, чтобы предотвратить осложнения инфекционного характера, поскольку организм больной ослаблен перенесенной кровопотерей и анемией. Необходимо введение обезболивающих средств. Для профилактики тромбоэмболических осложнений показано активное ведение больных и раннее вставание (если нет противопоказаний). Больным разрешается повернуться на бок через 10—12 ч после окончания операции. На 3-и сутки после операции больной разрешается сидеть в кровати и стоять около нее, а с 4-го дня ходить. Такое активное ведение послеоперационного периода является надежной профилактикой тромбоэмболических осложнений.

Рекомендуются лечебная физкультура, дыхательная гимнастика. Для дыхательной гимнастики можно использовать резиновые надувные игрушки. Применяются также круговые банки и горчичники на грудную клетку.

В послеоперационном периоде нужно своевременно начинать проведение мероприятий, направленных на реабилитацию детородной функции.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

До настоящего времени ликвидации воспалительных заболеваний и профилактике бесплодия после операции по поводу трубной беременности не уделялось должного внимания, хотя оставшаяся маточная труба более чем в 50% случаев бывает неполноценной (Якубович Д. В., 1974; Skulj et al., 1964) и бесплодие после операции наступает в 70—80% случаев (Майзель Е. П., 1965). Следует также учитывать, что повторная внематочная беременность возникает в 2—22% случаев. Здесь речь идет в основном об уже имеющемся стойком бесплодии после трубной беременности. Профилактике же

его посвящены лишь единичные сообщения последних лет. Кроме того, по данным С. Н. Давыдова и С. М. Липис (1972), у 42% женщин после односторонней тубэктомии наблюдаются нейроэндокринные сдвиги вегетосудистые расстройства. В связи с этим в настоящее время возникла настойчивая необходимость в более широком изучении данной проблемы. Наша клиника занимается этим вопросом с 1968 г.

Реабилитация репродуктивной функции женщин должна осуществляться на ранних этапах оказания лечебной помощи: в предоперационном периоде, во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Основным звеном в профилактике внематочной беременности должна быть правильно организованная и хорошо налаженная терапия воспалительных заболеваний женских половых органов, так как главную роль в этиологии внематочной беременности (как первичной, так и повторной) играют воспалительные заболевания преимущественно септической этиологии. Здесь очень велико значение искусственных абортов. Так, по нашим данным, только аборты перед наступлением трубной беременности были у 69,4% женщин, причем в 64,5% случаев без видимых осложнений. Эти данные подтверждаются и другими авторами (Давыдов С. Н., Липис С. М., 1972). По последним сообщениям, после одного искусственного аборта оказываются практически здоровыми только 23,7% женщин. Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что после искусственного аборта определенно создаются благоприятные условия для наступления трубной беременности. Дакова и соавт. (1960) сообщают, что при субъективно благоприятном течении послеабортного периода в просвете маточных труб обнаруживают массивные скопления крови и кровяных сгустков, которые могут привести к склеиванию складок слизистой оболочки, размножению бактериальной флоры, что вызывает нарушение нормальной проходимости труб и их перистальтики.

Внематочная беременность крайне редко сочетается с туберкулезным поражением придатков (2—3,2% случаев). В первые годы после перенесенной и леченной гонореи она встречается в 6% случаев. Необходимо учитывать перенесенные в детском возрасте инфекционные заболевания, частые ангины, хронический тонзил-

лит и особенно аппендэктомии при первой внематочной беременности.

Бесспорно ухудшают прогноз в отношении восстановления репродуктивной функции пожилой возраст больных, длительно существующие воспалительные процессы и бесплодие, на что указывают все занимавшиеся этой проблемой авторы. Однако нам не удалось обнаружить в литературе данных о связи этих факторов с проходимостью трубы в начале лечения, которая определяется во время операции методом ретроградной гидротубации, а также при последующих лечебных гидротубациях. Поэтому мы считаем необходимым привести имеющиеся у нас данные.

Под нашим наблюдением находилось 200 больных. Средний возраст больных с проходимой в начале лечения маточной трубой был равен 25,1 года, средний возраст всех остальных больных — 27,5 года. Воспалительные процессы в анамнезе при проходимой маточной трубе наблюдались у 34,7% женщин, а при непроходимой трубе — у 65,6%. Бесплодие в анамнезе при проходимой маточной трубе было только у 17,4% больных, а при непроходимой трубе — более чем у 50% женщин, что бесспорно свидетельствует о связи между проходимостью и состоянием оставшейся маточной трубы и наблюдавшимся ранее бесплодием.

Методы лечения и его результаты во многом зависят от времени, прошедшего от начала заболевания до операции. В настоящее время доказано, что при более позднем оперативном вмешательстве нарастают изменения воспалительного характера как в беременной, так и в другой трубе. Поэтому своевременная диагностика трубной беременности с последующим ранним оперативным вмешательством улучшают прогноз как для оставшейся трубы, так и для трубы, подвергнутой пластической операции.

Большое значение для уточнения этиологии трубной беременности, степени распространения воспалительного процесса и его длительности имеют данные патоморфологического исследования препаратов удаленных труб или удаленной части трубы после пластической операции на ней.

Доказано, что в этиологии трубной беременности важную роль играет хронический сальпингит. Н. И. Кондриков (1969) указывает, что у больных с длительным

течением воспалительного процесса и частыми обострениями чаще встречается хронический сальпингит с выраженными дистрофическими изменениями и признаками хронического воспаления во всех участках маточной трубы. При хроническом сальпингите происходят как анатомические изменения в маточной трубе, так и функционально-морфологические расстройства (изменения метаболизма нуклеиновых кислот и углеводов), которые могут привести к нарушению транспорта яйцеклетки из яичника в полость матки и гибели ее в маточной трубе, а в случае оплодотворения явиться причиной трубной беременности.

В настоящее время основным этиологическим фактором возникновения трубной беременности остаются воспалительные процессы гениталий. Это связано обычно с неполным выздоровлением больных из-за слишком коротких курсов лечения или малых доз применяемых антибиотиков, в основном неширокого спектра действия, отсутствием повторных курсов закрепляющей терапии с применением физиотерапевтических методов. Проводимое лечение, как правило, способствует ликвидации непроходимости маточных труб, но не приводит к устранению тонких нарушений механизма их перистальтики и функции эпителия, что в ряде случаев способствует развитию трубной беременности. Последние работы свидетельствуют о том, что во многих случаях трубная беременность развивается в сочетании с эндометриозом. Так, С. Н. Давыдов (1977) установил связь между трубной беременностью и эндометриозом у 40% женщин. И. С. Воскресенская (1975) указывает, что в 22 из 57 удаленных маточных труб, кроме явлений хронического сальпингита, были обнаружены многочисленные эндометриоидные образования. В случае отсутствия воспалительного процесса в стенке маточной трубы особое внимание следует обращать на ее длину и извитость.

Учитывая изложенное, патоморфологические исследования необходимо проводить после операции всем больным с целью подтверждения диагноза трубной беременности и определения характера изменений в стенках труб; для этого следует делать серийные срезы, особенно участков трубы, наиболее удаленных от места имплантации яйца.

По нашим наблюдениям, у большинства больных

(75,1 ± 3,5%) трубная беременность сочеталась с хроническим сальпингитом. Интересные результаты получены нами при сопоставлении данных анамнеза, осмотра маточной трубы во время операции и патоморфологических исследований удаленных препаратов. При макроскопическом осмотре трубы на операции изменения воспалительного характера были обнаружены лишь у 36,6 ± 3,9% больных, а воспалительный процесс в женских половых органах до наступления внематочной беременности — у 53 ± 4% женщин. Патоморфологическое исследование между тем выявило хронический сальпингит у 75% больных. Таким образом, можно полагать, что воспалительные изменения существуют у гораздо большего количества больных, чем выявлено при макроскопическом осмотре труб на операции. Это согласуется с указаниями многих исследователей о том, что воспалительные процессы в маточных трубах могут протекать без выраженных субъективных ощущений и что при хроническом сальпингите могут отсутствовать макроскопические изменения со стороны серозного покрова труб.

Из литературы известно, что при двусторонней тубэктомии у больных с внематочной беременностью в обеих маточных трубах находят воспалительный процесс. Эти данные позволяют считать, что у женщин, перенесших трубную беременность, оставшаяся маточная труба также неполноценна в морфологическом и функциональном отношении (в 50—80% случаев). Это является основанием для проведения комплекса противовоспалительной терапии в раннем послеоперационном периоде.

При длительном существовании воспалительных процессов, как правило, отмечаются дисфункция яичников и нарушение многих других систем организма. Еще больше нарушает функцию яичников сама тубэктомия, что доказано работами С. М. Липис (1969). С. Н. Давыдов (1977) указывает, что после односторонней тубэктомии нарушение менструальной функции встречается у 54,5% больных, причем преобладают расстройства циклического характера; среди них первое место занимают нарушения, протекающие по типу гипоменструального синдрома.

По данным Е. М. Вихляевой и соавт. (1975), нарушения функции яичников после тубэктомии отмечались

у 53,7% больных. И. В. Воскресенская (1975) выявила их у 92,2% больных. По нашим данным, они были у 73,2% женщин: у 54,3% наблюдались овуляторные циклы с недостаточностью второй фазы и у 18,9% — ановуляторные циклы. Такие изменения, особенно если маточные трубы проходимы, могут привести к повторной трубной беременности или невынашиванию беременности. В связи с этим не вызывает сомнения необходимость исследования функции яичников по тестам функциональной диагностики сразу же после оперативного вмешательства по поводу внематочной беременности. Эти исследования целесообразно проводить на протяжении курса лечения и в ближайшие 2—3 мес после его окончания.

