М.С. АЛЕКСАНДРОВ
Л.Ф. ШИНКАРЕВА

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

akusher-lit.ru

М. С. АЛЕКСАНДРОВ и Л. Ф. ШИНКАРЕВА

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

akusher-lib.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1961 — МОСКВА

ОТ АВТОРОВ

В работе представлен большой материал по внематочной беременности (5064 случая) гинекологической клиники Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского.

В разработке историй болезни, кроме нас, принимали участие врачи гинекологической клиники А. М. Александрова, З. М. Богданова, Г. М. Бурцева, Г. В. Кобзева, Е. И. Крамаренко, К. С. Лобачева, К. И. Ковалева-Крюкова, Н. А. Захарьина, А. А. Плотников, Н. С. Хакова и др., которым мы приносим глубокую благодарность. Искреннюю благодарность выражаем также Л. А. Восконьянц за помощь в части литературной обработки монографии.

akusher-lib.ru

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время принято считать, что каждая беременность начинается внематочно, так как оплодотворение яйцевой клетки обычно происходит в маточной трубе, чаще в ее ампулярной части. Отсюда яйцо, прогрессируя в своем росте, транспортируется в матку. Если по какой-либо причине яйцо имплантируется не в матке, а где-либо вне ее (труба, яичник, брюшная полость и пр.), то говорят о внематочной беременности (graviditas extrauterina s. ectopica).

Несомненно, что случаи внематочной беременности наблюдались и в древности, однако вследствие недостаточности в те времена знаний по анатомии и физиологии они не могли трактоваться правильно, и их описывали как случаи разрыва матки, плодных кист или curiosa naturae, обнаруженных уже при вскрытии.

В 1812 г. Гейм (Heim) впервые в истории акушерства и гинекологии установил прижизненный диагноз внематочной беременности. Это дата перехода постановки диагноза внематочной беременности от патологоанатомов к клиницистам. В 1822 г. появляется диссертация Купфера (Kupffer) «О яичниковой беременности», а в 1843 г. профессор анатомии Н. В. Буяльский в работе «Анатомопатологическое рассмотрение внематочной беременности» подразделяет уже внематочную беременность на: 1) трубную, 2) яичниковую, 3) трубно-маточную и 4) брюшную. Автор описывает также случаи нагноившейся доношенной внематочной беременности, оперированной в 1839 г. лейб-медиком Н. Ф. Арендтом путем чревосечения (больная умерла на вторые сутки от перитонита) и два лично им наблюдавшихся случая самоизлечения внематочной беременности с выхождением зародыша у одной из больных через «нарыв в подвздошной правой стороне», у другой — через прямую кишку.

В 1854 г. П. Собольщиков написал работу «Беременность вне матки», в которой описал наблюдавшийся им случай доношенной эктопической беременности.

С 80-х годов прошлого столетия литература о внематочной беременности, как отечественная, так и зарубежная, становится весьма обширной.

В 1873 г. В. Ф. Снегирев защитил диссертацию на тему «К вопросу об определении и лечении позадиматочного кровоизлияния (haematocele s. apoplexia retrouterina intraperitonealis)», в 1883 г. А. Исполатов — диссертацию «К вопросу о значении патологических изменений яйцепроводов в этиологии бесплодия и внематочной беременности», в 1886 г. К. И. Змигродский — диссертацию «К учению о внематочной беременности». В 1893 г. работу «К лечению внематочной беременности в начальных стадиях ее развития» и в 1896 г. монографию «Очерки клинических наблюдений над внематочной беременностью» опубликовал А. А. Муратов. В вопрос изучения внематочной беременности немалый вклад сделан нашими отечественными врачами.

Хотя в настоящее время раздел о внематочной беременности составляет одну из основных и наиболее крупных глав гинекологии, но проблема ее не может считаться еще окончательно разрешенной: имеется целый ряд вопросов, связанных с этиологией этого заболевания, его патогенезом, диагностикой, характером применяемого оперативного пособия и др., которые требуют дальнейшего углубленного изучения. Сравнительно велика, по данным некоторых авторов, до настоящего времени и летальность при внематочной беременности.

Целью настоящей работы является всестороннее освещение проблемы внематочной беременности на основании данных гинекологической клиники Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, руководимой проф. М. С. Александровым.

Материал, приведенный в работе, не является сборным, как это имеет место у некоторых авторов, а представляет собой данные только нашей клиники, которые базируются на 5064 случаях внематочной беременности, прошедших через клинику в период с 1943 по 1953 г. включительно (11 лет). Мы полагаем, что сам объем

нашего материала является в достаточной мере убедительным.

Мы надеемся, что наш большой клинический опыт по диагностике внематочной беременности, низкий процент летальности и осложнений при лечении этого заболевания, а также выводы, к которым мы пришли на основании собственного материала, представят интерес и будут иметь теоретическое и практическое значение.

akusher-lib.ru

Глава I

ЧАСТОТА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

Прижизненный диагноз внематочной беременности в конце прошлого столетия ставился очень редко, что объясняется несовершенством диагностики этого заболевания в те времена.

Парри (Parry) в 1876 г. опубликовал данные о собранных им в мировой литературе (по 1871 г. включительно) только 500 случаях внематочной беременности. По мере же улучшения диагностики внематочной беременности возрастает и число опубликованных в литературе случаев.

Только за одно последующее десятилетие (с 1876 по 1886 г.) К. И. Змигродскому удается собрать уже 500 случаев внематочной беременности. С. Д. Михнов в 1901 г. насчитывает уже 2% этого заболевания среди всех больных, обратившихся за помощью в руководимую им клинику.

О. С. Парсамов отмечает, что если с 1919 по 1921 г. в его клинике было лечено только 13 больных с внематочной беременностью, то в период с 1922 по 1925 г. — уже 38, т. е. число случаев внематочной беременности возросло втрое.

По материалам родильного дома имени проф. В. Ф. Снегирева, процент больных с внематочной беременностью возрос, начиная с 1927 г., до 8, а в 1931 г. составил уже 12 по отношению ко всем леченным гинекологическим больным.

Учащение случаев внематочной беременности в последние десятилетия отмечают как отечественные (В. С. Груздев, Н. И. Горизонтов, И. Б. Левит, В. Б. Файнберг, Г. К. Школьный, К. К. Комешко, Р. М. Либерберг, Л. Н. Гольдштейн, Е. Ф. Ромащенко),

так и иностранные авторы [Теста (Testa), Гирш (Hirsh), Кермаунер (Kermauner), Пеус (Peus)].

Процент больных с внематочной беременностью по отношению к общему числу поступающих гинекологических больных, по данным разных авторов, колеблется от 1 до 6, причем, начиная с 1949 г., чаще приближается к 5—6.

В 1945 г. А. Д. Аловский опубликовал данные клиники внематочной беременности по материалам больницы имени 25 октября в Ленинграде (1203 случая внематочной беременности за период с 1923 по 1937 г.).

В. И. Козлова (1957) сообщила, что за последние 35 лет в акушерско-гинекологическом отделении Саранской больницы находилось на лечении 800 больных с внематочной беременностью, что в среднем составляет 23 больные в год.

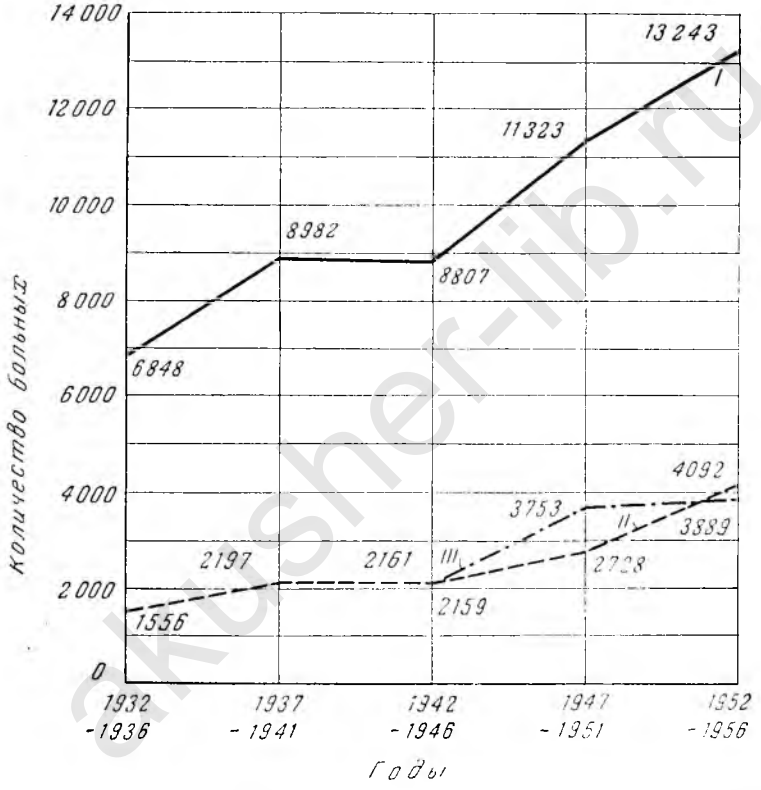
В работе Р. Р. Макарова (1958) приводятся данные о 181 больной с внематочной беременностью, бывших под наблюдением в гинекологическом отделении Военно-медицинской академии Ленинграда в период с 1947 по 1955 г. (9 лет), что составляет в среднем по 20 больных ежегодно.

За последние 25 лет (с 1932 по 1956 г.) в гинекологической клинике Института имени Н. В. Склифосовского находилось на излечении 49 203 больных с самыми различными гинекологическими заболеваниями. Больных с внематочной беременностью в этот период было 12 734, что составляет в среднем около 26% общего числа леченых гинекологических больных. Такой высокий процент больных с внематочной беременностью по сравнению с данными других авторов, которые сообщают о среднем количестве поступающих ежегодно больных в 20—25 человек, нас не удивляет: не следует забывать, что Институт имени Н. В. Склифосовского является центральным звеном по оказанию неотложной хирургической помощи такого большого города, как Москва, и вполне естественно, что в нем сосредотачивается наибольшее количество больных, требующих применения экстренных оперативных вмешательств. Эта специфика работы гинекологической клиники и обусловливает более высокий процент поступления больных с внематочной беременностью. Об этом свидетельствуют также и следующие данные: по сравнению со всеми остальными лечебными учреждения-

ми Москвы наша клиника в 1951 г. обслужила 28%, в 1952 г. — 31,6%, а в 1955 г. — 37,5% всех больных с внематочной беременностью в Москве.

Таблица 1

Число всех больных, а также больных с внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями женских половых органов по пятилетиям



———— Общее число больных, леченных в клинике (I);
— — — Количество больных внематочной беременностью (II);
—·— ·— Количество больных воспалительными заболеваниями женских половых органов (III).

В табл. 1 нами приводится число всех леченных в клинике больных и числа больных с внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями женских

akusher-lib.ru

половых органов, подсчитанные по пятилетиям. Можно отметить, что общее число леченных в клинике больных увеличилось за 1952—1956 гг. по сравнению с 1932—1936 гг. примерно вдвое, тогда как число больных с внематочной беременностью в этот же период возросло почти в 3 раза. Процент больных, поступающих с внематочной беременностью в нашу клинику, неуклонно возрастает и если в период с 1932—1936 по 1952—1956 гг. он увеличился с 22,9 до 30,9, то в 1956 г. он составил 37, а в 1957 г. — уже 38,6.

Если в 1932—1936 гг. к нам поступало в среднем в год по 300 больных с внематочной беременностью, а в 1952—1956 гг. — по 800 больных в год, то за 1956 г. число больных с внематочной беременностью составило 1069, а в 1957 г. — 1199.

Рост числа больных, поступающих в нашу клинику с внематочной беременностью, мы склонны объяснять следующими причинами: 1) увеличением прироста населения Москвы (94,1% наших больных — жительницы Москвы и только 4,7% — жительницы Московской области; на иногородних приходится всего 1,2%);

2) неуклонным увеличением общего числа больных, поступающих в клинику, что связано с некоторым расширением ее коечного фонда;

3) улучшением диагностики внематочной беременности, так как нельзя исключить возможности, что раньше это заболевание проходило под другим диагнозом;

4) некоторым учащением случаев внематочной беременности, что вызвано ростом таких этиологических ее факторов, как воспалительные заболевания женских половых органов.

Чтобы не быть голословными в нашем последнем утверждении относительно увеличения числа воспалительных заболеваний, обратимся к табл. 1, в которой мы приводим также и число больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов за последние 15 лет. Необходимо указать, что, согласно профилю нашей клиники, в нее поступают больные только с острыми воспалительными процессами, и тем не менее процент этих больных возрос с 24,5 в период с 1942 по 1946 г. до 29,3 в 1952—1956 гг., а в 1947—1951 гг. достиг даже 33,1.

Данные о возрастном составе наших больных приводятся в табл. 2.

Таблица 2

Возраст больных с внематочной беременностью

Возраст в годах	Число больных		Процент	
До 20	33		0,63	
От 20 до 24	314		6,2	
» 25 » 29	1 383	4 443	27,3	87,76
» 30 » 34	1 734		34,26	
» 35 » 39	1 326		26,2	
» 40 » 44	263		5,2	
Старше 45[1]	8		0,16	
Не указан	3		0,05	
Итого . . .	5 064		100,0	

[1] Из них у одной женщины 57 лет внематочная беременность возникла за много лет до поступления в клинику. Диагноз гистологически подтвержден.

Из табл. 2 следует, что наибольшее число случаев внематочной беременности (4443, т. е. 87,76%) приходится на женщин в возрасте от 25 до 39 лет, т. е. того периода, когда половые функции женщин достигают наибольшей полноты своего развития.

Крайне редко внематочная беременность наблюдалась нами у больных в возрасте до 20 лет (0,63%) и сравнительно редко — в возрасте от 20 до 24 лет (6,2%) и старше 40 лет (5,36%).

В этом отношении наши данные полностью подтверждают наблюдения других авторов (А. Д. Аловского, Г. Е. Гофмана, Н. И. Горизонтова, С. М. Клейна, С. И. Штерна и др.).

Значительный теоретический и практический интерес представляет вопрос о частоте повторной внематочной беременности. В табл. 3 представлены данные о частоте повторной трубной беременности, по наблюдениям различных авторов.

Из табл. 3 видно, что данные о частоте повторной внематочной беременности у разных авторов весьма различны (от 1 до 12,6%). Вместе с тем можно отметить

Таблица 3

Частота повторной трубной беременности

	Год	Частота повторной трубной беременности в %
В. Г. Бекман	1916	3,1
Т. К. Одрова	1923	3,0
Л. Я. Цейтлин	1926	4,0
Опиц (Opitz)	1927	10,2
В. Б. Файнберг	1928	4,1
И. В. Попандопуло	1928	8,1
В. Н. Степанова	1928	4,6
Н. И. Горизонтов	1930	1,0
А. И. Серебров	1931	2,25
Р. А. Черток	1931	2,8
В. С. Груздев	1932	5,0
Л. Л. Окинчиц	1933	4,0
Л. И. Канторович и В. Н. Шатерник	1936	2,0
С. Н. Дворжец	1936	8,1
М. Ш. Раппопорт и М. М. Бенцман	1939	12,5
А. Д. Аловский	1941	6,3
Я. Ю. Гиржель	1941	7,0
Т. Г. Казакова и Т. П. Строева	1957	8,3
Г. Е. Гофман	1957	7,5
А. А. Коган	1958	6,3
Ю. К. Якубов	1958	4,1
М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева	1961	12,6

также и некоторое увеличение процента случаев повторной трубной беременности за последние десятилетия.

У 4430 из 5064 больных с внематочной беременностью мы наблюдали беременность первичную (87,4%) и у 634 — повторную (12,6%), причем у 6 из них — наступившую в третий раз в одном из неиссеченных маточных концов трубы после удаления обеих труб по поводу внематочной беременности.

Из анамнеза больных с повторной внематочной беременностью удалось установить, что в период между операцией по поводу первичной внематочной беременности и наступлением повторной внематочной беременности 208 женщин (32,8%) беременели, причем у одной из них было даже 9 беременностей, из которых три закончились нормальными родами и шесть — искусственными абортами; 426 женщин в период между первичной и повторной внематочной беременностью не беременели (67,2%); у 133 из них (31,9%) повторная внематочная беремен-

ность наступила в срок от 1 года до 3 лет после операции по поводу первичной внематочной беременности, причем у 41 (9,4%) — в течение первого года.

Я. Ю. Гиржель и другие авторы утверждают, что беременность в правой трубе встречается чаще. Штрассманн (Strassmann) объясняет причину этого явления расположением правой трубы в непосредственной близости от червеобразного отростка; А. Д. Аловский приписывает это тому, что правые придатки расположены больше кзади и ниже, чем левые.

Наши наблюдения тоже подтвердили несколько бо́льшую частоту правосторонней трубной беременности: по нашим данным, правосторонняя трубная беременность была у 2641 женщины (52,48%), левосторонняя — у 2389 (47,5%) и у одной женщины (0,02%) наблюдалась одновременная беременность в обеих трубах, гистологически доказанная. С нашей точки зрения вопрос частоты правосторонней и левосторонней трубной беременности практически не имеет существенного значения; в объяснении же причины этого явления мы скорее склонны разделять точку зрения Штрассмана.

Данные о социальном составе больных с внематочной беременностью также различны у большинства авторов. Так, например, по Л. И. Канторовичу и В. Н. Шатернику, среди больных внематочной беременностью на сельских жительниц приходится 29,3%, по Я. Н. Слупскому — 36,4%, а по Г. Е. Гофману — только 1%.

Ю. К. Якубов (1958) указывает, что внематочная беременность в 2,35 раза чаще наблюдается у городских жительниц.

Мы полагаем, что такое расхождение данных о социальном положении больных с внематочной беременностью, по-видимому, объясняется территориальным расположением того или иного лечебного учреждения.

Контингент наших больных был следующий:

Рабочие	1 484	(29,3%)
Служащие	1 970	(38,9%)
Колхозницы	12	(0,23%)
Учащиеся	12	(0,23%)
Домашние хозяйки . .	1 586	(31,34%)
Итого . . .	5 064	(100,0%)

Мы не могли отметить высокую заболеваемость внематочной беременностью какой-либо определенной социальной группы и выявить преимущественную роль того или иного труда в этиологии этого заболевания.

В зависимости от места имплантации оплодотворенного яйца в настоящее время принято различать следующие формы внематочной беременности: трубную, яичниковую, брюшную, межсвязочную и беременность в рудиментарном роге матки.

Наиболее распространенной формой внематочной беременности является трубная (graviditas tubaria), другие же формы наблюдаются крайне редко. Наши данные о локализации внематочной беременности представлены в табл. 4.

Таблица 4

Локализация внематочной беременности

Локализация	Число больных		Процент	
Трубная беременность	**5 039**		**99,5**	
В том числе:				
в ампулярной части трубы	2 516	4 552	49,6	89,9
» истмической » »	2 036		40,3	
» интерстициальной » »	479		9,45	
» культе маточной » »	8		0,15	
Прочие формы внематочной беременности	**25**		**0,5**	
В том числе:				
в зачаточном роге матки . .	9		0,19	
яичниковая беременность . .	5		0,1	
брюшная беременность с имплантацией яйца на брюшине прямокишечно-маточного углубления	2		0,04	
брюшная беременность с имплантацией яйца в сальнике	3		0,05	
брюшная беременность с имплантацией яйца на брюшине мочевого пузыря	1		0,02	
межсвязочная беременность . .	5		0,1	
Итого . . .	5 064		100	

Из табл. 4 следует, что у 5039 из 5064 больных с внематочной беременностью мы наблюдали беременность трубную (99,5%), тогда как только у 25 женщин (0,5%) — прочие формы внематочной беременности.

Оплодотворенное яйцо, передвигаясь по трубе, может привиться в любом ее отделе, в связи с чем и различают беременность: 1) в интерстициальной части трубы (graviditas tubaria interstitialis); 2) в истмической части трубы (graviditas tubaria istmica); 3) в ампулярной части трубы (graviditas tubaria ampularis).

По нашим данным, беременность в ампулярной и истмической части трубы является наиболее распространенной и, как видно из табл. 4, составляет 89,9% (у 4552 женщин), причем на беременность в ампулярной части трубы приходится 49,6% (наблюдалась у 2516 женщин) и на беременность в истмической части трубы — 40,3% (у 2036 больных).

Эти данные в основном совпадают с данными других авторов (В. С. Груздева, Л. Я. Цейтлина, Н. И. Горизонтова, Г. Е. Гофмана, А. Д. Аловского и др.).

Особое место занимает беременность в интерстициальной части трубы, встречающаяся сравнительно редко и по своим клиническим проявлениям являющаяся одной из наиболее опасных форм внематочной беременности.

В. С. Груздеву до 1914 г. удалось собрать в отечественной литературе только 13 случаев интерстициальной беременности. А. Д. Аловский на 1203 случая трубной беременности отметил интерстициальную беременность только у 32 больных (2,9%). Г. Е. Гофман — у 40 женщин из 1039 с внематочной беременностью (3,8%).

Нам удалось наблюдать интерстициальную беременность у 479 женщин (9,45%) из общего числа 5064 леченных по поводу внематочной беременности.

В литературе имеются единичные указания на беременность в культе трубы, удаленной по поводу внематочной беременности [Вагнер (Wagner), 1905; И. М. Щелко, 1933; Е. С. Кондратьева, 1957; Шефер (Schaefer), 1956, и др.]. Этот факт имеет большое практическое значение, так как до настоящего времени не существует еще единого взгляда на объем хирургического вмешательства при внематочной и, в частности, трубной беременности.

Беременность в культе маточной трубы наблюдалась нами у 8 больных (0,15%). По локализации и клиническому течению беременность в культе трубы напоминала интерстициальную.

Определенный интерес представляют 6 больных, у которых по поводу внематочной беременности в разные сроки были удалены обе фаллопиевы трубы. Последующая беременность наступила в культе одной из труб, маточная часть которой не была клиновидно иссечена при операции. Эти больные были доставлены в клинику в крайне тяжелом состоянии с обильным кровоизлиянием в брюшную полость.

Случаи троекратной внематочной беременности были описаны в 1931 г. А. Я. Ортенбергом, в 1941 г. А. Д. Аловским и в 1948 г. Н. И. Фроловой.

Значительно реже, по нашим наблюдениям, встречается беременность яичниковая, брюшная, в рудиментарном роге матки и межсвязочная. Внематочная беременность указанной выше локализации наблюдалась нами всего у 25 женщин (0,5%); из них у 9 отмечена беременность в зачаточном роге матки, у 5 — яичниковая беременность, у 6 — брюшная и у 5 — межсвязочная.

Глава II

ЭТИОЛОГИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Непременным условием для возникновения беременности вообще является способность яйцевой клетки к имплантации. Ко времени имплантации яйцевая клетка должна достигнуть стадии дробления, когда она по всей своей поверхности окружается клеточной массой (трофобластом), растворяющей подлежащую материнскую ткань, чем и обусловливается его имплантация.

Причины возникновения эктопической беременности, т. е., условия, ведущие к имплантации яйца не в матке, а где-либо в ином месте (труба, яичник, брюшная полость), в последнее время изучаются особенно тщательно. Предложено много теорий, объясняющих этиологию внематочной беременности, но ни одна из них в отдельности не может объяснить причин всех случаев эктопической беременности.

М. Б. Новиков, М. А. Штраух, Р. В. Кипарский, Портен (Poorten) считают, что разные яйцевые клетки проявляют различную энергию развития. Яйцевые клетки с повышенной биологической энергией, когда ускоряется развитие трофобласта, могут укрепляться на необычном месте. Р. В. Кипарский и Портен усматривают подтверждение этой теории в том, что трофобласт при внематочной беременности сразу и энергично расплавляет подлежащие слои материнской ткани так, что ворсины хориона оказываются внедренными между пучками мышечных волокон. Однако эта теория не получила научного обоснования.

К. К. Скробанский и Л. Я. Цейтлин указывают, что глубокое и быстрое прорастание ворсин хориона в подлежащие слои тканей является результатом недостаточного развития децидуальной оболочки в трубе. Оно наблюдается также при шеечной форме беремен-

ности и при прикреплении яйцевой клетки в нижнем сегменте матки, где также отмечается слабое развитие децидуальной ткани.

М. Г. Сердюков, Коссман (Kossmann) и др. допускают, что хроническое воспаление придатков матки и главным образом хронический оофорит вызывают такие изменения в фолликулярном аппарате и в эпителии зародышевого бугорка, что клеточные слои эпителия, непосредственно прилегающие к яйцевой клетке, могут задерживаться в фолликуле при лопании последнего.

В. П. Дедов видит причину эктопической имплантации яйца в уплотнении оболочки яичника под влиянием воспалительного процесса. По данным этого автора, оплодотворение яйцевой клетки всегда происходит в самом фолликуле, а при наличии уплотненной оболочки лопание фолликула замедляется, яйцо перерастает свой нормальный размер и, увеличившись, не может продвинуться по трубе.

Как на причину эктопической имплантации яйца И. Ф. Козлов, С. В. Кисин, С. С. Заяицкий, Зиппель (Sippel) указывают на migratio ovi externa. Яйцо, совершая далекий путь от яичника одной стороны в трубу противоположной стороны, претерпевает на пути известную стадию развития и, увеличиваясь в размере, тем самым создает препятствия к своему продвижению по трубе.

Посатти (Posatti) с целью разрешения вопроса о транспариетальном передвижении яйца и частоте его, исследовал 241 случай трубной беременности. Он исходил из предположения, что такое передвижение яйца по брюшной полости с одной стороны на другую имеет место в тех случаях, когда желтое тело находится в яичнике не беременной трубы, а противоположной стороны. В 45 случаях из 241 обследованного им вместе с трубой был одновременно удален яичник, который в 25 случаях (55%) содержал хорошо сохранившееся желтое тело; в остальных же 20 случаях желтое тело обнаружено не было, что дало этому автору основание полагать, что в 45% случаев имело место транспариетальное передвижение яйца.

Хотя возможность транспариетального передвижения яйца подтверждается клиническими наблюдениями перекрестного расположения желтого тела и беременной

трубы, а также рядом экспериментов на животных [Цвейфель (Zweifel), Кюстнер (Küstner)] с перекрестным выключением трубы и яичника, однако считать наружное передвижение яйца первичной причиной возникновения внематочной беременности все же нет достаточных данных.

Вопрос о продвижении яйцевой клетки из яичника в полость матки давно привлекал внимание исследователей. В настоящее время уже довольно хорошо изучено продвижение яйцевой клетки в трубу в эксперименте на животных.

Вестман (Westman), наблюдая через окно в брюшной полости обезьяны Macacus rhesus за положением маточной трубы во время течки, установил, что труба отгибается в этот период кзади, сильно искривляется, а гиперемированные и набухшие фимбрии располагаются на яичнике.

В 1925 г. Дироффу (Dyroff) при помощи метросальпингографии удалось обнаружить, что маточные трубы женщины к моменту овуляции изменяют свою форму и положение, вследствие чего приходят в непосредственный контакт с яичником: маточная труба изгибается, воронка ее расширяется, а фимбрии плотно обхватывают яичник, в котором происходит овуляция, в результате этого яйцевая клетка попадает непосредственно в просвет трубы, минуя брюшную полость. Этот процесс был назван Дироффом механизмом восприятия яйца.

Кафье (Caffier), подтвердивший справедливость выводов Дироффа, считает, что механизм восприятия яйца обусловлен гормональным влиянием пролана А.

А. И. Осякина-Рождественская экспериментально доказала, что неизмененная труба при перистальтике способна проталкивать через свой просвет и более крупные тела, чем плодное яйцо.

Исследованиями В. С. Груздева, Гроссера (Grosser) определенно доказано, что дробящееся и продвигающееся по трубе яйцо не увеличивается в объеме до момента перехода его из эмбриотрофической в гетеротрофическую стадию развития, что обычно происходит уже после образования трофобласта и имплантации яйца.

В литературе последних лет описано много наблюдений, свидетельствующих о том, что главным условием

эктопической имплантации плодного яйца следует считать нарушение механизма передвижения оплодотворенной яйцевой клетки, зависящее, возможно, от ослабления и недостаточной сократительной функции трубы или от непосредственного препятствия в проводящих путях. Для изучения этого вопроса ставились многочисленные опыты на изолированных органах, а также in situ и in vivo. Тем не менее накопленных данных еще недостаточно, так как они слишком разнообразны и противоречивы.

По данным А. И. Осякиной-Рождественской (1934), установленным в эксперименте, во время менопаузы маточная труба не дает никаких сокращений и не реагирует на раздражение. Недостаток фолликулярного гормона ведет к слабой возбудимости маточной трубы, прекращению реакции на раздражение и тем самым к нарушениям механизма восприятия яйца. Повышенное содержание фолликулина проявляется в повышенной возбудимости маточной трубы; наблюдаемые при этом длительные спазмы могут способствовать задержке яйца в трубе.

Кок (Kok), проводя наблюдения на животных и пользуясь для этого контролем через целлулоидное окно в их передней брюшной стенке, установил, что перистальтика труб направлена к матке и усиливается, если внутри трубы находится инородное тело. В этиологии трубной беременности Кок наибольшее значение придавал спазму трубной мускулатуры, который особенно часто имеет место у женщины с лабильной нервной системой.

Фактор нарушения нормальной перистальтики трубы, ведущего к замедлению, а порой и к остановке передвижения оплодотворенного яйца, действительно может служить одной из основных причин развития внематочной беременности.

Исследования Кока и А. И. Осякиной-Рождественской, по нашему мнению, заслуживают серьезного внимания. Однако для окончательного суждения необходимы дальнейшие экспериментальные и клинические наблюдения в этом направлении. Вопрос же о нервной регуляции деятельности полового аппарата женщины еще недостаточно изучен клинически.

Лаусон-Тет (Lawson-Tait) для объяснения причин внематочной беременности предложил свою теорию на-

рушения целости мерцательного эпителия слизистой оболочки трубы. Но эта теория в настоящее время становится сомнительной, так как дальнейшие исследования показали, что труба не сплошь покрыта мерцательным эпителием; кроме того, во время передвижения яйца мерцательный эпителий трубы периодически теряет свои волоски и превращается в секреторный.

Наиболее частой причиной внематочной беременности принято считать изменения в трубах, возникающие вследствие воспалительных процессов в них. Воспалительные процессы нередко ведут к слущиванию эпителия слизистой с последующим образованием карманов, сращений свободных краев складок слизистой, к утолщению и разрастанию слизистой вплоть до полного закрытия просвета трубы.

Воспалительные изменения мышечного слоя могут вести к нарушению нормальной перистальтики трубы и развитию патологических разрастаний в ней. Воспалительный процесс в серозном покрове приводит к сращениям трубы с окружающими органами, что безусловно нарушает ее перистальтическую функцию.

Одновременно с этим наносится повреждение и периферическому нервному аппарату матки, труб и яичников, в котором наступают дегенеративные изменения. Эти изменения периферической иннервации в дальнейшем могут стать источником патологических импульсов, влияющих на весь половой аппарат, на другие органы и системы.

Раздражитель, повреждающий ткань и действующий на рецепторные приборы, вызывает рефлекторное нарушение иннервации и васкуляризации не только на месте своего приложения, но и в других органах и системах.

Все эти моменты грубо нарушают функцию полового аппарата и, в частности, перистальтическую деятельность труб, что и создает условия для возникновения внематочной беременности.

Относительно природы воспалительного процесса, т. е. характера инфекции (септическая или гонококковая), во мнениях авторов единодушия нет. В настоящее время принято считать, что в этиологии внематочной беременности гонорея играет минимальную роль, так как она чаще приводит в полному заращению брюшного

конца труб, т. е. ведет к бесплодию (А. Э. Мандельштам, К. К. Скробанский).

В. С. Груздев, А. Н. Орлов, О. С. Парсамов, А. И. Тимофеев, С. А. Селицкий, И. М. Львов, И. В. Белугин и др. большое значение придают послеродовым и послеабортным заболеваниям. В. С. Груздев указывает, что «главную роль в этиологии внематочной беременности играют воспалительные заболевания, притом преимущественно септической натуры. На видном месте в этом отношении стоят искусственные аборты...».

И. Ф. Жорданиа, А. В. Александров, А. М. Ольшанецкий, Ф. А. Соколов и С. М. Клейн также считают аборты одним из превалирующих этиологических моментов в развитии внематочной беременности.

По мнению В. Б. Файнберга, в этиологии внематочной беременности большую роль играют послеродовые воспалительные заболевания, а аборты и гонорейные эндосальпингиты играют меньшую роль. По данным этого же автора, среднее число родов в анамнезе больных с внематочной беременностью в $1^1/_2$ раза превышает среднее число абортов. По Ю. К. Якубову (1958), число рожавших до наступления внематочной беременности в $3^1/_2$ раза превышает число женщин, в анамнезе которых имеются аборты.

Анализ нашего материала, произведенный в целях выяснения роли тех или иных факторов в возникновении внематочной беременности, представлен в табл. 5, 6 и 7.

Из табл. 5 видно, что у 4278 женщин до наступления внематочной беременности в анамнезе были роды, аборты, роды и аборты; некоторые из женщин, кроме того, перенесли внематочную беременность (84,45%). Только роды в анамнезе отмечены всего у 1129 больных (22,3%); 454 женщины (9%) до внематочной беременности ни разу не беременели; у 111 (2,2%) в анамнезе отмечена только внематочная беременность. Ввиду особо тяжелого состояния больных анамнез не собран у 221 женщины (4,35%).

По А. Д. Аловскому, процент женщин, у которых внематочная беременность была первой беременностью, составляет 13,8, по В. Б. Файнбергу — 24, по Т. К. Одровой — 13.

Сведения о числе родов и абортов, предшествовавших внематочной беременности представлены в табл. 6.

Таблица 5

Беременности в анамнезе и их исход

	Число больных		Процент	
Только роды	1 129		22,3	
Роды и аборты	2 047		40,4	
Роды, аборты и внематочная беременность	301	4 278	5,95	84,45
Роды и внематочная беременность	139		2,75	
Только аборты (искусственные и самопроизвольные)	579		11,4	
Аборты и внематочная беременность	83		1,65	
Только внематочная беременность	111		2,2	
Первичное бесплодие	454		9,0	
Анамнез не собран ввиду тяжести состояния больных	221		4,35	
Всего	5 064		100,0	

Не менее важным является вопрос о том, как и когда закончилась последняя беременность перед настоящим заболеванием. С этой целью нами изучено 4343 истории болезни. Полученные данные приводятся в табл. 7.

Из табл. 6 видно, что на каждую рожавшую женщину в среднем приходится по двое родов, тогда как среднее число абортов на больную составляет 2,5 и несколько превышает среднюю цифру родов. Это опровергает утверждения В. Б. Файнберга, Т. К. Одровой и других авторов о доминирующей роли в этиологии внематочной беременности родового акта как фактора, наносящего якобы бо́льшую травму и изменения половому аппарату женщины, чем аборт.

Следует отметить также, что если процент многорожавших женщин, в анамнезе которых имеется 3 родов и больше, составляет 23,4, то процент женщин, которым произведено от 3 до 20 абортов, равняется уже 33,5, что несомненно указывает на большее значение аборта как этиологического фактора внематочной беременности. Необходимо указать, что, помимо приведенных в табл. 7 данных, еще у 500 женщин в анамнезе были отмечены беременности (роды, аборты, внематочная беременность),

Таблица 6

Число родов и абортов

Роды				Аборты			
число родов	абс. число рожавших женщин	%	общее число родов	число абортов	абс. число женщин, делавших аборты	%	общее число абортов
1	1 764	48,8	1 764	1	1 303	43,3	1 303
2	1 008	27,8	2 016	2	698	23,2	1 396
3	412	11,4	1 236	3	415	13,8	1 245
4	180		720	4	191		764
5	104		520	5	140		700
6	62		372	6	77		462
7	42		294	7	70		490
8	42		336	8	70		560
9	1		9	9	12		108
10	—		—	10	13		130
11	—	432 12,0	—	11	5	594 19,7	55
12	1		12	12	6		72
13	—		—	13	3		39
14	—		—	14	1		14
15	—		—	15	1		15
16	—		—	16	2		32
17	—		—	17	1		17
20	—		—	20	2		40
Итого	3616	100,0	7 279	Итого	3 010	100,0	7 442
Среднее число родов		2		Среднее число абортов		2,5	

но указания на их давность в историях болезни отсутствовали.

Из табл. 7 видно, что у 44% женщин с внематочной беременностью данному заболеванию предшествовали аборты, у 10,4% — первичное бесплодие и у 8,4% — внематочная беременность. Роды предшествовали наступлению внематочной беременности только в 37,2% случаев.

Таким образом, и из табл. 7 следует, что аборт чаще предшествовал наступлению внематочной беременности.

Заслуживает внимания и тот факт, что у 37,8% женщин наступлению внематочной беременности предшествовало длительное вторичное бесплодие (свыше 5 лет). По-видимому, предыдущая беременность осложнилась

Таблица 7

Факторы, предшествовавшие наступлению внематочной беременности

	Число больных		Процент
Роды	**1 618**		**37,2**
Из них:			
за год до внематочной беременности	89		
в срок от 1 года до 3 лет	475		
» » » 3 до 5 »	380		
» » » 5 » 8 »	419	674	15,5
» » » 8 лет и выше	255		
Аборты	**1 906**		**44**
Из них:			
за год до внематочной беременности	78		
в срок от 1 года до 3 лет	617		
» » » 3 до 5 »	356		
» » » 5 » 8 »	538	855	19,7
» » » 8 лет и выше	317		
Внематочная беременность	**365**		**8,4**
Из них:			
за год до внематочной беременности	41		
в срок от 1 года до 3 лет	92		
» » » 3 до 5 »	118		
» » » 5 » 8 »	62	114	2,6
» » » 8 лет и выше	52		
Первичное бесплодие (не беременели)	**454**		**10,4**
Из них:			
в течение от 3 до 5 лет	226		
» » » 5 » 8	134		
» » » 8 лет до 21 года	94		
Итого	4 343		100,0

воспалительным процессом, что и повлекло за собой более или менее длительное бесплодие. И здесь наши данные говорят о том, что вторичное бесплодие после аборта (у 19,7% женщин) отмечалось чаще, чем после родов (у 15,5%).

akusher-lib.ru

А. Д. Аловский, разбирая в отношении исхода предшествовавшей беременности 1016 случаев трубной беременности, нашел, что последняя наступила в срок от 1 года до 2 лет после аборта у 37% женщин. Г. Е. Гофман на материале 991 случай трубной беременности отметил наступление ее в течение первого года после аборта у 12,1% больных. Приведенные данные позволяют полагать, что после аборта создаются наиболее благоприятные условия для наступления внематочной беременности, так как даже при внешне гладком послеоперационном течении нередко возникают скрытые воспалительные процессы, в которые вовлекаются близлежащие участки трубы, что ведет к нарушению ее нормальной функции. Чрезмерно тщательное выскабливание углов матки во время аборта может повести к рубцовому сужению интерстициальной части трубы, что создает препятствия нормальному продвижению яйца в полость матки.

Данные И. Ф. Жорданиа по выяснению отдаленных влияний искусственного медицинского выкидыша на женский организм показывают, что операция искусственного аборта, опасная непосредственными осложнениями во время ее производства и являющаяся одной из частых причин возникновения воспалительных заболеваний женских половых органов, наносит женщине глубокую травму, проявляющуюся и в более поздние сроки. Искусственное прерывание ранней беременности влечет за собой быструю ликвидацию гормонального влияния желтого тела, а также, вероятно, внутрисекреторной функции беременной матки и децидуальной ткани. Выскабливание, особенно если оно производится грубо, многократно или же при наличии неблагоприятных условий (гипотония, гипоплазия матки и пр.), является большой травмой и грубым раздражением рецепторного аппарата матки, что сопровождается реакцией всей нервной системы, включая высшие корковые центры.

М. А. Петров-Маслаков, обследовал 419 женщин, подвергшихся операциям искусственного аборта, установил у них ряд расстройств функции половых органов, относящихся к проявлениям дистрофического характера (затянувшийся послеабортный период, медленная регенерация эндометрия, позднее наступление первой менструации, гипоменорея, длительная аменорея, атрофия

слизистой оболочки и мышечной стенки матки, разрастание соединительной ткани, нарушение созревания фолликулов и образования желтых тел и т. п.).

Воспалительные заболевания женских половых органов, предшествовавшие наступлению внематочной беременности, выявлены в анамнезе у 2424 наших больных (табл. 8).

Таблица 8

Воспалительные заболевания женских половых органов

Заболевания	Число больных	Процент	
После родов	472	9,3	45,4
» аборта	795	15,6	
Не связанные с беременностью	1042	20,5	
Гонорейного происхождения	115		2,2
Всего	2424		47,6
Воспалительных заболеваний не отмечено	2640		52,4
Итого	5064		100,0

Из табл. 8 видно, что 2424 (47,6%) из 5064 женщин перенесли воспалительные процессы в женских половых органах, причем процент этих заболеваний, возникших после абортов (у 15,6% женщин), намного превышал процент воспалительных заболеваний, развившихся после родов (у 9,3% женщин). У 1042 больных (20,5%) связи воспалительных заболеваний с родами или абортами установить не удалось и еще у 115 больных (2,2%) была отмечена гонорея.

Подчеркивая доминирующую роль гонореи в этиологии внематочной беременности, Зецман (Zetzman) в 1956 г. отметил, что больные предпочитают умалчивать о ее наличии. Очевидно, по этой причине литературные данные о роли гонореи в этиологии внематочной беременности так противоречивы. Так, В. С. Груздев, например, на 180 случаев внематочной беременности выявил предшествовавшие ей воспалительные заболевания

половых органов в 42%, в том числе гонорею в 5% случаев. А. Н. Орлов сообщил, что, по его наблюдениям, гонорею перенесли 31% больных внематочной беременностью. В. Анчелевич отметил гонорею только у 1,5% женщин с внематочной беременностью.

Как указывает Те-Линде (Te-Linde, 1953) гонорея бесспорно занимает определенное место среди этиологических факторов внематочной беременности и по настоящее время, несмотря на успехи, достигнутые в ее лечении. Те-Линде считает, что лечение антибиотиками у ряда больных способствует только переходу острого процесса в хроническую форму.

При операциях мы у 602 женщин (11,9%) обнаружили воспалительный процесс в небеременной трубе, у 205 (4%) — заращение абдоминального конца небеременной трубы, обусловленное ранее перенесенным воспалительным процессом и у 917 (18,1%) — макроскопически следы старых воспалительных наслоений в окружности труб (в том числе и у тех женщин, которые никаких жалоб на воспалительный процесс придатков, бывший ранее и ликвидировавшийся или имеющийся в момент поступления в клинику, не предъявляли). Это с полной убедительностью свидетельствует о том, что воспалительные процессы женских половых органов могут у ряда больных протекать незаметно для больных.

А. А. Коган в целях профилактики повторной внематочной беременности рекомендует после операции по поводу первичной внематочной беременности в обязательном порядке проводить противовоспалительное лечение даже при неизмененной второй трубе. Он считает, что неуловимые при макроскопическом осмотре изменения второй трубы могут в дальнейшем послужить причиной возникновения повторной внематочной беременности. На это же указывает М. С. Малиновский.

Туберкулезное поражение труб как этиологический фактор в возникновении внематочной беременности можно установить обычно только при гистологическом исследовании препарата. По нашим наблюдениям, внематочная беременность крайне редко сочетается с туберкулезным поражением придатков. Только у 4 наших больных (0,07%) было гистологически доказано туберкулезное поражение трубы при одновременной внематочной беременности. В отечественной литературе нам

удалось найти только указание А. Н. Орлова на 3 случая внематочной беременности, в которых ее причиной послужил туберкулез маточных труб. Одна из этих больных подвергалась операции дважды, так как при первой операции по поводу внематочной беременности не дала согласия на удаление второй трубы, хотя в межуточной части обеих труб макроскопически были обнаружены тождественные патологические изменения в виде узловатых утолщений с горошину величиной.

Стивенсон и Уартон (Stevenson, Wharton) обнаружили сочетание внематочной беременности с туберкулезным сальпингитом только в одном случае на 402 случая туберкулезного сальпингита и на 516 случаев внематочной беременности. Они сообщили также, что подобных случаев в мировой литературе описано всего 8. По данным же Бланда (Bland), их насчитывается 32.

Механические препятствия для прохождения яйца в полость матки могут создать утолщения труб в области отхождения их от матки (salpingitis nodosa). По мнению К. П. Улезко-Строгановой, эти утолщения труб являются результатом длительного воспалительного процесса в них, вызвавшего гипертрофию мышечного слоя и пассивное перемещение эпителия со складок слизистой. Д. А. Гудим-Левкович указывает, что нодозный сальпингит в подавляющем большинстве случаев является следствием гонорейного поражения труб.

Нодозный сальпингит был обнаружен только у 12 (0,2%) наших больных.

По мнению Опица (Opitz), Л. Л. Окинчица и других авторов, воспалительные заболевания женского полового аппарата по своей этиологии нередко бывают связаны с заболеванием кишечника и главным образом червеобразного отростка. Между кишечником и половым аппаратом существует анатомическая связь, выражающаяся в общности их кровеносной системы, брюшины, лимфатической и нервной систем (общие сплетения и анастомозы), вследствие чего эти органы могут оказывать значительное влияние друг на друга, тем более при наличии патологических изменений в них. Наблюдениями М. Г. Сердюкова при этом установлено, что червеобразный отросток чаще оказывает влияние на трубу, чем на яичник, который менее восприимчив к инфекции.

На связь заболеваний червеобразного отростка с состоянием половых органов указывают также Н. К. Неелов, Н. А. Богораз, М. А. Теребинская-Попова, З. Д. Савельева и Те-Линде.

Наблюдениями О. А. Левина установлено, что воспалительные заболевания червеобразного отростка наблюдаются в 10 раз чаще у женщин, чем у мужчин.

В течение 1956 и 1957 гг. в хирургические клиники Института имени Н. В. Склифосовского поступило 4132 больных с острым аппендицитом, из них 2831 женщина (68,5%) и 1301 мужчина (31,5%). Таким образом, нашими наблюдениями установлено, что острый аппендицит наблюдается у женщин более чем в 2 раза чаще, чем у мужчин.

По данным И. Б. Левита, воспалительные заболевания червеобразного отростка при внематочной беременности отмечены у 16% женщин, по В. Н. Степановой — у 30,9%, по А. В. Александрову — у 6% и по А. Д. Аловскому — у 10,6%.

Среди наших больных заболевания червеобразного отростка отмечены у 259, т. е. в 5,1% случаев, причем у 182 женщин аппендэктомия была произведена до наступления внематочной беременности, а у 77 изменения со стороны червеобразного отростка были обнаружены при операциях по поводу внематочной беременности, в связи с чем червеобразный отросток был удален. Удаление его производилось нами только при строгих показаниях, ибо наличие свободной крови в брюшной полости, являющейся прекрасной средой для развития инфекции, диктует необходимость строго учитывать состояние червеобразного отростка, прежде чем приступать к его удалению.

При наличии изменений со стороны червеобразного отростка или же заболеваний его в анамнезе внематочная беременность в правой трубе была обнаружена у 169 женщин (65,3%), а в левой — у 90 (34,7%), т. е. почти вдвое реже.