Наиболее простым, точным и ценным методом определения функции яичников остается измерение ректальной температуры. Наряду с этим необходимо проводить цитологическое изучение влагалищного отделяемого с определением кариопикнотического индекса, изучать динамику симптома «зрачка» и кристаллизацию шейной слизи, по показаниям применять биопсию эндометрия.

Кроме перечисленных исследований, для уточнения этиологии основного процесса при нарушении функции яичников следует применять дополнительные исследования.

При наличии признаков нарушения функции щитовидной железы необходимо проводить соответствующую терапию; у больных с вирильным синдромом надо определять суточную экскрецию общих 17-кетостероидов. При подозрении на гипоталамо-гипофизарный генез заболевания больные должны быть обследованы эндокринологом и невропатологом, им необходимо произвести обзорный снимок черепа, рентгенографию области турецкого седла, электроэнцефалограмму, определение продукции гормонов гипофиза.

Кроме того, методы лечения и его результаты во многом зависят от данных, полученных на операции (локализация плодного яйца, способ прерывания беременности, величина кровопотери, состояние оставшейся трубы, характер произведенной операции).

Известно, что при прерывании эктопической беременности с разрывом маточной трубы изменения в тканях более выражены за счет обширных кровоизлияний

во все оболочки трубы. В то же время прерывание беременности по типу трубного аборта и трудности дифференциальной диагностики при этом увеличивают время, прошедшее до операции, что приводит к нарастанию воспалительных изменений как в пораженной, так и в интактной маточной трубе.

Количество крови, излившейся в брюшную полость, быстрота и полнота возмещения кровопотери несомненно оказывают большое влияние на течение послеоперационного периода и быстроту регенерации тканей. Во время операции необходимо полностью возмещать кровопотерю за счет реинфузии и переливания донорской крови. У больных с острой массивной кровопотерей и в послеоперационном периоде целесообразно проводить дробное переливание небольших доз крови.

Тщательный осмотр на операции оставшейся маточной трубы не всегда дает истинное представление о ее состоянии. Наши данные подтверждают это: макроскопически неизменные трубы оказались непроходимыми при первых гидротубациях у 46,7% женщин. Осмотру трубы во время операции всегда придавалось большое значение в целях профилактики повторной трубной беременности. Большинство исследователей придерживаются тактики, свидетельствующей о необходимости сохранять небеременную трубу и только при выраженных рубцовых и воспалительных изменениях удалять ее.

В настоящее время не вызывает сомнения целесообразность оставления маточных труб с явлениями хронического сальпингита и перисальпингита, так как морфологические изменения при этом часто имеют обратимый характер. Только при гидросальпинксах и нодозных сальпингитах изменения в трубах носят более выраженный характер и чаще всего бывают необратимыми.

Ряд авторов предлагают непосредственно на операции проводить ряд мероприятий, направленных на улучшение течения послеоперационного периода, предупреждение спаечного процесса и улучшение состояния оставшейся трубы. Так, В. П. Айзенберг и В. М. Шварц (1964) рекомендуют вводить в брюшную полость антибиотики. М. М. Медведкова и Г. А. Дудкевич (1965) считают необходимым вводить в брюшную полость 100—150 мл 0,25—0,5% раствора новокаина с антианти-

ками. Раствор новокаина снимает патологические рефлексy с операционного поля и приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений. Некоторые авторы для предупреждения спаечного процесса вводили в брюшную полость вазелиновое масло и смазывали оставленную маточную трубу бальзамом Шостаковского. Л. И. Карынбаева (1964) предлагает в оставленную маточную трубу с воспалительными изменениями инъецировать антибиотики и кортизон. Swolin (1967) экспериментально и клинически доказал, что введение больших доз глюкокортикоидов является хорошим методом предупреждения послеоперационных спаек после тубэктомии.

В настоящее время общепринятой операцией по поводу трубной беременности является удаление трубы с иссечением интерстициального отдела для профилактики повторной трубной беременности в культе маточной трубы или эндометриоза. Однако за последние годы в литературе появились сообщения о целесообразности при трубной беременности у молодых нерожавших женщин, страдающих бесплодием при неполноценности второй трубы, проведения консервативных операций с последующей активной противовоспалительной терапией. Консервативные операции при трубной беременности бесспорно обоснованы, особенно у молодых женщин. Обнадеживающие результаты получили С. Н. Хейфец и О. Т. Форнель (1977), использовавшие при пластических операциях саморассасывающиеся трубочки-протекторы из гетерогенной брюшины или амниотических оболочек. Однако консервативно-пластические операции всегда сопровождаются риском возникновения повторной трубной беременности, о чем больная должна быть заранее предупреждена.

По нашим данным, тубэктомия была проведена у 60,6% больных, у остальных объем операции был расширен: одновременно с тубэктомией производились сальпинголизис другой трубы, пластика дистального отдела оставшейся трубы. При этом объем операций был наименьшим у больных с проходимой маточной трубой. Из них у 82,6% применялась тубэктомия, а у 17,9% — тубэктомия в сочетании с резекцией яичников.

Этой группе больных пластические операции не производились. В то же время среди женщин с непроходимой

маточной трубой пластические операции были сделаны у 28,9%.

Следует подчеркнуть необходимость проверки проходимости оставшейся трубы во время операции методом ретроградной гидротубации 1% раствором метиленового синего с предварительным введением тампона во влагалище. Полученные при этом данные затем подтверждаются при первых гидротубациях. Таким образом, учитывая в основном воспалительный генез как первичной, так и повторной трубной беременности, практически обоснована противовоспалительная терапия каждой больной, пренесшей тубэктомию. При этом чем раньше начато лечение после операции, тем лучший терапевтический эффект может быть достигнут.

В зависимости от данных, полученных в предоперационном периоде, на операции и при первых гидротубациях больных целесообразно подразделять на три группы: с хорошо проходимой, частично проходимой и непроходимой в начале лечения трубой. С учетом указанных факторов лечение следует назначать дифференцированно.

В литературе нет данных о необходимости дифференцированного подхода к лечению больных сразу после операции. В то же время такой подход способствует улучшению результатов лечения и существенно сокращает сроки пребывания в стационаре значительного числа больных.

Методика лечения больных должна варьировать в широких пределах в зависимости от состояния оставшейся трубы, характера операции, результатов морфологического исследования удаленного препарата и данных, полученных при первых кимографических гидротубациях. В зависимости от этого для каждой больной необходимо выработать индивидуальный план лечения.

Помимо гидротубаций, проводящихся в сочетании с ультразвуком, количество которых должно варьировать в зависимости от состояния маточной трубы, необходимы обычная неспецифическая терапия и физиотерапевтическое лечение, состоящее из трех курсов. Первый курс неспецифической терапии начинается с 4—5-го дня послеоперационного периода и в дальнейшем сочетается с первым курсом гидротубаций. При этом больные получают аутогемотерапию в сочетании с глюконатом

кальция (10 мл 10% раствора внутримышечно) или биостимуляторы. Кроме того, больным назначают УВЧ (не более 5 сеансов), а затем электрофорез сульфата цинка по брюшно-крестцовой методике.

Второй курс общего лечения целесообразно начинать через 1 мес после операции. Применяются индуктотермия (10 процедур) и биостимуляторы в сочетании с лидазой или плазмоллом, стекловидным телом, химотрипсином. При наличии противопоказаний к проведению индуктотермии больные получают электрофорез того или другого лекарственного препарата.

Во время третьего курса общего лечения, который проводится через 2—3 мес после операции, больные заканчивают прием процедур, начатых во время второго курса. Третий курс общего лечения должен совпадать по времени с третьим курсом гидротубаций.

После проведенных курсов целесообразно санаторно-курортное лечение (грязе-водолечение) в сочетании с гинекологическим массажем и лечебной физкультурой. Назначение грязелечения после гидротубаций целесообразно и при восстановившейся проходимости маточной трубы, так как это способствует восстановлению функции матки и маточных труб, а также нормализует функцию яичников.

Ранний послеоперационный период можно в какой-то степени сравнить с подострой стадией воспалительного процесса, когда сохраняются повышенная болевая чувствительность и отечность тканей, увеличенная СОЭ, субфебрильная температура, положительная реакция на С-реактивный белок сыворотки крови. В первые дни после операции по сравнению с периодом до нее увеличивается выделение с мочой 17-оксикортикостероидов и 17-кетостероидов. Это свидетельствует о повышении активности коры надпочечников вследствие оперативного вмешательства, наркоза и кровопотери.

В. М. Стругацкий (1971) указывает, что патогенетический эффект физиотерапии складывается из местного обезболивающего действия, регуляции крово- и лимфообращения в патологическом очаге, а также нормализующего влияния процедур на все звенья регуляции функций половой системы, надпочечники, систему кровообращения, межтучный обмен веществ и иммунологические процессы.

При подострых воспалительных процессах в раннем

послеоперационном периоде физические факторы играют не только лечебную, но и профилактическую роль, предупреждая возникновение спаечного процесса в малом тазу. В этой стадии воспаления наряду с УФ-эритемотерапией целесообразно применение электрического поля УВЧ.

Незначительная экссудация и наличие указаний на длительное течение воспалительного процесса до наступления трубной беременности служит показанием к назначению индуктотермии. При более выраженной экссудации целесообразно применение микроволновой терапии.

Широкое применение электрофореза сульфата цинка основано на том, что он оказывает размягчающее и рассасывающее действие на рубцовые ткани, обладает бактерицидным свойством и, что особенно важно, повышает вегетативный тонус органов малого таза, улучшает трофику тканей, нарушенную при хроническом воспалительном процессе гениталий. Особенно эффективен электрофорез при влагиалищной методике.

В настоящее время доказана целесообразность цикличности назначения электрофореза с 0,5% раствора сульфата меди в первой фазе менструального цикла и 1% раствора сульфата цинка во второй фазе цикла, особенно для профилактики обменных и эндокринных нарушений (Давыдов С. Н., 1977, и др.). Эффективно проведение электрофореза с помощью синусоидальных модулированных токов аппаратом «Амплипульс-3Т» или «Амплипульс-4».

Электрофорез хлорида кальция способствует повышению тургора тканей, уменьшению их проницаемости, он обладает также противоаллергическим свойством. Процедуры назначают при экссудативном процессе с метроррагиями воспалительного генеза.

При склонности к частым обострениям воспалительного процесса показан электрофорез магния. Он также рекомендуется при сочетании воспалительного процесса с гепатохолециститом, гипертонической болезнью. Электрофорезу йода отдают предпочтение при сочетании воспалительных процессов с миомой матки и эндометриозом.

Значительной эффективностью обладает ультразвук. Применение ультразвуковой терапии в сочетании с гидротубажиями значительно повышает результаты

комбинированного лечения, так как ультразвук, осуществляя микромассаж тканей, способствует разволокнению спаек в малом тазу, улучшает гемодинамику, активизирует лимфообращение и местные ферментативные процессы, улучшает функцию яичников, оказывает десенсибилизирующее действие. Важно подчеркнуть, что ультразвук не оказывает вредного воздействия на хромосомы человека и положительно влияет на надпочечники и симпатическую нервную систему.

Следует учитывать, что действие ультразвука полностью проявляется лишь через 4—6 мес после окончания лечения.

Гидротубации в настоящее время являются основным методом лечения трубного бесплодия. Нами доказана целесообразность и необходимость этого вида лечения после тубэктомии как для уточнения анатомического и функционального состояния оставшейся маточной трубы, так и для лечения слипчивого эндосальпингита.

В послеоперационном периоде эффективность гидротубаций связана с возможностью непосредственного подведения к очагу воспаления антибиотиков, тканевых ферментов и глюкокортикоидов.

Лечебный эффект гидротубаций зависит от состава раствора, содержащего лекарственные вещества. Как правило, такой раствор состоит из 0,25% раствора новокаина, антибиотиков, гиалуронидазных препаратов, гидрокортизона или преднизолона.

Указанные препараты применяют в различных сочетаниях. Раствор новокаина нормализует функцию рецепторного аппарата воспалительно измененных тканей. Применение антибиотиков должно проводиться с учетом чувствительности к ним микробного фактора. В настоящее время с этой целью широко используют препараты группы аминогликозидов (канамицин и др.). Лидаза вызывает лизис сравнительно свежих спаек. Этот препарат не следует применять при субфебрильной температуре ($37,1-37,2^{\circ}\text{C}$), повышении СОЭ (до $20-30$ мм/ч), при лейкоцитозе в пределах $9 \cdot 10^3 - 11 \cdot 10^3$ в 1 мкл, наличии С-реактивного белка в сыворотке крови. При указанных изменениях целесообразно продолжить антибактериальную терапию, и только после нормализации температуры и лабораторных данных начинать гидротубации.

Swolin (1966) указывает, что если в послеоперационном периоде не проводится терапия гидрокортизоном, то в 95% случаев появляются спайки. На течение сальпингита наиболее эффективно воздействует комбинированная терапия гормонами коры надпочечников и антибиотиками. Кроме того, кортикостероиды оказывают мощное противоаллергическое действие.

Сочетание гормонов коры надпочечников с другими препаратами значительно увеличивает проницаемость тканей для лекарственных веществ в очаге воспаления.

Целесообразно сочетание антибиотиков и глюкокортикоидов с химотрипсином и химопсином, поскольку указанные ферменты обладают мощными протеолитическим и противовоспалительным свойством.

При гидротубациях применяется канамицин 500 000 ЕД в сочетании с теплым 0,25% раствором новокаина или изотоническим раствором хлорида натрия (при непереносимости новокаина) с добавлением 128 ЕД лидазы или 25 мг гидрокортизона. Лидазу и гидрокортизон в указанных количествах вводить в смесь одновременно. Лекарственную смесь можно составить также из канамицина, химопсина 50 мг, химотрипсина 20 мг и гидрокортизона 25 мг.

Проведение гидротурбаций указанного состава многие авторы рассматривают как обязательный этап перед решением вопроса об оперативном лечении трубного бесплодия. Гидротурбации проводятся только при несложном течении послеоперационного периода, отсутствии грубых анатомических изменений в половых органах, а также гонококков и трихомонад.

При наличии в мазках из шейечного канала и во влагалищном содержимом наряду с кокковой и палочковой флорой большого количества лейкоцитов необходимо обрабатывать влагалище дезинфицирующим раствором. Если имеются сопутствующие явления эндоцервицита, то перед началом гидротубаций целесообразно вводить под слизистую оболочку шейечного канала антибиотики. Как правило, после указанных процедур количество лейкоцитов в содержимом шейки матки значительно уменьшается.

Наличие эндоцервицита и эктопии нельзя считать противопоказанием к проведению курса гидротубаций. Но перед началом лечения всегда необходимо учиты-

вать длительность существования этого патологического процесса и предварительно обязательно исследовать мазки из экто- и эндоцервикса на атипические клетки, а также производить кольпоскопию.

Гидротубации можно начинать с 8—10-го дня послеоперационного периода после прекращения кровянистых выделений. В связи с тем что первый курс гидротубаций проводится в течение первых 2—3 нед после вмешательства, давление не следует поднимать выше 140 мм рт. ст. При последующих курсах давление можно постепенно повышать до 180 мм рт. ст. Нужно также подчеркнуть, что первые гидротубации в раннем послеоперационном периоде должен выполнять врач, хорошо владеющий данной методикой.

Так как первый курс гидротубаций начинают в первые дни после операции, то перед гидротубациями следует использовать обезболивающие и спазмолитические средства. Повторные курсы гидротубаций необходимо проводить также в условиях стационара (второй курс через 1 мес и третий — через 2—3 мес после операции). Лечение нужно начинать с 10-го дня менструального цикла. Каждый курс должен состоять в среднем из 5—6 гидротубаций, которые проводятся через день.

При использовании аппарата для продувания маточных труб системы завода «Красногвардеец» целесообразно применять следующую технику гидротубаций. После обработки шейки матки спиртом ее фиксируют пулевыми щипцами. В аппарате создают вакуум и насасывают в бюретку стерильный раствор новокаина. Затем из другого сосуда набирают 7—10 мл раствора новокаина с лечебной смесью, рассчитывая на то, что при нагнетании он сразу же попадет в полость матки и оставшуюся маточную трубу. Раствор необходимо вводить медленно, с интервалами в 20—30 с, повышая давление в каждый отрезок времени на 20 мм рт. ст. При непроходимой трубе после достижения максимального давления оно удерживается на постоянном уровне в течение 3—5 мин. Количество вводимого раствора зависит от степени проходимости маточной трубы и индивидуальной реакции больной на введение лечебного раствора. При проходимой маточной трубе мы считаем достаточным вводить не более 20 мл раствора.

После окончания процедуры зажимы на наружный маточный зев накладывать не следует, так как это при-

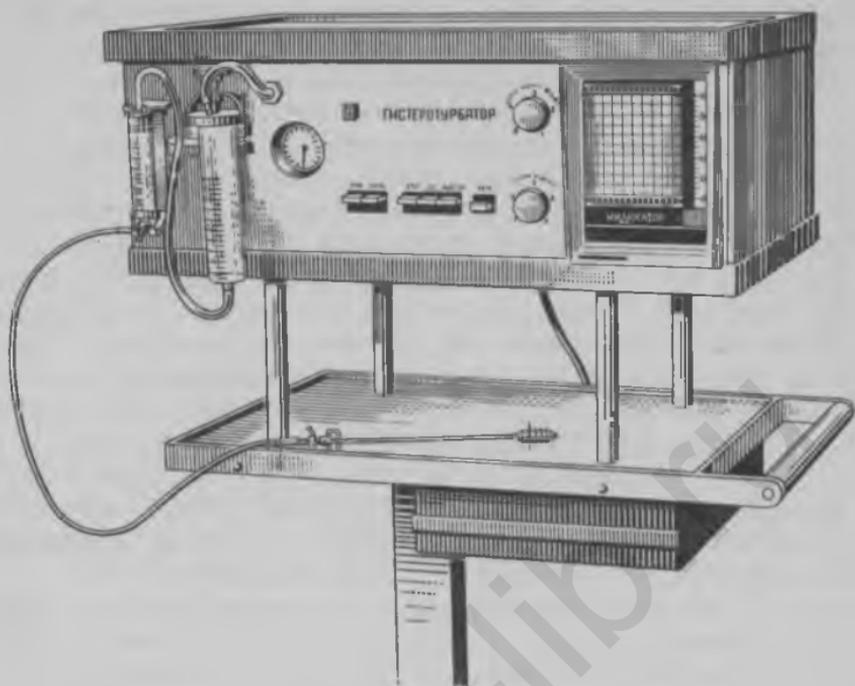


Рис. 16. Универсальный гистеротубатор.

водит к излишней травматизации шейки матки. Для предупреждения вытекания раствора после манипуляции нужно оставлять наконечник в матке с зажимом на трубке на 1–2 ч.

Хорошие результаты дает применяющийся в нашей клинике универсальный гистеротубатор, разработанный Всесоюзным научно-исследовательским институтом медицинского приборостроения и Ленинградским производственным объединением «Красногвардеец» (рис. 16). Если указанных аппаратов нет, можно использовать модификации прибора для продувания труб Мандельштама (рис. 17). Но необходимым условием является введение лекарственных веществ под контролем измерения давления. Не следует использовать шприцы Жане, Брауна, так как нужный эффект при этом не достигается.