Все эти данные представлены в табл. 9.

Таким образом, наши данные тоже подтверждают роль патологических процессов в червеобразном отростке в этиологии внематочной беременности.

Сигмовидная кишка, вследствие своего расположения, объема и подвижности, «помимо того, что может

Таблица 9

Аппендицит и внематочная беременность

Аппендэктомия	Число больных	% к общему числу больных с внематочной беременностью	Из них			
			при правосторонней трубной беременности		при левосторонней трубной беременности	
			абс. число	%	абс. число	%
При операции по поводу внематочной беременности	77	1,5	52	20	25	9,6
До операции по поводу внематочной беременности в срок:						
от 1 года до 3 лет .	29	3,6	19	7,5	10	3,8
» 3 » 5 » .	33		22	8,5	11	4,3
» 5 лет и более .	120		76	29,3	44	17,0
Итого . . .	259	5,1	169	65,3	90	34,7

служить исходным местом воспаления, оказывает еще и чисто механическое влияние на положение и состояние внутренних органов» (Л. Л. Окинчиц).

По данным М. А. Теребинской-Поповой, у 78% женщин, страдающих запорами, имеют место воспалительные заболевания женских половых органов.

Мы полагаем, что сигмовидная кишка не может оказывать такого влияния на придатки, как червеобразный отросток, и это полностью подтверждается нашими наблюдениями.

Определенную роль в этиологии внематочной беременности могут играть и оперативные вмешательства, произведенные в связи с заболеваниями других органов брюшной полости и особенно малого таза. По нашим наблюдениям, оперативные вмешательства, предшествовавшие внематочной беременности, имели место у 789 женщин (15,5%), не считая 182 оперированных ранее по поводу аппендицита, о которых мы уже говорили; 634 из 789 женщин были оперированы ранее по поводу внематочной беременности, у 10 — была удалена одна из труб по поводу сальпингита, у 138 — произведены

операции по поводу кисты яичника, у 2 — малое кесарево сечение и у 5 — рассечение спаек.

Как видно из приведенных данных, наиболее частым оперативным вмешательством, предшествовавшим внематочной беременности, была операция на придатках матки и на самой матке. Образующиеся при этом сращения нарушают нормальную перистальтику трубы и препятствуют нормальному попаданию яйца в трубу и его прохождению в матку, что бывает также связано и с изменением нормального положения матки и ее придатков. Такие сращения особенно часто наблюдаются после операции по поводу внематочной беременности, когда некоторые врачи оставляют в брюшной полости кровь, являющуюся прекрасным пластическим материалом для развития сращений и спаек. По нашим данным, сращения, преимущественно с сальником и сигмовидной кишкой, потребовавшие рассечения, были обнаружены при операциях у 418 больных, что составляет 8,2% по отношению к общему числу больных с внематочной беременностью и 53% по отношению к больным, перенесшим операции до поступления в клинику.

При наличии опухолей яичников и матки, неправильного положения матки (ретрофлексия) возникает ряд изменений, как-то: удлинение труб, ослабление их перистальтики, нарушение нормальных анатомо-топографических соотношений между маткой и придатками, в результате которых, а также вследствие непосредственного сдавления просвета труб опухолью могут создаваться условия, затрудняющие продвижение яйца по трубе. Однако следует отметить, что случаи внематочной беременности при наличии опухолей матки и яичников встречаются все же не так часто.

По данным Д. О. Отта, только у 3 из 71 больной с внематочной беременностью были отмечены опухоли яичника, по Н. Н. Феноменову — у 3 из 58. И. Б. Левит сообщил, что среди его 154 больных с внематочной беременностью он обнаружил фибромиому в 4% случаев.

По нашим данным, фибромиома матки при внематочной беременности наблюдалась у 78 женщин (1,5%), причем у 17 из них фиброзные узлы располагались вблизи угла матки на стороне беременной трубы, а у одной фиброзный узел был расположен в интерстициальной части беременной трубы и левом углу матки; беремен-

ность у этой больной была в истмической части трубы. Еще у 14 женщин был обнаружен фиброматоз матки (0,3%).

Опухоли яичников были обнаружены у 496 больных (9,8%), из них у 181 киста располагалась на стороне беременной трубы, у 28 — наблюдались двусторонние кисты яичников, у 287 — киста яичника на стороне небеременной трубы, еще у 260 (5,1%) — мелкокистозное перерождение яичников и у 7 женщин (0,1%) — интралигаментарно расположенные паровариальные кисты при наличии сильно удлиненных и извитых труб.

Таким образом, опухолевидные образования матки и ее придатков при наличии внематочной беременности наблюдались у 855 женщин (16,8%).

Отклонения в положении матки (ретрофлексии) при осмотре 4634 больных были обнаружены у 755 (16, 3%).

Часть случаев внематочной беременности можно объяснить и недостаточностью развития внутренних половых органов. У новорожденных девочек трубы обычно бывают длинны, узки и извилисты. Если дальнейшее их развитие задерживается в какой-то стадии, то трубы продолжают оставаться такими же и понятно, что условия для задержки яйца в трубе благоприятнее; в результате может наступить трубная беременность. Эта теоретическая предпосылка оправдывается и на практике, когда при наличии в течение многих лет первичного бесплодия у женщины с общим недоразвитием половых органов наступает беременность вне матки. Здесь может иметь значение как чрезмерная длина и извитость трубы, так и истончение ее, недостаточность перистальтики и сократительной ее функции, а также гормонального влияния.

Роль инфантильного состояние труб в этиологии внематочной беременности подтверждается указаниями целого ряда авторов.

Представляет некоторый интерес вопрос о длительности половой жизни до наступления трубной беременности у больных с инфантилизмом половых органов, у которых трубная беременность была первой. Эти данные представлены в табл. 10.

Приведенные ниже данные о длительности первичного бесплодия до наступления трубной беременности полностью подтверждают наличие у этих женщин непол-

ноценной функции полового аппарата; 58,1% женщин из 79 больных с инфантилизмом были бесплодными сроком от 3 до 15 лет и более, после чего первая беременность у них была трубная.

Анализируя менструальную функцию в этой группе больных, мы у 17 женщин (21,5%) установили наступление менструаций в возрасте 17 лет и позже. Необходимо отметить также, что позднее наступление менструаций встречалось среди этих женщин в 2 раза чаще, чем

Таблица 10

Продолжительность первичного бесплодия у больных с инфантилизмом половых органов

Срок первичного бесплодия	Число больных	Процент	
От 1 года до 3 лет .	33	41,9	
» 3 до 5 » . .	16	20,0	
» 5 » 10 » .	18	22,8	58,1
» 10 » 15 » . .	8	10,2	
» 15 лет и более . .	4	5,1	
Итого . . .	79	100,0	

у женщин, не страдавших бесплодием. Кроме того, у 8 из 79 женщин с инфантилизмом (10,2%) наблюдались скудные менструации, протекавшие по замедленному циклу, и у 12 женщин (15,3%) — дисменорея.

Из табл. 10 видно, что инфантилизм наблюдался у 79 из 5064 больных с внематочной беременностью (1,5%).

По В. Анчелевичу, инфантилизм среди больных с внематочной беременностью наблюдался в 17,2% случаев, по С. М. Клейну — в 25,1%, по А. Д. Аловскому — в 4,7% и по Н. И. Горизонтову — в 9,6% случаев.

Опиц, Мейер (Meyer), К. П. Улезко-Строганова, А. И. Осякина-Рождественская, И. И. Федоров и некоторые другие указывают на эндометриоз как на момент, предрасполагающий к прикреплению яйца в трубе.

И. М. Щелко усматривает причину, предрасполагающую к прикреплению плодного яйца к аденоматозно измененной трубе, в том, что яйцо обладает положительным таксисом к эндометроидной ткани.

А. И. Осякина-Рождественская, И. И. Федоров и Н. А. Парфенов полагают, что аденоматозные разрастания в стенке трубы, вызывая гипертрофию стенки и сдавливая просвет трубы, создают чисто механические препятствия к продвижению яйца. Это же мнение разделяет и Уист (Wist), который в 1954 г. писал, что каузальное значение эндометриоза как этиологического фактора, обусловливающего возникновение трубной беременности, заключается в создании механического препятствия в трубе или вокруг нее, причем в остальной своей части труба остается неизмененной. Уист признает роль эндометриоза только в возникновении беременности в интерстициальной и истмической части трубы, считая, что возникновение беременности в ампулярной части трубы не может обусловливаться эндометриозом.

Изучая гормональную функцию яичников, мы установили, что в моче женщин, страдающих аденомиозом наблюдается избыточное содержание эстрогенных гормонов, в 2—3 раза превышающее нормальные цифры (600—800 единиц в 1 л мочи).

Согласно экспериментальным исследованиям А. И. Осякиной-Рождественской и Гейста (Geist), наряду с перечисленными выше моментами, характерными для аденомиоза труб (сдавление просвета трубы), в этиологии внематочной беременности определенная роль должна быть отведена нарушению перистальтической деятельности труб вследствие расстройства физиологического равновесия половых гормонов. Так, избыточная экскреция эстрогенных гормонов как фактор, сопутствующий аденомиозу, вызывает наклонность к затяжным спазмам.

Эндометриоидная гетеротопия, по данным А. И. Осякиной-Рождественской и К. Д. Шматок, встречается у 27,9% больных с внематочной беременностью, а по данным М. Д. Щелкановцевой, в 9% случаев. Г. Е. Гофман сообщает, что эндометриоидные гетеротопии среди этиологических факторов внематочной беременности занимают значительное место (20% из общего количества 243 исследованных беременных труб).

По нашим данным, аденомиоз труб отмечен только у 212 больных (4,2%), у одной установлен аденомиоз брюшины прямокишечно-маточного углубления в участке его, прилегающем к месту имплантации яйца в трубе.

При специально проведенных гистологических исследованиях 239 труб мы наблюдали несколько иную картину, и эндометриоз был обнаружен в 67 изученных беременных трубах, т. е. в 28% случаев.

Определенное значение в этиологии внематочной беременности отводится применению противозачаточных средств и особенно внутриматочным впрыскиваниям йода. Указания на это можно найти у А. П. Губарева, В. С. Груздева, К. Д. Вачнадзе, О. С. Парсамова, Р. А. Чертока, К. И. Стрезова, С. Д. Зацепина, Н. Н. Иванова, С. С. Добротина, Г. З. Рябова и других авторов. Мнение этих авторов разделяем и мы. При впрыскивании йодная настойка безусловно может попасть в трубы и вызвать разрушение их слизистой или воспаление с последующим стенозом или заращением просвета трубы.

Пагубное влияние йода на фолликулярный аппарат яичника доказано И. Н. Грамматикати, Е. Д. Рузским и И. Л. Брауде. Е. М. Шварцман и И. Л. Брауде указывают, что у половозрелых крольчих введение йода вызывает дегенерацию и гибель фолликулярного аппарата, а у мышей — прекращение овуляторной деятельности. Подопытные животные не беременеют. Объем анатомических изменений, как указывают авторы, зависит не от количества введенного йода, а от продолжительности его применения.

Р. А. Черток, производя микроскопические исследования близлежащих к углам матки участков труб после впрыскивания йодной настойки, установил в них набухание слизистой, частичный некроз ее, изменение просвета рога и трубы, закупорку просвета рога фиброзной пробкой. А. И. Осякиной-Рождественской удалось наблюдать антиперистальтические движения труб при раздражении их маточного конца.

Мы полагаем, что внутриматочные инъекции различного рода прижигающих веществ, вызывающие анатомические изменения в трубах и нарушающие функциональную способность труб и яичников, безусловно могут служить одной из причин внематочной беременности, но среди наших больных такие вмешательства в анамнезе были отмечены всего у 26 женщин (0,5%).

Дюрсен (Dursen) к числу причин внематочной беременности относит также атрофическое состояние мы-

шечной стенки трубы вследствие длительной лактации.

Известно, что под влиянием длительной лактации нередко возникают резкие нарушения функции полового аппарата, в частности яичников: отсутствие или значительное уменьшение количества менструальной крови, понижение полового чувства.

А. И. Осякина-Рождественская в своих экспериментальных исследованиях установила, что во время менопаузы труба не реагирует на раздражение и не сокращается в интерстициальном и истмическом участках.

Можно полагать, что длительная лактация, ведущая к атрофическим изменениям труб, ослаблению их тонуса и нарушению нормальной функции яичников, может вызвать значительное ослабление сократительной мускулатуры трубы, нарушение ее моторики и длительное замедление перемещения яйца.

В период кормления ребенка свыше года внематочная беременность наблюдалась у 55 (1,1%) наших больных, причем у двух во время операции были обнаружены резкие атрофические изменения труб и матки, но какие-либо видимые воспалительные изменения в придатках отсутствовали.

О случаях наступления внематочной беременности после продувания труб сообщают Б. П. Фоменко, В. Т. Елинек и А. Э. Мандельштам.

В большинстве случаев продувание труб производится при наличии патологических изменений в них. Воздушная струя, растягивая суженные места и выпрямляя перегибы труб, делает возможной встречу сперматозоида с яйцом в той трубе, в которой до продувания эта встреча не могла осуществиться. Кроме того, не всегда расширение трубы может остаться длительным и достаточным по размеру для продвижения оплодотворенного яйца в матку — последнее может застрять в трубе и здесь имплантироваться (Б. П. Фоменко).

Н. И. Кушталов полагает, что при продувании труб в них вместе с воздухом могут заноситься элементы слизистой, слизь и кровь, что само по себе может механически сузить и даже полностью закрыть просвет трубы и таким образом преградить путь оплодотворенному яйцу.

Мы отрицательно относимся к этой операции, считая, что она производится часто при измененных трубах и

может только усугубить воспалительный процесс в них. Эти манипуляции допустимы только при проведении необходимых анализов и при отсутствии определяемых изменений со стороны придатков матки.

Указания на продувание труб имелись в анамнезе у 11 наших больных (0,2%); давность продувания составила от $1^1/_2$ до 5 лет до наступления внематочной беременности.

А. И. Осякина-Рождественская, А. В. Александров, К. К. Скробанский, А. Э. Мандельштам указывают на роль психических моментов в возникновении внематочной беременности.

Психическая деятельность человека всегда связана с вегетативными реакциями. Мы знаем, что аффект и психическая травма, возникшие во время начавшихся менструаций, могут немедленно оборвать их, а нередко и повлечь за собой стойкую аменорею (пример массовой аменореи во время Великой Отечественной войны у женщин с нормально развитой половой сферой).

Н. Л. Гармашева на основании экспериментальных данных установила, что «для осуществления нормального полового цикла необходимы ритмические изменения возбудимости вегетативной нервной системы». Ритм половой жизни может сказываться и на определении места слияния яйцеклетки со сперматозоидом. Нарушение ритма половой жизни, беспорядочность половых сношений, ненормальные окружающие условия во время полового акта, coitus interruptes, применение противозачаточных средств — все это вместе взятое может способствовать и оплодотворению яйцеклетки в необычном месте.

А. И. Осякина-Рождественская доказала, что при выпадении нервного рефлекса вследствие тормозящего воздействия каких-либо (психических, психосексуальных и других) влияний «механизм восприятия яйца» не образуется.

Все это дает основания полагать, что психические и нервные моменты, влияя на функциональное состояние половой сферы и, в частности, на перистальтику труб, тоже в известной степени могут служить причиной возникновения внематочной беременности.

Сотрудники Института имени Н. В. Склифосовского Г. А. Владимирович, Н. К. Пермяков и Л. Ф. Шинкарева в целях выявления патогенеза внематочной беремен-

ности изучили результаты гистологических исследований 239 удаленных беременных маточных труб.

В 76 трубах (31,8%) оказались хронические воспалительные процессы: глубокие изменения были найдены как в слизистой трубы, так и в мышечном и серозном слоях ее, причем в 4 случаях имел место острый воспалительный процесс (гнойный сальпингит). В 67 трубах (28%) обнаружена картина аденомиоза и аденоза; 3 трубы были извитыми и инфантильными (1,2%). Остальные 93 трубы (39%) по своему гистологическому строению оказались совершенно неизмененными. Вполне возможно, что у этих больных причиной возникновения внематочной беременности послужили вегетативные и эндокринные расстройства и некоторые другие изложенные выше факторы. Таким образом, микроскопическое изучение 239 удаленных труб подтвердило значение воспалительных изменений и аденомиоза как важных этиологических факторов внематочной беременности.

Следует указать также, что у 807 женщин в процессе операции нам пришлось удалить и вторую, воспалительно измененную, трубу; наличие воспалительных изменений в ней тоже было гистологически подтверждено (15,9%).

Наши наблюдения по выявлению этиологических факторов внематочной беременности суммированы в табл. 11.

Приведенные в табл. 11 данные полностью подтверждают ведущую роль воспалительных заболеваний женских половых органов различной этиологии среди прочих этиологических факторов, обусловливающих развитие внематочной беременности.

Среди других этиологических факторов следует упомянуть наличие опухолей матки и придатков (16,8%), спаечного процесса в результате произведенных ранее операций в брюшной полости и полости малого таза (8,2%), аппендэктомий в прошлом и наличие аппендицита (5,1%), эндометриоза труб (4,2%), инфантилизма женских половых органов и т. д.

У ряда женщин ни анамнестические данные, ни макроскопический вид органов брюшной полости и малого таза, ни гистологическое исследование не могли объяснить возникновение внематочной беременности. Мы полагаем, что у этих женщин причиной внематочной бере-

Таблица 11

Этиологические факторы внематочной беременности (по нашим данным)

	Число случаев		Процент	
Наступлению внематочной беременности предшествовали:				
воспалительные заболевания женских внутренних половых органов	2309		47,6	
гонорейная инфекция	115			
аборты	1906		44,0	
роды	1618		37,2	
длительное вторичное бесплодие сроком свыше 5 лет	1643		37,8	
первичное бесплодие	454		10,4	
оперативные вмешательства на половых органах	789		15,5	
аппендэктомии	182		3,6	
длительная лактация	55		1,1	
внутриматочные вливания йода	26		0,5	
продувание труб	11		0,2	
Внематочной беременности сопутствовали:				
старые воспалительные наслоения в окружности труб и придатков	917	1335	18,1	26,3
Спаечный процесс после произведенных ранее операций	418		8,2	
воспалительные изменения беременной трубы, гистологически подтвержденные	1609		31,8	47,7
воспалительные изменения небеременной трубы противоположной стороны, гистологически подтвержденные	807		15,9	
опухоли матки и придатков	855		16,8	
ретродевиации матки	755		16,3	
аденомиоз и аденоз труб	212		4,2	
инфантилизм	79		1,5	
аппендицит	77		1,5	
нодозный сальпингит	12		0,2	
туберкулезный сальпингит	4		0,07	

менности могли послужить факторы эндокринного и психосексуального порядка.

Глава III

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Плодное яйцо, имплантировавшись в маточной трубе, не встречает здесь таких благоприятных условий для развития, как в полости матки. Это обусловлено тем, что слизистая трубы развита значительно слабее, чем слизистая матки: она не содержит желез, продукты деятельности которых так необходимы для питания яйца в первом периоде его имплантации; она не претерпевает выраженных циклических изменений, свойственных слизистой матки; в ней не образуется компактного и губчатого слоев, что присуще слизистой матки и происходит в результате деления ее функционального слоя при развитии нормальной маточной беременности; в ней отсутствует мощная децидуальная подкладка, которая могла бы сдерживать проникновение ворсин хориона в глубокие слои. Мышечный слой стенок трубы развит значительно слабее, чем в матке, а составляющие его мышечные волокна почти не гипертрофируются и не подвергаются гиперплазии, как мышцы матки в период беременности. Труба снабжается кровью значительно хуже, чем матка.

Поэтому плодное яйцо благодаря трофобласту быстро проникает в мышечный слой трубы, где получает питание за счет усиленного притока крови и развития кровеносных сосудов. В местах соприкосновения с размножающимися клетками трофобласта материнская ткань подвергается разрушению, образуя слой Нитабуха, претерпевает фиброзные изменения и некротизируется. Надрываются и вскрываются стенки сосудов, которые во время беременности значительно расширяются. В открытые венозные сосуды проникают ворсины хориона, кото-

рые, пронизывая и разрушая всю толщу стенки трубы, довольно быстро достигают серозной оболочки и наружной поверхности трубы. В процессе своего роста яйцо растягивает трубу, истончая ее стенки, придавая участку, в котором оно развивается, веретенообразную форму и оттесняя просвет трубы в этом месте к периферии.

Таким образом, капсула яйца по его окружности образуется из соединительной ткани с прослойками мускулатуры, со стороны же просвета трубы эта капсула покрыта истонченной и растянутой слизистой трубы. Участок вместилища плода, обращенный внутрь просвета трубы, называется внутренней капсулой яйца, а участок вместилища, расположенный к наружной поверхности трубы, — наружной капсулой его.

Ворсины хориона, внедряясь в капсулу яйца, подвергают ее некрозу, расплавлению и постепенно ее разрушают. Уже в течение первых недель беременности яйцевая оболочка может надорваться под влиянием разъедания ее ворсинами хориона, а также вследствие роста самого плодного яйца.

При имплантации в истмической или интерстициальной части трубы плодное яйцо в большинстве случаев развивается с самого начала в сторону наружной поверхности трубы, стенка которой истончается и разрушается под действием размножающихся элементов трофобласта. Происходит разрыв или перфорация трубы (graviditas tubaria rupta) (рис. 1).

Если же более активно развиваются ворсины хориона, обращенные в сторону внутренней капсулы яйца, то происходит разрыв последней и плод через образовавшийся дефект вместе с кровью выталкивается в брюшную полость. В таких случаях говорят о трубном аборте (abortus tubarius).

Разрыв трубы происходит обычно совершенно внезапно, среди полного здоровья. Часто женщина даже и не подозревает, что она беременна. Иногда же разрыву плодовместилища предшествует травма (напряжение, грубое гинекологическое исследование, поднимание тяжести, сотрясение и т. п.). Наконец, у некоторых женщин разрыв трубы происходит постепенно (узура).

При разрыве трубы кровь из разрушенных ворсинами хориона материнских сосудов изливается в брюшную полость, причем интенсивность кровотечения не зависит

от величины происшедшего разрыва: иногда еле заметные разрывы вызывают тяжелейшие кровотечения и, наоборот, большие разрывы дают незначительные кровотечения.

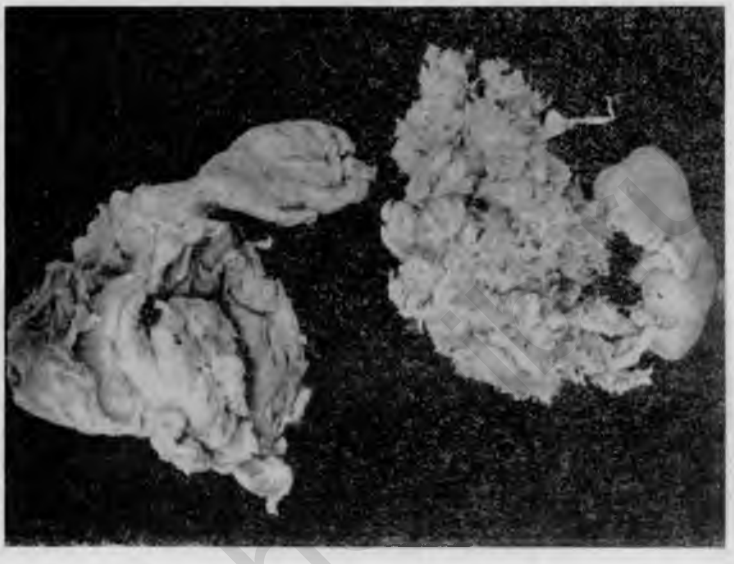


Рис. 1. Разрыв трубы с выпадением трехмесячного плода в брюшную полость. Фотоснимок с препарата.

Особенно обильное кровотечение приходится обычно наблюдать при разрыве трубы в ее интерстициальной части. При интерстициальной беременности яйцо имплантируется в отделе трубы, расположенном непосредственно в толще стенки матки. Яйцевая капсула образуется в этих случаях за счет не только самой трубы, но и стенок матки. Вследствие обильного кровоснабжения этого участка сосудами маточной и яичниковой артерий нарушение интерстициальной беременности сопровождается обычно обильным кровотечением.

Если участок, заключающий плодовместилище, состоит исключительно из интерстициальной части трубы, то говорят о чистой форме интерстициальной беременности, если же плодовместилище выходит за пределы

этого участка, возникает смешанная форма интерстициальной беременности.

Фейт (Veit) различает собственно интерстициальную беременность, когда развитие плодного яйца идет в направлении брюшины или в широкую связку; трубно-маточную, когда развитие яйца происходит в сторону матки; маточно-трубную, когда развитие яйца идет в сторону трубы. Наличие интерстициальной беременности считают доказанным, если установлена связь плодовместилища с трубой и полость матки свободна от элементов плодного яйца.

В литературе описаны редкие случаи разрыва плодовместилища в сторону матки, которые по своему течению симулируют в дальнейшем маточный выкидыш. Подобного исхода интерстициальной беременности нам ни разу не пришлось наблюдать, и мы полагаем, что если такие случаи и наблюдались, то они чрезвычайно редки.

У 5 больных мы установили разрыв трубы в толщу широкой связки. Такой исход внематочной беременности наблюдается тоже чрезвычайно редко и представляет значительный интерес, так как беременность при этом достигает иногда и поздних сроков.

Наиболее же часто разрыв трубы происходит в интерстициальной и истмической и реже в ампулярной части. Так, среди наших 4255 больных с нарушенной внематочной беременностью разрыв трубы был отмечен у 2081 (48,8%), причем в истмической части трубы у 1222 (67,4%) [1], в ампулярной — у 443 (21,8%) и в интерстициальной — у 407 (84,9%); у 9 больных место разрыва трубы не было фиксировано в историях болезни.

При трубном аборте, как мы указывали выше, происходит разрыв внутренней капсулы яйца; кровь из оболочки яйца и сосудов стенки трубы прорывается в направлении яйца, пропитывает его и превращает в кровяной сгусток. Образовавшийся занос (mola) постепенно отслаивается от внутренней поверхности трубы и сократительными движениями ее изгоняется через ампулярную часть трубы в брюшную полость вместе с излившейся кровью. Приступы изгнания плода могут повторяться несколько раз, и чем дальше от ампулярного

[1] Проценты вычислены по отношению ко всем больным с этими локализациями беременности.

конца трубы расположено плодное яйцо, тем длительнее протекает выкидыш.

Кровотечение при трубном аборте обычно меньше и прогностически значительно благоприятнее, чем при разрыве трубы. Однако при неполном трубном выкидыше кровотечения иногда могут быть и очень сильными.

Быстро изливающаяся в брюшную полость кровь скапливается в прямокишечно-маточном углублении. Постепенно вследствие организации наружных слоев гематомы и образования сращений между дном матки, сальником и петлями кишок образуется капсула, отграничивающая эту заматочную кровяную опухоль (haematocele retrouterina) от всей брюшной полости.

При наличии обширного спаечного процесса и заращения прямокишечно-маточного углубления вследствие фиксированных и полуфиксированных ретродевиаций матки кровь может скапливаться и в пузырно-маточном пространстве; в таких случаях образуется haematocele anteuterina. В этих случаях труба своим брюшным концом может находиться в центре заматочной кровяной опухоли и при наличии функционирующих ворсин хориона в трубе кровь может повторно заполнять осумкованную опухоль, что вызывает иногда разрыв образовавшейся капсулы.

При трубном аборте медленно изливающаяся кровь может скапливаться и около ампулярного конца трубы и образовывать кровяную опухоль (haematocele peritubaria).

По литературным данным, трубный выкидыш наблюдается чаще, чем разрыв трубы, и является обычно исходом беременности в ампулярной части трубы. Наши наблюдения полностью совпадают с литературными данными. Так, из 4255 больных с нарушенной трубной беременностью трубный аборт имел место у 2174 (51,2%), причем у 1584 (78,2%) установлена беременность в ампулярной части трубы и у 590 (32,6%) — в истмической ее части.

Иногда вследствие закупорки отверстия трубы сгустками крови, тампонирующими кровоточащие участки, кровотечение прекращается и тогда возникает кровяная опухоль трубы — гематосальпинкс. При наличии функционирующего трофобласта может произойти повторное кровотечение в трубу и соответственно с этим разрыв

гематосальпинкса, что по клинической картине больше напоминает перфорацию трубы, чем трубный выкидыш.

По наблюдениям ряда авторов, нарушение трубной беременности в подавляющем большинстве случаев происходит в первые 3 месяца, что полностью подтверждается и нашими наблюдениями.

Сроки нарушения трубной беременности, по нашим данным, приводятся в табл. 12.

Таблица 12

Сроки нарушения трубной беременности[1]

	Количество больных		Процент	
До 6 недель . .	1 259	4119	29,6	96,8
» 8 » . .	1 800		42,3	
» 10 » .	596		14,0	
» 12 » . .	464		10,9	
Свыше 12 недель	136		3,2	
Итого . . .	4 255		100,0	

[1] Имеются в виду острые формы нарушения трубной беременности (разрыв трубы и трубный выкидыш).

Из табл. 12 следует, что у 4119 женщин (96,8%) нарушение трубной беременности произошло в первые 3 месяца и только у 136 женщин (3,2%) — в более поздние сроки.

Прогрессирующую внематочную беременность мы, как указано выше, наблюдали у 510 женщин (10%), старую — у 274 (5,4%). О старой внематочной беременности, тоже относящейся к числу нарушенной, но имеющей иную клиническую картину, будет указано на стр. 94.

Беременность в интерстициальной части трубы, когда в образовании плодовместилища принимает участие не только труба, но и стенка матки, нередко достигает более поздних сроков развития и нарушается обычно на 1—2 месяца позже, чем беременность в ампулярной или истмической части трубы, чаще по типу наружного разрыва плодовместилища (по его задней и реже по его

боковой поверхности). Размер разрыва иногда бывает настолько велик, что дает основание врачу заподозрить разрыв зачаточного рога и даже самой матки.

Вследствие того что интерстициальная часть трубы изобилует кровеносными сосудами, при ее разрыве в брюшную полость изливается большое количество крови.

Д. А. Абдуладзе объясняет смертельные кровотечения при этом плохим сокращением маточной стенки вследствие врастания в ее толщу ворсин хориона, которые являются как бы инородным телом, препятствующим нормальному сокращению мышцы и сжатию кровеносных сосудов.

Беременность в интерстициальной части трубы имела место у 479 (9,45%) из наших 5064 больных с внематочной беременностью, причем у 407 был разрыв плодовместилища (84,9%), а у остальных 72 — прогрессирующая беременность (15,1%).

Судьба плодного яйца при нарушенной трубной беременности может быть двоякой: плод или погибает вследствие нарушения связи с материнским организмом и прекращением питания, или развивается до конца беременности (стр. 134).

Сохранение плода при внематочной беременности в значительной степени зависит от места прикрепления плаценты и от того, насколько данное место благоприятно для развития новых сосудов, обеспечивающих плоду питание. По мнению А. П. Губарева, наиболее благоприятные условия в этом отношении имеются в сальнике и на брыжейке кишок. Прирастая к этим органам, плацента сразу получает обильный приток крови из вновь образующихся сосудов и анастомозов. В таких условиях плод может достигнуть зрелости.

В литературе только последних лет случаи доношенной внематочной беременности живым плодом описаны М. С. Хромовым, А. К. Мамонтовой, М. Д. Решетовой, Н. Н. Захарченко, П. С. Заславской и В. И. Козловой, доношенным, но мертвым плодом — В. И. Кулебакиным, Г. И. Довженко и др.

По данным Р. М. Норкиной (1935), материнская смертность при поздней эктопической беременности составляет около 13%, а число мертворожденных почти в 3 раза превышает число рожденных живыми. Различ-

ные виды деформации плода составляют, по Верту, 50%, по Хене — 30%, по Р. М. Норкиной — 20%.

В маточной трубе имеется значительное количество нервных волокон, как мякотных, так и безмякотных. М. С. Найдич (1929) и А. С. Слепых (1955) отмечают наличие нервных волокон во всех слоях трубы и преимущественное их распространение по ходу сосудов, особенно в подсерозном слое трубы.

Трубная беременность обусловливает изменение всех соматических, а также иннервационных структур трубы. Нервные элементы трубы, по данным В. Я. Волик (1956), подвергаются значительным изменениям, которые заключаются в том, что по ходу нервных волокон появляются различной величины утолщения в виде четок, разволокнения, образующие петельки, а осевой цилиндр изменяется вплоть до полного распада. Сильнее всего выражены эти дистрофические изменения вокруг плодовместилища.

Наличие далеко зашедших дегенеративных изменений в нервных элементах стенки маточной трубы при имплантации в ней плодного яйца выдвигает вопрос о несомненной денервации трубы при трубной беременности, что не может не оказать влияния на развитие зародыша в ранних стадиях онтогенеза.

Работ, посвященных развитию зародыша и его оболочек при внематочной беременности, чрезвычайно мало. Однако имеющиеся литературные данные указывают на патологический характер развития большинства зародышей при внематочной беременности.

Еще в 1891 г. Джакомини (Jacomini), изучая зародыши при внематочной беременности, одним из первых отметил задержку в развитии эктопических зародышей и их патологическое развитие.

В 1928 г. В. С. Буров опубликовал работу, посвященную изучению плодного яйца, имплантированного в маточной трубе. Он установил отставание роста зародыша от стадии его развития на первом месяце утробной жизни; в нервной трубке имелись дегенеративные изменения — отсутствовали передний и задний ее концы, наблюдался пикноз ядер, каналы трубки были заполнены продуктами разрушения клеток; имелись также дегенеративные изменения в эпителиальной выстилке кишечной трубки. Сосуды зародыша были значительно разрушены; в

ворсинчатой оболочке наблюдалась вакуолизация цитотрофобласта, его неравномерное развитие и сращение ворсинок друг с другом. В. С. Буров пришел к выводу, что в маточной трубе зародыш достигает гистиотрофного периода развития, но не может перейти к гемотрофному питанию, что сказывается в задержке развития хориона и нередко вызывает отмирание зародыша.

В 1947 г. А. П. Дыбан тщательно исследовал два патологических плодных яйца, полученных при операциях по поводу трубной беременности. В одном из них он обнаружил дегенеративные изменения ворсинчатой оболочки (участки растворения и коллагенизации волокнистых структур десмодермы); амнион был сращен с хорионом на всем протяжении. В зародыше оказались остатки зачатков нервной трубки и задней кишки, клеточный состав которых был в стадии дегенерации и дифференциации. Эктодермальный покров был сохранен только частично. Зачатки других органов отсутствовали. Тело зародыша было представлено преимущественно клетками типа «голых ядер», среди которых имелись хорошо сохранившиеся и местами чрезвычайно развитые волокнистые структуры. А. П. Дыбан отметил также значительное распространение амниотического деления клеток, пикноз ядер и обеднение протоплазмой элементов крови зародыша.

Ю. Н. Квитницкий-Рыжов (1949) высказал предположение о том, что причиной изменения гистологических структур ранних патологических зародышей является кислородное голодание, сопровождающееся некробиозом клеток и тканей.

З. Ф. Гусева (1954) также отметила патологические изменения в хорионе, амнионе и желточном мешке. Эти изменения выразились в недоразвитии ворсинок хориона, чрезмерном развитии амниона и желточного мешка и заполнении полости желточного мешка мезенхимой и кровотворной тканью. Причиной развития патологических зародышей, по мнению З. Ф. Гусевой, является недостаточность питания, отслойка хориона и аноксия. Недостаточность питания в свою очередь автор связывает с нарушением трофики яйцевода в результате изменений его нервных волокон.

Состоянию плодного яйца при трубной беременности посвящена также работа А. П. Гормакова (1953). Он

установил, что: 1) к моменту операции в большинстве случаев либо все, либо часть ворсин хориона являются функционирующими, 2) при трубной беременности патологическое плодное яйцо можно обнаружить в $2^1/_2$ раза чаще, чем нормальное.

П. Г. Светлов и Г. Ф. Корсакова (1957), изучая развитие зародышей крыс в условиях денервации одного из рогов матки путем одностороннего удаления частей преаортального сплетения и нервов, выходящих из верхнего подчревного сплетения, нашли, что частичная денервация матки, помимо аномалий, свидетельствующих о функциональных расстройствах у плодов (отеки, анемия, пониженная жизнеспособность и др.), провоцирует в условиях опыта возникновение значительного числа уродств.

А. И. Дворниченко (1958), изучив 10 зародышей, развившихся в условиях трубной и яичниковой беременности, обнаружила, что как по состоянию морфологических черт и закладок, так и по своей гистологической структуре они могут быть отнесены к типу патологических плодных яиц. Эти изменения внешней формы плода характеризовались отсутствием типичных искривлений в головном отделе, недоразвитием хвостового отдела туловища, недостаточным развитием сердечно-печеночного выступа и неправильным развитием конечностей. Со стороны отдельных органных закладок (в сердечно-сосудистой, мочевой и половой системе, органах зрения и слуха и т. д.) наблюдалось отставание в развитии, неравномерное и даже асимметричное развитие некоторых из них. В отношении гистологического строения тканевых и органных закладок были обнаружены в различной мере выраженные для каждого из зародышей в отдельности дегенеративные изменения — от пикноза ядер и плазмолиза некоторого количества клеток вплоть до полного разрушения тканевых и органных закладок.

Обратные изменения в трубе после трубного аборта наступают довольно скоро. Нередко уже в процессе операции трудно бывает определить из какой трубы выделилось яйцо.

Одновременно с развитием оплодотворенного яйца в трубе происходят и сопутствующие изменения в матке: последняя увеличивается, гипертрофируется, становится

более сочной, мягкой, слизистая ее превращается в децидуальную оболочку, толщина которой нередко достигает 1 см.

С момента прерывания беременности начинаются схватки, напоминающие родовые (обычно при значительных сроках беременности), и децидуальная оболочка,

Рис. 2. Выделившаяся из полости матки децидуальная оболочка. Фотоснимок с препарата.

как правило, сохраняющаяся до этого времени в матке, выделяется вместе с кровью. В ряде случаев децидуальная оболочка выделяется из матки целиком, представляя собой как бы плотный слепок полости матки (рис. 2), обычно же выходит по частям. По выделении децидуальной оболочки появляются признаки послеродового периода: секреция молока и т. п. Спустя несколько месяцев наступает менструация. При ранних сроках беременности плод обычно рассасывается, при поздних — если он не будет извлечен оперативным путем, — погибает и подвергается чаще всего обратному развитию: стенки плодовместилища сморщиваются, околоплодная жидкость всасывается. В трупе плода могут происходить следующие изменения.

1. Высыхание или мумификация — когда плод сморщивается, «высыхает», а форма тела, кожа,

кости и мышцы сохраняются. Первый случай мумификации плода был зарегистрирован в 1720 г. при вскрытии трупа 94-летней женщины. В последние годы подобные

Рис. 3. Мумификация плода при внематочной беременности. Фотоснимок с препарата.

случаи были описаны А. И. Петченко, А. Е. Курденковой, И. П. Ласточкиным, Т. А. Корякиной. На рис. 3 приведен наблюдавшийся нами случай мумификации плода.

2. Петрификация или обызвествление, — когда в стенках спавшегося яйца и в организме высохшего плода откладывается известь из материнской крови, превращая плод в окаменелую массу (литопедион) или в так называемый литокелиопедион, если плод окружен обызвествленными оболочками. Непременным условием для высыхания и обызвествления является отсутствие инфекции плода.

В отечественной литературе нам удалось собрать 20 случаев внематочной беременности с последующим обызвествлением плода, которые описаны: Г. А. Бакштом, М. И. Быковцевым (1925), Г. К. Живатовым (1927), А. Д. Тухарели и А. И. Цановым (1929), Д. Я. Дароном (1931), В. П. Умновой (1933, 2 случая), А. И. Журавской (1935), В. В. Рождественским (1936, 3 случая),

Рис. 4. Литопедион — обызвествление плода и его оболочек. Фотоснимок с препарата.

И. М. Гериштейном (1937), Е. С. Грудзинской, А. Д. Волпиным (1938), И. М. Старовойтовым (1940), Г. С. Лесковым (1941), И. Ф. Диким (1948), А. С. Семеновым (1952), М. Г. Лерманом, Х. З. Халмурзаевой и С. Л. Мечниковой (1955, 1 случай) и П. Г. Гатцуком (1958). Наш случай (рис. 4) является двадцать первым.

Давность беременности в случае А. Мартина составила 17 лет, в случае Г. С. Лескова — 18 лет, В. П. Умновой — 9 и 11 лет, П. Г. Гатцука — 34 года и в нашем случае — 31 год.

П. Г. Гатцук наблюдал обызвествление плода при яичниковой беременности, А. И. Журавская — при беременности в рудиментарном роге матки.

Д. Я. Дароном описан случай наступления нормальных родов при нахождении в брюшной полости литопедиона.

3. Превращение плода в скелет, когда от всего плода остается только скелет в виде кучки костей. Это превращение может протекать асептически, но чаще является результатом нагноения и распада плода в плодном мешке.

Нам пришлось наблюдать случай многолетней внематочной беременности с превращением плода в скелет. Ввиду особого интереса этого случая приводим краткое изложение истории болезни.

Больная 57 лет поступила в клинику в 1943 г. с диагнозом опухоли правых придатков матки.

В анамнезе 4 нормальных срочных родов. Период менопаузы в возрасте 49 лет. На протяжении последних 30 лет половой жизнью не жила. В декабре 1942 г. сама заметила опухоль внизу живота. Опухоль быстро росла и причиняла больной тяжелые страдания: появились боли внизу живота, которые не давали возможности лежать на боку. В течение последних месяцев похудела на 15 кг.

При влагалищном исследовании установлено, что шейка матки подтянута кверху. Через задний и правый своды прощупывается бугристая опухоль плотной консистенции величиной с матку при 4-месячной беременности. Сзади от матки определяется инфильтрат, доходящий до костей малого таза.

Диагноз до операции: злокачественная опухоль яичника.

7/VI 1943 г. чревосечение под спинномозговой анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена большая, величиной с голову новорожденного ребенка, опухоль, исходящая из правых придатков матки, замурованная в обширных сращениях. При выделении опухоли нарушена целость ее стенки; через образовавшийся разрыв излилось небольшое количество жидкости желтого цвета и стали выходить кости черепа и конечностей, по размерам соответствующие плоду при 4—5-месячной беременности. Левый яичник размером 7×6×3 см, белесоватого цвета, с крупнобугристой поверхностью, плотной консистенции, весь замещен опухолевой тканью. На разрезе опухоль желтовато-белого цвета, пестрого рисунка, в центре — отечная фиброзная ткань. Произведено полное удаление матки и ее придатков с обеих сторон.

Гистологическое исследование препарата: многолетняя внематочная беременность. Двусторонний рак яичников, прорастание рака в стенку плодного мешка.

Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана в хорошем состоянии на 16-е сутки после операции.

В этом случае превращение плода в скелет протекало асептично, но, возможно, послужило причиной последующего развития рака яичника.

4. Нагноение и распад плода. Если в плодный мешок проникает инфекция, то содержимое плодного мешка подвергается нагноению и гнилостному

распаду. Инфекция может проникнуть в яйцо еще тогда, когда оно находится в трубе, или уже после происшедшего разрыва трубы и попадания плода в брюшную полость. Источниками инфекции могут являться: матка, трубы и кишечник. Возможность инфицирования плодовместилища со стороны кишечника объясняется тем, что он нередко бывает плотно сращен с плодным мешком и выступающие части плода могут оказывать давление на кишечные стенки. Это легко может повести к некрозу или поражению кишечной стенки. Оболочка инфицированного плодовместилища в таких случаях становится капсулой внутрибрюшного абсцесса, который иногда вскрывается во влагалище, в мочевой пузырь, в прямую кишку и через брюшную стенку. Вместе с гноем из абсцесса выделяются и части плода. Такой абсцесс крайне редко подвергается самоизлечению и может длиться годами, причиняя больной тяжелые страдания.

А. А. Ремизов (1932) и И. И. Яковлев (1947) сообщили о случаях поздней внематочной беременности с выхождением костей плода через кишечник. В «Оперативной гинекологии» Штеккеля (Stoeckel) можно найти указания на случаи, когда выхождение костей плода произошло через мочевой пузырь. Аналогичный случай еще в 1890 г. был описан Винкелем (Winckel). Эти случаи сравнительно редки и безусловно относятся к области казуистики.

Случай нагноившейся старой внематочной беременности был описан в 1958 г. Н. В. Казимировой. При чревосечении по поводу старой внематочной беременности было обнаружено нагноившееся плодовместилище с костями скелета, соответствовавшего плоду 24-недельного срока беременности. Плодовместилище было интимно спаяно с мочевым пузырем, придатками матки и сальником, причем имелась тенденция к прободению мочевого пузыря.

Глава IV

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Особенности течения и клиническая картина внематочной беременности зависят от формы, локализации, срока беременности и стадии ее развития.

Практически принято различать прогрессирующую и нарушенную внематочную беременность.

Известно, что внематочная беременность может развиваться и достигать иногда срока доношенной и даже переношенной беременности, но подобные случаи встречаются редко.

В отечественной литературе описано не более 300 случаев эктопической беременности поздних сроков, доношенной или почти доношенной (М. С. Малиновский, И. А. Отдельнов, Н. В. Жилов, А. Ф. Покровский, И. И. Покрышкин, М. С. Хромов, Ф. П. Ханина-Гайдук, И. Ю. Якуб и др.).

Значительно чаще нам приходится встречаться с нарушенной внематочной беременностью ранних сроков, так как привившееся яйцо не находит достаточно подготовленной почвы и, как выражается Верт (Werth), «готовит себе не постель, а могилу».

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочная беременность, развиваясь, вызывает в организме женщин изменения, свойственные нормальной беременности (более или менее длительная задержка менструаций, нередко тошнота и рвота, нарушение аппетита и т. п.). Но так как прерывание трубной беременности происходит обычно в ранние сроки, то задержка менструации бывает незначительной и субъективные признаки беременности еще

не выражены в достаточной степени, а иногда и совсем отсутствуют. Так, например, если нарушение развития плодного яйца происходит до срока ожидаемой менструации, то задержки в данном случае может и не быть, а кровянистые выделения могут появиться в срок ожидаемой менструации или даже несколько раньше.

До момента, когда произойдет прерывание беременности, больная чувствует себя хорошо. Многие из этих женщин приходят к врачу в связи с небольшой задержкой менструации или обращаются с другими жалобами. Характерно, что в подавляющем большинстве случаев у больных из анамнеза можно установить наличие воспалительных заболеваний внутренних половых органов в прошлом или в настоящем, продолжительное бесплодие (первичное или вторичное), обусловленное у некоторых из них недоразвитием половых органов. При постановке диагноза внематочной беременности мы придаем этим данным очень большое значение. Из 5064 наших больных с внематочной беременностью у 47,6% в анамнезе отмечены воспалительные заболевания, у 37,8% — вторичное бесплодие, у 10,4% — первичное бесплодие и у 1,5% — инфантилизм.

К сожалению, не всегда удается получить точные анамнестические данные: нередко женщины отрицают, что они живут половой жизнью, и даже задержку менструаций. Некоторые женщины еще до срока менструации или после задержки ее на несколько дней производят различные внутриматочные манипуляции с целью плодоизгнания. Все это затушевывает картину настоящего заболевания и заставляет врача быть особенно внимательным и осторожным при постановке диагноза и не отрицать категорически возможности внематочной беременности.