Результаты гидротубаций необходимо оценивать по ряду показателей: 1) максимальному и минимальному давлению, при котором устанавливается проходимость труб; 2) характеру тубокинограмм; 3) количеству введен-

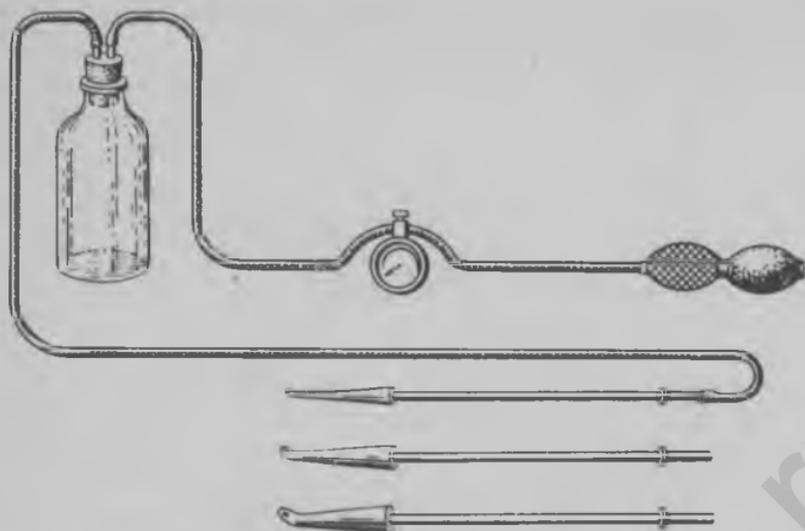


Рис. 17. Прибор Мандельштама для продувания труб.

ной жидкости; 4) субъективному ощущению больной во время манипуляции; 5) данным двуручного исследования после гидротубации.

На основании полученных результатов целесообразно выделить три группы больных: с хорошо проходимой, частично проходимой и непроходимой маточной трубой.

Состояние маточных труб у больных разных групп характеризуется следующими показателями.

Первая группа (труба проходима). Жидкость свободно поступает в брюшную полость при небольшом давлении (60—100 мм рт. ст.). По прекращении нагнетания жидкости снижение кривой относительно крутое. После введения раствора больные отмечают боли с иррадиацией в область прямой кишки, подреберья и плеча.

Вторая группа (труба частично проходима). Раствор проходит медленно под давлением 120—140 мм рт. ст. при первом курсе и максимальном давлении 120—160 мм рт. ст. при последующих курсах. После прекращения нагнетания жидкости давление медленно снижается до 100—140 мм рт. ст. Следует различать три степени стеноза: I степени соответствует давление 120/100 мм рт. ст., II степени — 140/120 мм рт. ст., III степени — 160/140 мм рт. ст. Больные отмечают боли ноющего характера в паховой области и области подреберья.

Данные двуручного исследования после манипуляции не изменяются.

Третья группа. а) Труба непроходима в ампулярном отделе или имеются перитубарные спайки. Кривые почти не отличаются от таковых при частично проходимой трубе. Максимальное давление при первом курсе достигает 140 мм рт. ст., а при последующих — поднимается выше 160 мм рт. ст. Снижение давления происходит медленнее. При двуручном исследовании после гидротубации отмечается значительное увеличение придатков матки. Количество введенного раствора обычно не превышает 20 мл. После гидротубации больные ощущают боли распирающего характера на стороне оставшейся маточной трубы.

б) Труба непроходима в интерстициальном или истмическом отделе. После подъема давления до максимального (при первом курсе до 140 мм рт. ст., при последующих — до 180 мм рт. ст.) кимографическая кривая не снижается. Удастся ввести не более 5—7 мл жидкости. После извлечения наконечника раствор струей вытекает обратно. Болей после манипуляции не отмечается.

Указанные курсы лечения проводятся при строгом контроле температурной реакции, данных влагалищного исследования, клинического анализа крови, динамики С-реактивного белка в сыворотке крови.

В нашей клинике после операций по поводу трубной беременности, начиная с раннего послеоперационного периода, проведено свыше 3000 гидротубаций. Ни у одной больной обострения воспалительного процесса отмечено не было.

Отсутствие осложнений у наших больных можно объяснить тем, что при введении во время гидротубации антибиотиков больные по показаниям получали их также пер ос или внутримышечно. Широко использовались также сульфаниламидные препараты пролонгированного действия.

В результате проведенных нами 3 курсов комплексной терапии получены следующие результаты. Пройдимость трубы была восстановлена у 69,8% больных, улучшение проходимости отмечено у 47,7% больных, у которых ранее трубы были частично проходимы.

По окончании лечения общее количество больных с проходимыми трубами составило 83%.

Аналогичные результаты приводит И. С. Воскресенская (1975), применявшая курсы гидротубации с физиотерапией.

Е. М. Вихляева и соавт. (1975) указывают, что после лечения 168 больных (лечебные гидротубации и ультразвук или фонофорез грязи) в 4 раза возросло число женщин с проходимыми маточными трубами и в 3 раза снизилось число больных с частично проходимыми маточными трубами. Следует при этом отметить, что среди лечившихся только у 38,7% больных процедуры были начаты в оптимальные сроки, т. е. в пределах первых месяцев с момента операции по поводу трубной беременности.

Необходимо подчеркнуть, что в случае отсутствия эффекта указанного комплексного лечения у молодых женщин целесообразно проводить дополнительные курсы гидротубаций (1—2 курса) в сочетании с ультразвуком. У некоторых женщин восстановление проходимости маточной трубы наступало только после 24—28 сеансов гидротубаций.

Здесь еще раз следует подчеркнуть необходимость дифференцированного подхода к больным в зависимости от проходимости трубы в начале лечения. Описанная выше тактика приемлема для больных с непроходимой и частично проходимой трубой в начале лечения, особенно при II и III степени стеноза. Больным с хорошо проходимой в начале лечения маточной трубой, если в анамнезе отсутствуют бесплодие и длительно существующие гинекологические заболевания, достаточно проводить один курс гидротубаций. После этого необходимо комплексное лечение — физиотерапия, рассасывающая терапия (в амбулаторных условиях).

Восстановление проходимости маточной трубы является важнейшим результатом комплексной противовоспалительной терапии с применением гидротубаций.

Однако ее эффективность необходимо также оценивать по ликвидации и уменьшению анатомических изменений в придатках матки, увеличению их подвижности при наличии спаечного процесса, ослаблению болей, нормализации картины периферической крови. По нашим данным, непосредственно после лечения эти показатели значительно улучшились у 76,5% больных и остались без изменений у 23,5% (в основном при дли-

тельно существующих гинекологических заболеваниях и бесплодии в анамнезе). В течение первого года после окончания комплексного лечения улучшение отмечено у 72,4% женщин, у 18% изменений не было (у 9,6% отдаленные результаты не изучены).

Кроме того, в результате проведенного лечения почти в 2 раза увеличилось число больных с нормализацией менструального цикла.

Как указывалось выше, гормональное обследование функции яичников необходимо проводить всем больным, оперированным по поводу трубной беременности.

Особое внимание следует уделять больным с проходимой маточной трубой: бесплодие и возможные повторные трубные беременности обычно бывают обусловлены дисфункцией яичников и трубы, которая может возникнуть как вследствие преобладания менструальных циклов с недостаточностью лютеиновой фазы, так и в результате различных нейрогенных влияний после тубэктомии.

Хороший терапевтический эффект при лечении неполноценности второй фазы цикла или ановуляции дало применение синтетических прогестинов (бисекурин) в течение 3 мес.

Восстановление проходимости маточной трубы не всегда свидетельствует о ее функциональной полноценности.

Поэтому данные о проходимости маточной трубы, полученные методом гидротубации, целесообразно подтвердить другими методами обследования, в частности пертубацией и гистеросальпингографией. Целесообразность сочетания двух или трех методик у одной и той же больной связана с тем, что при обследовании одним методом риск получения неверных результатов составляет в среднем 15%.

Применять диагностические пертубации целесообразно во время курсов гидротубаций. Пертубации обладают важным преимуществом перед гистеросальпингографией, так как их можно многократно повторять без риска лучевой нагрузки на организм.

Максимальное и минимальное давление, время его падения, аускультация, показатели проходимости, объем введенного воздуха, наличие френикус-симптома и время его появления, наличие «трубного звука», влагалищное исследование до и после продувания, — все эти

данные позволяют судить о функциональном состоянии маточных труб, их тонусе, степени проходимости, склонности к спазму, месте облитерации, наличии периапулярных спаек и т. д.

Бесспорно, большими диагностическими возможностями, особенно в отношении определения функционального состояния маточных труб, обладают рентгено-телевизионный и рентгенокинематографический методы исследования матки и маточных труб.

Визуальный контроль позволяет составить представление о тонусе матки, охарактеризовать функциональные изменения в области маточно-трубных сфинктеров, выявить снижение или полное отсутствие перистальтики, ограничение пространственных движений трубы за счет спаечного процесса в малом тазу, обнаружить спастическое состояние различных отделов мускулатуры маточной трубы.

На протяжении всего лечения и в течение 2—3 мес после его окончания больные должны применять контрацептивные средства. После этого при наличии данных о функциональном и анатомическом состоянии трубы и функции яичников можно решать вопрос о прекращении применения средств контрацепции и желательности наступления беременности или необходимости продолжать лечение. Это решение следует принимать у больных с проходимой в начале лечения маточной трубой в среднем через 6 мес после операции, а у больных с непроходимой в начале лечения трубой — через 12 мес.

Главным критерием эффективности ранней комплексной терапии после операции является восстановление репродуктивной функции женщин.

По нашим данным наблюдения (от 2 до 10 лет), беременность наступила у каждой второй леченой больной. Бесплодие отмечено только у 25,2% больных, а повторная трубная беременность — всего у 3,7% женщин.

Аналогичные данные после комплексной терапии получила И. С. Воскресенская (1975). По ее данным, репродуктивная функция восстановилась у 40,8%. По Е. М. Вихляевой (1975), беременность наступила у 37% леченых женщин. Автор подчеркивает, что эффективность реабилитационных мероприятий зависит непосредственно от сроков начала лечения и возраста боль-

ных. Наилучшие результаты получены у женщин в возрасте до 30 лет, прошедших восстановительное лечение в первые 2 года с момента операции.

Е. В. Егорова и Д. В. Якубович (1978) восстановление репродуктивной функции при ранней комплексной терапии отмечают в 35—40% случаев; частота повторной трубной беременности составила 1,4—4,8%.

Приведенные данные о восстановлении репродуктивной функции, частоте бесплодия, повторных трубных беременностях у больных после ранней комплексной терапии значительно лучше аналогичных показателей, опубликованных разными авторами в отношении женщин, перенесших операции по поводу трубной беременности и не получавших указанной комплексной терапии. Так, по данным А. Д. Аловского (1945) и др., бесплодие у таких больных встречается в 70—80% случаев. Повторная трубная беременность, по М. С. Александрову и Л. Ф. Шинкаревой (1961), наступает в 10—15% случаев.

Для оценки проведенной комплексной терапии представляют также интерес данные о восстановлении репродуктивной функции у женщин, у которых трубная беременность была первой. У этих женщин прогноз в отношении наступления беременности после операции хуже, чем у тех больных, у которых до операции были беременности. Skulj и соавт. (1964) привели данные, согласно которым 90% больных, перенесших первую внематочную беременность, в дальнейшем остаются бесплодными.

Лечение данной группы больных (46 человек) проводилось нами дифференцированно в соответствии с указанными выше принципами; репродуктивная функция была восстановлена у 55% больных.

Так как мы не встретили в литературе данных о частоте восстановления репродуктивной функции в зависимости от состояния оставшейся маточной трубы и ее проходимости в начале курса лечения, то считаем целесообразным привести наши наблюдения более подробно. По нашим данным, репродуктивная функция восстановилась у 85,7% женщин с проходимой в начале лечения маточной трубой, у 51,8% больных с частично проходимой и у 36,9% — непроходимой трубой. Это подтверждает целесообразность комплексной терапии, которую необходимо начинать в раннем послеоперацион-

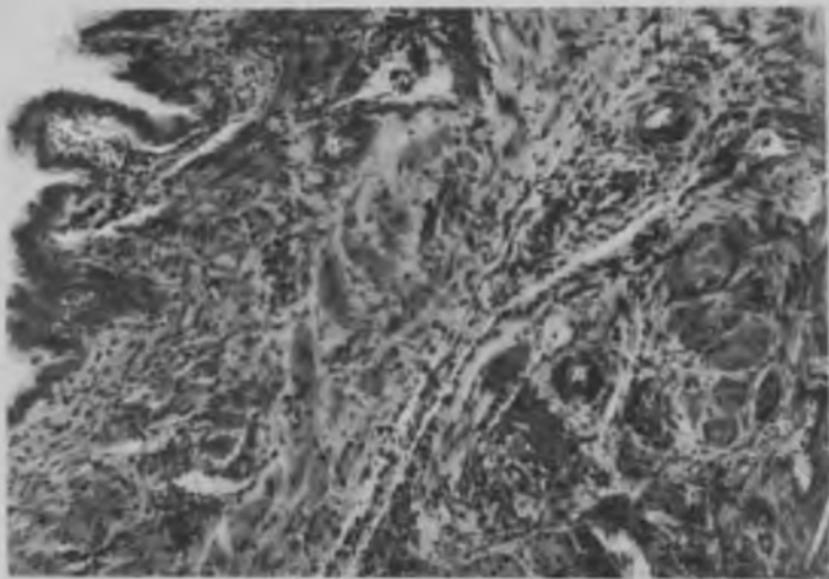


Рис. 18. Гистологическое исследование трубы больной К. Стенка маточной трубы значительно утолщена, со склеротическими изменениями и очаговыми круглоклеточными инфильтрациями. $\times 250$. Окраска гематоксилин-эозином.

ном периоде и продолжать дифференцированно в зависимости от состояния оставшейся трубы в начале лечения.

Считаем целесообразным привести отдельные примеры.

Больная К., 18 лет, лаборант. Перенесла корь, грипп, ангину, операцию аппендицита (послеоперационный период без осложнений). Менструации с 12 лет, регулярные. Первая беременность (1970) наступила сразу после начала половой жизни, закончилась искусственным абортом без осложнений.

21/I 1971 г. — чревосечение, удаление правой маточной трубы по поводу правосторонней трубной беременности (тубный аборт). Оставшиеся левые придатки и правый яичник не изменены. Послеоперационный период протекал без осложнений. При патоморфологическом исследовании удаленной трубы обнаружены явления хронического сальпингита (рис. 18). С 5-го дня послеоперационного периода начат курс комплексной терапии, с 11-го дня — гидротубации с канамицином, гидрокортизоном и химотрипсином. При гидротубациях отмечено возникновение болей с иррадиацией в область прямой кишки. Давление 80—100 мм рт. ст. (рис. 19). Ввиду хорошей проходимости оставшейся маточной трубы от дальнейшего проведения гидротубаций решено воздержаться. Проведено 3 курса общего лечения. Через 2 мес после операции — диагностическая пертубация, подтвердившая хорошее анатомическое и функциональное состояние оставшейся трубы (рис. 20). При обследовании

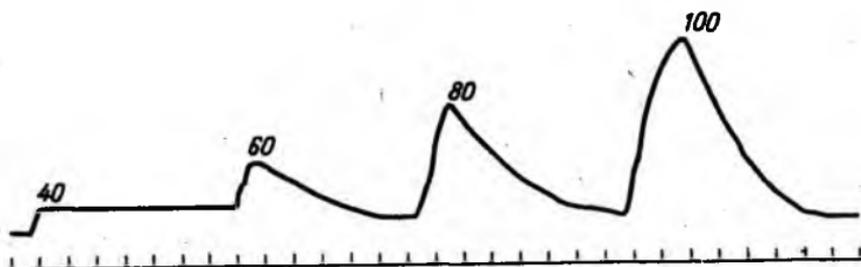


Рис. 19. Тубокимограмма больной К. при гидротубации. Маточная труба проходима.

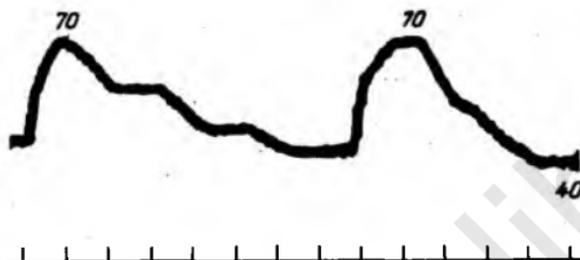


Рис. 20. Тубокимограмма больной К. при пертубации. Маточная труба проходима.

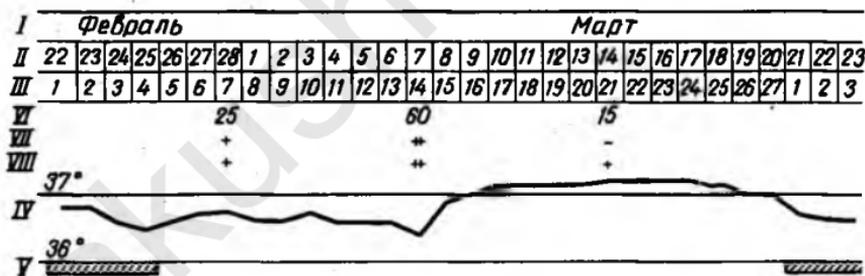


Рис. 21. Менограмма больной К. Цикл овуляторный.

I — месяцы; II — даты; III — дни менструального цикла; IV — кривая утренней ректальной температуры; V — менструация; VI — карпопикнотический индекс; VII — кристаллизация шеечной слизи; VIII — симптом «зрачка».

по тестам функциональной диагностики цикл овуляторный (рис. 21). На 2-м месяце после окончания лечения наступила маточная беременность, закончившаяся своевременными родами. Ребенок развивается нормально. В настоящее время вторая беременность сроком 28 нед развивается нормально.

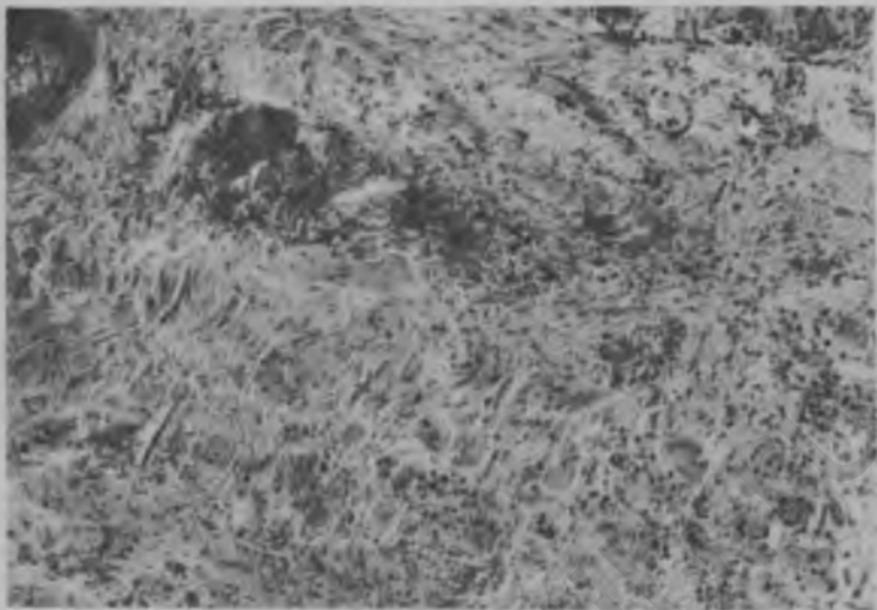


Рис. 22. Гистологическое исследование трубы больной С. В стенке маточной трубы выраженный хронический воспалительный процесс и склеротические изменения диффузного характера. Срез из стенки трубы вне расположения плодного яйца. $\times 250$. Окраска гематоксилин-эозином.