Основой диагностики прогрессирующей внематочной беременности ранних сроков является объективное исследование больной. Двуручное исследование должно производиться крайне осторожно, так как к нему приходится прибегать неоднократно и через короткие промежутки времени вследствие того, что первый осмотр может не дать ясной картины.

Шейка матки в первые месяцы беременности имеет обычно плотную консистенцию. В области же перешейка,

на границе между шейкой и телом матки, иногда прощупывается размягчение, но в меньшей степени, чем при маточной беременности.

Тело матки при внематочной беременности хотя и увеличивается в объеме, но по своим размерам не соответствует сроку задержки менструаций. Оно сохраняет грушевидную форму, свойственную ему при небеременном состоянии.

Единственный объективный признак, который дает право заподозрить внематочную беременность, — это наличие мягкой опухоли, находящейся обычно сбоку и несколько позади матки. Опухоль большей частью колбасовидной формы, эластической консистенции и болезненная при исследовании. В зависимости от места имплантации плодного яйца в трубе опухоль может располагаться в различных положениях по отношению к матке: далеко или позади матки, а иногда опухоль как бы сливается с ней, представляя единое целое.

Эйзенштедтер (Eisenstädter) указывает на следующий признак, характерный для внематочной беременности ранних сроков: если при наличии односторонней опухоли придатков матка отклонена в противоположную сторону и смещение ее не обусловлено ни величиной опухоли, ни какими-либо другими изменениями со стороны органов малого таза, то с большой долей вероятности можно диагностировать внематочную беременность, если анамнестические данные вызывают подозрение на таковую.

Наш большой материал убедил нас в том, что симптом, предложенный Эйзенштедтером, не является специфичным для внематочной беременности. До операции трудно объяснить, какими причинами может быть обусловлено отклонение матки в ту или иную сторону, а кроме того, это явление можно нередко наблюдать и при наличии опухоли придатков.

К сожалению, в ранние сроки прогрессирующей внематочной беременности все ее признаки бывают выражены слабо и уловить их не так легко. Если же при однократном исследовании и удается обнаружить рядом с маткой опухоль придатков, то это еще не свидетельствует о наличии внематочной беременности, так как иногда пальпируемые изменения в трубе могут быть старыми, возникшими на почве перенесенного ранее

воспалительного процесса. Кроме того, трубную беременность могут симулировать опухоли яичников, а в некоторых случаях — и раздутые петли кишок. Поэтому при малейшем подозрении на внематочную беременность, больную следует госпитализировать в соответствующее лечебное учреждение для наблюдения и, при необходимости, оказания срочной хирургической помощи.

Прогрессирующую внематочную беременность чаще всего приходится дифференцировать с нормальной маточной, с односторонними опухолями придатков (киста, гидросальпинкс), с опухолями воспалительного характера.

Добавочными, уточняющими диагноз методами (биологическими реакциями Ашгейм-Цондека, Фридмана и Майнини) мы пользуемся только в случаях неясной для нас картины заболевания и путаных ответов больных, отрицающих иногда половую жизнь, задержку менструаций и т. п.

Диагностическое значение эти реакции имеют при прогрессирующей внематочной беременности в случаях, когда диагноз колеблется между внематочной беременностью и воспалительным процессом придатков, но не играют роли при дифференциальной диагностике между внематочной и нормальной маточной беременностью, так как эти реакции указывают на наличие беременности вообще, но не на ее локализацию.

Исследование крови дает обычно нормальную картину при несколько ускоренной РОЭ и может иметь поэтому лишь ориентировочное значение при дифференциальной диагностике между воспалительным процессом женских внутренних половых органов и прогрессирующей внематочной беременностью.

Все изложенное выше свидетельствует о том, что постановка диагноза прогрессирующей внематочной беременности, особенно в ранние сроки, является делом трудным и ответственным. Диагноз внематочной беременности следует ставить на основании тщательного учета всех анамнестических данных и сопоставления их с клинической картиной заболевания в динамике его развития, с жалобами больной и объективными данными осмотра. В некоторых случаях диагноз невозможно установить ранее 7—9-дневного и более длительного наблюдения.

При подозрении на внематочную беременность мы назначаем больной постельный режим и устанавливаем за ней строгое наблюдение. Влагалищное исследование производится через короткие промежутки (2—3 дня). Если, несмотря на постельный режим и полный покой, опухоль, определяемая сбоку от матки, продолжает увеличиваться, причем с ростом опухоли картина крови остается прежней и лейкоцитоз не нарастает, температура продолжает оставаться нормальной, а матка не увеличивается, то (при наличии положительной биологической реакции на беременность) можно с большой долей вероятности утверждать, что у данной больной имеет место внематочная беременность.

Больным, в отношении которых по клинической картине, данным анамнеза и течению заболевания мы больше склоняемся не в пользу внематочной беременности, мы тоже назначаем постельный режим и легкое противовоспалительное лечение, а именно: лед на низ живота, хлористый кальций, аутогемотерапию. При наличии воспалительных опухолей уже в первые дни такого лечения можно наблюдать уменьшение опухоли, тогда как при внематочной беременности опухоль будет продолжать постепенно увеличиваться. Наиболее затруднительна диагностика интерстициальной беременности, и диагноз устанавливают обычно только в процессе операции. Характерным для интерстициальной беременности при исследовании является подвижность матки и отсутствие болезненности сводов. Опухоль, пальпируемую через свод, трудно отграничить от тела матки, тогда как при беременности в истмической части трубы или в рудиментарном роге матки между маткой и опухолью всегда ощутима более или менее ясно выраженная ножка.

Руге (Ruge) указывает, что для интерстициальной беременности характерным является расположение дна матки в круто косом положении и более высокое стояние придатков на пораженной стороне. По нашему мнению, признак Руге не является абсолютным и степень выраженности его зависит от направления роста яйца.

Известные затруднения представляет также клиническое распознавание прогрессирующей внематочной беременности поздних сроков. Некоторую помощь в этом отношении могут оказать данные анамнеза, указывающие на появление скудных продолжительных кровяни-

стых выделений после задержки менструации, приступы болей в животе и пр.

В подавляющем большинстве случаев внематочная беременность поздних сроков протекает крайне болезненно и причиняет женщине тягчайшие страдания (мучительные постоянные боли в животе, рвота, метеоризм, неправильные отправления кишечника, усиливающие интоксикацию организма, что может быть объяснено в первую очередь патологическим расположением плода не в матке, а в брюшной полости).

Некоторые авторы, в частности М. Н. Побединский, В. Г. Бекман, Р. А. Черток, склонны объяснять испытываемые такими больными болевые ощущения раздражением брюшины движениями свободно располагающегося в брюшной полости плода. Другие же авторы, в частности В. Ф. Снегирев, Г. Г. Гентер, объясняют эти схваткообразные боли сокращениями матки и называют их ложными родовыми болями при внематочной беременности. Кроме этого, боли в животе при внематочной беременности поздних сроков могут быть обусловлены и развитием обширного спаечного процесса органов брюшной полости с капсулой плодовместилища, что нарушает подвижность этих органов и нормальную перистальтику кишечных петель.

По литературным данным, у некоторых больных развивающаяся внематочная беременность поздних сроков протекает иногда при общем удовлетворительном состоянии и почти полном отсутствии жалоб, но нам ни разу не пришлось наблюдать подобных случаев бессимптомного течения.

При обследовании больной обращает на себя внимание ясное определение мелких частей плода непосредственно под брюшной стенкой. При живом плоде можно констатировать его движения, сердцебиение и плацентарные шумы. Пальпаторные и аускультативные данные при этом бывают выражены более отчетливо, чем при маточной беременности.

Характерной для внематочной беременности в этих случаях является возможность более или менее полного отграничения плодовместилища от матки. Эта граница определяется в виде борозды. Если же плацента прикреплена снаружи ко дну или к задней стенке матки, то отграничить матку от плодовместилища не всегда уда-

ется, и они определяются в виде единого целого. С дифференциально-диагностической целью в таких случаях Гене (Hoehne) предложил применять пробу с питугландолем. Под влиянием препарата задней доли гипофиза — питугландоля, — введенного внутривенно в количестве 0,25—0,5 мл, тотчас же происходит сильное сокращение матки при нормальной маточной беременности, тогда как при внематочной беременности сокращения плодовместилища не происходит, а если оно и сокращается, то очень слабо. Метод Гене мы широко рекомендовать не можем и считаем, что им можно пользоваться в редких случаях только при абсолютной уверенности в отсутствии маточной беременности. Подвижность плодовместилища при внематочной беременности позднего срока обычно резко ограничена, тогда как при нормальной маточной беременности матка вполне подвижна, что также помогает поставить правильный диагноз.

Как указано выше, при внематочной беременности, начиная со 2-го месяца ее развития, матка начинает отставать в своем росте. В последние месяцы внематочной беременности поздних сроков величина матки соответствует размеру $3^1/_2$—4-месячной нормальной маточной беременности. Это обстоятельство имеет большое практическое значение при постановке диагноза внематочной беременности позднего срока.

В некоторых случаях при двуручном исследовании величину матки определить не удается и тогда прибегают иногда к зондированию полости матки, которое может внести некоторую ясность в диагностику. Этот метод был применен нами у одной больной.

Большую помощь при постановке диагноза внематочной беременности поздних сроков, как прогрессирующей, так и прервавшейся, может оказать рентгенография, которая уже с IV—V месяца беременности дает достаточно ясный снимок скелета плода. К рентгенографии брюшной полости нам пришлось прибегнуть в 2 случаях, причем наше подозрение на прогрессирующую внематочную беременность полностью подтвердилось.

Для иллюстрации приводим случай, с нашей точки зрения весьма поучительный.

Больная 36 лет поступила в гинекологическую клинику 9/VII 1946 г. с подозрением на внематочную беременность позднего срока.

Менструации с 15 лет, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Было 4 беременности, из них одна закончилась срочными нормальными родами и три — искусственными абортами. Последняя беременность в 1933 г. закончилась абортом, после которого было воспаление придатков матки. Лечилась амбулаторно. Последняя менструация 27/XI 1945 г., в срок, обычного характера. В конце декабря наблюдались приступы болей в животе без точной локализации. С 5 по 26/I 1946 г. были кровянистые выделения в виде мазни; в связи с их затяжным характером больная обратилась к врачу. Врач объяснил это явление затянувшейся менструацией и назначил постельный режим и препарат спорынью внутрь. 28/I у больной был приступ острых болей схваткообразного характера внизу живота, сопровождавшихся холодным потом и кратковременной потерей сознания. С диагнозом внематочной беременности она была направлена в больницу (Белгород-Днестровск), где был поставлен диагноз криминального аборта. В течение 3 недель температура доходила до 38—39°. Кровянистые выделения в виде мазни продолжались до апреля 1946 г., несмотря на проводимое лечение. После приема пищи и особенно после клизм больная страдала от резкого вздутия живота и сильных мучительных болей, заставлявших ее принимать вынужденное положение на спине. Лечение проводилось консервативное, причем характер проводимых мероприятий больная нам объяснить не смогла. Общее самочувствие несколько улучшилось только к концу апреля и 29/V больная была выписана домой с диагнозом воспаления придатков матки и околоматочной клетчатки.

Еще в последних числах марта, во время пребывания в больнице, больная сама обнаружила опухоль в левой половине живота; опухоль быстро увеличивалась. Врачи рассматривали ее как воспалительный инфильтрат; проводилось тепловое лечение, но опухоль не рассасывалась. Была произведена даже пункция опухоли, причем было получено около 400 мл серозной жидкости. Опухоль продолжала увеличиваться. 27/V 1946 г. была сделана повторная пункция, при которой пунктата не получили.

Во второй половине мая больная ощутила шевеление плода. Врачи считали, что это колебания асцитической жидкости. 10/VI больная выехала в Москву. В женской консультации, куда она обратилась, был поставлен диагноз нормальной маточной беременности сроком 6 месяцев; в связи с состоянием сердца больную направили на комиссию, где было предположено наличие мертвого плода; затем больная поступила на консультацию к нам в клинику, где было высказано подозрение на прогрессирующую внематочную беременность позднего срока, и больная была госпитализирована для производства операции.

При двуручном исследовании шейка матки цилиндрической формы, отечна, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка отклонена вправо, увеличена, как при беременности сроком 2½ месяца. Слева определяется опухоль мягкой консистенции, по величине соответствующая матке при 7-месячной беременности, как бы исходящая из матки. В опухоли определяется плод: ясно прослушивается его сердцебиение и неясно контурируются отдельные части плода.

Был поставлен диагноз: брюшная беременность позднего срока.

Для уточнения диагноза произведено зондирование полости матки: длина матки от наружного зева до дна 11 см. Произведена рентгенография брюшной полости: обнаружен плод в поперечном

положении, по размерам соответствующий плоду при 7-месячной беременности. Больной была предложена операция, на которую она согласилась.

12/VII 1946 г. чревосечение под спинномозговой анестезией. Прямой разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что матка отклонена вправо, увеличена до размеров матки при беременности сроком $2^1/_2$ месяца. Слева от матки в области прямокишечно-маточного углубления плодовместилище с плот-

Рис. 5. Живой $7^1/_2$-месячный плод при брюшной беременности. Видна асимметрия лицевых костей и черепа и выпячивание левого теменного бугра.

ной оболочкой, расположенное своим основанием в расслоенной широкой связке и на брыжейке сигмовидной кишки и уходящее в правую половину живота и правое подреберье. Левая маточная труба переходит в плодовместилище. Сигмовидная кишка распластана по правой и верхней границам плодовместилища. Правые придатки не изменены.

Плодовместилище вскрыто. Извлечен живой плод женского пола $7^1/_2$ месяцев, издавший слабый крик (писк). Удалены левые придатки и полностью выделена плацента. Осложнений по ходу операции не было. Брюшная стенка послойно зашита наглухо, на кожу наложен подкожный шов.

При осмотре ребенка обнаружена асимметрия лицевых костей и черепа, выпячивание левого теменного бугра. Зачатки ногтей на пальцах рук (рис. 5). Ребенок умер через 13 часов.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана в хорошем состоянии на 3-й неделе после операции.

В тех редких случаях, когда внематочная беременность развивается до нормального срока, наступают родовые схватки, которые воспринимаются больными

как наступление родовой деятельности. Приступы болей сопровождаются обычно кровянистыми выделениями и изгнанием из полости матки децидуальной оболочки. Вскоре после наступления этих симптомов, свидетельствующих о прерывании беременности, больные перестают чувствовать движение плода; субъективные ощущения, свойственные беременности, постепенно исчезают; живот уменьшается в размере. Если плод не будет во время извлечен, то он погибает и в нем постепенно наступают регрессивные явления: рассасывание или мумификация, обызвествление и т. п. Затем восстанавливается менструальная функция.

Заканчивая раздел о прогрессирующей внематочной беременности ранних и поздних сроков, мы приходим к заключению, что своевременное распознавание подобных случаев представляет значительные трудности и нужен большой опыт, чтобы своевременно поставить диагноз.

По данным А. Д. Аловского, среди 1125 больных с трубной беременностью диагноз прогрессирующей внематочной беременности был поставлен всего у 19 (1,7%).

Однако при известном опыте постановка диагноза прогрессирующей внематочной беременности несколько облегчается. Так, в нашей клинике диагноз прогрессирующей внематочной беременности до операции был поставлен у 415 из 5064 женщин с внематочной беременностью (8,1%). У 95 женщин прогрессирующую внематочную беременность до операции мы трактовали как кисту яичника, гидросальпинкс, аппендицит и т. п. (18,7% по отношению к больным с прогрессирующей внематочной беременностью). Всего больных с прогрессирующей внематочной беременностью мы наблюдали 510; у трех была беременность поздних сроков, а у 507 — ранних сроков.

НАРУШЕННАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (РАЗРЫВ ТРУБЫ, ТРУБНЫЙ ВЫКИДЫШ)

В этом разделе мы сообщаем данные только о больных с разрывом трубы и трубным выкидышем. О больных со старой внематочной беременностью, тоже относящейся к нарушенной внематочной беременности, см. стр. 94.

Первые выраженные симптомы внематочной беременности появляются, когда происходит нарушение в развитии плодного яйца или его гибель. Нарушение трубной беременности обусловливается либо разрывом внутренней капсулы плодовместилища вследствие внедрения в нее ворсин хориона, причем плодное яйцо постепенно выталкивается в брюшную полость (трубный выкидыш), либо разрывом наружной капсулы плодовместилища (разрыв или перфорация трубы).

Нарушение трубной беременности путем разрыва наружной капсулы плодовместилища у большинства больных сопровождается внутренним кровотечением и явлениями перитонеального шока.

Чем же обусловливаются явления перитонеального шока?

Разрыв трубы, как правило, сопровождается болью; интенсивность боли различна у разных больных, что объясняется особенностями функционального состояния нервной системы; возникновение боли обусловливается не только разрывом трубы как таковым, но и рефлекторным раздражением брюшины изливающейся при разрыве трубы кровью. Чрезвычайные раздражители, как указывают И. Р. Петров, Н. М. Штырова и др., вызывая состояние резкого возбуждения, приводят клетки центральной нервной системы к явлению охранительного торможения. «Запредельное торможение коры головного мозга и подкорковых центров и обусловливает возникновение шока» (И. М. Гольберг).

Мы считаем, что перитонеальный шок при разрыве беременной трубы сочетается с состоянием резкой анемизации, которое наступает в результате значительного внутреннего кровотечения и усугубляется быстро наступающей анемией.

Внешний вид больной, у которой произошел разрыв трубы, очень характерен: резкая бледность кожи и видимых слизистых, выражение испуга на лице, расширенные зрачки, бледные, с синюшным оттенком губы. Больная лежит спокойно, так как малейшее движение или сотрясение тела усиливает мучительные боли в животе. Температура обычно нормальная и даже пониженная, если после разрыва прошел некоторый срок и началось всасывание крови. Пульс частый, легко сжимаемый, иногда еле ощутимый. Дыхание частое и прерывистое.

Тело покрыто холодным потом. Больная отмечает острые боли в животе, отдающие обычно под лопатку, в плечо соответствующей стороны, чувство давления на прямую кишку, жажду, слабость, головокружение и т. п. Живот несколько вздут, резко болезнен при пальпации, особенно при быстром отнятии руки, медленно надавливающей на брюшную стенку (положительный симптом Щеткина), напряжения прямых мышц живота часто не наблюдается. В отлогих местах живота и над лобком определяется притупление перкуторного звука, переходящее в тимпанит вокруг пупка.

Из 2081 больной с разрывом трубы 1940 поступили к нам в состоянии перитонеального шока (93%), причем у 534 из них (25,6%) это состояние было особенно резко выраженным. По отношению к общему числу больных с внематочной беременностью процент поступивших в шоковом состоянии составляет 38,3.

Трубный выкидыш по клинической картине отличается от разрыва трубы более длительным течением. Яйцо, постепенно отслаиваясь от внутренней стенки трубы, сократительными, антиперистальтическими движениями ее выталкивается в брюшную полость. И чем дальше от ампулярного конца трубы оно имплантировано, тем длительнее протекает выкидыш.

Больные с трубным выкидышем редко поступают в состоянии перитонеального шока. Иногда общее состояние их может быть тяжелым, но в большинстве случаев картина заболевания спокойнее, чем у больных с разрывом трубы. Это объясняется тем, что кровотечение при трубном выкидыше обычно количественно значительно меньше, чем при разрыве трубы, так как рвутся более мелкие сосуды слизистой трубы, а образующиеся при этом сгустки свертывающейся крови тампонируют кровоточащие участки. Поэтому при осмотре больной с трубным выкидышем явления раздражения брюшины и внутреннего кровотечения выражены соответственно значительно слабее, а иногда и совсем отсутствуют. Живот обычно мягкий, несколько болезненный при пальпации, симптом Щеткина более выражен на стороне беременной трубы, где иногда удается определить и притупление перкуторного звука над пупартовой связкой.

С трубным выкидышем мы наблюдали 2174 больных.

Из опроса больной с нарушенной внематочной беременностью (если он еще возможен) можно установить, что заболевание началось внезапно, среди полного здоровья, острой режущей болью в животе, от которой больная впала в обморочное состояние. Иногда же внезапно начавшемуся заболеванию предшествовали менее интенсивные приступы болей в животе схваткообразного характера с преимущественной локализацией в правой или левой подвздошной области. После этих приступов, сопровождавшихся нередко обморочным состоянием, наступали периоды успокоения, когда больная вновь чувствовала себя вполне здоровой.

В табл. 13 приведены данные о числе наблюдавшихся у больных приступов болей.

Таблица 13

Число приступов болей у больных с нарушенной внематочной беременностью

Приступы	Число больных		Процент
1	1 536		
2	1 480	3754	91,4
3	738		
4	204		
5	50		
6	8		
7	4		
8	8	350	8,6
12	2		
Несколько (без указаний точной цифры) . . .	74		
Итого . . .	4 104		100

Как видно из табл. 13, число приступов болей у большинства больных (91,4%) не превышало 1—3. Только у 350 больных (8,6%) отмечено число приступов от 4 и даже до 12.

При трубном выкидыше число приступов болей обычно бывает большим по сравнению с разрывом трубы.

Таблица 14

Частота, характер и локализация болей при нарушенной трубной беременности

Характер и локализация болей		Больные с нарушенной трубной беременностью				Из них					
						больные с разрывом трубы (2081)				больные с трубным выкидышем (2174)			
		абс. число		%		абс. число		%		абс. число		%	
Приступы схваткообразных болей внизу живота	Боли на стороне беременной трубы	3 098	4 104	72,8	96,5	1 632	2 056	78,4	98,8	1 466	2 048	67,4	94,2
	Боли на противоположной стороне	586		13,8		344		16,5		242		11,2	
	Боли без точной локализации	420		9,9		80		3,9		340		15,6	
	В том числе острые боли	1 509		35,4		1 318		63,3		191		8,8	
Боли ноющего характера внизу живота		126		2,9		25		1,2		101		4,6	
Итого		4 230		99,4		2 081		100,0		2 149		98,8	

akusher.ucoz.ru

Частота, характер и локализация болей при нарушенной внематочной беременности, по нашим данным, отражена в табл. 14.

Из табл. 14 следует, что у 4230 из 4255 больных с нарушенной трубной беременностью отмечались боли (99,4%), причем у большинства (96,5%) наблюдались приступы болей с преимущественной локализацией на стороне беременной трубы (72,8%). Боли ноющего характера внизу живота встречались сравнительно редко (2,9%).

Нетрудно проследить, что не было ни одной женщины с разрывом трубы, которая поступила бы к нам без жалоб на боли (при разрыве трубы боли отмечены в 100% случаях), тогда как при трубном выкидыше у незначительной части больных (1,2%) не было болевых ощущений.

На острые боли при разрыве трубы жаловалось 1318 женщин (63,3%), тогда как при трубном выкидыше — только 191 женщина (8,8%).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что трубный выкидыш по своей клинической картине протекает более сглаженно, сопровождается менее интенсивными болями и характеризуется большей частотой болей без точной локализации и ноющего характера, чем разрыв трубы.

По мнению Р. А. Чертока, боли возникают в результате раздражения нервных окончаний (фатер-пачиниевых телец) растущей растянутой трубой. Нередко боли внизу живота сопровождаются кровянистыми выделениями, что, по мнению А. И. Тимофеева, по-видимому, является результатом сокращения матки.

Л. Я. Цейтлин, Р. А. Черток и некоторые другие авторы указывают, что сопутствующие боли без точной локализации могут быть обусловлены иногда и не кровотечением, а рефлекторным раздражением брюшины. К этому мнению присоединяемся и мы. Нам неоднократно приходилось оперировать женщин с тяжелыми проявлениями шока, в то время как в брюшной полости было обнаружено лишь незначительное количество крови.

Раздражение брюшины сказывается и в резкой болезненности живота при быстром отнятии руки, медленно надавливающей на брюшную стенку, и даже при легкой перкуссии живота.

Нередко спустя несколько минут, а иногда даже и часов после инсульта больная ощущает резкую боль в плече, лопатке и межлопаточной области. Иррадиирующая боль в плече — так называемый френикус-симптом — при внематочной беременности объясняется тем, что излившаяся в брюшную полость кровь при горизонтальном положении больной достигает диафрагмы, раздражая при этом чувствительные волокна грудобрюшного нерва.

Феномен боли в плече давно известен в медицине. Еще в работах Гиппократа можно найти указания на боль в плече, как симптом «нарыва печени».

Первое указание на этот симптом при внематочной беременности мы находим у Лефельмана (Löffelmann, 1914). В 1924 г. на этот симптом первым из отечественных авторов обратил внимание Ф. А. Соловьев, затем Д. А. Гудим-Левкович и А. А. Зарницкий.

Не следует забывать, что френикус-симптом можно наблюдать и при некоторых заболеваниях органов грудной и брюшной полости, а именно при перфорациях язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, при заболеваниях сердца, печени и, как указывает Я. М. Павловский, в редких случаях и при аппендиците.

Боль в плече может быть односторонней, двусторонней или перекрестной, то очень сильной и кратковременной, то незначительно выраженной, еле уловимой и продолжающейся длительное время. У одной больной мы наблюдали этот симптом в течение нескольких дней, и невропатолог, с которым по поводу этих болей мы консультировали больную, трактовал эти боли как плексит и назначил даже ультрафиолетовое облучение области плеча. При операции по поводу внематочной беременности у этой больной в брюшной полости было обнаружено лишь небольшое количество крови.

По нашим наблюдениям, которые полностью совпадают с данными некоторых других авторов (К. И. Стрезова, Л. Я. Цейтлина, А. И. Тимофеева, Г. К. Живатова), френикус-симптом является характерным и существенным признаком нарушенной внематочной беременности.

Некоторые больные при наличии нарушенной внематочной беременности жалуются на боли в области желудка, поясницы, печени, сердца и т. п. Интенсивность этих болей бывает иногда настолько выражена, что

дает некоторые основания заподозрить наличие сопутствующего заболевания других органов брюшной полости или самостоятельного заболевания печени, почек и т. п. В клинической практике можно наблюдать случаи, когда больные с внематочной беременностью поступают и в терапевтические, и в хирургические клиники с диагнозом почечной колики, кишечной интоксикации и с другими диагнозами.

К нам были переведены больные, одна из которых была доставлена в одно из лечебных учреждений с диагнозом крупозной пневмонии, другая — частичной кишечной непроходимости, третья — холецистита и четвертая — панкреатита; указанных заболеваний у больных не оказалось, и мы оперировали их по поводу внематочной беременности; диагноз полностью подтвердился и при гистологическом исследовании препарата.

М. А. Петров-Маслаков, объясняя механизм возникновения отраженных болей, указывает, что раздражение, передаваясь вверх по подчревному и аортальному сплетениям, доходит до превертебральных сплетений, через которые импульсы направляются к спинномозговым вегетативным клеткам, заложенным в боковых рогах серого вещества спинного мозга. Отсюда уже эти импульсы переключаются на соседние отделы спинного мозга и на центробежные соматические волокна, связанные с другими органами и соответствующими сегментами кожи. Длительные раздражения, прорываясь в кору головного мозга вследствие их интенсивности, продолжительности, разлаженности взаимоотношений коры и подкорки, оформляются корой полушарий как болевое ощущение отдаленной от половых органов локализации. Эти очаги болевой чувствительности могут иметь как сегментарный, так и разлитой (внесегментарный) характер. Внесегментарный характер болей определяется тем, что раздражение передается и на другие симпатические нервные образования. В связи с наличием диффузного распространения симпатической иннервации возникшее раздражение может передаваться на другие отделы и сплетения, иррадиировать в различные органы.

Иррадиация болей в прямую кишку обусловлена раздражением кровью, изливающейся и скапливающейся при разрыве трубы или трубном выкидыше в прямокишечно-маточном углублении.

Таблица 15

Иррадиация болей у больных с нарушенной трубной беременностью

Иррадиация болей	Больные с нарушенной трубной беременностью (4255)		В том числе			
			больные с разрывом трубы (2081)		больные с трубным выкидышем (2174)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
В прямую кишку . . .	2 742	64,2	1 304	62,6	1 438	66,1
» плечо (френикус-симптом)	1 027	24,1	727	34,9	300	14,0
В поясницу	909	21,3	550	26,4	359	16,5
» желудок	406	9,5	380	18,2	26	1,2
» подреберье	283	6,6	213	10,2	70	3,2

В табл. 15 приведены данные об иррадиации болей у больных с разрывом трубы и трубным выкидышем.

Как видно из табл. 15, наиболее часто, по нашим наблюдениям, боли иррадиировали в область прямой кишки (64,2%), в плечо (24,1%) и в поясницу (21,3%), тогда как иррадиация болей в желудок и подреберье отмечалась сравнительно редко.

Наиболее выражена была иррадиация болей при разрыве трубы, при котором френикус-симптом, например, наблюдался примерно в 2 раза чаще, чем при трубном выкидыше, а также чаще отмечалась иррадиация болей в поясницу, желудок и подреберье, что легко объяснимо тем, что при разрыве трубы в брюшную полость попадает большее количество крови, что способствует большему раздражению симпатических нервных стволов.

Нередко в момент разрыва беременной трубы, а иногда и при трубном выкидыше больные отмечают позывы на дефекацию, чувство давления на область прямой кишки, тошноту, рвоту, учащенный, а в некоторых случаях и непроизвольный стул. Одновременно можно иногда наблюдать и расстройства со стороны мочевого пузыря: позыв к мочеиспусканию в момент разрыва беременной трубы [признак Герцфельда (Hertzfeld)], учащенное или болезненное мочеиспускание, задержку его и т. п.

Пискачеком (Piskacek) описаны даже случаи полной анурии и рефлекторной задержки мочи при разрыве беременной трубы и внутреннем кровотечении. Нам таких случаев наблюдать не пришлось.

Все эти явления нарушения функции кишечника и мочевого пузыря обусловливаются раздражением брюшины излившейся кровью и давлением последней на тазовые нервы.

Среди наших 2081 больной с разрывом трубы задержка мочеиспускания отмечена у 286 женщин (13,7%), нарушения различного характера со стороны кишечника — у 1000 (48,0%), в том числе у 178 женщин были тошноты, а у 290 — рвота. Что же касается больных с трубным выкидышем, то у них эти явления обычно отсутствовали и отмечены только у единичных больных.

Характерным для нарушенной внематочной беременности признаком, отличающим ее от других заболеваний, сопровождающихся болезненностью живота при пальпации, является отсутствие в подавляющем большинстве случаев значительного напряжения мышц брюшной стенки. Этот феномен, по нашему мнению, а равно и по наблюдениям И. Л. Брауде, К. К. Скробанского и В. Штеккеля, типичен для внематочной беременности.

В свежих случаях разрыва трубы, сопровождающегося обильным внутренним кровотечением, по утверждению Кюлена (Cullen), может наблюдаться иногда синезеленое окрашивание кожи в области пупка, что некоторые авторы склонны объяснять всасыванием излившейся крови густой сетью лимфатических сосудов брюшины, просвечивающих через брюшную стенку.

В литературе этот симптом описан Геллендалем (Hellendall) как характерный при ущемленной грыже, а также К. И. Стрезовым и Г. К. Живатовым — при перекруте кисты яичника. Нам ни разу не приходилось наблюдать подобное явление даже при внутренних кровотечениях с количеством излившейся крови 2500—3000 мл.

С. В. Кисин (1941) предложил в случаях свеженарушенной внематочной беременности пользоваться следующим симптомом. Он сообщил, что если ладонными поверхностями (не пальцами) обеих рук осторожно пальпировать нижнебоковые части живота больной, то на пораженной стороне ощущается «валик». С. В. Кисин указал при этом, что хотя, по его наблюдениям, этот симптом и бывает положительным в 90% случаев, но

пользоваться им можно только в комбинации с другими симптомами. Мы указанным симптомом не пользовались, но полагаем, что он не может быть специфичным для внематочной беременности.

По мнению Н. И. Кушталова, у некоторых больных при обильном внутреннем кровотечении можно заметить шафрановое окрашивание кистей рук и подошвенных поверхностей стоп, склер, слизистой верхнего нёба и т. п. Окрашивание указанных поверхностей тела объясняют усиленным гемолизом эритроцитов и распределением кровяного пигмента в местах замедленного периферического кровообращения.

Среди наших больных симптом Кушталова был отмечен только у трех; это свидетельствует о том, что он малохарактерен для внематочной беременности и не может иметь практического значения.

В острых случаях разрыва трубы в брюшную полость может за самый короткий промежуток времени излиться до 2 л крови и более. Излившаяся кровь распределяется по всей брюшной полости, стекая в отлогие ее места (подвздошные впадины, прямокишечно-маточное углубление), располагаясь между петлями кишок, и легко определяется при перкуссии живота по притуплению перкуторного звука в местах скопления крови. При изменении положения больной происходит и перемещение перкуторного звука, но оно совершается медленно, так как кровь, организуясь и фиксируясь на окружающих ее органах, теряет способность к быстрому перемещению.

Наличие свободной крови в животе уже с большой долей вероятности говорит о разрыве беременной трубы.

В табл. 16 мы приводим данные о ряде симптомов, которые нам пришлось наблюдать при нарушенной трубной беременности.

Данные, содержащиеся в табл. 16, полностью убеждают в том, что разрыв беременной трубы сопровождается несравнимо более острой картиной заболевания, чем трубный выкидыш, и все симптомы, на которые мы уже указывали, выражены ярче и у значительно большего числа больных первой группы. Почти в 3 раза чаще при разрыве трубы, чем при трубном выкидыше, выражен симптом Щеткина-Блюмберга и в 5 раз чаше мы встречаемся с притуплением перкуторного звука в

Таблица 16

Симптомы нарушенной внематочной беременности

	Больные с нарушенной внематочной беременностью (4255)		В том числе			
			больные с разрывом трубы (2081)		больные с трубным выкидышем (2174)	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Симптом Щеткина-Блюмберга	2 435	57,2	1 770	85	665	30,6
Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота	1 023	24	850	40,8	173	8,0
Значительное напряжение прямых мышц живота	182	4,3	182	8,7	—	—

отлогих местах живота, что вполне понятно из ранее изложенного.

Классический признак при внутреннем кровотечении — это учащенный, слабого наполнения пульс, иногда еле ощутимый. По истечении сравнительно короткого промежутка времени после окончания приступа острых болей пульс несколько выравнивается. Характерна его лабильность: при малейшем усилии или движении больной, нередко даже при влагалищном исследовании, пульс падает, становится частым, проявляет свою слабость и неустойчивость.

И. М. Гольберг отмечает, что чрезвычайный раздражитель вызывает запредельное торможение коры больших полушарий головного мозга, а перевозбуждение симпатической нервной системы приводит к парезу капилляров в скелетной мускулатуре, влекущему за собой стаз капиллярного кровообращения. Это депонирование крови в свою очередь вызывает состояние резкой олигемии, что служит причиной катастрофического падения артериального давления и резкого замедления кровотока. Если явления шока затягиваются, то происходит сгущение крови, что сказывается в еще большем ухудшении кровообращения. Недостаточная наполненность кровью сердечных сосудов ведет к ухудшению работы сердца. Нарастающая гипоксемия тяжело отражается на наиболее чувствительной к кислородному голоданию

ткани — центральной нервной системе, и так образуется «порочный круг».

На ухудшении состояния больной сказывается и продолжающееся кровотечение.

По нашим наблюдениям, пульс при остром разрыве трубы был учащенным от 80 до 140 ударов в минуту у 1144 больных (55%), нитевидным — у 250 (12%), замедленным до 54 ударов в минуту — у 104 (5%) и нормальным — у 583 (28%).

Пульс и окраска слизистых являются характерными симптомами разрыва беременной трубы, сопровождающегося тяжелым внутрибрюшным кровотечением, тогда как при других формах внематочной беременности (прогрессирующей трубной беременности, трубном выкидыше и т. п.) они не являются характерными.

Пульс при трубном выкидыше в различных стадиях не одинаков. В стадии внешнего благополучия, т. е. до или в промежутке между приступами болей, пульс обычно нормальный или слегка учащен. При значительной потере крови, а также во время приступов болей пульс, как и при разрыве трубы, учащается до 110 ударов в минуту и более, становится мягким, легко сжимаемым и не соответствует температуре. В редких случаях нам приходилось наблюдать иногда и обратную картину, когда, несмотря на сильнейшее кровотечение (до 1,5—2 л крови), пульс оставался редким — не более 60 ударов в минуту, а иногда и меньше. Это явление, по-видимому, можно объяснить рефлекторным раздражением блуждающего нерва.

О. Н. Антошина, А. В. Александров и Г. К. Живатов указывают, что артериальное давление при нарушенной внематочной беременности, как минимальное, так и максимальное, остается в пределах нормы.

По нашим наблюдениям, артериальное давление при нарушенной трубной беременности у большинства больных бывает сниженным: минимальное — в пределах от 45 до 80 мм, а максимальное — от 80 до 110 мм; артериальное давление обычно снижается соответственно степени кровопотери и у ряда тяжелобольных даже не определяется.

Наши данные показали, что температура в случаях острого прерывания беременности, сопровождающегося внутренним кровотечением, оставалась в пределах нор-

мы или падала: у некоторых больных мы наблюдали температуру 35,8°, тогда как у 14 женщин с тяжелым внутрибрюшным кровотечением, оперированных в экстренном порядке, температура достигала 38—38,8°.

Аналогичные наблюдения в отношении температуры больных имеются у И. Л. Брауде, М. Н. Побединского, А. Д. Аловского и О. Н. Антошиной.

При трубном выкидыше незначительные повышения температуры встречаются чаще, что обусловливается асептическим раздражением брюшины и всасыванием излившейся крови. В хронически протекающих случаях трубного выкидыша температура может давать и значительные колебания, доходя у некоторых больных до 38—39°.

При трубном выкидыше нормальная температура при поступлении в клинику была отмечена у 1550 (71,3%) женщин, от 37,2 до 37,8° — у 439 (20,2%) и выше 38° — у 148 женщин (6,8%). У 37 женщин температура была ниже 36° (1,7%).

Эти наблюдения свидетельствуют о том, что нормальная температура при трубном выкидыше наблюдается значительно чаще (71,3%), чем отклонения ее в сторону повышения.

Что касается изменений в картине крови при нарушенной внематочной беременности, то необходимо отметить следующее.

Уже в первые часы после инсульта в случаях острого внутрибрюшного кровотечения (свыше 1500 мл крови) можно обнаружить падение количества гемоглобина и эритроцитов.

Это уменьшение находится в основном в прямой зависимости от длительности кровотечения. Однако об анемии в полном смысле этого слова можно судить только тогда, когда восстанавливается общая масса крови, ее жидкая часть.

Известно, что одним из факторов, определяющих состояние больного при кровопотере, является состояние приспособительных функций его организма. В сложном процессе компенсации острой кровопотери участвует ряд защитных механизмов (поступление лимфы и тканевой жидкости в сосудистое русло, спазм сосудов, одышка, повышенная способность к восприятию тканями кислорода, перераспределение крови в сосуди-

стой системе и ряд других). Нередко приходится наблюдать некоторое несоответствие общего состояния больной и показателей анализа ее периферической крови: при низком содержании гемоглобина общее состояние больной продолжает оставаться относительно хорошим, и наоборот. Это свидетельствует о том, что показатели периферической крови в подобных случаях не отражают действительного состояния организма.

В. Г. Матысняк, проводя сравнительные исследования морфологического состава крови, установила, что после острой кровопотери из периферических сосудов и из сосудов внутренних органов (при операции чревосечения) происходит перераспределение морфологических элементов крови в различных частях сосудистой системы (гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов). У 38 из 50 обследованных ею больных содержание гемоглобина и количества эритроцитов было выше в сосудах внутренних органов по сравнению с кровью периферических сосудов, причем у ряда больных эта разница была очень большой.

Автор сообщила, что несоответствие содержания гемоглобина и эритроцитов в сосудах внутренних и периферических органов в сторону увеличения их в первых и уменьшения в последних нисколько не осложнило ни операцию, ни послеоперационный период. Это обстоятельство позволило В. Г. Матысняк прийти к выводу, что перераспределение морфологических элементов крови является несомненно защитной или компенсаторной реакцией организма.

Если в первые часы после инсульта цифры, свидетельствующие о падении гемоглобина и количества эритроцитов, и не являются абсолютными, то все же они служат важным показателем внутрибрюшного кровотечения. Нам пришлось наблюдать больных, у которых количество эритроцитов доходило до 2 500 000, а гемоглобин — до 20—30%.

Процентное содержание гемоглобина при нарушенной внематочной беременности было определено у 3682 из 4255 больных (86,5%). От 20 до 30% гемоглобина было отмечено у 76 женщин, от 31 до 40% — у 612, от 41 до 50% — у 836, от 51 до 60% — у 1310 и от 61% и выше — у 848 женщин. Таким образом, у 2158 женщин (58,6%) гемоглобин был в пределах или несколько ниже нормы, тогда как у остальных 1524 (41,4%) было

отмечено значительное снижение процентного содержания гемоглобина.

Наиболее низкие цифры процентного содержания гемоглобина наблюдались преимущественно в случаях острого, значительного, а главное, продолжительного внутреннего кровотечения. Однако нам приходилось наблюдать также и относительно редкие случаи, когда в брюшную полость изливалось до 1000 мл крови, а показатели гемоглобина оставались в пределах 70—72% и, наоборот, при незначительных, но продолжительных кровотечениях процент гемоглобина падал до 30—40.

На основании этих наблюдений мы можем утверждать, что прогрессивное падение процентного содержания гемоглобина при отсутствии значительного наружного кровотечения является одним из ценных диагностических признаков нарушенной внематочной беременности. В случаях, протекающих по типу трубного выкидыша, прогрессивное падение процентного содержания гемоглобина протекает на фоне почти нормальной картины крови.

Не менее важное диагностическое значение при дифференциальной диагностике между внематочной беременностью (прогрессирующей и нарушенной) и воспалительными заболеваниями женских половых органов имеют и показатели содержания лейкоцитов в крови.

Фаррар (Farrar), изучив 100 случаев внематочной беременности, нашла, что больше чем у половины больных количество лейкоцитов в крови было неустойчиво и что увеличение его свидетельствовало о продолжающемся кровотечении.

Некоторые авторы (Д. А. Гудим-Левкович, Р. А. Черток, О. Н. Антошина, Е. В. Новикова) указывают, что содержание лейкоцитов в крови при внематочной беременности остается в пределах нормы. Другие же исследователи [Джемс (James) и Лафферти (Lafferty), Фитцжеральд (Fitzgerald) и Брюер (Brewer)] сообщают о том, что, по их данным, более чем в половине случаев внематочной беременности содержание лейкоцитов в крови бывает повышенным.

По данным В. Г. Матысняк (1958), содержание лейкоцитов в периферической крови при острой кровопотере остается неизмененным, в связи с чем этот автор высказывает предположение, что в случаях острой крово-

потери в сосуды внутренних органов устремляется из депо кровь, богатая гемоглобином и эритроцитами, тогда как на периферию, возможно, устремляется лимфа и тканевая жидкость, богатая лейкоцитами. В. Г. Матысняк склонна рассматривать постгеморрагический лейкоцитоз как благоприятный прогностический признак, свидетельствующий о высокой реактивности организма.

Содержание лейкоцитов в крови было определено у 3141 больной с нарушенной внематочной беременностью (62%), в том числе у 1912 оперированных в экстренном порядке оно было определено непосредственно перед операцией.

Наши показатели приведены в табл. 17.

Таблица 17

Количество лейкоцитов у больных с нарушенной трубной беременностью (до операции)

Количество лейкоцитов	Число больных	%
От 4000 до 6000	734	23,4
» 6100 » 8000	851	27,1
» 8100 » 10 000	600	19,1
Свыше 10 000	956	30,4
Итого . . .	3 141	100

Таким образом, у 76,6% больных содержание лейкоцитов оставалось в пределах нормы или было повышенным, причем значительное повышение количества лейкоцитов наблюдалось при нарушенной внематочной беременности со свежим внутрибрюшным кровоизлиянием, при старой и нагноившейся внематочной беременности, а также при наличии одновременного воспалительного процесса придатков.

Падение процентного содержания гемоглобина при нормальном или слегка повышенном лейкоцитозе и нормальной температуре, при соответствующих данных анамнеза и клинической картине является ценным диагностическим признаком при установлении диагноза внематочной беременности.

Реакция оседания эритроцитов была определена нами по Панченко у 2348 женщин (46,3%); полученные данные представлены в табл. 18.

Таблица 18

Реакция оседания эритроцитов у больных с нарушенной трубной беременностью (до операции)

РОЭ в мм в час	Число больных		Процент	
До 10	896	1 303	38,1	55,4
От 11 до 15	407		17,3	
» 16 » 20	187	425	8,0	18,2
» 21 » 30	238		10,2	
» 31 » 40	276	620	11,7	26,4
» 41 » 50	143		6,1	
» 51 » 60 и выше	201		8,6	
Итого . . .	2348		100	

Из табл. 18 следует, что у 1303 женщин (55,4%) РОЭ была нормальной и у 425 — слегка ускоренной (18,2%), тогда как у 620 больных (26,4%) РОЭ была ускоренной в пределах от 31 до 75 мм в час. Так как ускорение РОЭ является характерным показателем при воспалении придатков матки, мы рекомендуем проявлять особую осторожность при постановке диагноза в случаях, когда неясно, имеется ли внематочная беременность, или воспалительный процесс придатков, а РОЭ у больных бывает резко ускорена. Наши данные свидетельствуют о том, что подобное явление может наблюдаться и при комбинации внематочной беременности с одновременным воспалительным процессом придатков, при старой форме внематочной беременности, а также при разрыве трубы, сопровождающимся обильным внутренним кроветечением.

По данным Л. Л. Окинчица, некоторое ускорение РОЭ наблюдается и при прогрессирующей внематочной беременности; при разрыве же плодовместилища ускорение РОЭ возникает на почве малокровия вне зависимости от характера кровоизлияния (ограниченное оно или разлитое).

Количественное содержание лейкоцитов в крови и РОЭ, достигая у ряда больных с внематочной беремен-

ностью высоких показателей, вместе с тем подвержены большим колебаниям.

Неустойчивость и изменчивость показателей количества лейкоцитов чаще наблюдаются у больных со свежим внутрибрюшным кровоизлиянием.

Приведем несколько примеров.

1. У одной больной 30 лет, оперированной по поводу разрыва трубы в истмической ее части, количество лейкоцитов крови через 5 часов после разрыва трубы доходило до 31 600, тогда как на следующий после операции день составило 11 000.

2. У другой больной 23 лет, оперированной по поводу левосторонней трубной беременности с разрывом трубы в ампулярной части, количество лейкоцитов до операции было 13 100, после операции — 4400.

3. У третьей больной 31 года, оперированной по поводу разрыва правой беременной трубы, количество лейкоцитов через 3 часа после внутреннего кровотечения составляло 18 000, а на 3-и сутки после операции — 6800.

Наблюдалось нами и обратное явление, когда количество лейкоцитов крови не снижалось, а наоборот нарастало после операции.

Значительный лейкоцитоз крови до операции, повидимому, можно связать с количеством излившейся крови и временем, которое прошло с момента внутреннего кровотечения до исследования крови, а также с изменениями воспалительного характера, особенно при старых формах внематочной беременности.

Истинное значение этого факта становится ясным при вдумчивой оценке всей картины заболевания. Суммирование отдельных и на первый взгляд будто бы незначительных признаков заслуживает внимания и облегчает постановку диагноза.

Л. М. Флерова установила, что в первые сутки после кровопотери наступает гипопротеинемия; к 3-м суткам количество белка в сыворотке заметно возрастает и восстановление белка продолжается примерно в течение 5—10 дней. Количество альбуминов в плазме, значительно снизившееся в первые сутки после кровопотери, возвращается к норме только на 3-и сутки, а содержание глобулинов оказывается наиболее высоким на 5—7-е сутки после операции. Количество фибриногена в плазме снижается немедленно после кровопотери, на 3-и же

сутки фибриноген восстанавливается до нижних цифр нормы.

Е. И. Филина, изучая изменения гематокрита и удельного веса крови у больных с острыми акушерскими или гинекологическими кровопотерями, установила, что при острых кровопотерях, в частности в случаях разрыва трубы при внематочной беременности, в течение первых 2 суток после происшедшего кровоизлияния отмечается прогрессивное разжижение крови и снижение удельного веса цельной крови. Гематокрит постепенно восстанавливается только на 4—5-е сутки.

Приведенные данные имеют большое практическое значение и свидетельствуют о необходимости принятия действенных мер в борьбе с кровопотерей, выражающихся в немедленном переливании больной ее собственной крови, излившейся в брюшную полость, или переливании донорской крови, а не обильных вливаний физиологического раствора, как это предлагают Л. Я. Цейтлин, А. Д. Аловский, Р. Р. Макаров и другие авторы.

При разрыве внутренней капсулы плодовместилища (трубный выкидыш) кровь может поступать не только в брюшную полость, но и в полость матки, выделяясь наружу в виде цвета кофейной гущи кровянистых мажущихся выделений. Эти незначительные кровянистые выделения из матки в виде «кровянистой мазни» являются важным диагностическим признаком нарушенной внематочной беременности.

По мнению большинства авторов, причиной, вызывающей кровянистые выделения, является отслойка децидуальной ткани, но В. Б. Файнберг полагает, что в некоторой степени они обусловлены гиперемией тазовых органов и ослаблением сократительной способности матки.

Штеккель считал, что кровотечение из полости матки вызывается смертью плода, а отхождение децидуальной оболочки является уже следствием самого кровотечения.

Кровь, выделяющаяся из матки при нарушенной внематочной беременности, обычно темного цвета, иногда содержит обрывки ткани, окрашенной в коричневый цвет. Особенно характерен для внематочной беременности затяжной характер кровянистых выделений, продолжающихся по 2—3 недели, а иногда и дольше.

У большинства больных кровянистые выделения появляются после более или менее длительной задержки менструаций. В то же время нам пришлось наблюдать больных, у которых прерывание беременности происходило при отсутствии задержки менструации. Если нарушение беременности происходит в очень ранней стадии развития яйца, до срока или в срок ожидаемой менструации, то появление кровянистых выделений в этих случаях рассматривается больными как наступление менструации. Среди наших больных кровотечения после более или менее длительной задержки менструации наступили у 2887 (80%), и в срок или раньше срока ожидаемой менструации — у 722 (20%) женщин.

Частота маточных кровотечений при внематочной беременности, по данным разных авторов, колеблется в значительных пределах. Так, например, Р. А. Черток на 178 случаев внематочной беременности маточные кровотечения отмечает у 38,8%, Л. И. Канторович на 157 случаев — у 45%, В. С. Груздев на 152 случая — у 91%, А. Д. Аловский — у 80,8%, Г. Е. Гофман на 1139 случаев — у 78,2%.

Среди наших 4255 больных с нарушенной внематочной беременностью маточные кровотечения отмечены у 3609 (84,8%), из них: мажущиеся кровянистые выделения у 2712 (63,7%), умеренные кровянистые выделения у 744 (17,5%) и обильные кровянистые выделения у 153 (3,6%).

В крайне редких случаях наружное кровотечение при внематочной беременности бывает обильным, что вызывает подозрение на неполный выкидыш и дает повод к тому, чтобы произвести выскабливание стенок матки.

Отхождение децидуальной оболочки является не менее важным диагностическим признаком нарушенной внематочной беременности. Это подтверждается нашими многочисленными наблюдениями.

Изгнание плода и сгустков крови, а также отторжение децидуальной оболочки сопровождаются приступами схваткообразных болей внизу живота с преимущественной локализацией на стороне беременной трубы. В промежутках между приступами остаются тупые боли ноющего характера в правом и левом паху. Эти боли по своей интенсивности и локализации могут быть самыми разнообразными. Отхождение децидуальной оболоч-

ки до операции мы наблюдали у 1439 (31,6%) и после операции — у 164 (3,6%) женщин.

Частота отхождения децидуальной оболочки составляет, по данным Р. А. Чертока, 57,6%, по В. С. Груздеву — 17,5%, по А. И. Тимофееву — 23%, по Г. Е. Гофману — 24%, по С. М. Клейну — 38% случаев.

Децидуальная оболочка при внематочной беременности характеризуется отсутствием ворсин хориона, которые всегда имеются и легко определяются при маточном выкидыше, при погружении выделившейся ткани в стакан с водой. А. П. Губарев считал, что выделение децидуальной оболочки без ворсин хориона позволяет сразу решить вопрос о наличии внематочной беременности. На это же указывали М. Н. Побединский, Л. А. Кривский, Л. Л. Окинчиц, Д. О. Отт, Липман (Liepman) и О. Кюстнер. Однако в литературе имеются также указания, что отторжение такой же, как и при внематочной беременности, децидуальной оболочки можно изредка наблюдать и при других заболеваниях, например при персистирующем фолликуле (Э. М. Каплун) и лютеиновых кистах (И. Г. Киселев). Нам на нашем большом материале, в среднем превышающем 2000 больных в год, ни разу не пришлось с этим встретиться при других заболеваниях.

Приводим характерный пример из числа наблюдавшихся нами больных.

У больной 32 лет после 15—20-дневной задержки менструации появились схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения, вместе с которыми из половых путей выделился кусочек ткани в виде пленочки. Приступ болей сопровождался обморочным состоянием и холодным потом. По поводу наступившего кровотечения в одном из лечебных учреждений 10/IX 1946 г. было произведено выскабливание стенок матки, после которого кровотечение временно прекратилось; через 2 дня вновь появились кровянистые выделения, принявшие буроватый оттенок. Больная ощущала тупые, ноющие боли внизу живота, больше слева. 20/IX, через 10 дней после выскабливания стенок матки, кровянистые выделения стали обильными и сопровождались выхождением сгустков крови. Такое кровотечение продолжалось 3 дня. Врач, к которому обратилась больная, заподозрив, что кровотечение вызвано оставленными в полости матки при недостаточно аккуратно сделанном выскабливании остатками плодного яйца, произвел больной повторное выскабливание, которое тоже не привело к желаемому результату, и кровотечение продолжалось. Больная была направлена к нам на консультацию.

При гинекологическом осмотре обнаружены кровянистые выделения из половых путей с примесью небольших сгустков крови. Наружный зев шейки матки закрыт. Матка в положении антеверзии,

незначительно увеличена, размягчена. Справа определяется кистозная опухоль величиной с куриное яйцо, слева — болезненная пастозная опухоль без ясных границ. С диагнозом «подозрение на левостороннюю трубную беременность и кисту правого яичника» больная 31/IX 1946 г. была помещена в стационар клиники. На 2-й день после поступления в клинику у больной было два приступа острых болей внизу живота слева. От предложенной операции больная категорически отказалась. Утром 4/X, на пятый день пребывания в клинике, у больной был приступ острых болей внизу живота с иррадиацией в область плеча, напиранием на низ, резкая бледность кожи и видимых слизистых оболочек, обильный холодный пот, частый, до 140 ударов в минуту, и слабого наполнения пульс.

4/X экстренное чревосечение под общим эфирным наркозом (поперечный разрез брюшной стенки); обнаружен разрыв левой беременной трубы, киста правого яичника и обширный спаечный процесс в малом тазу.

Длительное кровотечение, не прекращающееся и после отхождения децидуальной оболочки или выскабливания стенок матки, следует считать важным признаком внематочной беременности. Это связано с тем, что существующее и поддерживающее развитие беременности желтое тело задерживает регенерацию эндометрия.

Скудный соскоб, несоответствие срока задержки менструации и величины матки должны направить мысль врача на возможность внематочного развития плодного яйца. В подобных случаях соскоб слизистой полости матки следует направить для гистологического исследования, которое в таких случаях показывает картину пролиферации слизистой или задержки ее регенерации, наличие децидуальных клеток и отсутствие ворсин хориона.

Влагалищное исследование в острых случаях разрыва трубы, ввиду болезненности может иногда и не дать положительных результатов, однако игнорировать двуручное исследование было бы неправильно, так как оно позволяет получить дополнительные данные, подтверждающие предполагаемый диагноз.

Синюшность входа во влагалище выражена слабее, чем при нормальной маточной беременности, а нередко и совсем отсутствует. Наружный зев шейки матки закрыт.

При нарушенной внематочной беременности влагалищное исследование обычно бывает болезненным, особенно при скоплении большого количества жидкой крови в брюшной полости и главным образом в прямокишечно-маточном углублении. Уже в первые часы после инсульта

отмечается болезненность при введении пальцев во влагалище, когда они достигают шейки матки и сводов влагалища. Введенные во влагалище пальцы даже при очень бережном исследовании несколько смещают стенки влагалища и производят на них некоторое давление, передающееся на задний свод и на раздраженную брюшину прямокишечно-маточного углубления, что и дает ощущение резкой болезненности. Мы считаем этот признак весьма специфичным для внематочной беременности, но должны указать, что наблюдали его и при наличии воспалительных заболеваний матки и околоматочной клетчатки.

Матка при разрыве трубы вследствие болезненности брюшной стенки в подавляющем большинстве случаев не контурируется, и только иногда удается определить ее величину и форму. Обычно она бывает несколько увеличена, но не соответствует по своим размерам сроку беременности.

При трубном выкидыше вследствие менее выраженных перитонеальных явлений матка контурируется легче и по своим размерам почти не отличается от нормальной.

Кровь, скапливающаяся вокруг трубы и в прямокишечно-маточном углублении, создает впечатление пастозной опухоли с ограниченной подвижностью, без ясных границ, выпячивающей задний и боковые своды влагалища. Однако отсутствие выпячивания сводов не говорит еще об отсутствии крови в брюшной полости, так как при горизонтальном положении исследуемой больной кровь может перемещаться и в почечные области, и под диафрагму.

В некоторых случаях рядом с маткой удается определить пульсирующую опухоль пастозной или эластической консистенции, чаще с колбасовидными очертаниями, несколько ограниченную в подвижности. Иногда рядом с опухолью пальпируется отдельно и яичник. На это следует обращать особое внимание, так как это позволяет склониться в сторону диагноза трубной беременности, а не воспалительной опухоли придатков.

При исследовании обращает на себя внимание резкая болезненность заднего свода и особенно свода со стороны беременной трубы при полном отсутствии болезненности противоположного свода. Боль в заднем

своде и в своде на стороне беременной трубы бывает настолько резкой, что больная, даже находящаяся в полуобморочном состоянии, начинает стонать.

Резко болезненно также смещение шейки матки и самой матки. Этот симптом под названием «крик Дугласа» впервые был описан Прустом (Proust) и имеет важное дифференциально-диагностическое значение, так как в большинстве случаев указывает на локализацию процесса в малом тазу.

Отличительной особенностью внутрибрюшных кровотечений, в частности кровотечений при внематочной беременности, является отсутствие напряжения прямых мышц живота при положительном «крике Дугласа», тогда как Г. Мондор справедливо указывает, что при пельвеоперитоните, например, и при некоторых других острых заболеваниях органов малого таза некоторое напряжение мышц живота и ощущение жара бывают обязательными.

При наличии крови в брюшной полости и, в частности, в малом тазу, по литературным данным, может наблюдаться признак зыбления сводов, который заключается в следующем: если при двуручном исследовании наружной рукой надавливать на нижний отдел брюшной стенки и при этом быстро отнимать руку как это делается при определении симптома Щеткина-Блюмберга в области живота, то пальцы, введенные во влагалище, ощущают характерное волнообразное зыбление влагалищных сводов. Симптом этот описан А. А. Трдатьяном (1957), причем им указано, что он бывает наиболее выражен при больших кровоизлияниях в брюшную полость, наблюдающихся при разрыве трубы, тогда как при трубном аборте, при наличии сращений и смещения половых органов, зыбление сводов почти не ощущается. Мы это исследование не проводили, поэтому не можем судить о его клинической ценности; вместе с тем мы полагаем, что при наличии большого кровоизлияния в брюшную полость такое грубое исследование не должно иметь места.

Данные, полученные в результате произведенных двуручных исследований у больных с трубной беременностью, представлены в табл. 19 и 20. В эти таблицы вошли данные не только о больных с нарушенной трубной беременностью (разрыв трубы, трубный аборт),

Таблица 19

Данные двуручного исследования при трубной беременности

Данные двуручного исследования придатков матки	Число больных	%	Болезненность придатков			Болезненность сводов				Выпячивание сводов				Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
			правых	левых	обоих	правого	левого	обоих	заднего	правого	левого	обоих	заднего	
Опухоль правых придатков	1 823	39,3	1 333			1 243			960	661			450	912
Опухоль левых придатков	1 529	33,0		1 044			1 106		682		863		354	762
Двусторонняя опухоль придатков	455	9,9		13	73			444	235			247	48	101
Опухоль в переднем своде	204	4,5												
Опухоль в заднем своде	20	0,4							20				20	10
Придатки не определяются	530	11,4				121	109		437	25	15		37	173
Указания в историях болезни отсутствуют	73	1,5							26					72
Итого	4 634 (100)[2]	100,0 —	1 333 (28,7)	1 057 (22,8)	73 (1,5)	1 364 (29,4)	1 215 (26,2)	444 (9,6)	2 360 (50,9)	686 (14,8)	878 (18,9)	247 (5,3)	909 (19,6)	2 030[1] (43,8)

[1] Симптом Щеткина-Блюмберга приведен у тех женщин, которым производилось двуручное исследование.
[2] В скобках указан процент.

akusher-lib.ru

но и о больных с прогрессирующей трубной беременностью и старой ее формой. Следует отметить, что 405 из 5039 больных ввиду тяжести их общего состояния, вполне ясной для нас картины заболевания и необходимости экстренного вмешательства по витальным показаниям были подвергнуты операции без предшествовавшего двуручного исследования.

Из табл. 19 и 20 видно, что у большинства больных (72,3%) мы определяли одностороннюю опухоль придатков, которая в 51,5% случаев была болезненной и в 55,6% случаев ощущалась болезненность свода той стороны, где находилась опухоль. Особое внимание мы обращаем на болезненность заднего свода, которая наблюдалась при этом у 2360 осмотренных нами женщин

Таблица 20

Данные состояния матки при двуручном исследовании больных с трубной беременностью

Состояние матки	Число больных		Процент к числу больных с трубной беременностью, подвергавшихся двуручному исследованию	
Положение матки:				
в антеверзии	2 634	4 634	56,8	100
» ретропозиции	755		16,3	
» латеропозиции	638		13,8	
» антепозиции	607		13,1	
Размер матки:				
нормальный	670	4 634	14,4	100
слегка увеличен	1 987		42,9	
значительно увеличен, но меньше предполагаемого срока беременности	91		2,0	
не контурируется	1 886		40,7	
Подвижность матки:				
подвижна	1 032	4 634	22,2	100
ограничена в подвижности	2 283		49,3	
почти неподвижна	506		11,0	
В историях болезни указаний нет	813		17,5	
Смещение матки и шейки матки резко болезненно	3 089		66,6	

при нарушенной трубной беременности (50,9%). Выпячивание сводов, которое нам удалось отметить у 2720 женщин (58,6%), свидетельствовало уже о скоплении крови в брюшной полости.

Как свидетельствуют данные табл. 19, нам приходилось также наблюдать 455 больных с двусторонней опухолью придатков (9,9%), что чаще имело место при наличии внематочной беременности и одновременного воспалительного процесса придатков противоположной стороны или кисты яичника. При этом чаще отмечалась болезненность обоих сводов.

У 530 больных (11,4%) определить придатки при двуручном исследовании не удавалось, но, как видно из табл 19, своды у большинства из них (особенно задний) были болезненны; у некоторых женщин нам удалось отметить выпячивание сводов и примерно у $^1/_3$ — положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Что касается матки, то у 56,8% больных она находилась в положении антеверзии, у 42,9% была слегка увеличенной, у 40,7% не контурировалась и у 60,3% больных ограничена в подвижности. Значительное увеличение матки, которая по размерам была все же меньше, чем при предполагаемом сроке беременности, наблюдалось у 2% женщин (при беременности позднего срока или при наличии одновременной опухоли матки).

Ограниченная подвижность матки наблюдалась обычно при одновременном наличии воспалительного процесса или же спаечного процесса в результате перенесенных ранее операций, а также при старой внематочной беременности.

Особое внимание мы обращаем на болезненность смещений шейки матки и самой матки, наблюдавшуюся у 3089 больных (66,6%).

К сожалению, не все перечисленные симптомы при влагалищном исследовании бывают хорошо выражены. У некоторых больных удается обнаружить два симптома, у других — все и, наконец, у третьих симптомы или слабо выражены, или совсем отсутствуют.

Нарушенная внематочная беременность, когда налицо общее тяжелое состояние больной, бледность кожных покровов и слизистых, притупление перкуторного звука в брюшной полости, нередко ясно выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, не представляет затруднений в

установлении диагноза. В остальных случаях для постановки правильного диагноза приходится учитывать и другие симптомы, указанные в этом разделе, а также прибегать к дополнительным методам исследования (стр. 96).

Haematocele retrouterina

Иногда исходом нарушенной внематочной беременности является заматочная кровяная опухоль. Кровь, изливающаяся в брюшную полость, стекая в прямокишечно-маточное углубление и скапливаясь там, может инкапсулироваться и образовывать огромные по своим размерам, иной раз своим верхним краем доходящие до уровня пупка, заматочные опухоли. К. И. Змигродский указывает, что о haematocele retrouterina стало известно еще со времени Вуазина (Voisin, 1810) и Рекамье (Recamier, 1841). Первое классическое описание этой болезни составил Нелатон (Nélaton).

Фейт (Veit) в своей монографии о внематочной беременности пишет, что причиной развития haematocele retrouterina является не что иное, как нарушенная внематочная беременность, что и соответствует действительности в большинстве случаев.

Симптомы haematocele retrouterina развиваются обычно после более или менее длительной задержки менструации или нарушений их цикла в течение 2—3 месяцев. Внезапно появляются боли внизу живота, более или менее выраженные симптомы внутреннего кровотечения и перитонеального шока; боли бывают непродолжительными и, исчезнув, через короткий промежуток времени сменяются чувством тяжести внизу живота, давлением на низ, выраженными в различной степени расстройствами мочеиспускания и дефекации вследствие сдавления соседних органов образовавшейся кровяной опухолью. Внутреннее кровотечение, способствовавшее возникновению haematocele retrouterina, может повториться через несколько дней или позднее и вызвать дальнейшее увеличение опухоли.

Данные о выявленном нами болевом синдроме при haematocele retrouterina приведены в табл. 21.

При осмотре больной бросается в глаза бледность ее кожных покровов и видимых слизистых, которые

Таблица 21

Болевой синдром при haematocele retrouterina

Характер, локализация и иррадиация болей	Число больных	%
Приступы схваткообразных болей внизу живота без точной локализации:		
с иррадиацией в прямую кишку . .	16	7,3
» » » поясницу	4 } 20	
Постоянные боли ноющего характера внизу живота	254	92,7
Итого . . .	274	100,0

иногда принимают даже желтушный оттенок, причем у некоторых женщин эта бледность развивается быстро, у других — постепенно, что зависит от количества излившейся крови и повторности кровоизлияний. Пульс учащен. Температура чаще субфебрильная, иногда возможны повышения ее до 38° и выше как результат асептического раздражения брюшины и всасывания белков излившейся крови.

Со стороны картины крови характерным является повышение лейкоцитоза и РОЭ и сниженный процент гемоглобина.

В брюшной полости при пальпации определяется опухоль с резко ограниченной подвижностью.

При двуручном исследовании определяется ограниченная в подвижности, чувствительная при пальпации, без ясных границ, мягкая несколько тестоватой консистенции или эластическая опухоль, выпячивающая задний свод.

Консистенция haematocele retrouterina может меняться в зависимости от срока ее образования: вначале консистенция ее мягкая, затем, по мере организации сгустков и инкапсуляции опухоли, — плотная. Характерным для haematocele retrouterina является ее срединное положение позади матки. Матку в этих случаях мы чаще находим прижатой к лону и высоко поднятой кверху.

В обычных случаях диагностика haematocele retrouterina не представляет значительных трудностей. При наличии же воспалительных изменений со стороны брюшины и особенно при инфицировании опухоли диф-

ференциальная диагностика этого заболевания может быть значительно затруднена.

Наиболее часто приходится дифференцировать haematocele retrouterina с воспалительными заболеваниями придатков матки и тазовой клетчатки. При наличии haematocele retrouterina в анамнезе больной всегда имеются данные, свидетельствующие о возможности нарушения внематочной беременности.

Консервативная терапия при haematocele retrouterina не дает видимого уменьшения опухоли, так как свернувшаяся кровь рассасывается очень медленно.

При haematocele retrouterina в случаях неясной диагностики пункция через задний свод показана и способствует уточнению диагноза.

Сравнительно редко haematocele retrouterina могут нагнаиваться, что нам пришлось наблюдать только у 13 больных (0,26%). При этом создается клиническая картина гнойного воспалительного процесса в малом тазу: появляются боли внизу живота без точной локализации, значительно поднимается температура, в крови нарастает содержание лейкоцитов, повышается РОЭ, общее состояние больной делается тяжелым с признаками интоксикации организма. При пункции заднего свода, производимой в целях уточнения диагноза, получают кровь с примесью гноя. Таких больных следует лечить как больных с гнойным процессом в малом тазу, т. е. произвести им кольпотомию, выпустить гной и старую кровь и вставить дренаж. Чревосечение в таких случаях не показано.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Биологическая диагностика беременности. За последние 20 лет предложено большое количество различных биологических реакций для диагностики беременности, часть которых в той или иной степени нашла применение в акушерской и гинекологической практике.

Наиболее широкое применение при диагностике беременности получили реакции Ашгейм—Цондека на инфантильных мышах, Фридмана — на взрослых самках кроликов и реакции Майнини-Алпатова на самцах лягушек.

Большое значение при практическом использовании биологического метода имеет выбор наиболее доступно-

го и технически удобного теста, при помощи которого можно обнаружить появление в моче гонадотропных гормонов: фолликулостимулирующего и лютеинизирующего факторов.

До настоящего времени непревзойденным тестом считается реакция половых желез инфантильных мышей на гонадотропные гормоны, предложенная в 1927 г. Ашгеймом (Aschheim) и Цондеком (Zondek). Реакция на беременность основана на определении в моче или в крови беременных женщин повышенного содержания гонадотропного гормона.

Техника реакции Ашгейм—Цондека заключается в следующем: 5 инфантильным мышам весом 6—8 г (мыши весом менее 6 г гибнут от интоксикации мочой во время анализа) вводят подкожно мочу в разных количествах: от 0,2 до 0,4 мл 6 раз в течение 2 дней. С 3-го дня у них по 2 раза в день берут мазки из влагалища для определения эстрального цикла. Для установления реакции яичников через 96—100 часов после первого впрыскивания мочи мышей умерщвляют эфиром.

В зависимости от изменений в половой сфере инфантильной мыши под влиянием инъекции мочи различают три реакции:

HVR-I — гипофизарная реакция, неспецифична для беременности: в яичнике созревающие фолликулы, в матке увеличение рогов и их цианотичность, рога заполнены секретом, в слизистой влагалища — чистая стадия чешуек (Oestrus).

HVR-II — реакция, специфичная для беременности: в яичниках внутренние кровоизлияния и фолликулы (Blutpunkt), рога матки отечны, гиперемированы.

HVR-III — реакция, также специфичная для беременности: в яичниках недоразвитые желтые тела, содержащие яйцеклетки; в матке и влагалище изменений нет. В мазке — стадия покоя (dioestrus).

Реакция Ашгейм—Цондека в 99—98% случаев, по данным Цондека, дает возможность диагностировать беременность в различных ее стадиях, однако недостатком ее является большой срок выполнения, так как результат получается только через 96—100 часов. Кроме того, устанавливая факт беременности, эта реакция не указывает на ее локализацию.

Мы пользовались реакцией Ашгейм—Цондека только в неясных в отношении диагноза случаях и ставили ее у 272 больных (5,3%) при прогрессирующей внематочной беременности и haematocele retrouterina. У 18 больных при наличии внематочной беременности, впоследствии гистологически подтвержденной, реакция оказалась отрицательной, у 5 — сомнительной, у 15 — слабо положительной, у 234 (85%) — положительной. Отсюда следует, что отрицательная реакция Ашгейм—Цондека не говорит еще против внематочной беременности. Частые кровоизлияния между плодным яйцом и стенкой трубы ведут к разобщению трофобласта с материнской тканью, что влечет остановку движения крови в интервилезных пространствах, и гонадотропные гормоны в таких случаях могут не попасть в кровоток, вследствие чего реакция может дать и отрицательный ответ. Кроме того, в литературе можно найти указания, что данная реакция бывает иногда положительной и при наличии персистирующего фолликула (Л. Б. Вагнер), кисты желтого тела (В. С. Лисовецкий, И. Г. Киселев), гиперплазии эндометрия (Э. М. Каплун), туберкулеза придатков матки (А. Д. Аловский).

В 1950 г. нам пришлось оперировать 2 больных, у которых мы подозревали внематочную беременность. Поставленная реакция Ашгейм—Цондека дала положительный ответ. При операции же вместо предполагаемой внематочной беременности у одной больной оказалась интралигаментарная киста яичника, у второй — патологических изменений в половых органах обнаружено не было. Еще у одной больной произведенная 4 раза реакция Ашгейм — Цондека дала отрицательный результат. При чревосечении по поводу предполагаемой кисты яичника у больной оказалась внематочная беременность. Однако, несмотря на все эти недостатки, реакция Ашгейм—Цондека при учете всей клинической картины заболевания все же имеет большое диагностическое значение.

В поисках метода, позволяющего быстро и точно дать ответ, Фридман в 1929 г. предложил пользоваться в качестве тест-объекта половозрелыми крольчихами. У последних в отличие от мышей и крыс полового цикла нет, несмотря на то, что в их яичниках всегда имеются зрелые и созревающие фолликулы.

Реакция Фридмана основана на том, что у половозрелых крольчих лопание фолликула происходит только через 10—20 часов после копуляции. Введя 6 раз в ушную вену половозрелой крольчихи по 4 мл мочи женщины, у которой предполагают беременность, уже по прошествии 48 часов получают ответ. Положительная реакция характеризуется гиперемией рогов матки и яичников, наличием кровоизлияния в фолликулы в виде выступающих темно-красных точек на поверхности яичников и лопанием фолликулов яичников.

Реакция Фридмана из-за более высокой стоимости крольчих по сравнению с мышами широкого применения пока не получила, несмотря на целый ряд ее положительных сторон.

В 1945 г. Н. Л. Гербильский и Я. Д. Киршенблат предложили в качестве тест-объекта использовать рыбу вьюн, которой шприцем внутримышечно вводили мочу женщины, у которой подозревали беременность. В случаях, когда через 48 часов, а иногда и раньше, наступала овуляция, можно было видеть выметанную икру самки в виде отдельных крупинок или вытекающей струйки. По данным авторов, эта реакция дает правильный ответ в 98—99% случаев.

В 1934 г. Беллерби (Bellerby) предложил для биологической реакции пользоваться южно-африканскими жабами Xenopus laevis, которые через 6—18 часов после введения гонадотропного гормона откладывают яйца. По вполне понятным причинам реакция Беллерби у нас ставиться не может.

В 1947 г. Майнини (Mainini) предложил свою биологическую реакцию на самцах озерных лягушек (Bufo arenarum), которая основана на воздействии гонадотропного гормона, находящегося в моче беременной женщины, на тестикулярный аппарат взрослых самцов лягушек. Гонадотропины вызывают отделение сперматозоидов от клеток Сертоли, сперматозоиды мигрируют в клоаку лягушки и при положительной реакции их можно обнаружить в ее содержимом. Перед постановкой опыта из клоаки самца лягушки глазной пипеткой берут содержимое и тщательно исследуют его под микроскопом. Удостоверившись, что сперматозоиды в содержимом клоаки отсутствуют, в спинной лимфатический мешок или в брюшную вену лягушки вводят 2—3 мл мочи жен-

щины, у которой подозревают беременность. Через 2 часа у подопытного самца лягушки снова берут содержимое клоаки, помещают на предметное стекло и исследуют под микроскопом при увеличении примерно в 120 раз. При положительной реакции в поле зрения видно большое количество подвижных сперматозоидов, имеющих форму продолговатых палочек с тонкими длинными хвостиками в конце, при отрицательной — сперматозоиды в содержимом клоаки отсутствуют.

П. П. Братанов (1949) и другие авторы с успехом применяют вместо инъекций мочи женщины инъекции сыворотки крови.

В 1950 г. В. В. Алпатов предложил пользоваться в качестве тест-объекта бесхвостыми амфибиями (Bufo viridis, Rana ridibunda и Rana temporaria).

Е. Е. Самойлова на 2160 реакций, поставленных на лягушках (Rana ridibunda) ни в одном случае не получила положительного ответа при отсутствии маточной беременности. По А. И. Петченко, положительные ответы при наличии нормальной маточной беременности были получены в 98,8% случаев.

При постановке же этой реакции у 39 женщин с подозрением на внематочную беременность Е. Е. Самойлова у 28 получила отрицательный ответ, из них у 10 наличие внематочной беременности было подтверждено последующим чревосечением. Сам Майнини сообщил о 7 реакциях на бразильских жабах (Bufo arenarum hensel), поставленных при наличии у женщин внематочной беременности; у 2 женщин реакции дали положительный ответ, у 5 — отрицательный.

Е. Е. Самойлова считает, что при внематочной беременности этой реакцией можно пользоваться как дополнительным вспомогательным фактором.

Реакция Майнини доступна любому медицинскому учреждению; подкупает ее быстрота и незначительная стоимость. К сожалению, она выполнима не на всех видах лягушек.

Пункция заднего свода. Свободная жидкость (кровь, воспалительный эксудат, асцитическая жидкость, гной), распределяясь в малом тазу, скапливается в его отлогих местах и главным образом в прямокишечно-маточном углублении. Задача пункции заднего свода заключается в том, чтобы определить наличие

скопления жидкости (крови) в прямокишечно-маточном углублении, а также характер скопившейся жидкости.

Пункция заднего свода целесообразна только в случаях, когда можно предполагать наличие крови в брюшной полости, т. е. при нарушенной внематочной беременности и при haematocele retrouterina. При прогрессирующей же внематочной беременности крови в брюшной полости обычно не бывает, и потому пункция не показана, так как, не подтвердив наличия крови в брюшной полости, она может повести врача по ложному пути. При наличии общего тяжелого состояния больной с нарушенной внематочной беременностью диагноз бывает вполне ясен и на основании клинической картины заболевания, таким образом применения пункции не требуется. Поэтому наиболее целесообразно пользоваться пункцией заднего свода при haematocele retrouterina, особенно в случаях, когда диагноз колеблется между старой внематочной беременностью и воспалительным процессом придатков матки.

Считаем уместным обратить внимание на необходимость тщательного очищения прямой кишки и опорожнения мочевого пузыря перед производством пункции, так как при переполнении прямой кишки каловыми массами может произойти попадание иглой в прямую кишку с возможными неприятными последствиями.

Так как пункция является внутрибрюшной манипуляцией, то, при производстве ее необходимо строго соблюдать все правила асептики.

Техника пункции заднего свода заключается в следующем. Больную укладывают на гинекологический стол, причем ноги ее должны быть согнуты в коленных и тазобедренных суставах и отведены в стороны. После тщательной дезинфекции наружных половых органов и влагалища зеркалом Симса оттягивают книзу заднюю стенку влагалища. Пулевыми щипцами захватывают заднюю губу маточного зева и отводят шейку книзу кпереди (на себя и кверху). Пункция производится толстой иглой длиной около 10—12 см, желательно с боковыми отверстиями, насаженной на шприц емкостью 10—20 $см^3$ и проверенной на проходимость. В обнаженный задний свод по средней линии ближе к шейке матки вкалывают иглу. Во избежание ранения прямой кишки иглу направляют несколько кпереди и продвигают ее на

глубину 3—4 см. Когда игла попадает в брюшную полость, создается ощущение, что игла попала в пустоту. Затем, удерживая иглу в том же положении, шприцем отсасывают жидкость. Если жидкость не отсасывается, то иглу медленно извлекают обратно, продолжая одновременно оттягивать и поршень шприца. Если первый прокол не увенчался успехом, то пункцию можно повторить, несколько отступя от места первого прокола.

Мы категорически возражаем против предложения некоторых авторов производить пункцию под контролем не глаза, а пальцев левой руки, введенных во влагалище, так как при таком методе нельзя соблюдать все правила асептики, столь необходимые при выполнении этой внутрибрюшной манипуляции, и, кроме того, задний свод влагалища трудно ясно обнаружить без зеркала.

Если при пункции заднего свода мы получаем темного цвета густую кровь, иногда с небольшим количеством мелких сгустков, то это говорит о наличии нарушенной внематочной беременности. В случае воспалительного или гнойного процесса при пункции отсасывается серозная жидкость или гной.

Нам приходилось наблюдать случаи, когда при пункции мы не получали темной крови, характерной для внематочной беременности, а оперируя больную на основании клинической картины заболевания, находили у нее внематочную беременность, которая гистологически подтверждалась. Это может наблюдаться при высоком стоянии крови в брюшной полости или при неправильном выполнении пункции.

Иногда при пункции можно получить кровь, на основании данных пункции поставить диагноз внематочной беременности и произвести чревосечение, при котором внематочной беременности не обнаружится. Это случается, когда при пункции происходит ошибочное попадание в сосуд. Поэтому всегда следует обращать особое внимание на цвет полученной крови: при внематочной беременности кровь будет темная и не свертывается, тогда как кровь из сосуда будет яркой, светлой и легко свертывается.

Отрицательный результат пункции далеко не всегда позволяет полностью исключить внематочную беременность, так как наличие таковой возможно и при отсут-

ствии крови в прямокишечно-маточном углублении (прогрессирующая внематочная беременность); кроме того, в небольшую околотрубную опухоль очень трудно попасть иглой; возможны также ошибочные выводы при комбинации на одной стороне кисты яичника, а на другой — беременной трубы: пунктат, полученный при пункции кисты, по своему характеру исключает возможность внематочной беременности и т. п.

До настоящего времени нет единодушного мнения в оценке диагностического значения пункции заднего свода. Ряд авторов [Г. Е. Гофман, А. Д. Аловский, А. Э. Мандельштам, Р. Р. Макаров, Херман (Hermann), Бобров и Винкельштейн (Bobrow, Winkelstein) и др.] считают пункцию заднего свода ценным диагностическим методом, другие же [Л. А. Кривский, Л. Я. Цейтлин, Краац (Kraatz)] не признают за ней этих достоинств.

Мы применили пункцию заднего свода при нарушенной и старой внематочной беременности только у 253 женщин (5%), причем у 9 из них (3,6%), несмотря на наличие внематочной беременности, пункция дала отрицательный результат; у остальных же 244 женщин (96,4%) была получена темная кровь, подтвердившая наше подозрение на наличие внематочной беременности.

По данным Р. А. Чертока, диагностическая пункция дает положительный результат в 83,9% случаев, по А. Я. Примакову — в 93,4% и по А. Д. Аловскому — в 94,3% случаев.

Мы не разделяем мнения А. Д. Аловского и Р. Р. Макарова, которые рекомендуют пользоваться пункцией почти во всех подозрительных на внематочную беременность случаях, так как мы указали уже выше, что пункция не всегда дает положительный результат даже при нарушенной внематочной беременности, а при прогрессирующей трубной беременности вообще не может помочь в диагностике. Кроме того, несмотря на соблюдение всех правил асептики, это далеко не безразличное вмешательство и возможность инфицирования крови, находящейся в брюшной полости, остается еще значительной. Поэтому ставить диагноз внематочной беременности, основываясь только на данных пункции, как это предлагают некоторые авторы, по нашему мнению, неправильно, и мы предлагаем рассматривать пункцию только как вспомогательный метод диагностики, которым можно

пользоваться в неясных случаях при учете всей клинической картины заболевания, данных анамнеза и объективных данных исследования.

С. Б. Голубчин предлагает в целях уточнения диагноза внематочной беременности дополнять пункцию микроскопическим исследованием пунктата. Препарат, состоящий из тонкой нативной капли пунктата, помещенной под покровное стекло, тут же исследуют под микроскопом. Как сообщает С. Б. Голубчин, для внематочной беременности в препарате характерно наличие теней эритроцитов в виде рыбьей чешуи или паркета и амебовидная пластичность (причудливая, грушевидная форма эритроцитов или приобретение ими формы песочных часов), что свидетельствует о глубокой степени происшедших в них изменений.

А. М. Ольшанецкий в неясных случаях рекомендует при получении отрицательного результата пункции инъецировать в брюшную полость через введенную при пункции иглу физиологический раствор в количестве 10—20 мл. При наличии внематочной беременности даже с незначительным кровоизлиянием в брюшную полость отсасываемая жидкость, по утверждению автора, окажется окрашенной имеющейся кровью в розовый цвет и будет содержать мелкие сгустки старой крови. Мы этим методом не пользовались и потому судить о его ценности не можем.

Кольпоабдоминальная диафаноскопия. Б. Ф. Шерстнев (1958) в диагностических целях предлагает пользоваться кольпоабдоминальной диафаноскопией, которая основана на физических свойствах прохождения света через различные среды. Гемоглобин крови в большей степени, чем другие жидкости, обладает свойством поглощать видимые лучи света. Б. Ф. Шерстнев, исходя из того, что прямокишечно-маточное углубление в положении больной на спине является нижним и наиболее глубоким участком малого таза, считает, что в нем скапливается свободная жидкость даже тогда, когда она имеется в брюшной полости в небольшом количестве. Поэтому Б. Ф. Шерстнев рекомендует оттягивать задний свод влагалища, приставив к нему стеклянную трубку и создав в ней отрицательное давление с помощью оттягиваемого в это время поршня. Благодаря этому свободная жидкость устремляется в оттяну-

тый сосок заднего свода. Поместив источник электрического света в виде небольшой лампочки в 2—3 вольта с одной стороны этого соска, при помощи цистоскопа просматривают сосок на свет. Автор утверждает, что при наличии в соске свежей крови цистоскоп регистрирует темное, плохо просвечивающееся пятно, при наличии старой крови — серое пятно, при наличии гноя — темно-желтое пятно и при наличии серозной жидкости — пятно розово-желтого цвета. При отсутствии свободной жидкости в брюшной полости просвечивает пятно ярко-красного цвета. Нам этим методом пользоваться не приходилось.

Выскабливание стенок матки. Диагностическое выскабливание стенок полости матки при подозрении на внематочную беременность было впервые предложено Видером (Wyder); впоследствии в пользу этого метода высказывались Д. О. Отт, А. А. Муратов, Сиддал и Джервис (Siddal, Jarvis) и другие авторы.

Однако этот метод не оправдал возлагавшихся на него надежд: во время выскабливания стенок полости матки некоторые больные впадали в состояние тяжелого перитонеального шока, что свидетельствовало о начавшемся внутрибрюшном кровотечении.

При дифференцировании внематочной беременности с нарушенной маточной беременностью мы пользовались иногда выскабливанием стенок полости матки и исследовали соскоб гистологически; при наличии внематочной беременности в соскобе обнаруживают децидуальную ткань без ворсин хориона. Но этот метод, помимо его опасности, на которую мы указали выше, тоже не является достаточно точным, так как у некоторых больных к моменту выскабливания децидуальная оболочка успевает уже выделиться, и тогда в соскобе элементов, свидетельствующих о наличии внематочной беременности, обнаружить не удается, в то время как в действительности внематочная беременность имеется. Вместе с тем отсутствие в соскобе элементов ворсинчатой оболочки не исключает того, что имела место маточная беременность, которая к моменту выскабливания могла закончиться полным выкидышем.

Противопоказано выскабливание при наличии воспалительного процесса, так как оно может вызвать его обострение.

Поэтому выскабливанием стенок полости матки с диагностической целью при внематочной беременности мы пользовались исключительно редко (всего у 47 больных — 0,9%), причем чаще при дифференцировании с маточным выкидышем. У нескольких больных выскабливание вызвало шоковое состояние, и их пришлось немедленно оперировать по поводу внематочной беременности. 101 больная поступили к нам после того, как в различных гинекологических больницах им было произведено выскабливание стенок полости матки по поводу предполагавшегося неполного выкидыша различных сроков. Нам неизвестно, что показали гистологические исследования соскобов, но по прошествии нескольких дней, максимально недели, больные поступали к нам с яркой картиной нарушенной внематочной беременности.

Применение медикаментозных средств. В случаях, подозрительных на внематочную беременность, при наличии наружного кровотечения той или иной интенсивности Г. Г. Гентер и А. Д. Аловский рекомендуют пользоваться пробой Вагнера, которая состоит в том, чтобы путем введения кровоостанавливающих средств (эрготина) воздействовать на наружное кровотечение. Если это кровотечение возникло на почве воспаления придатков, то после введения эрготина оно должно прекратиться, тогда как при внематочной беременности кровотечение продолжается.

Пользуясь при лечении воспалительных заболеваний внутренних половых органов внутривенными вливаниями 10% раствора хлористого кальция в комбинации с аутогемотерапией, а иногда применяя другие кровоостанавливающие средства, мы неоднократно отмечали, что кровотечения, сопровождающие воспалительные заболевания, после двух-троекратного введения хлористого кальция значительно уменьшаются и даже прекращаются, тогда как при внематочной беременности такая терапия не дает должного эффекта. Аналогичные наблюдения по этому поводу приводят И. Л. Брауде и Г. Е. Гофман. Поэтому мы предпочитаем в неясных случаях пользоваться внутривенными вливаниями 10% раствора хлористого кальция в комбинации с аутогемотерапией.

Другие методы исследования. Л. М. Колманова-Грошева (1956), проведя цитологические иссле-

дования кровянистых выделений из матки у 102 больных с внематочной беременностью, обнаружила, кроме слизи, эритроцитов и лейкоцитов, участки стромы эндометрия, небольшие скопления клеток цилиндрического эпителия и у 24 больных — скопление клеток типа децидуальных. Автор рекомендует пользоваться цитологическим методом исследования как уточняющим диагностику внематочной беременности. С нашей точки зрения материал автора слишком немногочислен и неубедителен.

В организме при разрушении эритроцитов постоянно освобождается гемоглобин, который перерабатывается печенью в пигменты желчи. В случаях, когда происходит более обильный распад эритроцитов, освобождается значительное количество гемоглобина, которое печень не успевает перерабатывать.

На наличии в сыворотке крови повышенного содержания гемоглобина и его продуктов распада (билирубин, гематин) основана пирамидоновая проба на гематин, предложенная Тевененом и Роландом (Tevenen, Roland) и впоследствии видоизмененная О. Н. Антошиной.

М. А. Теребинская-Попова указывает, что при внематочной беременности сыворотка крови имеет желтушную окраску, тогда как при катаральной желтухе она окрашена в бледно-зеленоватый цвет.

Я. И. Липкин и другие авторы считают эту реакцию неспецифичной для внутрибрюшных кровотечений, так как они наблюдали положительный результат ее и при воспалительных заболеваниях придатков матки, при метропатиях, абортах и даже у здоровых женщин. В нашей клинике пирамидоновая проба на гематин не ставилась.

Дополнительными диагностическими методами мы пользовались всего у 572 женщин, т. е. в 11,2% случаев.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

Прогрессирующую трубную беременность чаще всего приходится дифференцировать с нормальной маточной беременностью, воспалительным процессом придатков матки.

Как при нормальной маточной беременности, так и при прогрессирующей трубной у больной наблюдается

задержка менструаций и некоторое увеличение матки, но следует всегда помнить, что при нормальной маточной беременности матка обычно увеличена соответственно сроку задержки менструаций, консистенция ее мягкая, форма шарообразная; при исследовании матка легко сокращается; наблюдаются и другие объективные признаки маточной беременности; субъективные признаки беременности более ярко выражены.

Дифференциальная диагностика между внематочной беременностью и воспалительными заболеваниями придатков матки трудна.

При воспалительных процессах придатков заболевание развивается не сразу, а постепенно, причем нередко в анамнезе можно найти указания на воспалительные заболевания придатков в прошлом, периодически обостряющиеся. Заболевание, с которым больная поступает, часто совпадает со сроком менструаций или развивается через 1—2 дня после менструации вследствие усиленной гиперемии органов малого таза. Температура с самого начала заболевания чаще фебрильная, до 38° и выше.

Пульс обычно соответствует температуре, хорошего наполнения, напряжен; кожа и видимые слизистые нормальной окраски, внешние признаки анемии отсутствуют; язык обложен, суховат. Болезненность живота при воспалительных заболеваниях придатков имеет постоянный характер и наблюдается часто в одинаковой степени с обеих сторон над пупартовой связкой. Более или менее выражено напряжение мышц живота; при перкуссии притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не бывает. Со стороны крови характерен значительно выраженный лейкоцитоз при нормальном содержании гемоглобина.

При двуручном исследовании в случае внематочной беременности обычно определяется опухоль колбасовидной или ретортообразной формы, начинающаяся сбоку от угла матки и постепенно расширяющаяся. Нередко отдельно от трубы удается прощупать и яичник. Иногда в области придатков прощупывается мягкая тестоватая масса псевдофлюктуирующей консистенции, как бы переходящая в область прямокишечно-маточного углубления. Матка при этом бывает отклонена в противоположную сторону.

Воспалительная опухоль придатков матки в хронических случаях имеет более плотную консистенцию и характеризуется утолщением и резкой болезненностью у места отхождения от матки; при трубном выкидыше этого утолщения почти никогда не наблюдается, так как яйцо со сгустками крови определяется в виде опухоли, расположенной в ампулярной части трубы.

Воспалительные процессы в трубах почти никогда не протекают изолированно и распространяются на соседние органы и брюшину малого таза, что ведет к сращению этих органов между собой, к образованию инфильтратов, а нередко одного общего конгломерата воспаленных органов и тканей, в котором иногда даже при операции нелегко отличить один орган от другого.

При воспалении придатков в большинстве случаев имеется двусторонний процесс.

Под влиянием противовоспалительного лечения опухоли воспалительного характера имеют тенденцию к уменьшению, тогда как при внематочной беременности, несмотря на примененную терапию, можно наблюдать прогрессирующее увеличение опухоли, сопровождающееся приступами болей на стороне беременной трубы и нарастающими явлениями малокровия при нормальной или слегка повышенной температуре. Увеличение же опухолей придатков воспалительного происхождения сопровождается повышением температуры и значительным увеличением количества лейкоцитов в крови.