В данном случае причиной трубной беременности, по-видимому, явился скрытно протекавший воспалительный процесс — следствие аборта. Оставшаяся маточная труба была хорошо проходима, а рано начатые курсы общего лечения способствовали сохранению ее анатомической и функциональной полноценности.

Больная С., 28 лет. Перенесла корь, грипп, ангину. Менструации с 14 лет, регулярные. В течение 3 лет имелось первичное бесплодие. В начале 1969 г. обратилась в женскую консультацию по поводу бесплодия, где был проведен курс лечения: витамин Е, биостимуляторы, физиотерапия.

14/VII 1969 г. произведено чревосечение по поводу левосторонней трубной беременности (разрыв в истмическом отделе). Оставшиеся правые придатки матки — не изменены, слева яичник в спайках.

При ретроградной гидротубации оставшаяся маточная труба непроходима. При патоморфологическом исследовании удаленной трубы обнаружены явления хронического сальпингита, выраженные склеротические изменения мышечного слоя и серозного покрова с периваскулярными круглоклеточными инфильтратами (рис. 22). После-

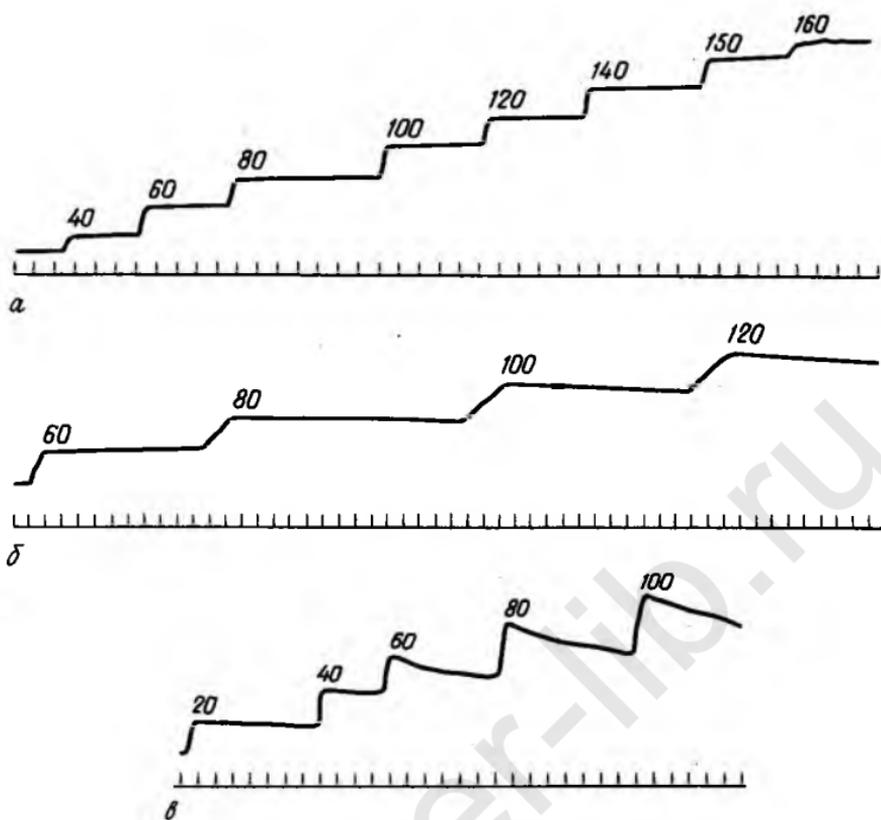


Рис. 23. Тубокимограммы больной С. при гидротубациях.

а — I курс — маточная труба непроходима в интерстициальном отделе;
б — II курс — маточная труба частично проходима; *в* — III курс — маточная труба проходима.

операционный период протекал без осложнений. С 5-го дня после-операционного периода начал курс общего лечения, с 16-го дня — курс гидротубаций с указанными выше лекарственными препаратами (15 процедур) в сочетании с ультразвуком. В начале первого курса лечения труба была непроходима в интерстициальном отделе (рис. 23, а), в конце курса проходимость не восстановилась. В начале второго курса данные те же. При 7-й гидротубации правая маточная труба оказалась частично проходимой (рис. 23, б). Во время третьего курса труба проходима (рис. 23, в).

Проведено 3 курса общего лечения, в том числе грязелечение, после чего была проведена гистеросальпингография — маточная труба проходима (рис. 24). При обследовании по тестам функциональной диагностики цикл овуляторный (рис. 25). Через год после того как больная перестала применять контрацептивные сред-

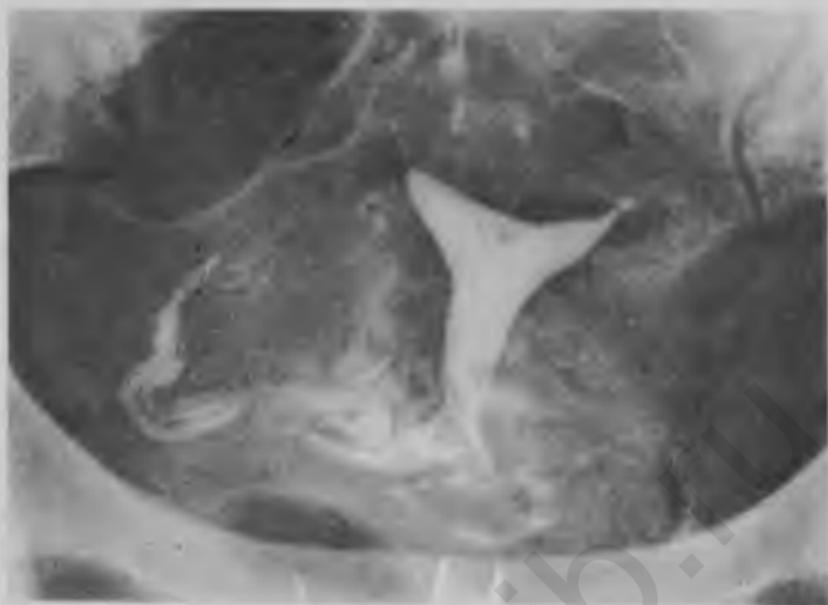


Рис. 24. Гистеросальпингограмма больной С. Маточная труба проходима.

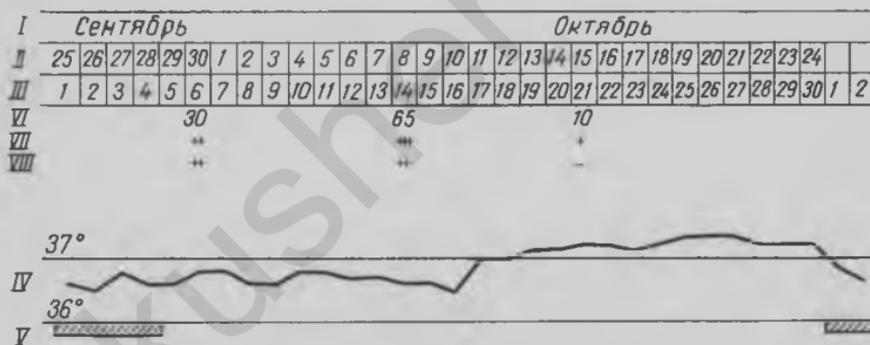


Рис. 25. Менограмма больной С. Цикл овуляторный.

Обозначения те же, что и на рис. 21.

ства, наступила беременность, закончившаяся родами без осложнений.

Больная М., 26 лет, перенесла корь, ангину. В 1968 г. — аппендэктомия (катаральный аппендицит) без осложнений. Менструации с 15 лет, установились сразу, по 3—4 дня, через 28—30 дней, умеренные, в последние 2—3 года болезненные.

Половая жизнь с 22 лет. Сразу после начала половой жизни диагностировано воспаление придатков матки. В 1968 г. произведена биопсия шейки матки и диатермокоагуляция эрозии. По поводу воспаления неоднократно лечилась. Первичное бесплодие в течение 4 лет.

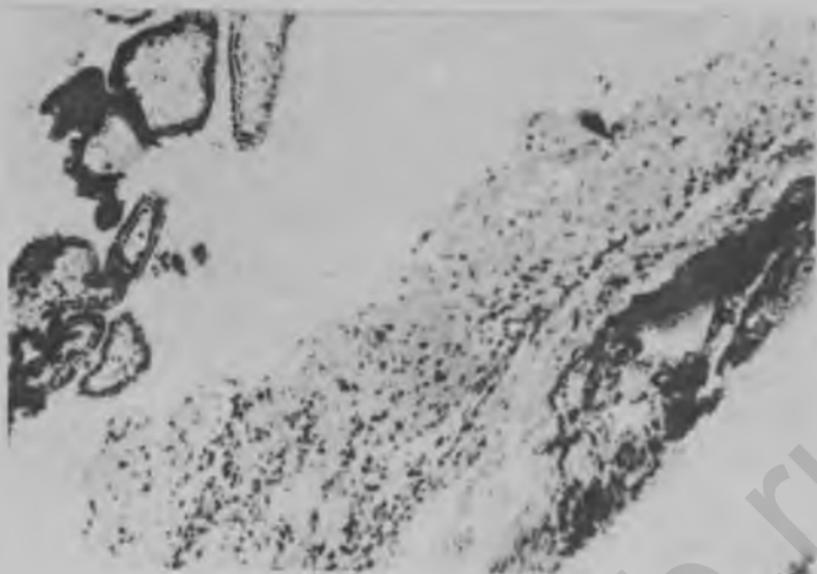


Рис. 26. Гистологическое исследование маточной трубы больной М. Стенка трубы с явлениями хронического воспаления. Участок трубы с периваскулярным густым круглоклеточным инфильтратом в периферической части трубы. $\times 250$. Окраска гематоксилин-эозином.