Особенно затруднена диагностика в тех случаях, когда имеется внематочная беременность и одновременно воспалительный процесс придатков противоположной стороны; такие случаи приходится наблюдать сравнительно часто: у 807 из наших 5064 больных с внематочной беременностью был сопутствующий воспалительный процесс трубы на противоположной стороне (15,9%). Наличие двусторонних опухолей в таких случаях нередко заставляет врача предположить воспалительный процесс придатков и при нормальной или субфебрильной температуре и общем удовлетворительном состоянии выписать больную под наблюдение амбулатории. Мы рекомендуем в таких случаях особое внимание уделять тщательному собиранию анамнеза и сопоставлению этих данных с данными клиники заболевания, картиной крови и данными влагалищного исследования в их динамике.

В неясных в отношении диагноза случаях от выписки больной следует воздержаться.

Трубный выкидыш нередко приходится дифференцировать с начинающимся или неполным маточным выкидышем, с воспалительным процессом придатков матки, с аппендицитом, опухолями придатков и их перекрутом и т. п.

Дифференциальный диагноз между трубным и маточным выкидышем представляет значительные трудности в ранних стадиях беременности, а также в случаях, когда в анамнезе имеются данные о внутриматочном вмешательстве с целью плодоизгнания (инструментальное удаление плодного яйца, вливание настойки йода и т. п.).

Как при трубном, так и при маточном выкидыше, наблюдается более или менее длительная задержка менструаций, однако при трубном выкидыше беременность чаще прерывается в более ранние сроки (между 4 и 6 неделями), тогда как маточный выкидыш в большинстве случаев происходит позже.

При внематочной беременности острые боли внизу живота возникают внезапно, среди полного здоровья, больше локализуются на стороне беременной трубы и нередко сопровождаются обморочным состоянием, головокружением, тошнотой и рвотой. Боли же при маточном выкидыше имеют тенденцию к нарастанию в виде схваток и ощущаются внизу живота и в поясничной области.

Наружное кровотечение при внематочной беременности незначительное, выделения темного цвета, мажущиеся, кровянистые выделения сопровождающиеся иногда отхождением децидуальной оболочки в виде обрывков ткани и даже слепка слизистой полости матки. При маточном выкидыше кровотечение обычно обильное, со сгустками крови и цвет крови алый.

Степень наружного кровотечения при маточном выкидыше соответствует степени малокровия, чего не наблюдается при внематочной беременности.

Матка и в том, и в другом случае увеличена, но при внематочной беременности она по размеру не соответствует сроку беременности; наружный зев шейки матки всегда закрыт, рядом с маткой определяется колбасовидной формы опухоль эластической консистенции. При

маточном выкидыше зев шейки матки всегда приоткрыт, размер же матки полностью соответствует сроку задержки менструаций, консистенция матки более мягкая.

Если при маточном выкидыше у некоторых больных и можно обнаружить рядом с маткой опухоль придатков, то чаще это опухоль воспалительного характера, которая отличается своей более плотной консистенцией и значительной болезненностью. Температура у этих больных чаще бывает фебрильная.

Особую осмотрительность при постановке диагноза следует проявлять в случаях, когда имеется подозрение на внутриматочное вмешательство с целью прерывания беременности, произведенное во внебольничных условиях. У этих больных, как и у больных с внематочной беременностью, могут отмечаться задержка менструаций, незначительные кровянистые выделения из половых путей, бледность кожных покровов, острые боли, перитонеальные явления. Вследствие напряженности мышц брюшной стенки определить размеры матки обычно не удается. Следует подчеркнуть, что пульс у больных с внутриматочным вмешательством обычно бывает хорошего наполнения, температура — фебрильная. Больные, к сожалению, часто скрывают факт произведенного внутриматочного вмешательства. Так как общее состояние этих больных иногда позволяет выжидать с операцией, следует уточнить диагноз расспросами больной или применить пункцию заднего свода, которая при внутриматочном вмешательстве покажет наличие серозного или серозно-гнойного выпота.

В случае преобладания перитонеальных явлений в начале заболевания трубный выкидыш иногда можно спутать с перекрутом ножки опухоли придатков или узла фибромиомы, с приступом острого аппендицита.

Дифференциальная диагностика и в этих случаях может представить некоторые трудности, и диагноз иногда устанавливается только при операции.

О перекруте ножки кистомы яичника свидетельствуют указания на наличие кистомы еще задолго до настоящего заболевания. Боли в животе при перекруте начинаются внезапно, обычно схваткообразного характера, иррадиируют в ноги, постепенно нарастают и сопровождаются, как правило, тошнотой и рвотой. Подвижность

опухоли значительно ограничена; опухоль имеет четкие контуры, туго-эластическую консистенцию и округлую форму, ясно контурируется. Картина крови обычно нормальная.

Иногда приходится наблюдать больных, у которых имеется киста яичника при наличии трубной беременности. Если киста расположена на стороне беременной трубы, как это было у 181 нашей больной (3,5%), то яичник редко удается отдифференцировать от беременной трубы при влагалищном исследовании и они прощупываются как единый конгломерат, что создает картину воспалительного процесса. Несколько чаще при внематочной беременности нам приходится встречаться с кистой яичника противоположной стороны, что мы наблюдали у 287 наших больных (5,6%), и реже с двусторонними кистами яичников (28 случаев — 0,5%). Наличие двусторонних опухолей или односторонней опухоли, определяющейся в виде единого конгломерата, заставляет врача обычно заподозрить воспалительный процесс. В таких случаях особое внимание следует уделить данным о температуре, лейкоцитозе и РОЭ, а также данным анамнеза в отношении выяснения характера менструальной функции и срока последних менструаций, наличия приступообразных болей, наличия и давности опухоли придатков.

При аппендиците в анамнезе отсутствуют какие-либо указания на те или иные признаки беременности. Кожа и видимые слизистые имеют нормальную окраску. Язык сухой, обложен. Тошнота и рвота резко выражены. Температура высокая. Боли обычно сосредоточены в правой половине живота, френикус-симптом чаще отсутствует. При пальпации живота отмечаются значительное напряжение мышц передней брюшной стенки, главным образом справа, небольшая болезненность в точке Мак-Бурнея, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, явления пареза кишечника — запоры, задержка газов и стула.

При двуручном исследовании болезненность удается обнаружить в основном в области прямокишечно-маточного углубления. При движении шейки и тела матки имеется некоторая болезненность. Своды свободны. В случае аппендикулярного инфильтрата в правой подвздошной области определяется опухоль, которая при

двуручном исследовании с трудом достижима через влагалищный свод. Число лейкоцитов крови значительно повышено, изменений в картине красной крови не наблюдается. Биологические реакции Ашгейм-Цондека и другие отрицательные.

При нарушениях внематочной беременности по типу разрыва трубы мы наблюдаем обычно ярко выраженную картину внутрибрюшного кровотечения. Дифференциальный диагноз может колебаться между апоплексией яичника, разрывом селезенки или какого-либо другого органа брюшной полости, внутрибрюшным кровотечением на почве перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Установить диагноз в таких случаях нам помогают данные анамнеза (задержка менструаций, приступы схваткообразных болей, травма других органов, жалобы на функцию желудочно-кишечного тракта, боли в эпигастральной области, язва), а также влагалищное исследование, если состояние больной позволяет произвести таковое.

Апоплексия яичника, как и внематочная беременность, тоже может сопровождаться большим кровоизлиянием в брюшную полость и вызывает симптомы, аналогичные симптомам при нарушенной внематочной беременности. Диагноз апоплексии яичника до операции установить трудно; следует учитывать отсутствие задержки менструаций, а также срок последней менструации.

Произвести чревосечение такой больной не является ошибкой, поскольку оно имеет витальные показания как при внематочной беременности, так и при апоплексии яичника.

Наши высказывания в отношении заболеваний, с которыми чаще всего приходится дифференцировать внематочную беременность, носят сугубо ориентировочный характер, так как всю сложность клинической картины каждого отдельного случая нельзя уложить в единую схему.

Несмотря на наличие стольких признаков нарушенной внематочной беременности, процент диагностических ошибок до сих пор еще остается высоким и, по данным разных авторов, колеблется от 3,9 до 30.

Ошибок в диагностике прогрессирующей внематочной беременности избежать

трудно, однако надо стремиться к тому, чтобы их было возможно меньше. Обусловливаются эти ошибки следующими причинами: 1) сбивчивыми ответами некоторых больных, 2) сглаженной картиной заболевания у некоторых женщин, 3) неполноценностью вспомогательных диагностических методов. Мы, несмотря на многолетний опыт, тоже иногда ошибались и ошибаемся при установлении диагноза прогрессирующей внематочной беременности.

Трудность правильной и быстрой диагностики нарушенной внематочной беременности зависит от разнообразия клинической картины заболевания: все те острые явления, которые бывают так хорошо выражены в момент приступа болей, когда обычно больные и поступают в клинику, впоследствии стушевываются, самочувствие женщины улучшается и врач, забывая о прежних грозных симптомах, предполагает наличие не внематочной беременности, а воспалительного процесса придатков или почечной или печеночной колики и иногда даже выписывает больную. Однако по прошествии некоторого времени эти явления повторяются, причем часто в более резкой форме (у некоторых сразу же после врачебного осмотра, особенно если последний произведен недостаточно осторожно), и требуется срочная операция вследствие значительного кровоизлияния в брюшную полость.

Мы выписали 66 больных (1,2%), причем у 29 из них был диагноз воспаления придатков матки, у 17 — нормальной маточной беременности, у 8 — геморрагического эндометрита, у 4 — фиброматоза матки, у 3 — почечной колики, у 2 — неполного аборта, у 3 — кишечной непроходимости, самостоятельно ликвидировавшейся. Через короткий промежуток времени все эти больные вновь поступили к нам с ярко выраженной картиной нарушенной трубной беременности.

Диагностические ошибки встречаются не только в нашем учреждении. К нам поступила 101 больная с нарушенной трубной беременностью через несколько дней или неделю после выскабливания стенок полости матки, произведенного в других лечебных учреждениях по поводу предполагаемого неполного выкидыша; 37 больных — через несколько дней после выписки из других лечебных учреждений, где они лежали с диагнозом «угрожающий

выкидыш» для сохранения «маточной беременности», которой у них не оказалось; 13 больных — через 3—7 дней после выписки из других лечебных учреждений, где они находились по 2—3 недели с диагнозом воспалительного заболевания придатков матки. При чревосечении у них никаких признаков бывших или имеющихся воспалительных изменений придатков обнаружено не было. У всех этих больных оказалась внематочная беременность.

Три больные, находившиеся в других лечебных учреждениях с подозрением на внематочную беременность, были выписаны в связи с тем, что произведенная пункция дала отрицательный результат. Через несколько дней они поступили к нам с ярко выраженной картиной нарушенной трубной беременности уже в тяжелом состоянии.

Был и такой случай, когда женщина, имевшая внематочную беременность, по поводу первого приступа болей провела в одном из лечебных учреждений 5 дней и была выписана с диагнозом дисфункции яичников, а через несколько дней поступила к нам с нарушенной трубной беременностью.

Одна больная была доставлена в больницу с диагнозом крупозной пневмонии, а затем была переведена к нам для срочной операции по поводу трубной беременности (пневмонии у нее не было): две другие больные в течение одной — двух недель находились в хирургической клинике, из них одна — по поводу холецистита и острого панкреатита, а другая — с невыясненным диагнозом. После консультации с гинекологом эти больные были переведены к нам и оперированы по поводу трубной беременности.

Таких примеров можно привести много.

Ошибки в диагностике внематочной беременности возможны еще и потому, что по своему клиническому течению она напоминает ряд заболеваний со сходным симптомокомплексом: прободной аппендицит, илеус, перекрут ножки опухоли придатков матки, разрыв овариальных кист, апоплексию яичника и др.

Анализируя наши данные, мы убедились, что 1189 из 5064 больных с внематочной беременностью были направлены к нам с неправильными диагнозами (23,5%). По К. К. Комешко (1949) процент ошибок при направ-

лении в стационар составляет 38,3, по А. С. Сендюковой (1950) — 49,8.

Ошибочные диагнозы при направлении в нашу клинику были следующие: воспаление придатков матки в 291 случае, аппендицит в 221, неполный аборт в 153, воспаление придатков матки и нормальная маточная беременность в 90, острый живот в 66, перекрут кисты яичника в 59, киста яичника в 54, почечная колика в 36, гастроэнтерит в 29, пищевая интоксикация в 26, метроррагия в 23, пельвеоперитонит в 22, дисменорея в 20, цистит в 16, заворот кишок в 16, параметрит в 13, подозрение на внутриматочное вмешательство в 9, прободная язва желудка в 8, фибромиома матки в 7, холецистит в 7, кишечная колика в 5, угрожающий аборт в 4, периметрит в 3, дисфункция яичников в 3, фиброматоз матки в 2, апоплексия яичника в 2, перитонит в 2, панкреатит в 1, подозрение на рак шейки матки в 1 случае.

Из приведенных данных следует, что наиболее часто внематочная беременность дифференцировалась с воспалительными заболеваниями придатков матки, с аппендицитом, неполным маточным выкидышем, кистой или перекрутом кисты яичника и т. п. Таким образом, правильный диагноз при направлении в стационар был поставлен у 3875 женщин (76,5%).

Расхождения в пред- и послеоперационных диагнозах, поставленных в клинике, имели место у 92 (1,8%) из 5064 больных с внематочной беременностью; они были оперированы под другими диагнозами, тогда как при операции у них оказалась внематочная беременность. Кроме того, у 60 больных (1,2%) до операции был поставлен диагноз внематочной беременности, при операции же были обнаружены другие заболевания.

При диагнозе внематочной беременности, поставленном до операции, мы установили следующие заболевания: гнойные и воспалительные заболевания придатков — у 26 женщин, пельвеоперитонит — у 6, кисту яичника — у 11 (из них у двух в стадии перекрута), апоплексию яичника — у 6, аппендицит — у 2, разрыв селезенки — у 2, рак яичников — у одной, полное отсутствие изменений со стороны женских половых органов — у 6 (у трех оказалась нормальная маточная беременность, у одной боли были вызваны печеночной и у двух — по-

чечной коликой). Таким образом, у 48 из 60 больных чревосечение, как следует из всего изложенного, было показано, тогда как у 12 (0,2%) оно оказалось диагностической ошибкой.

Внематочная беременность оказалась при других предоперационных диагнозах у следующих больных: у 43 до операции была диагностирована киста яичника (из них у 12 — киста в стадии перекрута), у 31 — аппендицит, у 13 — воспалительная и гнойная опухоль придатков, у 4 — фибромиома матки (в том числе у одной — перекрут фиброзного узла), у одной — заворот кишок. При операциях у всех была обнаружена внематочная беременность.

У одной из этих больных диагноз был неясен и колебался между кистой яичника и внематочной беременностью. В связи с этим была 4 раза поставлена реакция Ашгейм-Цондека, которая во всех случаях дала отрицательный результат. Больную подвергли операции по поводу предполагавшейся кисты яичника, а при чревосечении была обнаружена трубная беременность.

У одной больной был поставлен диагноз гидросальпинкса; при чревосечении по поводу этого заболевания гидросальпинкс действительно был обнаружен, но оказалась и внематочная беременность на противоположной стороне, диагноз которой до операции поставлен не был.

У этих больных в большинстве случаев анамнестические данные были неясными, а среди объективных данных превалировали симптомы, характерные для других заболеваний. Чревосечение безусловно было показано.

Таким образом, диагностические ошибки при установлении клинического диагноза имели место у 219 больных (4,3%), причем у 78 (1,5%) ошибки эти были существенными (нераспознанный диагноз внематочной беременности и выписка больных, чревосечение без показаний).

Во избежание таких ошибок мы рекомендуем не забывать о первоначальном диагнозе, поставленном при первых симптомах заболевания. Всегда следует помнить и о том, что внематочная беременность может проявиться бурно, а затем все симптомы ее могут временно исчезнуть. При соответствующем анамнезе и наличии болезненности одного свода при отсутствии болезненности

противоположного свода всегда больше данных за внематочную беременность.

Были и такие случаи: 3 больные наблюдались в клинике с другими диагнозами (две с неполным выкидышем, одна с геморрагическим эндометритом); для подтверждения диагноза этим больным было произведено диагностическое выскабливание стенок полости матки, после которого у одной больной наступил шок и она была экстренно оперирована по поводу внематочной беременности; у другой же выскабливание, произведенное по поводу предполагаемого неполного маточного выкидыша, показало в соскобе децидуальную ткань без ворсин хориона и, таким образом, диагноз внематочной беременности был уточнен.

Особенно осторожным при установлении диагноза следует быть в случаях, когда больная подвергалась ранее чревосечению; у этих женщин всегда может быть послеоперационный спаечный процесс, который обусловливает приступы острых, внезапно наступающих болей, сопровождающихся явлениями кишечной непроходимости. Боли эти очень сходны с болями при внематочной беременности: при них отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга, они могут сопровождаться холодным потом, но напряжение мышц брюшной стенки при них чаще более выражено, чем при наличии внематочной беременности. Пульс у этих больных учащен и бывает слабого наполнения. Создается впечатление картины нарушенной внематочной беременности.

akusher.ru

Глава V

РЕДКИЕ ФОРМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ЯИЧНИКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Яичниковая беременность относится к одной из наиболее редко встречающихся форм внематочной беременности.

Возможность чистой яичниковой беременности долгое время категорически отрицалась. В. Ф. Снегирев, в частности, полагал, что развитие плодного яйца может происходить только на яичниковой фимбрии. Как указывает Те-Линде (1958), некоторые авторы и до настоящего времени сомневаются в возможности первичной яичниковой беременности.

Среди наиболее частых этиологических факторов яичниковой беременности многие авторы [К. П. Улезко-Строганова, Т. М. Гроздов, Самсон (Samson)] называют эндометроидные гетеротопии и разрыхление яичниковой ткани, обусловленное длительным воспалительным процессом.

По нашим наблюдениям, яичниковая беременность обычно встречается в возрасте старше 30 лет; всем нашим больным с яичниковой беременностью было от 30 до 36 лет.

Классическими признаками яичниковой беременности являются: участие самого яичника в образовании плодовместилища, отсутствие изменений в маточной трубе соответствующей стороны, исключение возможности участия маточной трубы или ее фимбрий в образовании плодного мешка.

Различают две формы яичниковой беременности:

1) интрафолликулярную, когда беременность развивается в самом фолликуле. Механизм образования

этой формы беременности можно представить следующим образом: после разрыва граафова пузырька плодное яйцо остается внутри фолликула; через образовавшийся разрыв проникают сперматозоиды и оплодотворяют там зрелую половую клетку; привитие оплодотворенного яйца в полости фолликула происходит путем внедрения трофобласта в его стенку;

2) овариальную, когда вышедшее из фолликула и оплодотворенное в брюшной полости яйцо прививается на поверхности яичника.

Исход яичниковой беременности зависит от места привития оплодотворенного яйца; при имплантации его на поверхности яичника образовавшееся плодовместилище имеет тонкую капсулу, которая обычно легко и скоро разрывается; при развитии же яйца внутри фолликула или в строме яичника беременность может прерваться и в более поздние сроки, а иногда и донашивается. Это объясняется тем, что яичниковая ткань, обладая большой способностью к разрастанию, может образовать достаточно прочную капсулу вокруг развивающегося яйца, а также тем, что внутренний слой фолликула более богат сосудами и клеточными элементами, что обеспечивает лучшее питание плода.

Диагностировать яичниковую беременность до операции очень трудно, и обычно больную кладут на операционный стол с диагнозом трубной беременности или апоплексии яичника. Клиника заболевания при яичниковой беременности не имеет характерных отклонений от таковой при трубной беременности.

По мнению ряда гинекологов (И. Л. Брауде и др.), операция при яичниковой беременности должна заключаться в удалении беременного яичника и трубы на той же стороне. Мы считаем вполне достаточным ограничиться резекцией яичника в пределах здоровой ткани и наложить на оставленную часть яичника непрерывный или узловатые кетгутовые швы. Так как при чистой форме яичниковой беременности труба обычно бывает неизменной, удаление ее можно рекомендовать только в целях гистологического уточнения диагноза в случаях, когда он недостаточно ясен.

В отечественной литературе одним из самых ранних исследований, посвященных яичниковой беременности, является работа А. А. Муратова (1889), в которой он

описывает случай яичниковой беременности доношенным плодом.

В последующие годы случаи яичниковой беременности были приведены М. Н. Никифоровым (1898), Л. Н. Варнеком (1904) и Д. Д. Поповым (1905). У А. П. Губарева (1915) можно встретить указание еще на один случай доношенной яичниковой беременности, описанный Вальтером (Дерпт).

Д. Д. Попов отметил, что в яичнике благодаря лучшему его кровоснабжению, способности яичниковой ткани к быстрому разрастанию и отсутствию механических препятствий имеются более благоприятные условия для развития плода, чем в трубе. При исследовании плодных оболочек Д. Д. Попов обратил внимание на гиалиновое перерождение трофобласта, тромбоз сосудов ворсинок хориона и изменения ланггансова слоя. Плод в его случае был доношенным, но по размерам меньше нормального; конечности плода были неправильно развиты.

Случаи имплантации и развития плодного яйца в одной из складок соединительнотканной оболочки яичника описаны Т. М. Гроздовым (1927), Б. С. Тарло и Л. А. Гиммельфарбом (1929) и В. С. Груздевым (1933). В случае Б. С. Тарло и Л. А. Гиммельфарба имела место комбинация двусторонней яичниковой и трубной беременности.

Случаи одновременной яичниковой и трубной беременности привели также В. П. Дедов (1922) и С. А. Никонов (1925). Фруденфельд (Frudenfeld) и Уебб (Webb) в 1940 г. описали интересный случай яичниковой беременности, в котором ворсины хориона оказались внедрившимися в желтое тело яичника. Аналогичный случай пришлось наблюдать и нам.

М. Л. Выдриной с 1905 по 1919 г. удалось собрать в литературе всего 12 случаев несомненно установленной яичниковой беременности. Штамм (Stamm) в 1946 г. сообщил о 85 случаях яичниковой беременности собранных им в мировой литературе по 1946 г. включительно. Из отечественной литературы нам известны еще случаи Н. И. Фроловой (1948), 4 случая К. К. Комешко (1949), случай К. Е. Садыкова (1954), В. А. Струкова (1955), 2 случая Е. Ф. Ромащенко (1957), случай П. Г. Сороки (1958) и случай П. Г. Гатцука (1958) — окаменелый плод при яичниковой беременности 34-летней давности.

Нам удалось наблюдать яичниковую беременность только у 5 из 5064 больных с внематочной беременностью и еще у 6 больных (1956—1958).

Приводим ряд наших случаев.

1. Больная 36 лет была доставлена скорой помощью 7/IV 1951 г. с подозрением на левостороннюю трубную беременность.

В анамнезе 6 беременностей, из которых последняя закончилась абортом, осложнившимся воспалением придатков матки; вторичное бесплодие сроком 6 лет; задержка менструации на 11 дней.

С 5 по 7/IV было два приступа острых болей внизу живота, иррадиировавших в плечо и область прямой кишки, сопровождавшихся тошнотой и потерей сознания.

При поступлении кожа и видимые слизистые нормальной окраски; температура нормальная; пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения; язык влажный, слегка обложенный; живот не вздут, но слегка напряжен и болезнен в левой подвздошной области; притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не отмечается.

Данные влагалищного исследования: матка в ретрофлексии, не увеличена, движения ее резко болезненны; через левый свод определяются увеличенные болезненные придатки, правый свод свободен и безболезнен. Выделения из половых путей скудные, молочного цвета.

Анализ крови: гемоглобина 59%, лейкоцитов 4500; РОЭ 10 мм в час.

Клинический диагноз: подозрение на внематочную беременность.

Виду неясности диагноза и улучшившегося состояния больной решено оставить ее под наблюдением. На протяжении $1^1/_2$ недель постельного режима состояние больной продолжало оставаться хорошим; периодически беспокоили незначительные боли внизу живота, которые под влиянием теплового лечения не исчезали, но и не усиливались; периодически же больная жаловалась на приступы тошноты, особенно по утрам, что, возможно, было связано с наличием солитера (за время пребывания в клинике у больной при дефекации вышли три членика солитера).

19/IV вновь появились острые боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки, в подложечную область и в правое подреберье. Началась рвота. Больная резко побледнела, пульс стал нитевидным. При осмотре выявлен положительный симптом Щеткина-Блюмберга и небольшое притупление перкуторного звука справа внизу живота. При влагалищном исследовании наружный зев шейки матки закрыт, шейка матки при движениях резко болезненна, обнаружена отечность и выбухание левого свода.

Клинический диагноз: левосторонняя трубная беременность.

Через 30 минут чревосечение под общим эфирно-кислородным наркозом (80 мл). Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружена в большом количестве жидкая кровь и ее свертки. Матка увеличена, как при 6-недельной беременности. Правые придатки и левая труба не изменены. Левый яичник увеличен до размеров небольшого куриного яйца, на нем имеется разрыв диаметром в 1,5 см, через который видны оболочки плодного яйца.

Произведена резекция яичника с плодовместилищем в пределах здоровой ткани. На яичник наложены швы. Рассечены спайки большого сальника со слепой кишкой, возникшие после имевшей место ранее аппендэктомии. Путем реинфузии перелито 750 мл крови, собранной из брюшной полости. Брюшная полость осушена, брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Данные гистологического исследования: в присланном препарате яичника имеется истинное желтое тело, по периферии которого строма органа приобрела децидуальный вид. В децидуальной ткани вкраплены ворсины хориона. Заключение: яичниковая беременность.

Послеоперационный период протекал без осложнений, но выписка больной задержалась в связи с наличием у нее анемии (гемоглобина 48%). Поэтому, помимо реинфузии, больной было перелито 450 мл крови от донора. Больная выписана 7/V, на 18-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

2. Больная 31 года была доставлена скорой помощью 25/XI 1952 г. с подозрением на внематочную беременность.

В анамнезе одни роды. Задержки менструаций нет. В день поступления было два приступа острых болей внизу живота, иррадиировавших в область прямой кишки и сопровождавшихся головокружением и потерей сознания.

Больная резко бледна. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, умеренно вздут, болезнен больше внизу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В отлогих местах живота притупление перкуторного звука.

Анализ крови: гемоглобина 45%, лейкоцитов 3600; РОЭ 4 мм в час.

При влагалищном исследовании наружный зев шейки матки закрыт. Матка в антеверзии, несколько увеличена. Правый свод свободен, левый резко болезнен, имеется выбухание.

Клинический диагноз: левосторонняя трубная беременность.

25/XI экстренное чревосечение под общим эфирным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости обнаружено свыше 700 мл жидкой крови и ее свертки. Левая труба не изменена, фимбриальный конец ее открыт. Правые придатки без особенностей. Матка увеличена, как при 5-недельной беременности. Левый яичник увеличен до размера крупного грецкого ореха, имбибирован кровью. Предположено наличие яичниковой беременности. Произведена резекция яичника в пределах здоровой ткани с наложением непрерывного кетгутового шва на оставленную часть яичника. Брюшная полость освобождена от сверткров крови, осушена. Произведена реинфузия 700 мл крови, собранной из брюшной полости. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование препарата: в присланном препарате свертки крови с ворсинами хориона, кусочек ткани яичника с единичными децидуальными клетками по периферии.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 3/XII, на 8-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Как показало гистологическое исследование, у больной плодное яйцо имплантировалось на поверхности яичника.

Ввиду редкости данного заболевания приведем еще один случай гистологически подтвержденной яичнико-

вой беременности, который не входит в число разобранных в данной работе, так как наблюдался в последующие годы.

3. Больная 33 лет была доставлена скорой помощью 6/VIII 1957 г. с диагнозом острого аппендицита.

В анамнезе выкидыш 3 года назад. С мая 1957 г. считает себя беременной: было нагрубание молочных желез, задержка менструаций, извращение аппетита. 21/VI врач подтвердил диагноз маточной беременности и определил кисту яичника. Кистозная опухоль быстро увеличивалась. В конце июля больную направили на консультацию к нам. Дежурный гинеколог клиники не подтвердил диагноза маточной беременности и определил воспаление придатков матки. С конца июля до момента поступления в клинику у больной было три приступа острых болей внизу живота, причем последний раз с иррадиацией в область прямой кишки, явлениями метеоризма и обморочным состоянием.

Дежурный хирург диагноз аппендицита отверг, и больная была осмотрена гинекологом.

Данные влагалищного исследования: наружный зев шейки матки закрыт, матка в ретропозиции, не увеличена; через левый свод прощупывается болезненный инфильтрат; справа и несколько кзади от матки определяется пастозная опухоль без четких контуров, болезненная при исследовании. Выделений из половых путей нет.

Клинический диагноз: внематочная беременность (haematocele retrouterina?), киста яичника (?).

10/VIII чревосечение под перидуральной анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшной полости в ней обнаружено немного темной гемолизированной крови. Справа большая опухоль придатков, при выделении которой вытекли воды и под давлением выделился плод $3^1/_2$ месяцев. Плацента располагалась и в трубе, и в яичнике, который, как и труба, был растянут плодовместилищем. Произведено удаление плаценты, причем резецирована правая маточная труба с иссечением ее маточного конца (швы на угол матки) и резецирована значительная часть яичника. На оставленную часть яичника наложен непрерывный кетгутовый шов. Левая труба замурована в прямокишечно-маточном углублении, утолщена до двух поперечных пальцев, наполнена кровью, абдоминальный конец ее заращен (гематосальпинкс). Левая труба тоже удалена с клиновидным иссечением ее маточного конца (швы на угол матки). Брюшная полость осушена, брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование показало наличие яичниковой беременности. В трубах картина аденомиоза.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 16/VIII, на 6-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

В данном случае мы недооценили длительные кровотечения в виде «мазни», периодические приступы острых болей внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, сопровождавшиеся обморочным состоянием, увеличение опухоли придатков матки в динамике наблюдения

за больной. Отсутствие ворсин хориона в трубе дает нам право рассматривать эту беременность как яичниковую, хотя труба и была изменена и непосредственно соприкасалась с плодовместилищем.

По нашим данным, число случаев яичниковой беременности за последние годы увеличивается. Мы объясняем это тем, что в настоящее время каждый препарат подвергается гистологическому исследованию. Нет никаких сомнений в том, что и раньше яичниковая беременность встречалась значительно чаще, чем это описано в литературе, но случаи ее, по клинической картине весьма близкие к апоплексиям яичника, возможно, и проходили под этим диагнозом. Как известно, при операциях по поводу апоплексии яичника на него обычно накладывают шов, осушают брюшную полость, производят гемостаз и этим заканчивают операцию. Мы предлагаем при каждой операции по поводу апоплексии яичника с наличием на яичнике разрыва и крови в брюшной полости в обязательном порядке иссекать часть яичника в месте его разрыва и посылать на гистологическое исследование, что по всей вероятности, подтвердит предположение о большей частоте яичниковой беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ В ЗАЧАТОЧНОМ РОГЕ МАТКИ

Как известно, матка и влагалище развиваются за счет слияния мюллеровых протоков. При нормальном ходе развития верхние отделы этих протоков остаются разделенными и образуют яйцеводы, а средние и нижние — матку и влагалище. Если же один из мюллеровых протоков по каким-либо причинам совсем не развился или в определенной стадии задержался в развитии, то образуется однорогая матка с зачаточным (рудиментарным) рогом или без такового. Зачаточный рог в таких случаях соединяется с основным рогом матки при помощи сплошной, не способной к расширению ножки, которая чаще отходит от матки на уровне внутреннего зева, а у некоторых больных — от дна матки.

По данным Я. Д. Зиньковского, ножка, соединяющая зачаточный рог с основным рогом матки, в 85% случаев не имеет канала.

Мускулатура зачаточного рога обычно слабо выражена, в нем отмечается преобладание соединительной ткани со слабо развитыми сосудами. Слизистая зачаточного рога неполноценна и не подвержена менструальному отторжению.

Нам неоднократно приходилось оперировать женщин по поводу аплазии влагалища при наличии у них рудиментарной двурогой матки (uterus bicornis rudimentaris solidus). У этих женщин не было менструаций, но некоторые жаловались на циклические болевые ощущения внизу живота. При операциях мы удаляли рудиментарный мышечный тяж и, вскрыв его, как правило, не находили в нем полости, выстланной слизистой, что подтверждалось и гистологическим исследованием препарата. Только у 2—3 женщин мы по вскрытии рудиментарной матки-тяжа обнаружили в ней маленькую полость, выстланную слабо развитой слизистой; в этой полости имелось небольшое количество (до чайной ложки) темной менструальной крови.

В полости же зачаточного рога матки менструальной крови обычно не обнаруживается. Отсутствие в ней менструальной крови подтверждается и самим фактом возможности наступления беременности, которая не могла бы возникнуть при наличии в полости рога матки гематометры. Вместе с тем если бы слизистая рога матки обладала нормальной способностью отторгаться при менструации, то гематометра неизбежно развилась бы в нем, так как зачаточный рог матки не имеет сообщения с цервикальным каналом матки. Поэтому и возникновение беременности в зачаточном роге матки можно допустить только за счет migratio ovi externa или transmigratio seminis externa.

Если беременность в зачаточном роге матки рассматривать с точки зрения анатома, то ее следует причислить к маточной беременности, так как плодное яйцо имплантируется в ткани, относящейся к матке. Вместе с тем по своему клиническому течению беременность в зачаточном роге матки почти не отличается от трубной беременности: так же как и при трубной беременности, в этих случаях развивается децидуальная оболочка (только более мощная), гипертрофируется мускулатура, происходит выделение децидуальной оболочки из полости матки. Женщина жалуется на задержку менструа-

ций, приступы острых болей внизу живота, иррадиирующих и в область прямой кишки, и в плечо, и в подреберье. Исходом беременности чаще является разрыв беременного рога, сопровождающийся тяжелым внутрибрюшным кровотечением, поэтому беременность в зачаточном роге матки принято относить к эктопической.

Диагностика беременности в зачаточном роге матки при прогрессирующей стадии обычно затруднена вследствие отсутствия острых явлений, свидетельствующих о разрыве рога и наличии внутрибрюшного кровотечения.

Характерным опознавательным признаком такой беременности при наличии соответствующего анамнеза являются: боковое расположение однорогой матки по отношению к шейке, наличие рядом с незначительно увеличенной и вполне подвижной маткой эластической, безболезненной опухоли, отходящей от матки как бы на толстой ножке. Зачаточный беременный рог чаще занимает по отношению к матке косое положение. Места отхождения придатков и круглой связки (по В. Г. Бекману) чаще расположены у основания плодовместилища, так как при беременности растет обычно верхняя часть рога.

По Д. А. Абуладзе, хорошим опознавательным признаком является также ощупывание круглой связки, идущей как бы от «опухоли». В отличие от интерстициальной беременности круглая связка при беременности в рудиментарном роге матки расположена кнаружи от плодовместилища. Однако этот признак не всегда бывает выражен, так как даже в начальной стадии беременности круглая связка нередко бывает настолько размягчена, что практически прощупать ее не удается.

Наиболее часто беременность в зачаточном роге матки дифференцируют с интерстициальной формой внематочной беременности, с кистой яичника или узлом фибромиомы матки при наличии маточной беременности.

При интерстициальной беременности плодовместилище не удается отграничить от матки, круглая связка отходит медиально, исследование бывает резко болезненным. При беременности же в зачаточном роге матки нередко определяется ясно выраженная ножка, отделяющая плодовместилище от матки и отходящая от нее чаще на уровне внутреннего зева. Рог матки при исследовании безболезнен и вполне подвижен.

Что касается узла фибромиомы, то эта опухоль отличается, как известно, более плотной консистенцией.

Киста яичника тоже хорошо подвижна, но имеет туго-эластическую консистенцию и ясные контуры. Рядом с ней четко отграничивается матка.

Исход беременности в зачаточном роге матки аналогичен таковому при трубной беременности, но в результате более мощной гипертрофии мышечной беременность в зачаточном роге нарушается в более поздние сроки, чем трубная, а иногда донашивается и до нормального срока. Такие случаи описаны Н. Б. Папиковым и И. Я. Лельчуком.

Прерывание беременности в зачаточном роге матки чаще происходит по типу наружного разрыва плодовместилища в наиболее истонченном его месте. Так как стенка зачаточного рога матки состоит преимущественно из соединительной ткани и лишь небольшого количества мышечной оболочки, то развитие сосудов здесь слабое. Поэтому при разрыве рудиментарного рога кровотечение обычно количественно меньше, чем при разрыве плодовместилища при беременности в интерстициальной части трубы.

Мы считаем, что при беременности в зачаточном роге матки, так же как и при других формах внематочной беременности, оперативное вмешательство следует производить тотчас же по установлению диагноза.

Характер операции — ампутация беременного рога матки с последующим тщательным ушиванием стенки матки (стр. 165).

Верт, которому до 1914 г. удалось собрать в мировой литературе 100 случаев беременности в рудиментарном роге матки, сообщил, что в 48 из 100 случаев имел место разрыв рудиментарного рога, причем у 31 больной — со смертельным исходом. Поэтому предложения некоторых авторов, в частности Д. А. Абуладзе, откладывать операцию до времени, когда плод станет жизнеспособным, едва ли заслуживают внимания.

Беременность в зачаточном роге матки встречается чаще, чем яичниковая. Первый случай такой беременности зарегистрирован в 1888 г. и описан Гиммельфарбом. В 1911 г. В. Г. Бекман опубликовал данные о собранных им в мировой литературе 145 случаях беременности в рудиментарном роге матки. Вместе с тем

К. Я. Померанц к 1915 г. насчитал в отечественной литературе всего 14 случаев; его собственный случай был пятнадцатым. В дальнейшем нам удалось собрать в отечественной литературе еще 64 случая и, кроме того, лично наблюдать беременность в зачаточном роге матки у 9 из 5064 больных с внематочной беременностью (0,19%). Из 9 наблюдавшихся нами больных с беременностью в зачаточном роге матки у трех имел место разрыв беременного рога на III—V месяце беременности, а у 6 женщин мы определили прогрессирующую беременность в зачаточном роге более раннего срока.

Приводим несколько наших случаев.

1. Больная 29 лет поступила 3/XI 1938 г. с жалобами на схваткообразные боли внизу живота.

В анамнезе одни роды 4 года назад. Задержка менструаций на 3 месяца. Было 2 приступа острых болей внизу живота, причем при первом приступе диагностировали аппендицит, а при втором — перекрут ножки кисты яичника при нормальной маточной беременности сроком 18 недель. С этим диагнозом больную и доставили к нам в клинику.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт. Слева по средней линии определяется матка, увеличенная до размеров матки при 5-месячной беременности, справа неясно контурируется опухоль, по величине соответствующая матке при 6-недельной беременности, плотная, подвижная, безболезненная.

Диагноз: нормальная маточная беременность сроком около 5 месяцев.

С 4 по 6/XI самочувствие больной хорошее, на боли не жалуется. 7/XI больная чувствует себя настолько хорошо, что настаивает на выписке. Через полчаса после повторного гинекологического осмотра больная впала в состояние тяжелого шока: резкая бледность кожи и видимых слизистых оболочек, холодный пот, отсутствие пульса на a. radialis; при осмотре живот напряжен, резко болезнен. Поставлен диагноз внематочной беременности.

7/XI экстренное чревосечение под общим эфирным наркозом (80 мл). Прямой разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено много жидкой крови и ее свертки. Матка увеличена, как при 6-недельной беременности, и отклонена вправо; от левой боковой поверхности матки отходит мышечный тяж 3 см длиной и 3—4 см диаметром, соединяющий матку с плодовместилищем; плодовместилище представляет собой мешок размером с кулак взрослого человека, на котором по верхнелевой поверхности имеется разрыв; внутри плодовместилища виден послед; толщина стенок плодовместилища в месте его разрыва от 2 до 0,5 см. На длинной пуповине в брюшной полости лежит плод женского пола, соответствующий 5 месяцам. Справа от матки в нормальных соотношениях отходят: круглая связка, труба и яичник.

Придатки левой стороны отходят не от матки, а от плодовместилища. При удалении плодовместилища с последом и плодом установлено, что сообщения с полостью матки плодовместилище не имеет. На ребро матки наложены узловатые кетгутовые швы.

В брюшной полости собрано 400 мл жидкой крови, которая вместе с 200 мл донорской крови перелита в вену больной. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование препарата: канал, сообщающий рог с полостью матки, отсутствует. Масса ножки состоит из пучков беспорядочно расположенных гладких мышечных волокон. Мышечные элементы нормальной величины (не гипертрофированы). Стенка плодовместилища состоит из мышечных волокон и прослойки соединительной ткани, причем количество последней увеличивается к месту разрыва. В некоторых местах, ближе к разрыву, соединительная ткань преобладает над мышечной. Слизистой оболочки в исследуемых кусочках не обнаружено. В месте разрыва стенки — расширенные сосуды и кровоизлияния.

Послеоперационный период сопровождался однократным повышением температуры до 37,7°.

Больная выписана в хорошем состоянии 18/XI, на 11-е сутки после операции.

Этот случай является типичным примером беременности в зачаточном роге матки и свидетельствует о том, как надо быть осторожным в подобных случаях. Больная эта поступила к нам с острыми болями, которые вскоре у нее прошли, и у нас создалось впечатление о наличии 5-месячной маточной беременности.

Необходимо обратить особое внимание на трудность диагностики беременности в зачаточном роге матки, которая, как это и было в изложенном выше случае, может иногда симулировать маточную беременность. Мы считаем, что при наличии данных анамнеза о возможности беременности, а также данных бимануального исследования, при которых рядом с несколько увеличенной маткой определяется опухоль, больную всегда следует оставить под строгим наблюдением.

2. Больная 23 лет поступила 24/II 1946 г. с жалобами на длительные, темного цвета кровянистые выделения из половых путей.

В анамнезе 2 срочных родов; последние — год назад, осложнились воспалением придатков матки. Задержка менструаций на 3 месяца. Неделю назад появились мажущиеся кровянистые выделения. Врачи предполагали угрожающий выкидыш, в связи с чем в течение недели больная находилась в другой больнице, затем была переведена к нам.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт. Матка нормальных размеров, отклонена кзади и влево, через правый свод определяется опухоль величиной с 10-недельную беременность, как бы исходящая из матки; опухоль слегка болезненна при пальпации, не пульсирует, консистенция ее эластическая. Отмечен незначительный цианоз слизистой входа во влагалище. Из половых путей кровянистые выделения бурого цвета.

Анализ крови: гемоглобина 58%, лейкоцитов 8200; РОЭ **15 мм** в час.

Клинический диагноз: внематочная беременность.

25/II чревосечение под спинномозговой анестезией. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено грушевидной формы и почти не увеличенное тело матки; справа от матки отходит образование величиной с апельсин, соединенное с маткой толстой и мясистой ножкой (зачаточный рог матки); правые придатки не изменены, но отходят от беременного маточного рога; неизмененные левые придатки отходят от тела матки. Произведено иссечение беременного рога матки и по техническим причинам удалена правая труба. На раневую поверхность матки в области иссеченного рога наложены двухэтажные кетгутовые швы. Брюшная полость осушена, брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование: в стенке рога матки децидуальная ткань с ворсинами хориона.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана в хорошем состоянии на 10-е сутки после операции.

МЕЖСВЯЗОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

При имплантации в трубе яйцо не всегда развивается в сторону брюшной полости; иногда развитие его бывает направлено в сторону широкой связки, листки которой при этом расслаиваются. В таких случаях говорят о межсвязочной беременности.

Среди межсвязочной беременности различают первичную и вторичную. При первичной межсвязочной беременности яйцо остается внутри первичного плодного мешка, т. е. в трубе, которая замуровывается между листками широких связок. При вторичной же межсвязочной беременности яйцо разрывает стенку трубы и, попав в пространство между связками, имплантируется там и продолжает свое развитие. Такая форма межсвязочной беременности является чрезвычайно редкой. О. Кюстнер категорически отрицал возможность развития беременности по такому типу. Дальнейшие же наблюдения, подкрепленные данными гистологических исследований, показали, что это вполне возможно.

Как указывает М. С. Малиновский, плодное яйцо при межсвязочном развитии благодаря хорошей васкуляризации широких связок лучше обеспечивается питанием и, защищенное листками широких связок, меньше раздражает брюшину, чем создаются условия, более благоприятные для течения беременности.

Характерным объективным признаком межсвязочной беременности является наличие низко расположенной, совершенно неподвижной опухоли сбоку от матки, выпя-

чивающей свод соответствующей стороны. Через свод ясно и рельефно пальпируется опухоль, которая местами флюктуирует и как бы отклоняет матку в противоположную сторону. Матку можно сравнительно легко отграничить от опухоли, но подвижность матки при этом бывает резко ограничена. Нижний полюс опухоли пальпируется почти на уровне шейки матки.

При разрыве же плодовместилища, который может произойти при слабом связочном аппарате или при физическом перенапряжении, наблюдают клиническую картину внутреннего кровотечения и перитонеального шока. Кровотечение в этих случаях происходит обычно в толщу широкой связки, причем образуется значительных размеров гематома, иногда распространяющаяся далеко за пределы широкой связки. Иногда кровь изливается и в брюшную полость; это наблюдается в тех случаях, когда разрываются сами листки широких связок вследствие давления на них растущего плодного яйца или разъедания их ворсинами хориона.

Характер операции при межсвязочной беременности заключается в удалении плодовместилища с трубой соответствующей стороны и ушивании листков широкой связки.

Межсвязочная беременность наблюдается сравнительно редко. М. С. Малиновский сообщил всего об 11 случаях такой беременности, Л. Я. Цейтлин — об одном, А. Д. Аловский на большом сборном материале отметил ее всего у 3 больных. На основании анализа литературных данных нам стали известны еще случаи Р. М. Либерберга, С. Л. Билинкиса, Н. Я. Маркова и Т. П. Ермошкиной.

Из 5064 женщин с внематочной беременностью мы наблюдали беременность по типу межсвязочной только у 5 (0,1%).

Приводим ряд наблюдавшихся нами случаев.

1. Больная 25 лет поступила 20/V 1944 г. в тяжелом состоянии, почти без пульса на a. radialis.

В анамнезе 3 беременности, из них последняя закончилась абортом 8 лет назад. Больше беременностей не было. Задержка менструации на 3 месяца. В течение последних $1^1/_2$ месяцев перенесла несколько приступов острых болей внизу живота, сопровождавшихся потерей сознания и тошнотой. Во время и в течение недели после приступов — учащенное и болезненное мочеиспускание. С подозрением на внематочную беременность находилась на лечении в одной из

гинекологических больниц, причем диагноз внематочной беременности не подтвердился и больную выписали на работу. Последний приступ острых болей, с которым больная и поступила в клинику, начался во время пребывания ее на работе.

При поступлении пульс нитевидный, почти не определяется. Температура 37,2°, сознание сохранено; живот слегка вздут, мягок и резко болезнен при пальпации; в отлогих его местах определяется притупление перкуторного звука.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт; тело матки ясно не контурируется, так как шейка при движениях резко болезненна. Через правый и задний своды определяется огромных размеров пульсирующая резко болезненная опухоль местами мягкой, местами более плотной консистенции, ограниченная в подвижности и доходящая почти до правой стенки таза. Через левый свод придатки пальпировать не удается. Из половых путей — кровянистые выделения темного цвета.