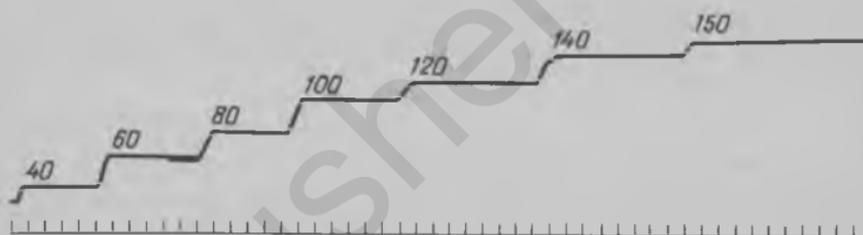


Рис. 27. Тубокимограмма больной М. при гидротубации. I курс — маточная труба непроходима в интерстициальном отделе.

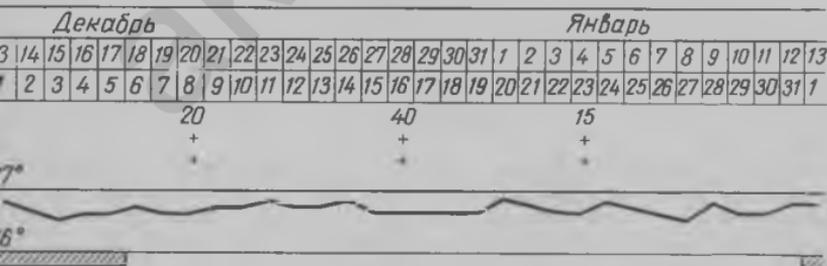


Рис. 28. Менограмма. Цикл ановуляторный (гипоэстрогения).

Обозначения те же, что и на рис. 21.

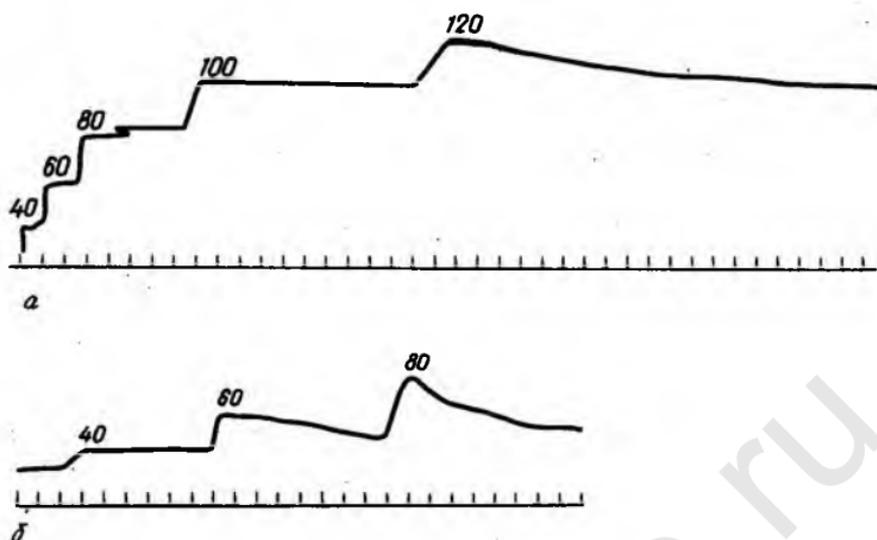


Рис. 29. Тубокимограммы больной М. при гидротубациях.

а — II курс — маточная труба частично проходима; б — III курс — маточная труба проходима.

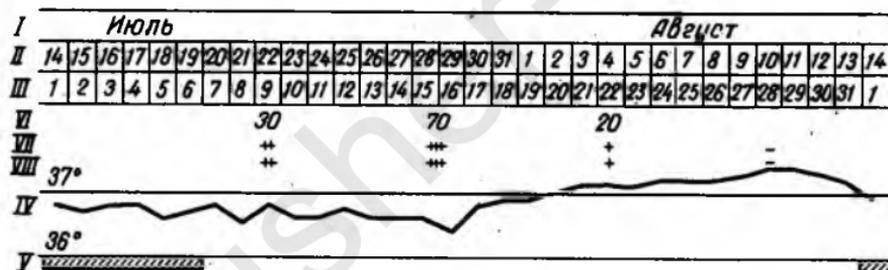


Рис. 30. Менограмма больной М. Цикл овуляторный.

Обозначения те же, что и на рис. 21.

17/XI 1971 г. оперирована по поводу левосторонней трубной беременности. При осмотре правая маточная труба не изменена, при ретроградной гидротубации — непроходима. Гистологическое исследование удаленной трубы обнаружило явления хронического сальпингита (рис. 26). Послеоперационный период протекает без осложнений.

Комплексная терапия начата с 4-го дня после операции; с 20-го дня проводится курс гидротубаций с канамицином, химопсином, химотрипсином и гидрокортизоном (всего 3 курса — 16 гидротубаций). При первой гидротубации правая маточная труба непроходима в интерстициальном отделе (рис. 27). Перед гидротубациями проводились сеансы ультразвуковой терапии. Во время второго и третьего курсов (через день) — индуктотерапия в сочетании с ультразвуком.

При обследовании по тестам функциональной диагностики в

начале лечения ановуляторный цикл с явлениями гипоэстрогении (рис. 28). Маточная труба при пятой гидротубации стала частично проходимой, а к концу третьего курса — хорошо проходимой (рис. 29, а, б). Через 6 мес после операции и через 3 мес после окончания курса комплексного лечения больной в связи с гипофункцией яичников назначены циклическая гормонотерапия и курс грязелечения, по окончании которого восстановился овуляторный цикл (рис. 30). Спустя 6 мес после окончания лечения наступила маточная беременность, которая закончилась своевременными родами без осложнений.

Таким образом, в данном случае только сочетание курсов общего лечения, гидротубаций и гормональной терапии привело к восстановлению проходимости трубы, нормализации менструального цикла и наступлению маточной беременности с ее благоприятным исходом.

В заключение необходимо подчеркнуть, что проблема внематочной беременности до настоящего времени остается весьма актуальной. Диагностика внематочной беременности, особенно прерывающейся хронически по типу трубного аборта, часто бывает затруднительна. В последние годы появились новые дополнительные методы исследования, комплексное применение которых значительно расширяет диагностические возможности. Из этих методов наиболее эффективны кульдо- и лапароскопия. Однако они должны применяться лишь тогда, когда после тщательного обследования с помощью обычных методов диагноз остается неясным.

Своевременная диагностика и последующее оперативное лечение улучшают прогноз в отношении здоровья больной и ее репродуктивной функции. Во время операции необходимо по возможности стремиться к сохранению маточных труб, особенно если у больной имеется только одна труба. Поэтому по показаниям надо шире применять консервативно-пластические операции на трубах.

Молодым женщинам непосредственно после операции по поводу трубной беременности, не выписывая их из стационара, необходимо начинать противовоспалительное лечение с целью реабилитации репродуктивной функции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Айзенберг В. П., Шварц В. М.* Профилактика повторной внематочной беременности. — В кн.: Научно-практическая конференция врачей. 2-я. Тезисы. Кишинев, 1964, с. 95.
- Акунц К. Б., Буркина Г. М.* Гидротубация как метод лечения трубного бесплодия. — Акуш. и гин., 1969, № 8, с. 49—51.
- Александров М. С., Шинкарева Л. Ф.* Внематочная беременность. М.: Медгиз, 1961.
- Аловский А. Д.* Клиника внематочной беременности. — Л.: Медгиз, 1945.
- Аминев А. М.* Первый опыт перитонеоскопии. — Хирургия, 1939, № 1, 126—134.
- Аминев А. М.* Перитонеоскопия. — Куйбышев, 1948.
- Брауде И. Л., Персианинов Л. С.* Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. — М.: Медгиз, 1963.
- Вихляева Е. М., Анискова Ф. Д., Панкина Г. И., Якубович Д. В.* Принципы консервативного лечения больных трубным бесплодием. — Акуш. и гин., 1972, № 6, с. 25—30.
- Вихляева Е. М., Ершова Э. Р., Панкина Г. И.* и др. Опыт комплексного лечения женщин, перенесших сальпингоэктомию в связи с трубной беременностью. — Акуш. и гин., 1975, № 5, с. 23—26.
- Войнич М. К.* Реактивные изменения в периферической нервной системе маточных труб противоположной от локализации трубной беременности стороны. — Сборник науч. тр. Ивановского мед. ин-та. Иваново, 1968, вып. 38, с. 128—133.
- Гайтман И. Я., Кивман Г. Я.* Изменение фармакокинетики антибиотиков под влиянием протеолитических ферментов. — В кн.: Химиотерапия инфекций и лекарственных устойчивость патогенных микроорганизмов. — М., 1973, с. 180—181.
- Грязнова И. М.* Кульдоскопия в диагностике гинекологических заболеваний. — Акуш. и гин., 1961, № 4, с. 66—71.
- Грязнова И. М.* Кульдоскопия при затруднении в диагностике внематочной беременности. — Акуш. и гин., 1962, № 6, с. 89.
- Грязнова И. М.* Рентгенопельвеография, флебография и эндоскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 1965.
- Грязнова И. М.* Рентгеноконтрастнаяпельвеография и эндоскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 1972.
- Грязнова И. М., Молчанова Г. Л.* Неотложная помощь в гинекологии. — М.: Медицина, 1967.
- Грязнова И. М., Порай-Кошиц К. В., Васильев П. Н., Гранатова Е. К.* Дифференцированный подход к лечению больных после операций по поводу трубной беременности. — Акуш. и гин., 1977, № 2, с. 45—49.
- Давыдов С. Н.* Здоровье женщины после щадящих и радикальных операций на матке и придатках. Съезд акушеров-гинекологов РСФСР. 4-й. Труды. М., 1977, с. 113—115.