Срочно произведен анализ крови: гемоглобина 39%, лейкоцитов 12 000.

Клинический диагноз: внематочная беременность.

Через 20 минут экстренное чревосечение под эфирным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено около 2000 мл жидкой крови и много ее сверткoв. Левые придатки без видимых изменений. Справа, между листками широких связок, имеется кровяная опухоль величиной с голову новорожденного. Правая маточная труба распластана по опухоли и надорвана в своей истмической части. Задний листок широкой связки разорван. Между листками широких связок обнаружено плодовместилище с 3-месячным плодом. Плодовместилище интимно спаяно с правым мочеточником. Инфильтрация и резкое нарушение топографических соотношений в этой области сильно осложнили операцию. С большими затруднениями, после рассечения сращений, было удалено плодовместилище с плодом и правая маточная труба с клиновидным иссечением ее маточного конца. Ушиты листки правой широкой связки. Произведен тщательный гемостаз. Собрано из брюшной полости и перелито в вену больной путем реинфузии 1500 мл крови. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Послеоперационный период осложнился инфильтратом в правом своде. Больная выписана 9/VI, на 20-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Гистологическое исследование не производилось.

2. Больная 29 лет поступила 20/IX 1939 г. с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота с иррадиацией в поясничную область.

В анамнезе 3 беременности, из них последняя 6 лет назад, закончилась абортом, осложнившимся воспалением придатков матки; длительное время вынуждена была лечиться амбулаторно и на курортах. Вторичное бесплодие сроком 6 лет. Последняя менструация 7 месяцев назад, в срок и обычного характера; 4 месяца назад были в течение 2 недель темные кровянистые выделения мажущегося характера. В этот же период внезапно наступил приступ острых болей внизу живота с иррадиацией в область прямой кишки и оба плеча; боли сопровождались холодным потом и полуобморочным состоянием. Вызванным врачом был поставлен диагноз воспаления

придатков матки. На протяжении месяца боли, с промежутками в 2—3 дня, повторялись, особенно усиливаясь при физических напряжениях. В последних числах июля больная впервые ощутила шевеление плода, стала отмечать нагрубание молочных желез. В августе боли исчезли, общее самочувствие несколько улучшилось; больная чувствовала себя беременной. В первых числах сентября приступ острых болей внизу живота повторился и с этого времени боли приняли почти постоянный характер. Из-за сильных болей больная вынужденно принимала сидячее положение, по комнате передвигалась с большим трудом. 15/IX больную осмотрели в женской консультации, поставили диагноз «беременность в зачаточном роге матки» и рекомендовали проконсультироваться у нас. Осмотрев больную в амбулаторном порядке, мы признали у нее наличие брюшной беременности и срочно госпитализировали.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт; матка в положении антеверзии, увеличена до размеров матки при 7-недельной беременности; через левый и задний своды определяется опухоль, фиксированная, безболезненная, эластической консистенции, верхняя граница на 2 пальца выше пупка, величина соответствует размерам 7-месячной беременности. Через брюшную стенку прослушивается сердцебиение плода, но отдельные части его не контурируются.

Клинический диагноз: брюшная беременность.

Анализ крови: гемоглобина 53%, лейкоцитов 5500; РОЭ 48 мм в час.

21/IX чревосечение под спинномозговой анестезией. Прямой разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено плодовместилище, выполняющее весь малый таз. По верхней границе плодовместилища распластана левая труба и петли тонких кишок, местами спаянные с плодовместилищем. При более детальном осмотре обнаружено, что плодовместилище расположено между листками левой широкой связки. Впереди плодовместилища помещается несколько увеличенная матка. Вскрыто плодовместилище и извлечен живой плод женского пола, соответствующий 7 лунным месяцам, без каких-либо уродств. Рассечены спайки, полностью удалено плодовместилище и ушиты листки левой широкой связки. Произведен тщательный гемостаз. Перитонизация. Брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Послеоперационный диагноз: вторичная межсвязочная беременность сроком около 7 лунных месяцев.

Послеоперационный период — без осложнений. Больная выписана в хорошем состоянии на 18-е сутки после операции. Ребенок умер на 3-и сутки в родильном доме, куда он был нами переведен.

БРЮШНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Принято различать брюшную беременность первичную и вторичную. До начала XX века возможность возникновения первичной брюшной беременности категорически отрицалась, так как считали, что условия для имплантации и развития плодного яйца в брюшной полости неблагоприятные. Некоторые авторы полагали, что не-

обходимы специальные изменения в брюшине для того, чтобы ворсины хориона могли внедриться в ее ткань и получить должные условия для своего развития (К. П. Улезко-Строганова, К. К. Скробанский).

А. П. Губарев (1915) допускал возможность первичной брюшной беременности только теоретически, справедливо указывая, что «проследить с самого начала развитие яйца, прикрепившегося прямо к брюшине, никогда случая представиться не может, и толкование о месте первоначального прикрепления яйца приходится делать через такой промежуток времени, в течение которого многие подробности уже давно успели исчезнуть»... Возможность точного определения первичной брюшной беременности ставит под сомнение и Те-Линде (1953), предлагая относить к первичной брюшной беременности те случаи, когда плаценту легко удается выделить из ложа. Под первичной брюшной беременностью понимают такую беременность, при которой оплодотворенное яйцо прививается непосредственно в брюшной полости (на брюшине, в сальнике, на петлях кишок, в области печени, желудка, селезенки).

Критерий для установления первичной брюшной беременности впервые предложил Бест (Best, 1931). Бест указывал, что под первичной брюшной беременностью следует понимать такое развитие плода в брюшной полости, при котором ни трубы, ни яичники, ни широкие связки не должны быть изменены, фимбриальные концы труб расположены в отдалении от широких связок, межсвязочный разрыв трубы не имеет места и отсутствуют данные о возможности попадания плодного яйца в брюшную полость непосредственно из полости матки.

Вторичная брюшная беременность является исходом трубной беременности, когда в брюшной полости имплантируется и продолжает развиваться плодное яйцо, изгнанное из трубы при трубном выкидыше или при разрыве трубы, сопровождавшемся незначительным кровоизлиянием.

Судьба плодного яйца при нарушенной трубной беременности может быть двоякой: или плод погибает вследствие нарушения связи с материнским организмом и прекращением питания, или он прикрепляется к другим органам, и, питаясь от них, продолжает свое дальнейшее развитие.

Более часто плодное яйцо отделяется от своего ложа, и плод погибает или рассасывается.

Иногда же, проскользнув в брюшную полость через абдоминальное отверстие трубы или через перфорационное отверстие ее стенки (если кровотечение при этом незначительное), плодное яйцо выделяется в неповрежденном виде, и плод находит и вне трубы благоприятные условия для дальнейшего развития. Тогда возникает вторичная брюшная беременность. В таких случаях плодный мешок располагается чаще в полости малого таза сбоку и кзади от матки, симулируя интралигаментарную опухоль.

Вебстеру (Webster) в одном из случаев доношенной брюшной беременности удалось проследить непрерывность тонкой оболочки, окружавшей плодовместилище, хотя и создалось впечатление, что плод расположен непосредственно между кишками.

Те-Линде не признает возможности выделения плаценты в неповрежденном виде, но высказывает предположение, что при трубном аборте некоторая связь плаценты с трубой, возможно, сохраняется, что на первое время и обеспечивает питание плодному яйцу до прикрепления его в брюшной полости.

Обратные изменения в трубе при трубном выкидыше наступают так скоро, что нередко в момент операции труба имеет уже совершенно нормальный вид и ничто не свидетельствует о первичной имплантации яйца в трубе. Это обстоятельство иногда чрезвычайно затрудняет возможность отличить первичную брюшную беременность от вторичной. Мы же считаем, что такое различие представляет вообще чисто теоретический интерес.

В литературе имеются сообщения, в которых первичная имплантация плодного яйца в брюшной полости была несомненно доказана.

П. А. Андрющенко (1936) и Т. Н. Зяблова (1934) описали случаи первичной имплантации плодного яйца на брюшине прямокишечно-маточного углубления.

О. В. Тимошенко (1926) и С. П. Введенский (1958) сообщили о случаях первичной брюшной беременности с прикреплением плаценты в области печени.

Редкий случай брюшной беременности был описан в 1954 г. М. А. Плахотниковой. Брюшная беременность симулировала опухоль желудка. Плодовместилище

с мертвым плодом, находящимся в состоянии асептического некроза и по размерам соответствующим 4-месячному плоду, было интимно спаяно с печенью, в связи с чем удалить его полностью не представилось возможным.

Фаррис, Куш и Джекобс (Farris, Kush, Jacobs) сообщили в 1954 г. о случае брюшной беременности с прикреплением плодного яйца на передней стенке желудка.

Случай имплантации яйца в сальнике описал А. А. Благодаров.

И. Т. Мильченко приводит случай 7-месячной брюшной беременности с прикреплением плаценты к петлям кишок.

А. И. Бурхановым (1951) был описан случай первичной брюшной беременности живой двойней. Плацента первого плода помещалась на брыжейке и передней поверхности сигмовидной кишки, второго — была интимно спаяна с левой широкой связкой и левыми придатками матки. Плоды были мужского пола, двуяйцевые, извлечены живыми. Вес первого плода 2420 г, второго — 2000 г. Оба ребенка умерли в срок от 14 до 29 дней от токсико-септического заболевания.

Клинически брюшная беременность, как первичная, так и вторичная, протекает, как трубная, и чаще заканчивается разрывом капсулы плодовместилища в ранние сроки, сопровождаясь при этом явлениями тяжелого внутреннего кровотечения и перитонеального шока.

Так как клиническая картина, анамнез, симптомы при нарушении брюшной беременности в ранней стадии ее развития аналогичны симптомам при трубной беременности, то брюшная беременность ранних сроков диагностируется обычно как нарушенная трубная беременность. Поэтому если во время операций, производимых при диагнозе нарушенной трубной беременности, никаких изменений со стороны женских половых органов не обнаруживают, а в брюшной полости имеется большое количество крови, то всегда рекомендуется тщательно осмотреть все органы брюшной полости, вплоть до печени, селезенки и желудка.

Брюшную беременность поздних сроков чаще диагностируют как внутриматочную.

Плацента при брюшной беременности нередко бывает прикреплена ко дну или к задней стенке матки, по-

этому при влагалищном исследовании матку трудно бывает отграничить от плодовместилища и это удается только в редких случаях.

Определение частей плода непосредственно под брюшной стенкой тоже не может свидетельствовать о наличии брюшной беременности, так как у ряда женщин с дряблой брюшной стенкой или при истонченной матке это может наблюдаться и при нормальной маточной беременности.

Некоторые авторы в диагностических целях предлагают пользоваться внутримышечным введением питуитрина; это основано на том, что при наличии брюшной беременности плодовместилище от введения питуитрина не сокращается или сокращается незначительно.

Рентгенография органов брюшной полости, как и при маточной беременности, дает только снимок скелета плода, расположенного иногда несколько выше, чем при маточной беременности.

По Те-Линде, плод при брюшной беременности чаще определяется в поперечном положении. При чтении рентгеновского снимка не следует об этом забывать.

Те-Линде в случаях, когда имеется больше данных об эктопической беременности, рекомендует пользоваться гистерографией.

Мы считаем, что при постановке диагноза брюшной беременности наибольшее внимание следует уделять тщательно собранному анамнезу, в котором можно найти данные, свидетельствующие о характерном течении брюшной беременности и возможном нарушении трубной беременности.

Оперативное лечение брюшной беременности должно быть применено немедленно по установлении диагноза.

Наши взгляды на оперативное вмешательство при брюшной беременности мы излагаем на стр. 166.

Первое описание живого доношенного плода при брюшной беременности было сделано И. П. Лазаревичем (1885). Розенблатт (Rosenblatt) с 1809 по 1923 г. собрал в мировой литературе 295 случаев брюшной беременности позднего срока. В период с 1923 по 1935 г. Р. М. Норкиной удалось собрать еще 272 случая, из них 181 — зарубежных авторов, 90 — отечественных и один случай, наблюдавшийся лично Р. М. Норкиной. Нам в период с 1936 по 1959 г. удалось насчитать еще 68 слу-

чаев, описанных отечественными авторами, и лично наблюдать брюшную беременность у 6 из 5064 больных с внематочной беременностью (0,11%). У 3 наших больных беременность развивалась в сальнике, у двух — в прямокишечно-маточном углублении и у одной — на брюшине мочевого пузыря (в этом случае гистологическое исследование не производилось). Материнская смертность и смертность плода при брюшной беременности и в настоящее время продолжает оставаться высокой.

Так, Коллинз, В. Бичем и Д. Бичем (Collins, W. Beachem, D. Beachem) на основании разбора 130 описанных в литературе случаев брюшной беременности установили, что в 85% случаев плод погибал. По данным Уэра (Ware), смертность плода на 251 случай брюшной беременности составила 75,6% (из 251 мертворожденных было 140, погибло в течение первых нескольких часов или дней после операции 50). Материнская смертность колеблется от 14,3%, по данным Корнелла (Cornell) и Леша (Lash), до 14,8%, по данным Уэра.

Приводим наиболее интересные из наших случаев.

1. Больная 21 года доставлена 16/XI 1943 г. машиной скорой помощи в крайне тяжелом состоянии, без пульса на a. radialis.

Анамнез не собран вследствие тяжелого состояния больной. Установлено только, что была задержка менструации на 2 недели и внезапный приступ острых болей по всему животу, сопровождавшийся обморочным состоянием и холодным потом, за 2 недели до поступления. Был диагностирован аппендицит. Ввиду улучшившегося состояния больную не госпитализировали. В день поступления к нам приступ болей повторился в более выраженной степени.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт; тело матки отклонено кзади, не увеличено, ограничено в подвижности; задний свод резко болезнен; через правый свод неясно контурируются придатки, через левый — определяется яичник, увеличенный до размера куриного яйца.

Диагноз: внематочная беременность.

16/XI экстренное чревосечение под общим эфирным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено большое количество жидкой крови и ее сверткоь. Матка грушевидной формы, почти не увеличена в размерах. Левый яичник кистозно перерожден и соответствует по размеру крупной сливе. Правый яичник и маточные трубы без видимых изменений; фимбриальные концы труб открыты. Таким образом, связать причину внутрибрюшного кровотечения с состоянием половых органов не удалось. Для выяснения источника кровотечения произведен дополнительный небольшой прямой разрез брюшной стенки (получился так называемый якорный разрез, которым мы пользуемся в случаях недостаточно ясного диагноза). При осмотре органов брюшной полости никаких повреждений со стороны печени, селезенки или

изменений аппендикулярного отростка не обнаружено. На большом сальнике, по его правому нижнему краю, найдена опухоль с большим кровоизлиянием и свертками крови вокруг; это и было, очевидно, источником кровотечения, так как в момент операции опухоль продолжала кровоточить. Произведено удаление опухоли с резекцией части сальника. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Элементов плодного яйца в опухоли макроскопически обнаружено не было, но при гистологическом исследовании удаленного участка сальника в нем обнаружены участки децидуальной ткани с ворсинами хориона.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 26/XI, на 10-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

2. Больная 41 года поступила 22/III 1947 г. с диагнозом внематочной беременности.

В анамнезе 4 беременности, из них последняя в 1940 г. закончилась выкидышем. Вторичное бесплодие в течение 7 лет. Задержка менструаций на 12 дней. На протяжении последних 2 недель было несколько приступов острых болей внизу живота с иррадиацией в правую паховую область. Боли сопровождались обморочным состоянием, холодным потом и резко учащенным и болезненным мочеиспусканием. Кожа и видимые слизистые оболочки резко бледны. Пульс 101 удар в минуту, ритмичный, но слабого наполнения. Живот резко болезнен при пальпации. Выражен разлитой симптом Щеткина-Блюмберга, определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт; тело матки в ретроверзии, не увеличено; через передний свод определяется эластическая пульсирующая опухоль величиной с апельсин.

Клинический диагноз: внематочная беременность.

Через 25 минут после поступления чревосечение под эфирным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено большое количество крови и ее свертков. Сальник припаян к брюшине пузырно-маточного углубления и окутывает кровяную опухоль, расположенную между мочевым пузырем и телом матки. Матка, обе маточные трубы с открытыми фимбриальными концами и оба яичника не изменены. При выделении сальника опухоль вскрылась и из нее излилось большое количество гемолизированной темной крови. Произведено удаление опухоли и резецирована часть сальника, интимно спаянная с опухолью и инфильтрированная. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Послеоперационный диагноз: брюшная беременность в сальнике. Гистологическое исследование не произведено.

Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана 1/IV, на 10-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Двойня, при которой один плод развивается в полости матки, а другой — в маточной трубе, наблюдается сравнительно редко и осложняет диагностику беременности и ее течение.

По В. Н. Степановой, первый случай комбинации маточной и внематочной беременности был описан Ниссен-Джофреем (Niessen-Geoffrey) в 1722 г.

В 1926 г. Новак (Novak) опубликовал данные о собранных им в мировой литературе 278 случаях комбинации маточной и внематочной беременности, в число которых входило 2 случая, наблюдавшихся им лично. Я. М. Ландау (1930) удалось собрать в мировой литературе за период по 1930 г. 284 случая.

Из отечественной литературы последующих лет нам известно еще 29 случаев: Н. С. Гельфанда, С. А. Мазеля, И. Д. Ариста, А. Г. Каца, С. Т. Марьина (3 случая), А. Ф. Новака, Л. С. Любимовой и В. М. Осиповского, О. В. Гальчинского и М. И. Божко, Е. Г. Баздырева, Я. Ю. Гиржель, К. Д. Утегеновой, Н. А. Овчинникова, А. И. Винокуренкова (2 случая), И. И. Посышина, С. Н. Ефуни и К. М. Федермессера, В. С. Лесюка, Е. Ф. Ромащенко, К. А. Косенко, Л. А. Немец, А. Д. Тюлюндина, А. С. Семенова, А. Г. Смирнова, Г. М. Гаева, А. К. Мамонтовой и Н. И. Маштакова.

В случае, описанном К. Д. Утегеновой, имело место сочетание беременности в рудиментарном и основном роге матки, в случае С. А. Мазеля — в рудиментарном роге матки и в сальнике.

В. С. Груздев, Н. А. Овчинников и Е. Г. Баздырев, описывая свои случаи, сообщили, что ввиду различных анатомических и физиологических условий развития плода в трубе и матке может иметь место некоторое отставание в развитии плода в трубе, создающее впечатление сверхзачатия, возможность которого до сего времени большинством авторов ставится под сомнение.

Диагностика комбинации внутриматочной и внематочной беременности чрезвычайно трудна и в большинстве случаев диагноз ставят только при операции или при дальнейшем наблюдении больной в послеоперационном периоде.

Основным признаком сочетания маточной и внематочной беременности является отсутствие выделений крови из половых путей при наличии явных симптомов нарушенной внематочной беременности. Матка у таких больных по размеру соответствует сроку беременности, сбоку же от матки определяется колбасовидная опухоль.

Сочетание маточной и трубной беременности нам пришлось наблюдать у 5 больных, причем у 3 из них маточная беременность, не распознанная до и во время операции, закончилась самопроизвольным выкидышем после операции удаления беременной трубы.

Ввиду редкости этой патологии беременности приведем наиболее демонстративный пример.

1. Больная 28 лет поступила 30/IV 1942 г. с подозрением на внематочную беременность.

В анамнезе 12 беременностей, из них 10 закончились абортом, последний — 4 месяца назад. Задержки менструации не было. На протяжении последних 3 недель было три приступа острых болей внизу живота с иррадиацией в плечо, сопровождавшихся обморочным состоянием. Последний приступ — в день поступления.

Больная доставлена в крайне тяжелом состоянии. Кожа и видимые слизистые резко бледны.

Анализ крови: гемоглобина 42%, лейкоцитов 6500; РОЭ 20 мм в час.

Влагалищное исследование: матка увеличена до 8-недельной беременности; через левый свод прощупывается колбасовидной формы, эластической консистенции опухоль, болезненная при исследовании. Имеется языкообразное выпячивание заднего свода, который резко болезнен.

Клинический диагноз: внематочная беременность.

Через 20 минут после поступления экстренное чревосечение под эфирным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено до 1500 мл жидкой крови и ее свертки. Имеется беременность в левой трубе, прервавшаяся по типу наружного разрыва плодовместилища. Произведено удаление левой беременной трубы с клиновидным иссечением ее маточного конца. Правые придатки и левый яичник без видимых изменений оставлены. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов. Собранная из брюшной полости жидкая кровь в количестве 1300 мл перелита путем реинфузии в вену больной.

При гистологическом исследовании диагноз трубной беременности подтвердился.

Послеоперационный период без осложнений, общее самочувствие больной было хорошим. На 8-е сутки у больной произошел выкидыш, причем выделился уже сформировавшийся плод, соответствующий 2 месяцам. Произведено удаление остатков плодных оболочек и выскабливание стенок полости матки.

9/V, на 9-е сутки после операции, больная выписана в хорошем состоянии.

У другой больной, оперированной по поводу разрыва правой беременной трубы, имевшаяся маточная беременность также прервалась.

У 2 больных, которые были оперированы нами по поводу трубной беременности (гистологически подтверж-

денной), во время операции была одновременно установлена маточная беременность. После операции удаления беременной трубы больные чувствовали себя хорошо, маточная беременность у них прогрессировала и закончилась родами.

Приводим краткую историю болезни одной из больных.

Больная 32 лет в 1939 г. была оперирована по поводу левосторонней трубной беременности. Произведено удаление левой трубы. После операции по поводу трубной беременности у больной была нормальная маточная беременность, которая закончилась срочными родами живым плодом. В дальнейшем было еще две беременности, которые закончились искусственными абортами.

В мае 1951 г. больная поступила к нам в клинику с наличием правосторонней трубной беременности. При операции 20/V 1951 г. удалена правая беременная труба; одновременно диагностирована маточная беременность сроком $2^1/_2$ месяца.

Послеоперационный период без осложнений. Маточная беременность была сохранена. На 9-е сутки после операции больная выписана в хорошем состоянии.

При осмотре больной, произведенном 25/II 1957 г., нам стало известно, что сохраненная маточная беременность была доношена до 8 месяцев и 24/X 1951 г. закончилась преждевременными родами живым плодом.

С. И. Акопов (1931) и Н. И. Маштаков (1931) тоже описывают случаи, когда после удаления беременной трубы маточная беременность продолжала развиваться. В случае С. И. Акопова маточная беременность закончилась преждевременными родами на VIII месяце (плод живой), у Н. И. Маштакова — малым кесаревым сечением.

Г. М. Гаев (1947) и А. К. Мамонтова приводят случаи наличия одновременной маточной и внематочной беременности, когда маточная беременность закончилась нормальными родами, а затем уже был обнаружен второй доношенный плод в брюшной полости. В случае Г. М. Гаева извлеченный путем чревосечения плод (без каких-либо видимых уродств) умер через 30 часов после операции. Плацента располагалась на левой стенке матки. В случае же А. К. Мамонтовой женщина была выписана с двумя детьми через 18 дней после родов и произведенного чревосечения.

А. А. Благодаров сообщил о случае одновременной маточной и внематочной беременности, когда имел место перекрут беременной трубы.

Случаи одновременной двусторонней трубной беременности наблюдаются сравнительно редко и описаны Г. А. Лордкипанидзе (2 случая), П. И. Белокуренко, Б. М. Грачевым, Г. З. Лурье, Ц. И. Рутманом, К. Д. Кязимовым, Е. А. Сигаловой, Н. В. Крыловым, С. Д. Чамансом и В. Н. Степановой.

Мы наблюдали 2 таких случая, один из них в 1951 г. и второй — в 1957 г.

Приводим выдержки из историй болезни.

1. Больная 32 лет поступила 7/XII 1951 г. с подозрением на внематочную беременность.

В анамнезе один нормальные срочные роды. Вторичное бесплодие сроком 7 лет. Задержка менструации на $2^1/_2$ месяца. Больная отмечает нагрубание молочных желез, чувствует себя беременной. За день до поступления и в день поступления — приступы острых болей внизу живота с иррадиацией в область прямой кишки, подреберье и оба плеча. Боли сопровождались резкой слабостью и холодным потом.

При поступлении состояние больной тяжелое. Пульс на a. radialis отсутствует. Кожа и видимые слизистые резко бледны. Сознание ясное. Дыхание затруднено. Живот умеренно вздут, резко болезнен при пальпации, выражен симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии в нижней половине живота определяется притупление перкуторного звука. Влагалищное исследование не производилось из-за тяжести состояния больной.

Клинический диагноз: внематочная беременность.

Через 15 минут после поступления чревосечение под эфирно-кислородным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружено около 2000 мл жидкой крови и ее свертки. Истмический отдел левой трубы разорван, из места разрыва выпячивается плацентарная ткань. В окружности трубы имеются спайки. Спайки рассечены и произведено удаление левой трубы. Левый яичник без видимых изменений.

Правые придатки в обширных спайках. По рассечении спаек и выделении правой трубы оказалось, что в истмическом ее отделе имеется утолщение до величины лесного ореха с припаянным к этому месту сальником. Правая труба удалена с иссечением ее маточного конца. На угол матки наложены швы. На правую широкую связку наложен непрерывный кетгутовый шов. Правый яичник без видимых изменений, оставлен. Произведена реинфузия 1500 мл жидкой крови, собранной из брюшной полости. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо; на кожу наложен подкожный шов.

Гистологическое исследование: в правой трубе картина беременности — среди свертков крови хорошо сохранившиеся ворсины хориона; в левой трубе в стенках обильные отложения гемосидерина, в полости трубы свертки крови с образованиями, напоминающими некротизированные ворсины хориона, имеются отложения извести. Заключение: двусторонняя трубная беременность.

Послеоперационый период протекал гладко. Больная выписана 15/XII, на 8-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

2. Больная 35 лет поступила 18/III 1957 г. с диагнозом внематочной беременности.

В анамнезе 2 беременности: последняя из них 2 года назад закончилась абортом, осложнившимся воспалением придатков матки. Задержка менструации на 10 дней. Длительные мажущиеся кровянистые выделения; неоднократные приступы острых болей внизу живота, последний, сопровождавшийся обморочным состоянием, был в день поступления. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения. Живот резко болезнен при пальпации в нижних отделах.

Анализ крови: гемоглобина 76%, лейкоцитов 9800; РОЭ 8 мм в час.

Влагалищное исследование: наружный зев шейки матки закрыт; тело матки в антеверзии, несколько увеличено, резко болезненно при движениях за шейку. Через левый свод определяются увеличенные и резко болезненные придатки. Правые придатки через правый свод прощупать не удается.

Клинический диагноз: левосторонняя трубная беременность.

До операции имел место еще один приступ острых болей внизу живота, после чего появился выраженный симптом Щеткина-Блюмберга.

Рис. 6. Прогрессирующая трубная беременность двойней. Вскрыта труба и плодовместилище. Зарисовка с препарата.

18/III чревосечение под эфирно-кислородным наркозом. Поперечный разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружена беременность в истмической части левой трубы: абдоминальный конец трубы зияет, из трубы обильное кровотечение. В брюшной полости небольшое количество жидкой крови и ее свертки. При осмотре правых придатков установлено, что в средней части правой трубы имеется утолщение величиной с голубиное яйцо, темно-багрового, с желтоватым оттенком цвета. Труба не кровоточит, фимбриальный конец ее открыт. Другой конец трубы входит в рудиментарный рог матки, размерами 2×2×3 см. В этот рог входят также круглая

и яичниковая связка правой стороны. Правый яичник не изменен. Матка слегка увеличена, в дне ее небольшой субсерозный узелок фибромиомы. Удалена левая труба с неглубоким клиновидным иссечением ее маточного конца, в месте удаления левой трубы на матку наложены швы; удален рудиментарный рог матки с правой трубой и иссечен небольшой субсерозный узелок фибромиомы в области дна матки; наложены три узловатых кетгутовых шва. Брюшная полость осушена и брюшная стенка послойно зашита наглухо. На кожу наложен подкожный шов.

Рис. 7. Разрыв трубы с выпадением двух плодов в брюшную полость. Фотоснимок с препарата.

Гистологическое исследование: в правой трубе среди свертков крови определяются единичные ворсины хориона и децидуальные клетки; в левой трубе среди чистой гемолизированной крови определяется множество некротизированных ворсин хориона. Рудиментарный рог матки представляет собой мышечную ткань без какого-либо просвета. Опухолевый узелок имеет строение фибромиомы. Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана 26/III, на 8-е сутки после операции, в хорошем состоянии.

Несомненно, что беременность в правой трубе в данном случае могла возникнуть только за счет migratio ovi externa или transmigratio seminis externa.

Многоплодная беременность наблюдается иногда и в одной из труб в виде двойни. Подобные случаи были описаны М. Макаровым (1931), В. А. Савицким (1935), Н. Ракитиным (1936), Б. К. Квашенко (1953) и Л. С. Сорокиной (1954). В случае Л. С. Сорокиной имела место

двуяйцевая двойня при беременности в интерстициальной части трубы.

Нам пришлось наблюдать несколько таких больных. Полученный при операции препарат в одном из наших случаев был сфотографирован, а в другом — зарисован с натуры (рис. 6 и 7).

В 1922 г. Зиппелем (Sippel) был описан случай, когда у больной имела место двусторонняя трубная беременность при наличии одновременно маточной беременности двойней.

akusher-lib.ru

Глава VI

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Оперативное лечение внематочной беременности не сразу получило права гражданства. До 80-х годов прошлого столетия консервативная, выжидательная терапия считалась единственным методом, возможным при данном заболевании.

Тяжелые страдания женщин, длительность лечения, высокий процент летальности (до 65 и выше) заставили врачей искать более эффективные методы терапии. Уже в 50—60-х годах прошлого столетия ряд авторов [Рекамье (Recamier), Нелатон и др.] пытался применять пункцию для опорожнения через влагалищный свод огромных по своим размерам осумкованных опухолей. Эти авторы полагали, что такие опухоли не могут подвергнуться самоизлечению, так как излившаяся в брюшную полость и осумковавшаяся в ней кровь не всасывается обратно. Однако указанный метод не оправдал возлагавшихся на него надежд. Частые неудачи, высокий процент летальности, превышающий таковой при выжидательной терапии, заставили вскоре даже самых ярых приверженцев этого метода отказаться от такого хирургического вмешательства.

С 60—70-х годов прошлого столетия некоторые авторы стали высказываться за необходимость оперативного вмешательства «сверху», путем чревосечения, особенно в случаях угрожающего жизни внутреннего кровотечения.

В 80-х годах появились уже принципиальные сторонники оперативного лечения внематочной беременности. Так, например, Верт пришел к заключению, что всякая распознанная внематочная беременность должна рассматриваться как злокачественная опухоль и, следовательно, удаляться.

В 1885 г. Лаусон Тэт, отрицая возможность самоизлечения внематочной беременности, высказывался о применении хирургического вмешательства только путем чревосечения.

Принцип операции стал понятен. Была разработана даже ее методика. Но зазвучали предостерегающие голоса о том, что при оперативном лечении можно больше причинить вреда, чем принести пользы.

Таким образом, в конце прошлого и даже в начале XX столетия лечение внематочной беременности шло по трем путям: одни авторы проводили консервативное лечение, другие — пытались применять операции и третьи — придерживались тактики золотой середины, т. е. применяли оперативное лечение только в случаях острой анемии при внутрибрюшном кровотечении, тогда как больных с трубным выкидышем лечили консервативно.

Но, несмотря на затянувшуюся дискуссию, все яснее становилась необходимость применения оперативного лечения во всех случаях внематочной беременности, так как оперативный метод неизменно давал лучшие результаты.

Уже в 1892 г. на Международном конгрессе гинекологов Шаута (Schauta) представил исключительно демонстративные статистические данные о сравнительных результатах применения оперативного и консервативного методов лечения при внематочной беременности. На 285 случаев, при которых было проведено консервативное лечение, летальность составила 63,1%, тогда как среди 515 больных, леченных хирургическим путем, — 23,3%. Шаута пришел к выводу, что всем больным с внематочной беременностью надо проводить хирургическое лечение. К его мнению присоединился Мартин (Martin) и многие другие.

В литературе того времени можно найти указания на опасность, которой подвергаются больные при выжидательном методе лечения (В. В. Сутугин). Эти указания мотивированы тем, что не всегда можно установить, имеет место в данном случае разрыв беременной трубы или трубный выкидыш.

Тем не менее, несмотря на явные преимущества оперативного лечения, еще долгое время находились настойчивые сторонники выжидательной терапии.

Так, на VII съезде акушеров и гинекологов Н. Н. Кедрова указывала, что в $^1/_3$ всех случаев внематочной беременности ранних сроков она проводила консервативное лечение.

Даже в 1957 г. оставались еще сторонники консервативных методов терапии внематочной беременности. Так, Л. И. Темирбаева в работе «О возможности консервативного лечения некоторых форм клинически прервавшейся внематочной беременности» представила свои данные о лечении консервативным методом 254 больных с внематочной беременностью.

Указанные авторы утверждают, что опасность повторного внутреннего кровотечения маловероятна, если нарушение трубной беременности произошло давно и кровяная опухоль стабилизировалась или произошли сращения, которые изолировали очаг поражения.

Не следует забывать имеющиеся в литературе указания на то, что больные, даже находившиеся под наблюдением, нередко погибали от анемии, вызванной кровотечением, если хирургическая помощь запаздывала. Никто не может отрицать возможности повторного внутреннего кровотечения даже при старых haematocele retrouterina, так как после гибели плода трофобласт еще в течение долгого времени может продолжать свою разрушительную деятельность и только с его гибелью прекращается циркуляция крови в интервилезных пространствах, исчезает опасность разрыва плодовместилища и возможность внутреннего кровотечения. Но ни длительное маточное кровотечение, ни отхождение децидуальной оболочки, ни пальпируемые изменения консистенции опухоли, ни отрицательная реакция Ашгейм-Цондека не являются признаками смерти плода и гибели трофобласта.

А. П. Губарев, высказываясь по вопросу о возможности консервативного лечения внематочной беременности, писал, что это лечение напоминает азартную игру и основано на случайностях, не зависящих ни от врача, ни от больной. Поэтому он склонен был рассматривать консервативное лечение при этом заболевании как неуместное при возможностях медицины. А. П. Губарев указывал, что к внематочной беременности следует относиться так же, как к острым хирургическим случаям, например, огнестрельной ране живота, перфо-

рации кишечника, и считал, что как в тех, так и в других случаях врач не имеет права выжидать, предполагая, что все может окончиться благополучно, и тем подвергать больную смертельной опасности.

Обширные сращения кровяных опухолей с маткой, придатками, петлями кишок и брюшиной ведут к резким смещениям этих органов и сопровождаются постоянными болями в животе. Больные, особенно с наличием осумкованных haematocele, плохо поддаются курортному лечению и требуют длительного и повторного применения бальнеофизиотерапевтических процедур, в том числе и грязелечения.

Если необходимость оперативного вмешательства при внематочной беременности во всех стадиях ее развития в настоящее время и получила всеобщее признание, то методы подхода к источнику кровотечения, объем вмешательства на придатках, отношение к скопившейся в брюшной полости крови и ряд других моментов окончательно еще не разрешены.

До сих пор не существует единого мнения по вопросу о том, следует оперировать больную в состоянии шока или лучше выждать, пока в состоянии больной наступит некоторое улучшение. На выжидательном отношении в таких случаях настаивали Г. Ф. Писемский, Р. А. Чертоk и др.

Г. Ф. Писемский, например, рекомендовал тщательно наблюдать за больной в состоянии шока с тем, чтобы выбрать надлежащий момент для производства операции, и только в тех случаях, когда, несмотря на предпринятые меры (покой, приподнятое положение конечностей, горячее питье), состояние больной не улучшалось, производить операцию в экстренном порядке.

Р. А. Черток указывал, что там, где есть возможность выжидать, не надо оперировать больную в состоянии шока. Он полагал, что 4—5-дневное выжидание приведет к тому, что бо́льшая часть излившейся крови всосется и, таким образом, не пропадет для организма.

Известно, что тяжелое состояние больной в острых случаях нарушенной внематочной беременности обусловлено двумя моментами: внутренним кровотечением и перитонеальным шоком, развивающимся на почве анемии и болевого раздражения брюшины излившейся в брюшную полость кровью.

Первый момент может быть устранен только путем тщательного гемостаза и удаления остатков разорванного плодовместилища. Выжидание в этих случаях может только осложнить положение, так как отнюдь нельзя исключить возможность продолжающегося и повторного кровотечения с обильным внутрибрюшным кровоизлиянием. Нам неоднократно приходилось наблюдать массивные кровоизлияния в брюшную полость, когда спустя 15—20 минут после разрыва плодовместилища в брюшной полости уже находилось 1500—2000 мл крови. В таких случаях выжидательная тактика может стоить жизни больной.

В острой стадии прерывания внематочной беременности Д. О. Отт, Л. Л. Окинчиц, А. П. Губарев, М. С. Малиновский, И. Л. Брауде, А. И. Петченко, Те-Линде и другие авторы рекомендуют операцию как для остановки кровотечения, так и во избежание инфицирования кровескопления.

Второй момент, обусловливающий тяжелое состояние больной, — перитонеальный шок, — связан в основном с раздражением брюшины излившейся кровью и не является противопоказанием, а, наоборот, требует немедленного оперативного вмешательства, в чем мы смогли полностью убедиться на основании своих многочисленных наблюдений. Такого же мнения придерживаются И. Л. Брауде, А. В. Александров, К. К. Скробанский и др.

Операция как таковая является методом борьбы с шоком. Ведь нередко уже во время операции, когда еще никаких средств, повышающих кровяное давление, не применено, но кровотечение остановлено и кровь из брюшной полости удалена, можно наблюдать улучшение пульса и повышение артериального давления. Снятие явлений шока связано в этих случаях также с применением при операции эфирного наркоза и других методов анестезии. Поэтому всех больных, у которых внематочная беременность закончилась разрывом трубы или трубным абортом, сопровождающимся кровоизлиянием в брюшную полость, и находившихся в состоянии шока, мы оперировали в экстренном порядке (3035 больных) и имели хорошие результаты.

На основании личного опыта мы считаем, что при явлениях перитонеального шока и внутреннего кровоте-

чения выжидательная терапия недопустима и все внимание должно быть сосредоточено на том, чтобы оперативное лечение было проведено как можно скорее, так как жизнь больной зависит от быстроты производства операции, как справедливо указывает на это Штеккель.

В подостро и хронически протекающих случаях нарушенной трубной беременности (разрыв трубы с менее выраженными явлениями внутреннего кровотечения, трубный выкидыш с образованием кровяной опухоли вокруг трубы или в прямокишечно-маточном углублении) излишняя поспешность оперативного вмешательства неуместна, так как при этих операциях могут возникнуть некоторые затруднения вследствие образовавшихся обширных сращений капсулы кровяной опухоли с маткой, пристеночной брюшиной, сальником, кишечными петлями и т. д., и такие операции лучше производить в плановом порядке.

При прогрессирующей трубной беременности операцию тоже не требуется производить в экстренном порядке, но, учитывая опасность возможного разрыва плодовместилища и последующего внутреннего кровотечения, следует выполнять немедленно по установлении диагноза.

Как же поступать в отношении прогрессирующей внематочной беременности поздних сроков?

Ряд авторов (В. С. Груздев, Д. О. Отт, В. Ф. Снегирев, М. С. Малиновский, А. П. Губарев и др.) считают возможным выжидание до срока, когда плод станет жизнеспособным, и предлагают оперировать лишь в приблизительный срок его доношенности.

Некоторые авторы предпочитают дожидаться гибели плода, полагая, что при этом затромбируются сосуды плаценты и это облегчит проведение операции.

А. П. Губарев указывает, что только с VII месяца интересы сохранения жизни плода практически могут являться серьезным показанием к выжиданию, так как до семи месяцев плод не является жизнеспособным.

Когда плод действительно становится жизнеспособным, в обязанности врача входит позаботиться о том, чтобы он мог быть извлечен своевременно путем соответствующей операции. Больную необходимо поместить в больничное учреждение и держать под наблю-

дением опытного и привычного к таким операциям хирурга, который всегда может оказать ей требуемое пособие. Рекомендуется производить операцию за неделю до предполагаемого срока родов.

Внематочная беременность поздних сроков рано или поздно начинает причинять матери тяжелейшие страдания, доводящие порой до истощения. Угроза разрыва плодовместилища, опасность смертельного кровотечения, рождение при этом слабых, нередко уродливых детей, большой процент их смертности в первые часы и дни после рождения дают основания ряду авторов [Л. Я. Цейтлин, И. Л. Брауде, Э. Бумм, (Bumm), Штеккель, Ольсгаузен (Olschausen) и др.] считать, что при всякой распознанной внематочной беременности необходимо оперировать тотчас же по установлении диагноза.

На нашем материале внематочная беременность поздних сроков имела место у 3 больных. Мучительные боли в течение почти всего срока беременности, заставлявшие больных находиться в вынужденном положении — на спине и сидя, продолжительная высокая температура, метеоризм, прогрессивно ухудшающееся общее состояние больных дали нам полное основание немедленно приступить к чревосечению. Поэтому мы всецело присоединяемся к мнению авторов, указывающих на необходимость оперировать больных с внематочной беременностью немедленно по установлении диагноза. Но и это правило, как и все другие, имеет свое исключение. Этим исключением могут явиться случаи внематочной беременности сроком более 7 месяцев при наличии общего хорошего состояния больной и настойчивого желания матери иметь ребенка. Такие больные должны быть помещены в соответствующее больничное учреждение, где им в любой момент может быть оказана надлежащая хирургическая помощь.

Относительно методики операции как при ранних, так и при поздних сроках внематочной беременности все современные авторы сходятся на необходимости оперативного вмешательства путем чревосечения.

Освещая вопросы лечения больных с внематочной беременностью, мы будем говорить не только о трубной, но и о внематочной беременности вообще.

Выбор разреза брюшной стенки должен быть предоставлен самому хирургу. В острых случаях при угрожаю-

щем внутреннем кровотечении, когда успех во многом зависит от быстроты оперативного вмешательства, врач обязан производить тот разрез брюшной стенки, каким он лучше владеет (табл. 22).

Таблица 22

Виды разрезов брюшной стенки при операциях по поводу внематочной беременности

Вид разреза	Число операций		Процент
Поперечный (по Пфанненштилю)	4 907		96,9
Якорный	43	154	3,1
Прямой	80		
Косой (по Мак Бурнею)	31		
Итого . . .	5061[1]		100,0

[1] В это число не вошли 3 больные: две из них доставлены в клинику в агональном состоянии и одна — в состоянии биологической смерти.

Как видно из табл. 22, мы почти при всех операциях по поводу внематочной беременности (4907 операций, т. е. 96,9%) применяли поперечный разрез брюшной стенки. В свое время этот разрез был предложен Пфанненштилем с чисто косметической целью. Широко пользуясь этим разрезом при любых видах оперативных вмешательств, мы убедились в том, что, помимо косметических достоинств, он обладает рядом значительных преимуществ. Применяя этот разрез, мы получаем возможность производить операцию в малом тазу, где при возникновении воспалительных явлений процесс быстрее отграничивается; изолируем брюшную полость от попадания в нее эксудата того или иного характера при наличии сопутствующего воспалительного процесса в придатках матки, а также устраняем в известной степени возможность травмы кишечных петель; благодаря этому разрезу, наиболее соответствующему анатомическим и физиологическим особенностям брюшной стенки, ни у одной из больных, которым данный разрез был применен, мы не наблюдали расхождения прямых мышц живота и явлений последующей эвентрации ки-

шечных петель, что имеет большое значение, особенно для женщин физического труда и при последующих родах. Через месяц после операции, не рискуя возможностью образования послеоперационной грыжи или расхождения мышц живота, женщина может заниматься любым физическим трудом. При известном навыке на производство этого разреза затрачивается не больше времени, чем на прямой разрез. Надлобковым разрезом брюшной стенки при операциях по поводу внематочной беременности пользуется также В. А. Покровский и ряд других акушеров-гинекологов.

Мы не можем согласиться с мнением А. Д. Аловского, который указывает, что при незначительном отклонении в технике производства при поперечном разрезе может наблюдаться значительное кровотечение. На нашем большом материале мы ни разу этого не наблюдали. Здесь уместно привести высказывание Липмана (Liepmann): «Если всякая операция должна быть логически продумана, то знание анатомии является неизбежным предварительным условием для всех действий хирурга».

При оценке положительных сторон разреза брюшной стенки по Пфанненштилю следует подчеркнуть его косметическое значение: правильно произведенный поперечный разрез брюшной стенки (от наружного края одной прямой мышцы до наружного края другой прямой мышцы в области волосистой части живота), дополненный подкожным швом, впоследствии становится незаметным.

В случаях, когда по ходу операции возникает необходимость расширить операционное поле, мы производим дополнительный прямой срединный разрез, перпендикулярный первому. Таким образом, мы получаем разрез, имеющий форму якоря, так называемый якорный разрез, который дает хирургу больше простора в его деятельности, чем прямой разрез брюшной стенки. Якорным разрезом мы пользовались при 43 операциях, преимущественно при резком ожирении, а также в случаях, когда помимо внематочной беременности, в процессе операции выявлялся еще и гнойный процесс придатков другой стороны.

В случаях неясной диагностики мы применяли иногда и прямой разрез брюшной стенки (всего 80 операций), а также пользовались косым разрезом по Мак Бурнею, когда предполагался аппендицит. Как видно из

всего изложенного, другие виды разрезов брюшной стенки, кроме поперечного, мы применили всего при 154 операциях (3,1%).

Не менее важное значение для успеха операции, особенно техники ее проведения, имеет выбор надлежащего метода обезболивания, так как известно, что неудачно выбранное обезболивание всегда может значительно осложнить операцию. Задача хирурга практически сводится к тому, чтобы, владея рядом способов обезболивания, уметь выбрать подходящий для выполняемой операции и для организма больной, а не делать каждую больную объектом привычного или излюбленного метода обезболивания.

При выборе метода анестезии необходимо стремиться к тому, чтобы безопасно и без тяжелого отравления организма обеспечить безболезненность хирургического вмешательства.

Для больных с острым разрывом плодовместилища и внутренним кровотечением, сопровождающимся падением сердечной деятельности и артериального давления, мы считаем показанным и чаще применяем общий ингаляционный наркоз. Поэтому при острых формах внематочной беременности мы производим операции под эфирным, а в последние годы — под эфирно-кислородным наркозом.

Для операций у этих больных с явлением анемии обычно бывает достаточно небольших доз эфира (40—60 мл). Токсичность при этом незначительная. Основной недостаток эфира — его вредное действие на дыхательные пути: вызывая их раздражение и значительное отделение слизи, эфир предрасполагает к послеоперационным осложнениям со стороны легких. Эфирный наркоз может сильно осложнить бронхит, если таковой имелся у больной до операции, и повлечь за собой возникновение пневмонии, чрезвычайно отягчающей послеоперационное течение, вплоть до возможности в некоторых случаях летального исхода. Несколько легче протекает послеоперационный период после сочетанного применения эфира и кислорода (эфирно-кислородный наркоз).

Больным, у которых артериальное давление нерезко снижено, а также больным с прогрессирующей и старой формами внематочной беременности, мы предпочитаем применять спинномозговую и перидуральную анестезию,

так как эфирный наркоз чаще вызывает осложнения во время операции (асфиксия и др.), в послеоперационном же периоде наблюдается рвота, пневмонии и пр.

До 1948 г. мы широко и с неплохими результатами пользовались в нашей хирургической практике и, в частности, при операциях по поводу внематочной беременности, спинномозговой анестезией (1% совкаина 0,5 мл или 5% новокаина 2—2,5 мл). Простота техники, безвредность этого вида обезболивания для паренхиматозных органов, простота ухода за больными в послеоперационном периоде дали нам право предпочесть этот метод.

Особенно показана спинномозговая анестезия при таких заболеваниях, как бронхит, туберкулез легких и некоторые другие, при которых абсолютно противопоказано применение ингаляционного наркоза.

Одним из существенных недостатков спинномозговой анестезии является нередко возникающее резкое снижение артериального давления. Поэтому применение спинномозговой анестезии при шоке, коллапсе и значительном внутреннем кровоизлиянии мы считаем противопоказанным. Спинномозговая анестезия неприятна также и своими последствиями: после нее нередко наблюдаются тяжелые, длительно не прекращающиеся головные боли (иногда с явлениями менингизма) и задержка мочеиспускания. В дальнейшем эти осложнения проходят и никаких серьезных последствий у больных не остается. В качестве стабилизатора артериального давления непосредственно перед операцией мы применяем эфедрин или камфару (Sol. Ephedrini 1% 1 мл, Ol. Camphorae 20% 2 мл).

Перидуральная анестезия, обладая целым рядом преимуществ по сравнению со спинномозговым обезболиванием, вместе с тем лишена его существенных недостатков: при перидуральной анестезии обезболивающий раствор вводят не в субарахноидальное, а в перидуральное пространство и орошают им корешки спинного мозга по выходе их из субарахноидального пространства. Поэтому непосредственного воздействия анестезирующего раствора на спинной мозг, как при спинномозговом обезболивании, при перидуральной анестезии не отмечается, в связи с чем отсутствуют и такие связанные с этим неприятные осложнения, как резкое снижение артериаль-

ного давления, развитие менингизма, упорные головные боли и др.

Перидуральная анестезия почти не сказывается на снижении артериального давления, в связи с чем она имеет более широкую область применения и не противопоказана при состоянии анемии. Вместе с тем при тяжелом состоянии больной с внематочной беременностью, когда медлить с операцией нельзя, этот вид обезболивания не может быть применен в связи с тем, что полная анестезия наступает только через 40 минут от ее начала.

Прекрасная релаксация мышц брюшной стенки и длительность получаемого обезболивания позволяют производить под перидуральной анестезией продолжительные и сложные операции. Особенно эффективна перидуральная анестезия у больных с резким ожирением, которым эфирный наркоз противопоказан вследствие того, что у них часто наблюдается слабость сердечной мышцы, а проведение местной анестезии крайне затруднено.

Продолжительность перидуральной анестезии и постепенность ее прекращения избавляют больных от интенсивных болей в послеоперационном периоде и дают возможность провести спокойно первые 7—8 часов после операции.

Перидуральная анестезия по технике проведения близка к спинномозговой анестезии, и врачу, в совершенстве владеющему спинномозговым обезболиванием, нетрудно освоить перидуральную анестезию.

Местная инфильтрационная анестезия не находит широкого применения в нашей гинекологической практике, так как большинство операций выполняется нами в экстренном порядке. В 1950 г. В. А. Покровский и в 1958 г. В. П. Маркина сообщили о том, что они применяют местную инфильтрационную анестезию при операциях по поводу внематочной беременности, причем даже в экстренных случаях. Мы не можем согласиться с авторами, отстаивающими целесообразность применения местного обезболивания у больных с внутрибрюшным кровотечением, особенно в состоянии шока. При операциях по поводу внематочной беременности мы ни разу не пользовались местной анестезией, так как она безусловно замедляет выполнение операции и в случаях,

когда жизнь больной зависит от скорости оказанного ей пособия, не должна применяться.

Данные о частоте применения того или иного вида обезболивания приведены в табл. 23.

Таблица 23

Вид обезболивания при операциях по поводу внематочной беременности

	Число операций	Процент
Эфирный наркоз	1205	23,8
Эфирно-кислородный наркоз	1462	28,9
Спинномозговая анестезия	962	19,0
Перидуральная анестезия	1372	27,2
Перидуральная анестезия с добавлением эфирного наркоза	60	1,1
Итого . . .	5061	100,0

Как видно из табл. 23, операций под эфирным наркозом было произведено 1205 (23,8%), под эфирно-кислородным наркозом — 1462 (28,9%), под перидуральной анестезией — 1372 (27,2%), под спинномозговой анестезией — 962 (19%) и под перидуральной анестезией с добавлением небольшого количества эфира — 60 (1,1%).

Подготовка к производимой в плановом порядке операции по поводу внематочной беременности при отсутствии острых явлений состоит в основном в подготовке кишечника. В этих целях накануне операции мы назначаем жидкий стол и две очистительные клизмы (утром и вечером); общие ванны, душ и другие процедуры мы считаем противопоказанными.

В острых случаях, когда больные поступают к нам в состоянии шока, мы прежде всего считаем необходимым обеспечить им до операции полный покой. Работа приемного отделения должна быть налажена четко: никаких промедлений с доставкой больной в операционную не должно иметь места, все необходимые мероприятия по выведению больной из состояния шока должны быть начаты еще в приемном отделении и продолжены при перевозке больной в операционную. В операционной все-

гда все должно быть подготовлено для производства экстренной операции.

При тяжелом состоянии больной мы еще в приемном отделении начинаем ей внутривенное вливание физиологического раствора с глюкозой, а иногда и переливание донорской крови для повышения артериального давления и выведения больной из тяжелого состояния. Особо тяжелым больным приходится иногда давать кислород и делать одновременно искусственное дыхание.

Мы по мере возможности избегаем мероприятий, которые в какой-то мере могут нарушить покой больной, и не производим таких манипуляций, как, например, очистительная клизма, которая может резко ухудшить состояние больной. Единственно, что мы считаем обязательным, — это опорожнение мочевого пузыря до операции, причем если больная не может самостоятельно помочиться, то мочу выпускаем катетером. Перед дачей эфирного или эфирно-кислородного наркоза мы считаем также необходимым поинтересоваться состоянием желудка больной, который может оказаться переполненным пищевыми массами. Во время дачи наркоза при наполненном желудке всегда имеется опасность асфиксии в связи с попаданием рвотных масс в дыхательные пути, как это и наблюдалось у одной нашей больной, погибшей на операционном столе в результате такой асфиксии. Во избежание подобных печальных случаев мы рекомендуем при наполненном желудке производить предварительное его промывание или обязательно выводить пищевые массы зондом.

Когда все уже подготовлено к операции, мы считаем допустимым и применяем иногда инъекции морфина или пантопона, что способствует снижению явлений шока и более быстрому наступлению сна (усиливает действие наркоза).

Средства, повышающие артериальное давление и улучшающие сердечную деятельность (инъекции камфары, кофеина), мы обычно применяем только тогда, когда операция уже начата.

Подготовка брюшной стенки — обычная для операции чревосечения: обработка спиртом и двукратное смазывание настойкой йода. Перед операцией больной придается положение Тренделенбурга с небольшим углом наклона, чтобы кровь не затекала к диафрагме. Поло-

жение с приподнятым ножным концом (тренделенбурговское положение) делает более доступным операционное поле, улучшает сердечную деятельность и обеспечивает более глубокий и хорошо протекающий наркоз.

По вскрытии брюшины в случаях массивного кровоизлияния мы обнаруживаем в брюшной полости огромное количество крови, в которой плавают петли кишок. Свертки крови, закрывающие операционное поле, мы удаляем. Жидкую кровь, количество которой в отдельных случаях доходит до 2—3 л, мы собираем по возможности полностью, даже из верхних отделов брюшной полости. Но в начале операции мы собираем только ту кровь, которая может излиться через края раны. Для этого ассистент приподнимает края раны, а хирург вычерпывает стерильным стаканчиком кровь, собирая ее в стерильный градуированный сосуд, в который предварительно наливают 200—300 мл физиологического раствора комнатной температуры. Затем один из ассистентов, непосредственно не принимающий участия в операции, немедленно приступает к переливанию собранной и тщательно профильтрованной крови, обычно в одну из локтевых вен больной. Вследствие резкого снижения артериального давления кровотечения из разорванных сосудов в это время обычно уже не бывает или оно выражено незначительно.

Затем хирург быстро вводит руку в полость малого таза, отыскивает дно матки и по ее задней поверхности вводит руку в прямокишечно-маточное углубление, где находит беременную трубу. Хирург рукой извлекает придатки, захватывая при этом яичник, а не трубу, так как ткани трубы очень хрупки и она легко может оторваться, что только усилит кровотечение. Трубу и яичник обычно нетрудно извлечь в брюшную рану; вместе с ними выводятся в операционное поле и угол, а затем и дно матки. Беременную трубу захватывают, несколько подтягивают кверху к брюшной ране и затем приступают к ее удалению. На мезосальпинкс параллельно трубе накладывают кровоостанавливающий зажим, куперовскими ножницами пересекают мезосальпинкс непосредственно у самой трубы над зажимом и доводят затем разрез до угла матки. На каждый в отдельности из перерезанных сосудов мезосальпинкса за наложенным зажимом тотчас же накладывают крово-

останавливающие зажимы. Затем производят неглубокое клиновидное иссечение интерстициальной части трубы из угла матки. Место иссечения трубы (угол матки) ушивают наложением двух восьмиобразных кетгутовых швов. Сосуды обшивают изолированно тонкими кетгутовыми швами. Узловой обкалывающий шов накладывают на брыжейку трубы. Перитонизацию операционного поля производят наложением непрерывного обвивного шва из тонкого кетгута на брыжейку трубы.

Мы считаем, что гемостаз получается более надежным при перевязке каждого сосуда в отдельности, чем при перевязке всех захваченных зажимом сосудов одной лигатурой. Ведь чем больше ткани захвачено в лигатуру, тем больше возможность ее соскальзывания. Кроме того, больший объем перевязанной культи способствует некрозу большего количества ткани. Исходя из этих соображений, мы считаем более целесообразным не накладывать одной лигатуры на пучок сосудов, а перевязывать отдельные сосуды, что всегда и применяем.

После того как кровотечение остановлено, все внимание следует обратить на поддержание сердечной деятельности больной, для чего мы широко практикуем переливание крови из брюшной полости или от донора, инъекции кофеина, камфары, адреналина и т. п.

После удаления беременной трубы мы тщательно осматриваем придатки противоположной стороны и, если имеются показания и позволяет состояние больной, производим на них сопутствующие вмешательства. Не в острых случаях мы осматриваем также и червеобразный отросток.

Мы тщательно осушаем брюшную полость, после чего послойно зашиваем брюшную стенку наглухо: непрерывный кетгутовый шов мы накладываем на брюшину, два узловатых шва—на прямые мышцы, непрерывный шов — на апоневроз и 2—3 узловатых кетгутовых шва — на подкожную клетчатку. Операция заканчивается наложением непрерывного тонкого кетгутового подкожного шва. Кроме косметического значения этого шва, мы считаем его более асептичным, и кроме того, он не требует последующего снятия.

При сравнительно небольшой кровопотере мы раньше находим источник кровотечения, зажимаем кровоточащий сосуд и тогда уже приступаем к реинфузии.

Методика и техника операции при прогрессирующей трубной беременности и трубном выкидыше в принципе такие же, как при операции по поводу разрыва трубы. Известные трудности могут представить сращения с окружающими тканями и сальником, кишечными петлями и париетальной брюшиной, нередко наблюдаемые при образовании плотной капсулы вокруг кровяной опухоли (haematocele retro-s. anteuterina). В таких случаях необходимо тщательно изолировать брюшную полость от операционного поля 3 или 4 марлевыми салфетками, затем осторожно, чаще тупым путем, а иногда и куперовскими ножницами выделить из сращений сальник и кишечные петли. Прорвав капсулу опухоли, мы рукой удаляем сгустки крови, вместе с которыми извлекаем и придатки матки. В подавляющем большинстве случаев вследствие образовавшихся сращений труба и яичник представляют собой сплошной конгломерат. Не следует проявлять в таких случаях излишней поспешности и идти на одновременное удаление трубы и яичника. Вначале надо осторожно, тупым путем, устранить сращения и попытаться выделить яичник. Следует отметить, что ткани в таких случаях бывают очень хрупкими и легко рвутся. Если полностью выделить яичник не удается, то нужно его резецировать и сохранить ту часть яичника, которую удалось выделить. Трубу мы удаляем по той же методике, что и в случаях разрыва ее, т. е. с неглубоким клиновидным иссечением ее маточного конца. Затем мы удаляем остатки капсулы кровяной опухоли. В случаях, когда по чисто техническим причинам (опасность ранения кишечных петель или обильного паренхиматозного кровотечения) капсулу полностью выделить невозможно, следует ограничиться удалением части ее, хотя оставляемая часть капсулы рассасывается очень медленно, может легко инфицироваться и послужить причиной развития тяжелого воспалительного процесса в послеоперационном периоде.

При операциях по поводу интерстициальной беременности требуется особая бдительность и быстрота выполнения. Характер операции — иссечение соответствующего угла матки вместе с трубой.

По мнению ряда гинекологов (И. Л. Брауде и др.), операция при яичниковой беременности должна заключаться в удалении беременного яичника и трубы той же

стороны. Мы считаем вполне достаточным ограничиться резекцией яичника в пределах здоровой ткани и наложить на оставленную часть яичника непрерывный или узловатые кетгутовые швы. Так как при чистой форме яичниковой беременности труба обычно бывает неизмененной, то удаление ее можно рекомендовать только при ее изменениях в целях гистологического уточнения диагноза в случаях, когда он недостаточно ясен.

При беременности в зачаточном роге матки, так же как и при других формах внематочной беременности, оперативное вмешательство следует производить тотчас же по установлении диагноза.

Характер операции — ампутация беременного рога матки с последующим тщательным ушиванием стенки матки путем наложения двухрядных узловатых швов (на мышечную ткань матки и на ее серозно-мышечный покров). Трубу соответствующей стороны при отсутствии в ней видимых изменений и открытом фимбриальном конце удалять не следует, за исключением случаев, когда по техническим причинам сохранить ее не удается.

И. Л. Брауде предлагает обязательно удалять трубу на стороне беременного маточного рога, мотивируя это тем, что в ней в дальнейшем может развиться трубная беременность; при тяжелом состоянии больной он рекомендует производить удаление беременного рога матки не только с трубой, но и с яичником соответствующей стороны, что, по его мнению, ускоряет операцию. Мы этого рекомендовать не можем, так как не являемся сторонниками удаления неизмененной яичниковой ткани, и считаем, что при любой операции, за исключением случая, когда к удалению яичника имеются достаточные показания, яичниковую ткань следует сохранять, так как она выполняет важную функцию в организме.

Характер операции при межсвязочной беременности заключается в удалении плодовместилища с трубой соответствующей стороны и последующем ушивании листков широкой связки. Вследствие нарушения топографических соотношений и наличия паренхиматозного кровотечения из клетчатки широкой связки операция в некоторых случаях может представить значительные трудности; мы рекомендуем при этом учитывать возможность ранения мочеточника, который часто расположен в непосредственной близости к операционному полю

и повреждение которого может повлечь неприятные осложнения.

Некоторые авторы, в частности И. Л. Брауде, указывают, что ушить широкие связки можно только при небольшой полости, образовавшейся по удалении плодовместилища, и в случаях, когда проведение гемостаза затруднено, рекомендуют тампонировать образовавшуюся полость полоской марли с выведением ее либо в брюшную рану, либо во влагалище путем вскрытия его бокового свода. Вскрытие бокового свода, по их мнению, следует производить весьма осторожно, так как при этом можно незаметно поранить мочеточник или крупную ветвь маточной артерии. При непрекращающемся кровотечении из толщи широкой связки в целях обеспечения более тщательного гемостаза некоторые авторы рекомендуют даже производить экстирпацию матки.

Мы вполне разделяем мнение А. П. Губарева, который указывал, что непредвиденного и неустранимого кровотечения при этом не бывает. Это его мнение полностью подтверждается данными нашего материала: мы ограничивались во всех случаях ушиванием листков широких связок и получали достаточно надежный гемостаз.

Операция при внематочной беременности позднего срока является очень ответственной и обычно трудновыполнимой. Плотные сращения с окружающими органами брюшной полости, обширная сеть вновь образованных кровеносных сосудов, обеспечивающих питание плода, делают эту операцию технически трудной. Хирург, идя на такое вмешательство, должен всегда быть готов к возможности тяжелого внутреннего кровотечения, а также к операции на органах брюшной полости, нередко интимно спаянных с плодовместилищем.

Оперативное пособие в этих случаях состоит в удалении плода и детского места, которое, особенно при живом плоде, трудно выделяется из плотных и обширных сращений. Это обстоятельство вынуждает некоторых хирургов ограничиваться только удалением плода и оставлением плодного мешка, который впоследствии марсупализируется Плодный мешок в таких случаях постепенно некротизируется и в течение 1—2 месяцев медленно выделяется. Но такой метод оперативного пособия (марсупализация) создает ряд серьезных опасностей для жизни больной: во-первых, при постепенном само-

произвольном отделении плаценты не исключена возможность повторного внутреннего кровотечения, что может вызвать необходимость применения релапаротомии; во-вторых, создаются условия для инфицирования плодного мешка, который может стать источником тяжелого септического процесса; в-третьих, самопроизвольное выделение остатков плодного мешка продолжается обычно в течение нескольких месяцев.

Тактика зарубежных хирургов в настоящее время — не удалять плаценту, что якобы значительно снижает материнскую смертность. Но при этом они не марсупализируют ее, а накладывают лигатуру у самого основания плаценты и зашивают брюшную полость наглухо без выведения дренажа. При прикреплении плаценты по задней поверхности матки предпочитают производить надвлагалищную ампутацию матки, считая ее менее опасной, чем попытку выделить плаценту. Мы этого рекомендовать не можем.

Длительное всасывание продуктов разложения плодного мешка вызывает сильную интоксикацию организма, обостряет воспалительные явления со стороны брюшины, создавая почву для образования обширного спаечного процесса в брюшной полости, причиняющего больным постоянные боли и ведущего к целому ряду расстройств. Все эти соображения диктуют необходимость добиваться возможно полного удаления плодовместилища во всех случаях внематочной беременности поздних сроков.

Не следует забывать, что невыделенная плацента всегда может инфицироваться, вызвать образование обширного инфильтрата и прочих тяжелых осложнений.

Весьма характерный пример привел в 1957 г. В. И. Кулебакин. При удалении мертвого плода при доношенной брюшной беременности не удалось полностью выделить плодовместилище, которое было интимно спаяно с сальником, париетальной и висцеральной брюшиной, нисходящей ободочной и сигмовидной кишками. Культя плодовместилища, как сообщает В. И. Кулебакин, в силу создавшихся анатомических условий была недостаточно перитонизирована. В дальнейшем, на протяжении 6 месяцев, пришлось произвести три операции для того, чтобы больная смогла чувствовать себя здоровой. Из них первая — колостомия в целях ликвидации кишеч-

ной непроходимости, вторая — резекция сигмовидной кишки для восстановления нормальной проходимости кишечника и третья — краевая резекция поперечноободочной кишки для ликвидации наложенной ранее колостомы.

Почти аналогичный случай описан в 1951 г. З. А. Капустиной: плодовместилище было не удалено, а марсупализировано. По витальным показаниям пришлось произвести вторую операцию для удаления плодовместилища. Больная пробыла в больнице 6 месяцев и так ослабела, что для восстановления здоровья ей пришлось произвести 12 переливаний крови.

Нам пришлось оперировать 3 больных по поводу брюшной и межсвязочной беременности поздних сроков, причем у одной больной плацента своей большей частью была расположена в расслоенной широкой связке и на брыжейке сигмовидной кишки, а у двух других — между листками широких связок. Во всех этих случаях нам удалось полностью выделить детское место, причем ни обильного кровотечения, ни ранения соседних органов при этом не произошло.

Некоторые авторы [А. Э. Мандельштам, Л. Я. Цейтлин, Е. Я. Александров, Штрассман, Шефер (Schäfer, 1956) и др.] считают, что при трубной беременности беременную трубу можно не удалять, а ограничиться вскрытием плодовместилища; рассекая при этом трубу в продольном направлении, — удалить плодное яйцо, выскоблить слизистую оболочку трубы в этом участке и зашить трубу. Р. Р. Макаров рекомендует даже просто выдавливать плодный пузырь через абдоминальное отверстие трубы.

В 1956 г. Г. Н. Надарейшвили опубликовал свои экспериментальные данные о сшивании маточных труб у животных. Положительные результаты в отношении получения полной проходимости были достигнуты примерно в 70% случаев, причем автор пришел к выводу о большей эффективности применения при сшивании труб механического шва (танталовых скрепок), накладываемого сосудосшивающим аппаратом. Маттеи (Matthaei, 1956) описал несколько консервативных операций при внематочной беременности, когда он сшивал трубу конец в конец.

В случаях повторной внематочной беременности и первичного бесплодия при настойчивом желании женщи-

ны иметь ребенка мы в последние годы в целях борьбы с бесплодием пытались производить пластику трубы, удаляя ее пораженную часть и сшивая ампулярный конец с интерстициальным (10 операций) или вшивая ампулярный конец трубы в угол матки (5 операций). Сшивание трубы мы производили сосудосшивающим аппаратом или вручную. Некоторым больным при небольших разрывах трубы мы производили инструментальное удаление плодного яйца с последующим выскабливанием слизистой трубы через имеющийся разрыв и ее ушиванием (3 операции). Случаев наступления последующей нормальной маточной беременности пока не отмечено; у 2 больных наступила повторная внематочная беременность в той же трубе, пластику которой мы произвели. Поэтому от суждения о целесообразности этой методики мы пока воздерживаемся, но из литературных данных нам известны случаи наступления нормальной маточной беременности после пластических операций на трубах по поводу внематочной беременности (Е. Я. Александров, М. В. Могилев, А. Э. Мандельштам, А. И. Малинин, Кафье, Шефер и др.).

В то же время известно, что ворсины хориона при трубной беременности прорастают всю толщу стенки трубы вплоть до ее серозной оболочки. Следовательно, выскабливание слизистой трубы в этих случаях не может повести к желаемому эффекту, так как оставшиеся функционирующие клетки трофобласта в толще стенки трубы, продолжая свою разрушительную деятельность, могут служить причиной новых инсультов и кровотечений. Как указывает К. П. Улезко-Строганова, оставшиеся функционирующие ворсины хориона, перерождаясь, могут повести и к образованию злокачественной опухоли — хорионэпителиомы. Случай хорионэпителиомы, развившейся в интерстициальной части трубы через несколько месяцев после операции по поводу внематочной беременности и глубоко инфильтрировавшей слои матки, описан в 1934 г. В. С. Груздевым и Е. Д. Рузским, а в 1959 г. — Л. Б. Мальцевой. Остается проблематичной и полноценность мускулатуры трубы в месте бывшей имплантации яйца.

Некоторые авторы, в частности И. Л. Брауде, А. Д. Аловский и др., считают достаточным удалить беременную трубу, не иссекая при этом ее интерстициаль-

ной части из угла матки. И. Л. Брауде утверждает, например, что иссекать маточный конец трубы не следует, так как это может осложнить роды при наступлении беременности.

Е. П. Майзель указывает, что клиновидное иссечение трубы, по данным Института акушерства и гинекологии и родильных домов Ленинграда, в 16% случаев обусловливает слабость родовой деятельности при наступлении последующей маточной беременности и способствует недонашиваемости у 60% женщин при наступлении беременности в первый год после операции по поводу внематочной беременности.

Наши наблюдения над больными, которым по поводу фибромиом матки мы производили на матке пластические операции, иссекая опухоль в пределах здоровой ткани и удаляя вместе с опухолью часть мышечной ткани и слизистой оболочки матки (1500 операций), показали, что при наступлении последующей беременности, несмотря на наложение у некоторых больных большого числа швов на матку, ни одного случая разрыва матки при родах не было даже у тех женщин, которые рожали самостоятельно и были первородящими. Поэтому мы считаем, что осложнения при наступлении последующей маточной беременности у некоторых женщин могут быть обусловлены скорее той патологией, которая и послужила причиной развития внематочной беременности, у других — наличием обширных сращений и спаек после операций по поводу внематочной беременности и в меньшей степени могут быть связаны с иссечением интерстициальной части трубы.

Вместе с тем нам пришлось наблюдать случаи наступления повторной внематочной беременности в сохраненной интерстициальной части трубы; такие случаи неоднократно описывались и в литературе (Р. В. Кипарский, К. Д. Вачнадзе, С. М. Клейн, Г. Е. Гофман и многие другие).

Поэтому мы категорически возражаем против подобной методики операции, всецело разделяем мнение В. Ф. Снегирева, Р. В. Кипарского, Л. Л. Окинчица, К. Д. Вачнадзе и ряда других авторов и в обязательном порядке производим неглубокое клиновидное иссечение маточного конца трубы с наложением восьмиобразного шва на угол матки.

Таблица 24

Характер основного оперативного пособия при внематочной беременности

	Число операций		Процент
Удаление одной трубы	4 164		82,31
» обеих труб	832		16,44
» культи трубы со вскрытием и выскабливанием полости матки	8		0,16
Иссечение пораженной части трубы и сшивание ее ампулярного конца с интерстициальным	10		
Иссечение пораженной части трубы и вшивание ампулярного конца трубы в матку	5	18	0,37
Удаление плодного яйца из трубы с последующим выскабливанием слизистой трубы через ее разрыв и зашивание разрыва	3		
Надвлагалищная ампутация матки и удаление трубы	1[1]		0,02
Полное удаление матки и обоих придатков	1[2]		0,02
Кольпотомия (нагноившаяся внематочная беременность)	12		0,2
Резекция яичника (яичниковая беременность)	3		
Резекция яичника и удаление одной из труб	1	5	0,1
Резекция яичника и удаление обеих труб	1		
Удаление беременного рога матки (рудиментарного)	6		
Удаление беременного рога матки и трубы	3	9	0,14
» плода и плодовместилища, расположенного межсвязочно	1		
Удаление плода и плодовместилища, расположенного межсвязочно, одной из труб и яичника	1	5	0,1
Удаление плода и плодовместилища, расположенного межсвязочно, и одной трубы	3		
Удаление плодовместилища из сальника	3		
» » » брюшины прямокишечно-маточного углубления	2	5	0,12
Ушивание плодовместилища на брюшине мочевого пузыря	1		
Итого	5 061		100,0

[1] В данном случае малоопытный врач принял интерстициальную беременность за разрыв матки при нормальной маточной беременности.

[2] Многолетняя внематочная беременность и рак яичников у женщины 57 лет.

При возникновении беременности в интерстициальной части оставленной трубы мы производили удаление культи трубы и ушивали ткани матки. Если матка по своим размерам была больше нормальной, то мы, воспользовавшись тем, что при удалении культи трубы полость матки вскрывалась, производили выскабливание стенок полости матки при чревосечении. При отсутствии изменений со стороны матки выскабливание не обязательно.

В табл. 24 мы приводим наши данные о характере оперативного пособия при внематочной беременности. О сопутствующих вмешательствах на других органах в процессе операций по поводу внематочной беременности мы сообщим отдельно.

Как видно из табл. 24, в 82,31% случаев мы при операциях удалили одну трубу, в 0,37% произвели консервативные операции на беременной трубе, в 0,46% — соответствующие операции при яичниковой, межсвязочной, брюшной и беременности в рудиментарном роге матки. У 832 женщин (16,44%) при операции были удалены обе трубы.

Единого мнения о том, как поступать со второй трубой при операции по поводу трубной беременности, до сего времени не существует.

Некоторые авторы (Штеккель, И. Л. Брауде, Г. Ф. Писемский, К. Д. Вачнадзе, Л. А. Кривский, Р. А. Черток, В. Б. Файнберг) считают, что удаление небеременной трубы недопустимо даже при наличии в ней незначительного воспалительного процесса, не говоря уже о случаях, когда труба макроскопически не изменена.

Большинство американских и немецких авторов, а из отечественных П. Я. Гарфункель, А. И. Серебров, К. Н. Рабинович, А. Д. Аловский и др., опасаясь наступления повторной внематочной беременности, предлагают обязательно удалять обе трубы.

М. Ш. Рапопорт и И. М. Бенцман, изучая отдаленные результаты операций по поводу внематочной беременности, установили, что у 49% женщин после одностороннего удаления трубы по поводу внематочной беременности имела место нормальная маточная беременность и только у 12,5% — повторная трубная. По Л. И. Канторовичу, процент нормальных беременностей после внематочной составляет 49,2 из 112 больных, обследованных после операции.

В литературе имеется описание нескольких случаев наступления нормальной маточной беременности после удаления обеих труб по поводу первичной и повторной внематочной беременности (М. И. Липкин, В. П. Баскаков, Н. П. Верхацкий), но такие случаи, безусловно, относятся к области казуистики.

По нашим данным, повторная трубная беременность имела место у 12,6% женщин.

Хотя процент повторной внематочной беременности довольно значителен, но число случаев наступления нормальной маточной беременности после удаления одной из труб по поводу трубной беременности в 4 раза превышает этот процент, что дает полное основание бережнее относиться ко второй трубе.

При удалении обеих труб женщину навсегда лишают возможности быть матерью. Среди же больных с внематочной беременностью наибольший процент приходится на женщин цветущего возраста. Эти женщины могут беременеть и многие из них, особенно те, у кого первая беременность была внематочной, как справедливо указывает И. Б. Асатуров, нередко живут мечтой о ребенке.

Мы всецело разделяем мнение И. Б. Асатурова и считаем, что вторая труба подлежит удалению только в случаях, когда патологические изменения в ней так велики, что надеяться на восстановление ее нормальной функции нельзя. При операции по поводу внематочной беременности мы в обязательном порядке тщательно осматриваем вторую трубу и, если она не изменена, сохраняем ее. Не удаляем мы также и трубу, фимбриальный конец которой открыт, но в окружности имеются незначительные спайки (воспалительные наслоения), которые при операции мы рассекаем. При наличии же заращений абдоминального конца и тем более воспалительных изменений второй трубы (сальпингит, гидросальпинкс, гематосальпинкс и пиосальпинкс) мы обязательно удаляем вторую трубу даже у тех женщин, которые не имеют детей.

Как указано выше, вторую трубу нам пришлось удалить у 832 больных (16,43%).

Причинами удаления послужили: сальпингит — у 354 женщин, гематосальпинкс — у 122, гидросальпинкс — у 90, пиосальпинкс — у 36, нодозный сальпингит — у 12, заращение абдоминального конца небеременной трубы — у 205, двусторонняя внематочная беременность —

у 1, нагноившаяся внематочная беременность — у 1, туберкулез труб — у 4, инфантилизм небеременной трубы — у 5 и эндометриоз трубы — у 2 женщин.

А. А. Коган в целях профилактики повторной внематочной беременности рекомендует обязательно проводить после операции противовоспалительное лечение даже при отсутствии изменений со стороны второй трубы и в течение года применять противозачаточные средства.

При наличии одновременно маточной и внематочной беременности мы, удаляя беременную трубу, всегда стремимся к сохранению маточной беременности, так как, по нашим наблюдениям, она иногда донашивается до срока. При внематочной беременности нам приходилось наблюдать заболевания не только трубы противоположной стороны, но и других органов малого таза (см. главу II).

Наиболее часто внематочной беременности сопутствовали односторонние, двусторонние кисты и мелкокистозное перерождение яичников (763 случая, т. е. 15%), аппендицит (77 случаев, т. е. 1,5%) и фибромиома матки (78 случаев, т. е. 1,5%). Частота остальных сопутствующих заболеваний составила от 0,06 до 0,3%.

При наличии удовлетворительного состояния больной (преимущественно при прогрессирующей и старой внематочной беременности) мы одномоментно с операцией по поводу основного заболевания при наличии соответствующих показаний производили и сопутствующие вмешательства. Они были произведены нами у 848 женщин (16,7%). Характер сопутствующих вмешательств приведен в табл. 25; число вмешательств превышает число больных, которым они производились, так как у некоторых женщин приходилось производить одновременно по два или несколько сопутствующих вмешательств, что не осложняло операцию и не способствовало удлинению послеоперационного пребывания больной в стационаре.

Как видно из табл. 25, наиболее часто нам приходилось производить резекцию одного из яичников по поводу кисты (8,3%) и рассечение спаек с сальником или сигмовидной кишкой (8,2%). У 45 больных мы резецировали сальник (0,9%). Резекция обоих яичников или полное удаление одного из яичников производились нами крайне редко. Большинство операций, связанных с фибро-

Таблица 25

Характер сопутствующих вмешательств при операциях по поводу внематочной беременности

	Число	Процент к общему числу операций
Резекция одного яичника	424	8,3
» обоих яичников	13	0,25
Удаление одного яичника	99	1,9
Вшивание яичника в полость матки	28	0,5
Наложение швов на разрыв яичника	4	0,07
Резекция фиброзных узлов	75	1,48
Дефундация матки	3	0,06
Надвлагалищная ампутация матки	3	0,06
Рассечение спаек с сальником или сигмовидной кишкой	418	8,2
Резекция сальника	45	0,9
Аппендэктомия	77	1,5
Укорочение круглых связок	4	0,07
Фиксация матки по Жильями	4	0,07
Выскабливание полости матки при чревосечении	11[1]	0,21
Стерилизация по медицинским показаниям	2	0,03
Грыжесечение (паховая грыжа)	2	0,03
» (послеоперационная грыжа белой линии)	1	0,02
Снятие лоскута жира с брюшной стенки (ожирение)	1	0,02
Пластика влагалища и промежности	2	0,03
Итого...	1 216	23,70

[1] Выскабливания производились при беременности в культе трубы, в рудиментарном роге матки и иногда при интерстициальной беременности.

миомой матки, выразилось в иссечении отдельных фиброзных узлов с частью мышечной ткани матки (75 операций, т. е. 1,48%), еще 3 больным была произведена одновременно дефундация матки (0,06%) и 3 — надвлагалищная ампутация матки (0,06%). Остальные виды операций производились нами крайне редко (от 0,2 до 0,21%).

Больным, которым приходилось удалять обе трубы или которых мы оперировали по поводу повторной внематочной беременности, мы в целях борьбы с бесплодием в ряде случаев вшивали яичник в полость матки через ее заднюю стенку. Эта операция была произведена 28

женщинам в связи с их настойчивым желанием иметь ребенка и при общем удовлетворительном состоянии, позволившем выполнить это сопутствующее вмешательство. К сожалению, результаты произведенных операций нами пока не проверены, но в дальнейшем наблюдения в этой области, возможно, послужат темой нашей новой работы. По нашим предположениям, эти операции все же не могут быть эффективными.

Какие же осложнения могут встретиться при операциях по поводу внематочной беременности?

Если больная подверглась ранее чревосечению или у нее был воспалительный процесс в придатках, то всегда может возникнуть необходимость рассечения спаек и подход к трубе иногда бывает затруднен. При значительных сращениях с кишечными петлями (при старой внематочной беременности) в случаях, когда кишку невозможно бывает выделить, приходится иногда прибегать к ее резекции, но это случается очень редко. Рассечение спаек при операциях нам пришлось произвести у 418 женщин (8,2%). При недостаточно бережном отношении к тканям и органам всегда может произойти ранение мочевого пузыря или кишечника, особенно если имеется спаечный процесс.

Во избежание ранений мочевого пузыря мы заставляем больную помочиться перед операцией. Если же самостоятельное мочеиспускание затруднено или возникли подозрения на наличие в мочевом пузыре остаточной мочи, то перед началом операции мы выпускаем мочу катетером, так как при переполненном мочевом пузыре и низком надлобковом разрезе брюшной стенки всегда имеется опасность ранения мочевого пузыря.

Несмотря на то, что некоторые операции, как указано, сопровождались одновременными сопутствующими вмешательствами, осложнений по ходу операции почти не было. Техникой операций при внематочной беременности владеют все врачи нашей клиники. Большинство операций производилось по дежурству. Осложнения по ходу операции были всего у 8 больных из 5061 оперированной (0,13%). Характер наблюдавшихся осложнений представлен нами в табл. 26.

При ранении соседних органов важно тотчас же наложить швы. Прежде чем зашивать рану на кишке, необходимо сделать кишку мобильной, тщательно выделив

Таблица 26

Характер осложнений по ходу операции и в послеоперационном периоде

Характер осложнений по ходу операции	Число больных	Характер осложнений в послеоперационном периоде	Число больных
Ранение мочевого пузыря	4 (0,07)	Инфильтрат в области мочевого пузыря	2
» тонкой кишки	1 (0,015)	Свищ	1
» прямой кишки	1 (0,015)		
» сигмовидной кишки . . .	2 (0,03)		
Итого . . .	8 (0,13)		

Примечание. В скобках указан процент.

из спаек, в противном случае швы будут накладываться с натяжением и в дальнейшем могут образоваться свищи и другие осложнения. Среди наших больных свищ, связанный с ранением кишки по ходу операции, наблюдался только у одной (тонкокишечно-брюшностеночный свищ; больная провела в стационаре 44 койко-дня; свищ закрылся до выписки больной из клиники).

Как видно из табл. 26, у 5 больных осложнения по ходу операции хотя и были серьезными (ранение мочевого пузыря, сигмовидной, прямой кишки), но не сопровождались какими-либо осложнениями в послеоперационном периоде. Эти больные были выписаны на 8—9-е сутки после операции. У 2 больных (с ранением при операции мочевого пузыря) в послеоперационном периоде были непродолжительные и быстро ликвидировавшиеся инфильтраты в клетчатке мочевого пузыря, что удлинило их пребывание в клинике до 15—20 койко-дней после операции.

Применением постоянного катетера при ранениях мочевого пузыря мы не пользуемся и заставляем больных в послеоперационном периоде мочиться самостоятельно.

РЕИНФУЗИИ КРОВИ ПРИ НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

При операциях по поводу внематочной беременности чрезвычайно важным является вопрос о том, как поступать с кровью, излившейся в брюшную полость. К сожа-

лению, до настоящего времени единого взгляда на этот счет не существует.

А. П. Губарев утверждал, например, что оставленная в брюшной полости кровь всасывается и опасности для организма не представляет, если операция произведена и швы наложены асептично.

С. И. Штерн, Р. А. Черток, В. А. Кузнецов, С. В. Гейнац и некоторые другие авторы тоже считают, что жидкая кровь может всосаться в общее кровяное русло через лимфатическую систему и быть таким образом возмещена организму. Поэтому они предлагают удалять только сгустки крови.

А. Д. Аловский, В. Анчелевич и многие другие предлагают удалять из брюшной полости как жидкую, так и свернувшуюся кровь, мотивируя это тем, что оставленная кровь может способствовать возникновению спаечного процесса и служить благоприятной питательной средой для развития инфекции.

Опыты С. В. Гейнаца на собаках показали, что всасывание крови, излившейся в брюшную полость, происходит главным образом через лимфатическую систему диафрагмы. Между тем нам хорошо известно, что основная масса крови при внутрибрюшном кровоизлиянии, вызванном разрывом маточной трубы, сосредоточивается в отлогих местах живота (почечные области, прямокишечно-маточное углубление), т. е. в тех местах, где резорбционная способность брюшины слабо выражена.

Оставленная в брюшной полости кровь всасывается очень медленно и неизбежно при этом частично подвергается гемолизу. Этим создается благоприятная питательная среда для бактерий: вокруг свертков крови могут образоваться воспалительные наслоения, что способствует только образованию инфильтратов и развитию спаечного процесса.

Мы придерживаемся того мнения, что излившаяся в брюшную полость кровь действительно должна быть полностью удалена, а брюшная полость во избежание развития спаечного процесса и возникновения инфекции самым тщательным образом осушена. Но мы отнюдь не разделяем мнения тех авторов, которые предпочитают кровь из брюшной полости удалять, а больным производить переливания донорской крови, считая реинфузию

показанной только при отсутствии донорской крови (И. Л. Брауде, М. С. Малиновский).

В задачу врача входит не только борьба с кровотечением путем срочной операции, но и борьба с кровопотерей, которая, вызвав состояние резкой анемии, может привести к смерти. Тяжесть состояния больных при нарушенной внематочной беременности часто бывает обусловлена не только болевым шоком, но и массивностью кровопотери. В таких случаях рассчитывать на медленное всасывание крови или на регенерацию ее нельзя, так как потерянная кровь должна быть возвращена организму немедленно для восстановления всех его жизненных функций. Конечно, в этих целях можно пользоваться трансфузиями донорской, консервированной и фибринолизированной крови и переливаниями полиглюкина и других заменителей, но наиболее эффективным, по нашим наблюдениям, всегда бывает переливание собственной, излившейся в брюшную полость крови больной.

Выбрасывать негемолизированную кровь из брюшной полости, особенно если имеется большое количество крови, не следует, так как она вполне пригодна для обратного переливания — так называемой реинфузии. Мы всегда стремимся к тому, чтобы излившаяся в брюшную полость кровь была возвращена в кровяное русло больной.

Идея обратного переливания собственной крови принадлежит отечественному акушеру В. В. Сутугину (1865), предложившему дефибринировать изливающуюся при родах кровь и в подогретом виде вводить ее в вену той же роженицы. Однако этот метод не получил широкого применения потому, что хотя идея, заложенная в нем и была правильная, но автор не учел следующего: кровь, изливающаяся из половых путей наружу, уже не является стерильной и представляет опасность для организма.

Мысль о возможности переливания собственной излившейся в брюшную полость крови была высказана Иоганном Тисом (Thies), который в 1914 г. доложил о 3 больных с внематочной беременностью, доставленных в крайне тяжелом состоянии и возвращенных к жизни только благодаря обратному переливанию крови.

В 1919 г. Лихтенштейн (Lichtenstein) после успешного применения метода Тиса (реинфузий крови) 11 больным

подтвердил в печати клиническое значение этого метода и высказал мысль о том, что ни одна женщина не должна погибать от внутрибрюшного кровотечения при разрыве беременной трубы без попытки применения обратного переливания собственной крови.

Вопрос об обратном переливании крови в острых случаях внематочной беременности дебатируется в отечественной и зарубежной литературе уже свыше 40 лет.

Г. К. Живатов, В. С. Груздев, М. С. Малиновский и И. Л. Брауде считают, что методом реинфузии можно пользоваться только в случаях крайней необходимости, и предлагают, оставляя кровь в брюшной полости для самостоятельного всасывания ее брюшиной, производить переливания донорской крови.

Опиц, Лацка (Latzka) и Бранд (Brand) полагают, что реинфузия при внематочной беременности является излишней и может быть с таким же успехом заменена вливанием физиологического раствора.

В. П. Виноградов, С. М. Рафалович, П. А. Андрющенко, Л. И. Куриленко и др., наоборот, считают реинфузию мощным лечебным средством в случаях нарушенной внематочной беременности.

В 1928 г. А. Н. Филатов глубоко и всесторонне осветил вопрос о реинфузии, дав обоснованную клиническую и экспериментальную оценку этому лечебному методу. О большой ценности этого метода свидетельствуют также работы А. И. Цанова, А. А. Федоровского, Е. Г. Бугринова, А. Т. Трифоновой, Я. П. Наровчатского, Ф. А. Султангеевой, П. А. Курилина, С. Н. Нугманова и др.

Ф. Я. Венцов экспериментально доказал, что переливание крови, находящейся в брюшной полости в течение от 18 часов до 3 суток, анемизированному животному дает прекрасный терапевтический эффект, нисколько не отличающийся от результатов при переливании консервированной крови. Введение даже полностью гемолизированной крови подопытному животному, по данным Ф. Я. Венцова, не сопровождалось никакой реакцией.

Почему мы пришли к мысли о целесообразности реинфузии крови при нарушенной внематочной беременности?

Наши наблюдения показали, что для спасения жизни больной излившаяся в брюшную полость кровь должна быть ей немедленно возмещена, особенно в случаях, когда кровопотеря велика. Переливание донорской крови

требует предварительного определения группы крови, резус-фактора и проверки на совместимость, что далеко не всегда возможно, так как нередко жизнь больной зависит от скорости оказанной ей помощи. Кроме того, донорская кровь не всегда может оказаться в наличии. Переливание больших доз донорской крови (более 1 л) может вызвать тяжелую реакцию и без того ослабленного организма больной, переливание же небольших доз не оказывает обычно должного клинического эффекта. Вливание физиологического раствора в больших дозах способствует только повышению артериального давления и вызывает перегрузку сердца, но полноценной заменой утерянной крови не является. Поэтому наиболее эффективным и целесообразным способом возмещения крови мы считаем обратное переливание в вену больной излившейся в брюшную полость крови (реинфузия). Это подтверждено нашими многочисленными и многолетними наблюдениями. Больные, доставленные к нам в состоянии тяжелого шока, почти в агонии, совершенно обескровленные, бледные, без пульса, после реинфузии тут же на операционном столе становились неузнаваемыми: пульс у них выравнивался, окраска кожных покровов и слизистых становилась близкой к нормальной, дыхание делалось глубже и ровнее, артериальное давление повышалось — больные оживали на наших глазах. В дальнейшем они быстро поправлялись, что давало возможность выписывать их на 7—8-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

У 4554 больных с внематочной беременностью, истории болезни которых разобраны в данной работе, мы обнаружили в брюшной полости кровь жидкую и в виде сгустков. Количество свободной крови в брюшной полости значительно колебалось и если у больных с трубным выкидышем и старой внематочной беременностью не превышало обычно 50—200 мл, то у больных с разрывом трубы составляло чаще 500—600 мл и иногда доходило даже до 2500—3000 мл (у 4,4%).

Реинфузию мы производили не всем этим больным. Если состояние больной было удовлетворительным, а крови в брюшной полости оказывалось мало, то мы ограничивались тем, что тщательно освобождали брюшную полость от жидкой крови и свертков, а собранную кровь удаляли (у 2109 женщин). У некоторых больных, пре-

имущественно при старой внематочной беременности и в случаях когда с момента инсульта до поступления больной в клинику прошел значительный срок, мы обнаруживали в брюшной полости кровь гемолизированную и в виде свертков. Этим больным мы тоже не производили реинфузий крови, а свертки ее как непригодные к употреблению выбрасывали. Таких больных было 874; 167 из них ввиду общего тяжелого состояния мы за неимением возможности перелить их собственную кровь производили в процессе операции переливание донорской крови.

Как показали наши наблюдения, собственную кровь можно переливать в любых количествах (до 2,5—3 л), не вызывая неблагоприятной реакции со стороны организма. Среднее количество крови, перелитой каждой больной путем реинфузии, составило около 920 мл.

Переливание собственной крови методом реинфузии было произведено 1566 больным из числа разобранных в данной работе (30%). Данные о количестве перелитой крови представлены в табл. 27.