- Давыдов С. Н., Липис С. М.* О последствиях тубэктомии.— Акуш. и гин., 1972, с. 36—40.
- Давыдов С. Н., Орлов В. М.* Эндометриоз как причина трубной беременности.— Акуш. и гин., 1978, № 8, с. 62—63.
- Дерябина Е. Я.* Метод перитонеоскопии в гинекологии.— Акуш. и гин., 1947, № 5, с. 46—48.
- Дорофеев Н. М.* Простая модификация эндоскопии полости малого таза у женщин.— Акуш. и гин., 1961, № 1, с. 79.
- Егорова Е. В., Якубович Д. В.* Реабилитация больных, перенесших внематочную беременность.— Акуш. и гин., 1978, № 3, с. 54—59.
- Здановский В. М.* К вопросу о реографии матки.— В кн.: Современные методы диагностики опухолей гениталий и перинатальной патологии.— М., 1970, с. 97—101.
- Карынбаева Л. И.* О повторной внематочной беременности.— Акуш. и гин., 1964, с. 100—101.
- Козаченко В. П.* Изменения иннервации фаллопиевых труб при их заболеваний.— Акуш. и гин., 1961, № 2 с. 69—73.
- Кондрюков Н. И.* Хронический сальпингит.— Акуш. и гин., 1969, № 7, с. 52—56.
- Кондриков Н. И., Елизаров Н. Н.* Морфологические и некоторые гистохимические особенности маточных труб при эктопической беременности.— Акуш. и гин., 1972, № 6, с. 42—46.
- Макаров Р. Р.* Внематочная беременность.— Л.: Медгиз, 1958.
- Мандельштам А. Э.* Внематочная беременность.— Акуш. и гин., 1939, № 4, с. 27—32.
- Мартынова И. В., Цецулеску А.* О рентгенодиагностике внематочной беременности.— Акуш. и гин., 1959, № 4, с. 75—76.
- Медведкова М. М., Дудкевич Г. А.* Внематочная беременность.— Ярославль, 1965.
- Назаров В. Г.* Кульдоскопия в диагностике внематочной беременности.— Акуш. и гин., 1973, № 4, с. 69—70.
- Николов Н., Папахов Бр.* Бесплодие в семье. Пер. с болг.— София, Медицина и физкультура, 1971.
- Осипов К. А.* Моторика яйцеводов при трубном бесплодии женщины и некоторые способы ее регуляции.— Акуш. и гин., 1972, № 6, с. 37—40.
- Отт Д. О.* О непосредственном освещении тазовых и брюшных внутренних органов для распознавательных и хирургических целей.— В кн.: Съезд естествоиспытателей и врачей. 11-й. Дневник. Спб., 1903.
- Пушкарь Ю. Т.* Изучение регионарного кровообращения в клинике с помощью реографии.— В кн.: Вопросы сердечно-сосудистой патологии. Астрахань, 1965, с. 220—221.
- Селезнева Н. Д.* Неотложная помощь в гинекологии.— М.: Медицина, 1976.
- Селезнева Н. Д.* Эндоскопические методы исследования в диагностике гинекологических заболеваний.— Сов. мед., 1962, № 11, с. 66—71.
- Стругацкий В. М.* Некоторые вопросы тактики аппаратной физиотерапии воспалительных заболеваний женской половой системы.— Акуш. и гин., 1971, № 11, с. 58—63.
- Товбина В. М.* Гемодинамика органов малого таза при внематочной беременности по данным реографии.— Акуш. и гин., 1973, № 11, с. 67—68.
- Топчиева О. И., Семенова И. И.* Сравнительная оценка результатов

- лабораторных методов исследования: цитологического, гистологического и реакции Ашгейм — Цондека в диагностике внематочной беременности. — Сборник науч. трудов кафедры акушерства и гинекологии 1-го Ленинградского мед. ин-та. Л., 1966, с. 362—368.
- Торчинов А. М.* Значение эндоскопии для дифференциальной диагностики миомы матки и опухолей яичника. — Акуш. и гин., 1970, № 3, с. 65—66.
- Тукина А. М.* Кульдоскопия при затруднениях в диагностике внематочной беременности. — Акуш. и гин., 1965, № 5, с. 95—99.
- Федоров Ю. Г.* Диагностическое значение иммунологических реакций в гинекологической практике. — 2-й Московский мед. ин-т. Труды. Серия: Хирургия. М., 1976, т. 51, вып. 12, с. 18—21.
- Шкоденко В. А.* Некоторые особенности кровообращения органов малого таза при острых и подострых воспалениях внутренних гениталий. — Акуш. и гин., 1970, № 2, с. 18—22.
- Якубович Д. В.* Функциональное состояние маточных труб у женщин, перенесших внематочную беременность. — Акуш. и гин., 1974, № 6, с. 43—45.
- Decker A.* Artificial pneumoperitoneum by cul-de-sac puncture. — N. Y. State J. Med., 1946, v. 46, 314—317.
- Dykova H., Harvanek F., Pospisil T.* Rucktluv des Blutes in die Rileiter als moglichs Ursache der Sterilitat nach Fehlgeburt. — Zbl. Gynak, 1960, Bd 82, S. 1228—1236.
- Frangenheim H.* Die Laparoskopie die Culdoskopie in der Gynakologie. — Stuttgart, 1959, S. 70.
- Guggisberg W.* Bericht uber 170 Laparaskopien. — Gynecologia, 1956, Bd 142, S. 290—295.
- Herstein A.* Culdoscopy — an adjunct in gynecological diagnosis. — Am J. Obstet. Gynecol., 1955, v. 69, p. 240—243.
- Nusch W.* Eine Fehldiagnose durch Anwendung der Ultraschalldiagnostik bei der Fragestellung; Extrauterin raviditat oder Abortus imminens. — Geburth. u. Frauenheilk., 1970, Bd 30, S. 1120—1122.
- Palie K., Visegradu L., Sik J.* Die Phlebographie des kleinen Beckens als gynakologische diagnostiscge Methode. — Gynakologie, 1963, Bd 85, S. 224—229.
- Ruddock J.* Peritoneoscopy: A critical clinical review. — Surg. Clin. N. Amer., 1957, v. 37, p. 1249—1260.
- Skulj V., Paclic Z., Stoilkove C.* et al. Conservative operative treatment of tubal pregnancy. — Fertil. and Steril., 1964, v. 15, p. 634—639.
- Swolin K.* Tubarrosektionen beim Affen mit und ohne Applikation von grossen intraperitonealen Dosen Glukokortikoid. — Acta obstet. gynec. scand., 1966, v. 45, p. 451—472.
- Teton J.* Diagnostic culdoscopy. — Am. J. Obstet. Gynec., 1950, v. 10, p. 665—670.
- Timonen S., Nieminen V.* Tubal pregnancy choice of operative method of treatment. — Acta obstet. gynec. scand., 1967, v. 46, p. 326—339.
- Uhlmann G.* Die Bedeutung der Douglasskopie fur die Aufklarung der weiblichen Keindrusen. — Arch. Gynak., 1963, Bd 198, S. 506—508.
- Vanderdorp F., Cauteir P., Lemaitre G.* La salpingographie dans la grossesse tubair. — J. Radiol. Electrol., 1955, v. 36, p. 60—62.
- Weinberg C., Giggalese G., Abbasogly S.* Radiological diagnosis of extrauterine pregnancy. — Radiology, 1963, v. 80, p. 69—75.
- Wide L., Gemsiell C.* Immunological determination of pituitary luteinising hormone in the urine of serfile and post-menopausal women and adult men. — Acta endocr. (Kbh.), 1962, v. 39, p. 539—546.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Общие сведения о внематочной беременности, ее частота и локализация — <i>В. А. Загребина</i>	5
Частота внематочной беременности	7
Локализация внематочной беременности	8
Этиология и патогенез внематочной беременности — <i>В. А. Загребина</i>	10
Анатомия и физиология маточных труб	11
Этиология внематочной беременности	13
Течение и исход внематочной беременности	17
Клиника и диагностика внематочной беременности — <i>И. М. Грязнова</i>	22
Прогрессирующая трубная беременность	23
Прервавшаяся трубная беременность	28
Редкие формы внематочной беременности	49
Дополнительные методы диагностики внематочной беременности — <i>И. М. Грязнова, Н. С. Барсук, В. М. Здановский</i>	54
Биологические и серологические реакции на беременность	56
Гистологическое исследование соскоба эндометрия	61
Пункция через задний свод влагалища	63
Реография органов малого таза	65
Кульдо- и лапароскопия	75
Лечение при внематочной беременности — <i>В. А. Загребина</i>	97
Реабилитация больных после операции по поводу трубной беременности — <i>Е. К. Гранатова</i>	112
Список литературы	141