Таблица 27

Количество собственной крови больных с внематочной беременностью, перелитой методом реинфузии

Количество перелитой крови в мл	Число больных		Процент
До 300	298		19
300—500	268	1079	69
500—1000	544		
1000—1500	267		
1500—2000	150		9,5
2000—2500	27		1,8
2500—3000	12		0,7
Итого . . .	1 566		100,0

Техника реинфузии проста и заключается в следующем. Перед операцией приготовляют стерильную кружку Эсмарха и стерильный градуированный сосуд, в который еще до начала операции вливают 200—300 мл стерильного физиологического раствора комнатной температуры. Сосуд и кружку Эсмарха покрывают 8 слоями стерильной марли для того, чтобы надлежащим образом отфильтровать свертки крови. Кровь из брюшной полости

вычерпывают стерильным стаканчиком на длинной ручке, собирают в градуированный сосуд, где измеряют ее количество, а затем переливают в кружку Эсмарха и немедленно начинают вливание в локтевую вену больной, что производится чаще путем венепункции и реже — венесекции. Подогревания крови мы не производим, полагая, что это может способствовать увеличению гемолиза. Свертывания крови, влитой в кружку, нам ни разу не пришлось наблюдать, хотя кровь мы переливали без цитрата.

При тяжелом состоянии больной мы, как уже указывалось, еще до начала операции, но когда к ней уже все подготовлено, начинаем капельное внутривенное вливание физиологического раствора с глюкозой (40—60 мл 40% раствора). Больших количеств физиологического раствора мы не вводим во избежание перегрузки правого сердца и отека легких у ослабленных больных.

И. Л. Брауде указывает, что реинфузию можно производить, если после инсульта прошло не больше 16—24 часов и кровь, находящаяся в брюшной полости, еще не изменила своего внешнего вида, но предпочитает пользоваться кровью донора.

А. Д. Аловский, Л. Я. Цейтлин, Р. Р. Макаров и некоторые другие вообще возражают против применения собственной крови больной для обратного переливания, мотивируя это тем, что кровь может быть инфицирована вследствие патологических изменений трубы.

Действительно, нередко возникновение внематочной беременности бывает обусловлено воспалительными заболеваниями придатков и, в частности, труб. Поэтому особый интерес представляет бактериологический контроль крови, излившейся в брюшную полость. Известную роль в инфицировании играет и срок пребывания крови в брюшной полости.

К. И. Ковалева-Крюкова, изучая результаты бактериологического контроля крови и сопоставляя полученные данные со временем, прошедшим с момента инсульта, установила, что у большинства больных кровь оказалась стерильной и только у нескольких больных (10 из 43) был обнаружен рост бактерий, что К. И. Ковалева-Крюкова объясняет техническими погрешностями при взятии крови на посев. На основании полученных данных К. И. Ковалева-Крюкова пришла к выводу, что опасность

инфицирования крови, излившейся в брюшную полость при разрыве трубы или трубном выкидыше, даже при наличии в трубе старых воспалительных изменений, отсутствует, так как, согласно полученным данным, микробный фактор к моменту наступления внематочной беременности, очевидно, утрачивает уже свое значение.

В. А. Скоробогатова проверяла осмотическую резистентность эритроцитов крови, излившейся в свободную брюшную полость, причем было установлено, что стойкость эритроцитов оказалась несколько сниженной. При проверке содержания билирубина в этой крови В. А. Скоробогатовой было определено нормальное содержание билирубина в 16 из 54 исследований, тогда как в остальных 38 содержание билирубина превышало норму. Приведенные данные позволяют считать, что происходит некоторый распад крови, излившейся в брюшную полость.

При исследовании морфологического состава крови, произведенном К. И. Ковалевой-Крюковой, обнаружено понижение процента гемоглобина, уменьшение количества форменных элементов, анизоцитоз и пойкилоцитоз, что автор связывает с эксудацией жидкости в брюшной полости, наступающей со стороны париетальной брюшины как ответная реакция на изливающуюся кровь.

По данным К. И. Ковалевой-Крюковой, показатель гематокрита крови в брюшной полости равнялся 70:30, причем отчетливее было выражено снижение плотной части крови.

Показатель гематокрита в периферической крови, взятой из пальца той же больной, был еще ниже, а именно 72:28, что свидетельствует о приспособляемости организма и возможности его мобилизовать внутренние ресурсы для заполнения опустевшего сосудистого русла.

В белковом составе крови в среднем не обнаруживается заметных изменений, но у некоторых больных отмечаются колебания содержания белка в крови от 3,94 до 9,4%.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в крови, излившейся в брюшную полость, происходит некоторый распад. В то же время клинические наблюдения за больными, которым производилась реинфузия крови, показывают стойкое улучшение их общего состояния в послеоперационном периоде и отсутствие су-

ществ реакций со стороны организма на реинфузию. Атоксичность реинфузии крови проверялась в нашей клинике и по данным последующих анализов мочи, произведенных больным через несколько дней после реинфузии и не показавших существенных отклонений от нормы.

Анализы крови, произведенные нами после реинфузий крови, показали, что нарастание гемоглобина после реинфузии наступает обычно не сразу и в первые сутки после операции, несмотря на улучшение общего состояния больной, процент гемоглобина продолжает падать, тогда как на 4—5-е сутки обычно отмечается его повышение.

Сравнив результаты анализов крови у 696 наших больных до производства им реинфузии и на 3—5-е сутки после произведенной операции и реинфузии крови, мы получили следующие данные.

Повышение содержания гемоглобина на 5% было отмечено у 189 женщин (27,1%), от 6 до 10% — у 258 (37,1%), от 11 до 15% — у 105 (15,1%), от 21 до 25% — у 24 (3,4%) и свыше 26% — у 28 женщин (4%). У 42 женщин (6%) было отмечено снижение процента гемоглобина; это мы объясняем тем, что сравнивались анализы крови, произведенные этим больным на 2—3-и сутки после реинфузии, когда процент гемоглобина еще снижается; у остальных 50 женщин (7,3%) изменения содержания гемоглобина были незначительными.

Параллельно нарастанию процентного содержания гемоглобина, как правило, наблюдалось увеличение количества эритроцитов и повышение цветного показателя.

Доказательством биологической ценности крови для реинфузии служат данные клинического наблюдения.

Минимальность посттрансфузионных реакций (1,8%) свидетельствует о полноценности вливаемой крови как трансфузионной среды. Следует отметить, что тяжелых посттрансфузионных реакций мы не наблюдали. Возникновение этих реакций, по нашему мнению, в меньшей мере следует связывать с возможной белковой деструкцией крови и в большей — с пирогенными свойствами физиологического раствора, который приготовляется на монодистиллированной воде. Возможно, что низкий процент посттрансфузионных реакций следует объяснить и тем, что реинфузия крови производилась больным, на-

ходящимся во время операции под наркозом, но последующий стойкий клинический эффект полностью подтверждает ценность данного метода.

Целесообразность и ценность метода реинфузии и его клиническая эффективность подтверждаются не только возможностью быстро вывести больную из состояния шока, но и нашими последующими наблюдениями, которыми установлено стойкое повышение сопротивляемости организма больной в послеоперационном периоде.

В табл. 28 мы приводим сравнительные данные о послеоперационном пребывании в клинике тех больных с нарушенной внематочной беременностью, у которых операция сопровождалась реинфузией крови и у которых реинфузия не была применена.

Таблица 28

Продолжительность послеоперационного периода у больных с внематочной беременностью после реинфузии крови и без реинфузии

Число койко-дней		6	7	8	9	10	11—15	16—20	Свыше 20	Итого
Больные, которым была произведена реинфузия крови	абс. число	145	634	489	207	48	20	15	8	1 566
	%	9,3	40,5	31,2	13,2	3	1,3	1	0,5	Средний койко-день 7,7
Больные, которым реинфузия не производилась	абс. число	149	334	785	492	304	546	242	131	2 983
	%	5	11,2	26,3	16,5	10,2	18,3	8,1	4,4	Средний койко-день 10

Большинство больных, которым была произведена реинфузия, как видно из табл. 28, были выписаны на 7-е (40,5%) и на 8-е сутки (31,2%) после операции, тогда как из числа больных, которым реинфузии крови не производилось, на 7—8-е сутки были выписаны только 37,5%, т. е. почти вдвое меньше.

Как показали наши наблюдения, для большинства больных произведенной реинфузии было вполне доста-

точно, чтобы вывести их из состояния анемии, но в ряде случаев больным, у которых процентное содержание гемоглобина нарастало медленно, приходилось производить и дополнительные переливания донорской крови. Переливания донорской крови мы делали также и группе больных с haemocele retrouterina. Дополнительные переливания донорской крови были произведены в послеоперационном периоде 665 из 5064 больных с внематочной беременностью (13,1%); 119 из них пришлось производить повторные трансфузии. Общее число переливаний составило 784, перелито донорской и фибринолизированной крови около 300 л.

Методом реинфузии мы широко и с прекрасными результатами пользуемся с 1937 г., спасая этим жизнь тысячам женщин и получая колоссальную экономию донорской крови.

За время с 1938 по 1956 г. реинфузия была применена у 2510 больных с внематочной беременностью, причем при подсчете оказалось, что всего перелито более 2 тонн собственной крови, чем сэкономлено большое количество донорской крови. Донорская кровь в процессе операции за этот же период была перелита всего 167 женщинам и только в тех случаях, когда жидкой крови в брюшной полости было мало, а тяжесть состояния больных диктовала необходимость применения срочных активных мер по выведению их из состояния шока.

Следует указать, что и в хирургических клиниках нашего института реинфузия крови практикуется при острых кровопотерях, связанных с ранением печени, селезенки, легкого и сердца. На необходимость более широкого применения обратного переливания крови указывал А. А. Вишневский на заседании Хирургического общества в мае 1955 г. В литературе последних лет стали все чаще появляться сообщения с периферии об успешном применении реинфузий крови.

На основании нашего большого опыта и долголетних наблюдений мы можем с полной ответственностью сделать следующие выводы.

1. Биологические свойства крови из брюшной полости остаются в достаточной степени сохраненными, и реинфузия редко вызывает реакцию со стороны больной.

2. Реинфузия выводит больных из угрожающего их жизни состояния, связанного с кровопотерей, повышает

артериальное давление, увеличивает содержание гемоглобина и эритроцитов, регулирует работу сердца, выравнивает пульс и в итоге улучшает общее состояние больной.

3. Реинфузия оказывает не меньший, если не больший, эффект, чем переливание донорской крови, с той разницей, что введение собственной крови почти не сопровождается реакцией организма больной, не требует предварительного определения группы крови, проверки на совместимость и определения резус-фактора; единовременно можно переливать большое количество крови (до 3000 мл), что невозможно при переливаниях донорской крови без тяжелой реакции со стороны организма больной.

4. Переливание крови, излившейся как при первом, так и при повторных инсультах, не дает осложнений.

5. Реинфузия улучшает течение послеоперационного периода и больные выписываются в более короткий срок.

6. Метод реинфузии как могучее средство борьбы с постгеморрагическим острым малокровием и шоком должен быть широко внедрен в практику лечения при острых формах внематочной беременности.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Большое значение мы придаем послеоперационному уходу за больной. По окончании операции больную помещают в нагретую постель и обкладывают грелками. На живот на несколько часов кладут мешок с песком; в некоторых случаях его заменяют льдом на низ живота, который кладут на сутки с перерывами в $1^1/_2$ часа.

Непосредственно после операции и особенно в первые 2 суток больной дают обильное питье, если она испытывает жажду, и производят вливания физиологического раствора. Больным, которым операция производилась под эфирным или эфирно-кислородным наркозом, питье назначают по прошествии 2—3 часов после операции, чтобы не усугублять рвотных явлений. На ночь назначают наркотики (пантопон и морфин) и сердечные средства в зависимости от состояния пульса. Продолжительность действия перидуральной анестезии и по-

степенность ее прекращения позволяют иногда почти не применять наркотиков в день операции.

Во избежание развития последующей пневмонии больным, подвергшимся во время операции эфирному

Таблица 29

Характер осложнений послеоперационного периода

	Число больных		Процент к общему числу операций
Со стороны сводов			
Инфильтраты	79		1,5
Связанные с обезболиванием			
Пневмонии (эфирный наркоз)	61		
Ишиальгии (перидуральная анестезия)	4	68	1,3
Менингизм и головные боли (спинномозговая анестезия)	3		
Со стороны шва брюшной стенки			
Нагноения шва	37		
Инфильтраты »	16	60	1,2
Гематомы »	7		
Интеркуррентные заболевания			
(бронхит, грипп, малярия, ангина и т. п.)	15		0,3
Тромбофлебит			
Тромбофлебит голени	3		0,06
Со стороны клетчатки мочевого пузыря			
Инфильтраты	2		0,04
Со стороны органов брюшной полости			
Парез кишечника	1		0,02
Гематома широкой связки	1		0,02
Свищи			
Тонкокишечно-брюшностеночный свищ	1	2	0,04
Ректовагинальный свищ	1[1]		
Итого...	231		

[1] В результате произведенной до операции кольпотомии.

akusher-lib.ru

наркозу, профилактически ставят банки на 2-й день после операции.

На 2-й день после операции больных поворачивают на бок, на 3-й — разрешают сидеть и на 4—5-е сутки после операции, в зависимости от состояния больной, — вставать и ходить.

У 4813 больных осложнений в послеоперационном периоде не было (95,1%).

Послеоперационный период имел осложненное течение у 231 (4,6%) и летальный исход — у 17 женщин (0,3%).

Наблюдавшиеся нами осложнения послеоперационного периода приведены в табл. 29.

Из табл. 29 следует, что наиболее часто нам пришлось наблюдать осложнения со стороны сводов (инфильтраты в 1,5% случаев), что, по-видимому, было связано с хроническим воспалительным процессом в малом тазу, имевшимся до операции.

На втором месте по частоте находятся осложнения, связанные с обезболиванием (1,3%), и среди них довольно часто пневмонии, обусловленные применением эфирного наркоза.

Что касается осложнений со стороны шва, то они имели место на нашем большом материале лишь в 1,2%, из которых на нагноения шва приходится 0,9%. Процент заживления раны брюшной стенки первичным натяжением, по данным А. В. Александрова, составляет 90,9, по Л. А. Кривскому — 78, по А. Д. Аловскому — 94,7, по К. Д. Вачнадзе — 95,3, по К. И. Стрезову — 95 и по Т. К. Одровой — 93.

Следует отметить, что данные незначительного числа наблюдений всегда могут повести автора по ложному пути и редко позволяют прийти к правильным выводам. Так, очевидно, было и у А. Д. Аловского, который, применив поперечный разрез брюшной стенки при операциях по поводу внематочной беременности всего у 11 больных, высказался об этом разрезе крайне отрицательно.

Мы, применив поперечный разрез брюшной стенки в 96,9% операций по поводу внематочной беременности, достигли заживления шва брюшной стенки первичным натяжением у 5018 из 5061 оперированной (99,1%), причем у 36 больных нагноение было незначительным и только у одной при нагноении прямого разреза брюш-

ной стенки имела место эвентрация кишечных петель.

У одной больной, как видно из табл. 29, был тонкокишечный-брюшностеночный свищ, возникший в результате ранения тонкой кишки в процессе операции, у другой — ректовагинальный свищ, который образовался в результате неудачно произведенной до операции кольпотомии.

Остальные осложнения, как-то: тромбофлебит, инфильтраты в области мочевого пузыря и др., наблюдались в единичных случаях. У 15 больных (0,3%) отмечались интеркуррентные заболевания (грипп, бронхит, ангина, малярия и пр.).

Что касается температуры в послеоперационном периоде, то у 3422 больных (67,6%) она была нормальной или слегка субфебрильной (37,2—38°), у 1379 (27,3%) фебрильной в течение 1—2 дней после операции со снижением в последующие дни до нормальной, у 96 (1,9%) — фебрильной в течение 3 дней и у 164 (3,2%) — длительно фебрильной. Однократное повышение температуры чаще отмечалось в пределах до 38,2° и у единичных больных — до 39°. У некоторых больных однократное повышение температуры было вызвано, по-видимому, реакцией на переливание донорской крови. Длительно повышенная температура наблюдалась при осложненном течении послеоперационного периода.

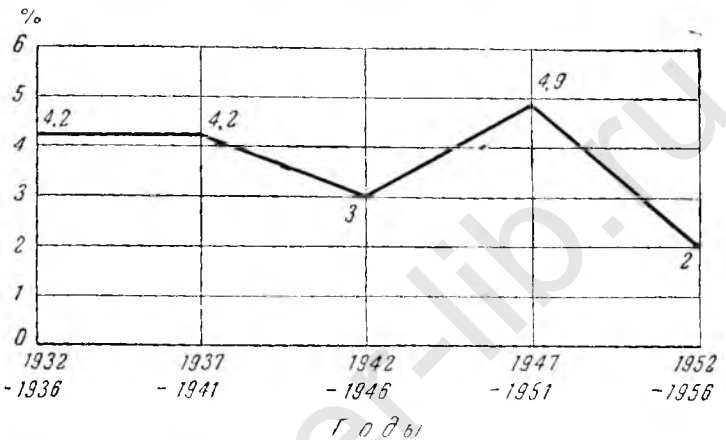
Больным с нарушенной внематочной беременностью, сопровождавшейся массивным кровоизлиянием в брюшную полость, мы в обязательном порядке на 4—5-й день после операции делали анализ крови. Если к этому сроку у больных при гладком течении послеоперационного периода не проходило еще состояние общей слабости и они жаловались на головокружение, шум в ушах и одновременно отмечалось снижение процента гемоглобина, то мы применяли этим больным повторные переливания донорской крови.

Такое состояние резкой вторичной анемии в послеоперационном периоде наблюдалось у 119 больных; оно было обусловлено не произведенной операцией, а той анемизацией организма, которая наступила в результате большой кровопотери (1—3 л) при разрыве трубы. Выписку этих больных приходилось несколько задерживать и делать им повторные трансфузии крови.

В табл. 30 мы приводим процент послеоперационных осложнений при оперативном лечении больных с внематочной беременностью в динамике (по пятилетиям).

Таблица 30

Осложнения послеоперационного периода при операциях по поводу внематочной беременности по пятилетиям



Из табл. 30 видно, что процент послеоперационных осложнений при операциях по поводу внематочной беременности, по нашим данным, имеет тенденцию к снижению. Если в период по 1941 г. этот процент в среднем составлял 4,2, то в 1942—1946 гг. снизился до 3, а в последнее пятилетие (с 1952 по 1956 г.) — до 2, что, несомненно, связано также с широким применением антибиотиков и сульфаниламидных препаратов. Высокий процент осложнений мы наблюдали только в период с 1947 по 1951 г., что было вызвано значительным числом постнаркозных пневмоний.

Процент осложнений после операций по поводу внематочной беременности, по данным разных авторов, за последние десятилетия колеблется от 4 до 15,1. Так, по Л. Н. Канторовичу (1940), на 402 операции по поводу внематочной беременности осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 61 больной (15,1%), по А. С. Сендюковой (1950) на 693 операции — в 10,3% случаев, по Л. С. Сорокиной (1954) на 146 операций — в 4%, по Л. Н. Гольдштейну (1957) на 1000 опе-

раций — в 7,6% случаев, по Ю. К. Якубову (1958) на 170 операций осложнения наблюдались у 24 больных (14,1%).

На 5061 операцию, выполненную нами по поводу внематочной беременности, в 17 случаях был летальный исход (0,3%). Кроме того, 3 больные погибли до операции: одна из них была доставлена в состоянии биологической смерти (смерть наступила в машине скорой помощи) и две — в агональном состоянии (погибли на пути из приемного отделения в операционную). Две больные из 17 умерших погибли на операционном столе до операции: одна из них — от осложнения, связанного с проведением перидуральной анестезии, вторая при переполненном пищей желудке — от асфиксии рвотными массами во время дачи эфирного наркоза.

Приводим выдержки из историй болезни некоторых других больных, погибших во время операции.

I. Больная 26 лет доставлена машиной скорой помощи в крайне тяжелом состоянии, без сознания, пульса на a. radialis не определяется.

Анамнез собрать не удалось вследствие общего тяжелого состояния больной. Клинически — картина внематочной беременности.

Через 10 минут после поступления произведено чревосечение под общим эфирным наркозом. Прямой разрез брюшной стенки. Обнаружен разрыв левой беременной трубы в ее интерстициальной части и до 3700 мл жидкой крови в брюшной полости. Немедленно начато переливание крови. Применены сердечные средства (камфара, адреналин, глюкоза со строфантом). Несмотря на принятые меры, состояние больной прогрессивно ухудшалось и она погибла на операционном столе до окончания операции.

Патологоанатомический диагноз: смерть наступила от острого малокровия у больной с массивной кровопотерей на почве разрыва трубы при внематочной беременности.

2. Больная 29 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом внематочной беременности. Резкая бледность кожи и слизистых, пульс на a. radialis не определяется.

Собранный кратко анамнез и данные влагалищного исследования свидетельствовали о внематочной беременности.

Произведено экстренное чревосечение под общим эфирным наркозом. Прямой разрез брюшной стенки. В брюшной полости обнаружен разрыв правой беременной трубы в ее интерстициальной части и около 4000 мл жидкой и в свертках крови. Во время операции, несмотря на то, что немедленно было начато переливание крови и применены все меры к спасению больной (сердечные средства, инъекции стрихнина с глюкозой, искусственное дыхание, кислород), состояние больной продолжало резко ухудшаться и она скончалась на операционном столе.

Патологоанатомический диагноз: анемия внутренних органов у больной с внематочной беременностью. Отек гортани.

Остальные 13 больных погибли после операции. Следует указать, что все эти больные были доставлены в клинику в крайне тяжелом состоянии, некоторые из них — из Московской области по прошествии значительного срока после тяжелого приступа и начала кровоизлияния. У всех умерших, за исключением одной с прогрессирующей внематочной беременностью, имела место нарушенная трубная беременность (у 12 — разрыв трубы, у 3 — трубный выкидыш и у 1 — нагноившаяся внематочная беременность и явления перитонита) с наличием в ряде случаев кровоизлияния в количестве до 4000 мл. Массивность кровопотери у данных больных вполне понятна. У 6 из них был разрыв интерстициальной части трубы.

Приводим анализ причин смертности больных после операции.

Причинами смерти 6 больных (0,1%) было малокровие внутренних органов, в 3 случаях обусловленное массивностью кровопотери и в трех — недостаточностью гемостаза. Из этих 6 больных три погибли на операционном столе по окончании операции и три — в первые сутки послеоперационного периода.

Еще 3 больные погибли от септического перитонита (0,06%), причем следует отметить, что у одной из них диагноз перитонита предположительно ставился и до операции. К этому имелись основания, так как у данной больной была нераспознанная нагноившаяся старая внематочная беременность, а при вскрытии брюшной полости в ней было обнаружено около 300 мл серозно-кровянисто-гнойного выпота и гнойные наслоения на брюшине.

Следует отметить, что перитонит, развившийся в результате нагноения шва с его расхождением и эвентрацией кишечных петель, имел место только у одной больной, которая была нами оперирована с применением прямого разреза брюшной стенки. Вторая погибшая от перитонита больная была оперирована тоже с применением прямого разреза брюшной стенки, причем диагноз перитонита был поставлен еще до операции (случай нагноившейся внематочной беременности). Таким образом, при применении поперечного разреза брюшной

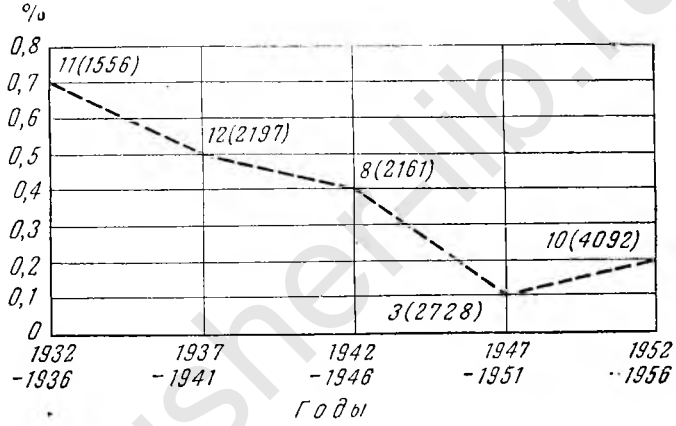
стенки погибла от перитонита только одна (0,02%) из 4878 больных, которым этот разрез был применен.

Остальные 5 больных (0,1%) погибли от постнаркозной пневмонии (при операциях применялся эфирный наркоз) и одна больная, по заключению патологоанатома, — от явлений сердечно-сосудистой недостаточности.

В табл. 31 мы приводим наши данные о летальности при внематочной беременности за 25 лет, вычисленные по пятилетиям на материале 12 734 операций.

Таблица 31

Летальность при внематочной беременности в процентах



Из табл. 31 следует, что наивысший процент летальности при внематочной беременности (0,7) приходится на первое пятилетие (1932—1936), когда мы еще не применяли реинфузий крови из брюшной полости и не располагали антибиотиками и сульфаниламидными препаратами; в последующие годы наряду с увеличением числа больных, поступающих с внематочной беременностью, и применением реинфузий крови отмечается постепенное снижение процента летальности при операциях по поводу этого заболевания.

Так, в последнее десятилетие процент летальности при оперативном лечении внематочной беременности, по нашим данным, составил 0,19, т. е. снизился по сравне-

akusherlib.ru

нию с 1932—1936 гг. почти в 4 раза, что, несомненно, вызвано применением реинфузий крови, антибиотиков и других высокоэффективных препаратов.

Средний процент летальности на 12 734 операции по поводу внематочной беременности составляет 0,3.

Исчисляя наш средний процент летальности, мы исключаем больных, которые были доставлены в состоянии биологической смерти или агонии и погибли до поступления в операционную (5 больных из 12 734).

Как мы указали, процент летальности от перитонита в послеоперационном периоде был весьма незначителен (0,06). За последние же 6 лет в нашей клинике от этого осложнения не погибло ни одной больной с внематочной беременностью.

Таблица 32

Летальность после чревосечения по поводу внематочной беременности

Автор	Год опубликования	Число операций	Из них с летальным исходом	Летальность в %
Графагнино (Graffagnino)	1922	445	55	11,7
Л. А. Кривский	1924	168	4	2,4
Н. И. Кедрова	1927	—	—	6,5
А. И. Тимофеев	1927	149	6	4,2
Л. Я. Цейтлин	1927	831	27	3,6
В. Н. Степанова	1928	107	7	6,5
А. Я. Примаков	1928	220	2	0,91
Н. И. Горизонтов	1930	949	47	5,0
В. С. Груздев	1932	152	4	2,6
Л. Л. Окинчиц	1933	136	9	6,7
С. И. Штерн и В. М. Касогляд	1936	400	12	3,0
Л. И. Канторович	1940	372	6	1,6
Г. Е. Гофман	1940	1 039	12	1,2
Я. Ю. Гиржель	1941	201	2	1,0
С. М. Клейн	1941	1 128	23	2,1
А. Д. Аловский	1945	1 181	23	2,0
Н. И. Фролова	1948	389	5	1,3
К. К. Комешко	1949	229	1	0,4
В. А. Покровский	1950	461	Не было	0,0
З. А. Капустина	1951	146	2	1,3
Те-Линде (Te-Linde)	1953	Не указано		1,6
Л. С. Сорокина	1954	561	1	0,17
Е. Ф. Ромащенко	1957	397	2	0,5
Л. Н. Гольдштейн	1957	1 000	2	0,2

Если сравнить наши данные летальности при внематочной беременности с данными других авторов, то видно следующее: несмотря на то, что в нашу клинику поступает один из самых тяжелых контингентов больных с внематочной беременностью, на таком большом материале получен наименьший процент летальности, что является лишним подтверждением целесообразности наших установок при лечении этого заболевания и предлагаемых нами реинфузий крови.

Летальность по данным других авторов приведена в табл. 32.

Из табл. 32 видно, что процент летальности после чревосечений по поводу внематочной беременности, по данным разных авторов, значительно колеблется (от полного отсутствия летальных исходов у единичных авторов до 11,7), причем менее доказательными являются данные небольшого материала. Если по табл. 32 подсчитать, начиная с 1940 г. количество операций (7104) и число летальных исходов (у 79 больных), то мы получим среднюю летальность при внематочной беременности за последние 20 лет, равную 1,1%, т. е. почти в 4 раза превышающую летальность в нашей клинике на 12 734 операции по поводу внематочной беременности в период с 1932 по 1956 г.

Причины смерти, по данным большинства авторов, — перитонит, острое малокровие, асфиксия, пневмония и эмболия.

Послеоперационное пребывание больной на койке, по данным Л. И. Канторовича, составляет 18,3 койкодней, по А. С. Сендюковой — 15,2, по А. Д. Аловскому на количество послеоперационных койко-дней от 10 до 15 приходится 44,5%, от 10 до 20—27%, от 21 до 25—11,8% и свыше 26 дней — 16,7%.

Достигнутые нами хорошие результаты при лечении внематочной беременности подтверждаются и тем, что при благоприятном течении послеоперационного периода мы обычно выписывали больных на 7—8-е сутки. Среднее послеоперационное пребывание больной в стационаре с учетом осложненных и смертных случаев, по нашим данным, составило 8,4 дня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данные большого материала гинекологической клиники Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского показывают, что к числу ведущих этиологических факторов внематочной беременности прежде всего относятся воспалительные заболевания женских половых органов, развитию которых способствует послеабортная и послеродовая инфекция и заболевание гонореей. Вопрос профилактики внематочной беременности в настоящее время является весьма актуальным, так как число случаев этого заболевания велико. Поэтому необходимо шире проводить профилактические осмотры женского населения, выявлять и своевременно лечить больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов и всемерно бороться с послеабортной инфекцией.

Внематочная беременность — тяжелое заболевание, прогноз которого зависит от скорости поставленного диагноза и своевременно оказанного оперативного пособия.

Диагностика прогрессирующей внематочной беременности в начальной стадии представляет трудности и диагноз следует ставить на основании тщательного учета анамнестических данных в сопоставлении их с клинической картиной заболевания в динамике ее развития и с результатами бимануального исследования; при неясности диагноза рекомендуется прибегать к дополнительным методам обследования.

Практическому врачу чаще приходится наблюдать внематочную беременность в стадии ее нарушения, когда диагноз не представляет трудностей, так как налицо общее тяжелое состояние больной, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, пониженное артериальное давление

и сниженный процент гемоглобина при наличии соответствующих данных анамнеза.

Больных с нарушенной внематочной беременностью необходимо своевременно доставлять в лечебное учреждение, причем в приемном отделении и в операционной должны быть созданы все условия для оказания им немедленной помощи.

Метод лечения внематочной беременности только хирургический, причем операцию следует производить немедленно по установлении диагноза. Тяжелое состояние больной с нарушенной внематочной беременностью является показанием к срочной операции. Беременная труба подлежит удалению с неглубоким клиновидным иссечением ее маточного конца. При отсутствии воспалительных изменений труба противоположной стороны должна быть сохранена.

Жидкая негемолизированная кровь из брюшной полости, особенно при значительной кровопотере обязательно должна быть использована для обратного переливания в вену больной, так как реинфузия крови является мощным лечебным средством в борьбе с шоком и постгеморрагическим острым малокровием. Реинфузии крови при внематочной беременности следует широко внедрять в практику лечебных учреждений.

akushlib.ru

ЛИТЕРАТУРА

а) Отечественная

Абрикосов А. И. и Струков А. И. Патологическая анатомия. М., Медгиз, 1953.

Александров М. С. О беременности в интерстициальной части трубы. Акушерство и гинекология, 1922, № 2—3, стр. 45—55.

Александров М. С. и Ковалева К. И. Реинфузии крови при внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1956, № 2, стр. 63—66.

Александров Е. К. О консервативных операциях на маточных трубах при эктопической беременности. Сборник научных работ Ярославского медицинского института. Ярославль, 1957, № 14, стр. 204—206.

Аловский А. Д. Клиника внематочной беременности. Под ред. Г. М. Шполянского, Л., Медгиз, 1945.

Алпатов В. В. Сперматозоидная реакция бесхвостых амфибий как метод ранней диагностики беременности. Акушерство и гинекология, 1950, № 2, стр. 38—40.

Амфитеатров Г. А. Внутриматочные манипуляции при нераспознанной внематочной беременности. Врачебное дело, 1928, № 16, стр. 1247—1248.

Андрющенко П. Л. Случай повторной внематочной беременности в оставшейся культе трубы. Акушерство и гинекология, 1939, № 8, стр. 43.

Андрющенко П. А. Аутотрансфузия крови, излившейся в брюшную полость при внематочной беременности. Советская медицина, 1951, № 2, стр. 24—25.

Анчелевич В. К патогенезу и хирургическому лечению внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1936, № 6, стр. 735—139.

Арбузов В. Н. Ущемление беременной трубы в паховой грыже. Хирургия, 1955, № 2, стр. 69.

Арутюнян Г. А. Случай внутрибрюшной беременности. Сборник научных трудов Армянской республиканской клинической больницы, Т. 1, Ереван, 1957, стр. 403—405.

Асадов Г. З. Нарушение трубной беременности в сочетании с разрывом яичника и острым аппендицитом. Акушерство и гинекология, 1958, № 1, стр. 104.

Асатуров И. Б. К вопросу о предупреждении внематочной беременности. Известия Государственного университета Армянской ССР, 1930, № 5.

Астахов С. Н. Диэнцефало-гипофизарная система и функция яичников, Л., Медгиз, 1941.
Астринский С. Д. и Мазей А. М. К вопросу о состоянии нервных волокон фаллопиевых труб человека при внематочной беременности. Тезисы докладов 15-й очередной отчетно-итоговой научной конференции Североссетинского медицинского института, 1956, стр. 124—125.
Бабенко Е. Н. и Давыдов Л. Я. Диагностированная до операции беременность в левом рудиментарном роге матки. В кн.: Некоторые вопросы теории и практики акушерства и гинекологии. Львов, 1958, № 1, стр. 173—174.
Баклашева Н. В. Случай внутрибрюшной беременности. Акушерство и гинекология, 1951, № 2, стр. 50.
Бакшт Г. А. Диагностические ошибки при некоторых гинекологических заболеваниях. В кн.: Ошибки клинических диагнозов некоторых важных болезней. Л., 1941, стр. 137—170.
Барышникова Ф. А. Об эктопической беременности. Сборник научных трудов Красноярского медицинского института, 1958, № 5, стр. 370—371.
Баскаков В. П. Нормальные роды после двух операций по поводу имевшихся ранее внематочных беременностей. Акушерство и гинекология, 1958, № 1, стр. 105.
Башков Ю. А. Случай перекрутившейся беременной трубы. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 99.
Бекман В. Г. К учению о беременности в рудиментарном роге матки, СПБ, 1911.
Белугин И. В. Случай прогрессирующей беременности в зачаточном роге матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, т. 38, № 5, стр. 585—594.
Березин И. Ф. Редкие формы беременности в практике врача-хирурга. Вестник хирургии и пограничных областей, 1933, т. 31, стр. 92—94; 155—163.
Благодаров А. А. Два случая внематочной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, т. 38, № 4, стр. 474—477.
Блюджере Э. К вопросу о профилактике внематочной беременности. В кн.: Труды института экспериментальной медицины. Т. 3, Вильнюс, 1955, стр. 131—135.
Богоров И. Внематочная беременность. Гигиена и здоровье рабоче-крестьянской семьи, 1932, № 33, стр. 12—13; № 34/35, стр. 14.
Богушевский П. С. К патологической гистологии трубной беременности. Сборник трудов Воронежского государственного университета. Т. 2, в. 1—2, Воронеж, 1925, стр. 93—101.
Боловин Г. Г. Поздняя внематочная брюшная беременность живым плодом. Советская медицина, 1952, № 10, стр. 38—39.
Бондарчук А. С. Аутогемотрансфузия при внематочной беременности как метод ликвидации постанемического состояния. Вопросы охраны материнства и детства, 1959, т. 4, № 1, стр. 90—91.
Брауде И. Л. Успешная операция почти доношенной внематочной беременности через влагалище. Медицинский журнал, 1920, т. 1, № 1, стр. 31—32.

Брауде И. Л. и Шварцман Е. М. О переливании крови перед гинекологическими операциями в случаях тяжелых анемий, вызванных длительными кровопотерями. Клиническая медицина, 1928, № 16, стр. 1115—1120.
Брейдо И. С. и Цивин С. С. Острый аппендицит и внематочная беременность. Вестник хирургии имени Грекова, 1956, т. 77, № 8, стр. 90—95.
Бурдэ Б. И. Случай из практики доношенной внематочной беременности. Вопросы охраны материнства и детства, 1958, т. 3, № 6, стр. 79.
Буров В. С. Зародыш человека первого месяца утробной жизни. Иркутский медицинский журнал, 1928, т. 6, № 4—5, стр. 71—79.
Бурханов А. И. Случай почти доношенной первичной брюшной беременности живой двойней. Акушерство и гинекология, 1951, № 2, стр. 49.
Буяльский И. В. Анатомо-патологическое рассмотрение внематочной беременности. СПБ, 1843.
Быков К. М. Функциональная связь коры головного мозга с внутренними органами. Вестник хирургии и пограничных областей, 1932, т. XXVII, стр. 82—84.
Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. Изд. 2-е. М. — Л., Медгиз, 1947.
Быков С. Г. К вопросу о пересадке фаллопиевых труб. Акушерство и гинекология, 1929, № 5—6, стр. 654—656.
Вагнер Л. Б. К вопросу о механизме реакции лягушек-самцов на введение хориального гонадотропина и значение этой реакции для определения беременности. Дисс. Куйбышев, 1955.
Вагнер Л. Б. О методике реакции на беременность, проводимой на лягушках-самцах. Акушерство и гинекология, 1956, № 2, стр. 43—45.
Вайнберг И. А. Редкое сочетание внематочной беременности и рака яичников. Акушерство и гинекология, 1958, № 5, стр. 112.
Вальдман-Гуревич З. И. Случай внематочной беременности второй половины. Саратовский вестник здравоохранения, 1927, № 5, стр. 43—45.
Вачнадзе К. Д. К этиологии, диагностике и лечению внематочной (трубной) беременности. В кн.: труды II Закавказского съезда акушеров и гинекологов. Ереван, 1937, стр. 341—347.
Введенский С. П. К казуистике нарушенной брюшной беременности с имплантацией плодного яйца в печени. Акушерство и гинекология, 1958, № 5, стр. 110—111.
Вебер. К этиологии околоматочной кровяной опухоли Haematocele periuterinae. Русская медицина, 1884, № 20, стр. 449—451; № 21, стр. 466—469.
Венцов Ф. Я. Реинфузия при внематочной беременности. Дисс. Хабаровск, 1945.
Верхацкий Н. П. Нормальная беременность после двустороннего удаления фаллопиевых труб. Акушерство и гинекология, 1933, № 4, стр. 77—78.
Викалюк Ф. Т. К диагностической пункции заднего свода при внематочной беременности. Советская медицина, 1955, № 4, стр. 82.
Винник И. Р. Случай беременности $4^1/_2$ месяцев в рудиментарном роге матки. Медицинский журнал БССР, 1940, № 8, стр. 52—53.

Виноградов В. П. Два случая беременности в недоразвитом роге матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1926, т. 37, № 1, стр. 6—13.
Виноградов В. П. К вопросу об истмико-цервикальной беременности. Акушерство и гинекология, 1937, № 1, стр. 113—116.
Винокуренкова А. И. Два случая одновременной маточной и внематочной беременности. Вопросы охраны материнства и детства, 1956, т. 1, № 2, стр. 82—83.
Владимирович Г. А. и Пермяков Н. К. К вопросу об этиологии внематочной беременности. Труды Института имени Склифосовского. М., 1958, № 3, стр. 40—47.
Волик В. Я. Сосуды фаллопиевых труб. Канд. диссерт., Одесский государственный медицинский институт, 1956.
Волохов С. А. Биологическая реакция на лягушках. Лабораторное дело, 1959, № 1, стр. 17—21.
Волпин А. Д. Случай литопедиона 10-летней давности. Акушерство и гинекология, 1938, № 9, стр. 95.
Выдрина М. Л. Внематочная яичниковая беременность. М., 1922.
Гаджи-Касимов М. Б. Диагностика внематочной беременности и ее оперативное лечение. В кн.: Труды I съезда хирургов Закавказья. Баку, 1926.
Гаев Г. М. Случай комбинированной беременности. Акушерство и гинекология, 1947, № 2, стр. 51.
Гальперина З. Д. Внематочная беременность (по материалам гинекологического отделения Бобруйской городской больницы). Здравоохранение Белоруссии, 1956, № 11, стр. 36—37.
Гальперина З. Д. Редкий случай внематочной беременности. Здравоохранение Белоруссии, 1956, № 2, стр. 78—79.
Гамбашидзе С. К. Материалы к физиологии интерорецепторов половой сферы. Тбилиси, Грузмедгиз, 1951.
Ганскау Ф. М. Комбинация обострения аппендицита и разрыва беременной трубы. Врачебная газета, 1928, № 18, стр. 1279—1280.
Гармашова Н. Л. О механизме регуляции кровообращения в матке и кровоснабжение плода. В кн.: Рефлекторные реакции в физиологии и патологии женского организма. Л., 1952, стр. 74—88.
Гармашова Н. Л. Значение рефлексов с рецепторов матки в физиологии и патологии женского организма. В кн.: Рефлекторные реакции физиологии и патологии женского организма. Л., 1952, стр. 5—22.
Гарфункель П. Я. Об узловатых утолщениях истмической части фаллопиевой трубы. Ростов-на-Дону, 1927.
Гатцук П. Г. Окаменелый плод яичниковой беременности 34-летней давности, симулировавший опухоль брюшной полости. Вестник хирургии имени Грекова, 1958, т. 81, № 12, стр. 86—88.
Гейнац С. В. Экспериментальные и клинические данные по вопросу о судьбе крови, излившейся в брюшную полость. Новый хирургический архив, 1928, т. 15, кн. 4, стр. 433—450.
Гербильский Н. Л. и Киршенблат Я. Д. Новый тест-объект для диагностики ранней беременности. В кн.: Сборник научных трудов ЦИАГ, Т. 10, Л., 1947, стр. 59—69.

Гершштейн И. М. Случай lithopadion четырехлетней давности. Казанский медицинский журнал, 1937, № 6, стр. 782—784.
Гиржель Я. Ю. Внематочная беременность по материалам акушерско-гинекологического отделения Серговской городской больницы. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 54—56.
Гирш М. Этиология и диагностика трубной беременности. Врачебное обозрение, 1922, № 8, стр. 356—361.
Гольберг И. М. Терапия раздражением и процессы возбуждения — торможения соединительной ткани. Воронеж, 1938.
Гольденберг Ш. С. Беременность 42 недель в правом рудиментарном роге матки. Акушерство и гинекология, 1957, № 4, стр. 111.
Гольдштейн Л. Н. 1000 случаев внематочной беременности. Сборник трудов врачей Балашовской области. Балашов, 1957, стр. 179—193.
Голубчин С. Б. Микроскопическое (цитологическое) исследование пунктата при внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1954, № 4, стр. 28—31.
Гориловский Л. М. Случай разрыва брюшной внематочной беременности у больной с острым холециститом. Хирургия, 1958, № 11, стр. 104.
Гормаков А. П. О состоянии плодного яйца (пузыря) при трубной беременности. Дисс. Львов, 1953.
Горшков Н. М. и Фролова Е. И. Внематочная беременность. Акушерство и гинекология, 1957, № 2, стр. 89—91.
Гофман Г. Е. Клиника трубной беременности. Дисс. М., 1940.
Гофман Г. Е. Диагностические ошибки при распознавании трубной беременности. Сборник трудов Витебского медицинского института, 1956, в. 6, стр. 225—239.
Гофман Г. Е. Повторная трубная беременность. Сборник научных работ Витебского медицинского института, 1957, в. 8, стр. 250—256.
Грамматикати И. Н. Внутриматочные впрыскивания. Изд. 2-е. СПБ, изд. К. Л. Риккера, 1899.
Гриднев А. П. Аппендицит у женщин. Врачебное дело, 1928, № 20, стр. 1578—1582; № 21, стр. 1663—1666.
Гроздов Т. М. К беременности в зачаточном роге матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1925, т. 36, № 6, стр. 612—620.
Грубник В. М. Трубная беременность в ущемленной паховой грыже. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 98.
Грубник В. М. и Грубник Т. В. Реинфузия крови при внематочной беременности в условиях сельской районной больницы. Акушерство и гинекология, 1959, № 1, стр. 102.
Грудзинская Е. С. Прервавшаяся беременность в рудиментарном роге матки с окаменелым плодом в брюшной полости. В кн.: Труды Томского медицинского института. Т. 7, Томск, 1938, стр. 508—512.
Груздев В. С. Обзор случаев внематочной беременности, стационарно наблюдавшихся в Казанской акушерско-гинекологической клинике за 1931—1932 гг. В кн.: Работы кафедры акушерства и женских болезней Казанского медицинского института. В. 1—2, Казань, 1934, стр. 80—87.
Груздев В. С. и Рузский Е. Д. К вопросу о хорионэпителиоме, первично развивающейся в трубе на почве эктопической беремен-

ности. В кн.: Работы кафедры акушерства и женских болезней Казанского медицинского института. В. 1—2, Казань, 1934, стр. 87—95.
Гудим-Левкович Д. А. О повторной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1922, № 2—3, стр. 34—44.
Гудим-Левкович Д. А. К диагностике внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1923, № 6, стр. 24—31.
Гуревич Е. И. Материалы по вопросу о менструальной функции. Автореф. дисс. Л., 1951.
Гусева З. Ф. Состояние яйцевода и строение зародыша при трубной беременности. В кн.: Тезисы докладов 22-й научной конференции Казахского медицинского института. Тезисы 11 и 12. Алма-Ата, 1954.
Давыдов Г. Л. Материалы по вопросу о внематочной беременности. Русский врач, 1911, № 13.
Давыдов Н. Случай внематочной яичниковой беременности. Одесский медицинский журнал, 1928, т. 36, № 6, стр. 630—632.
Давыдова М. А. Реакция сперматоурии озерной лягушки в акушерско-гинекологической практике и роль симпато-адреналовой системы в ее механизме (клинико-экспериментальное исследование). Дисс. Казань, 1958.
Данилов И. В. Случай выворота трубы при трубной беременности. Акушерство и гинекология, 1931, № 4, стр. 359—360.
Дворниченко А. И. Гистологические структуры раннего онтогенеза человека в условиях внематочной беременности. Автореф. дисс. Одесса, 1958; Труды Одесского медицинского института. Одесса, 1958, № 3, стр. 3—9.
Дедов В. П. Двусторонняя эктопическая беременность трубная и яичниковая. Врачебное обозрение, 1922, № 10, стр. 464—466.
Деревянко Р. И. Интерстициальная беременность по материалам гинекологического отделения за 6 лет (1923—1928). Журнал акушерства и женских болезней, 1930, т. 41, № 4, стр. 456—464.
Джаубаев М. Х. О. Случай брюшной 6-месячной беременности Советское здравоохранение Киргизии, 1956, № 4, стр. 55.
Дикий И. Ф. Петрификация плода при абдоминальной шестимесячной беременности. Врачебное дело, 1948, № 12, стр. 1105—1108.
Добротин С. С. Внутриматочные впрыскивания йода в целях предупреждения беременности как одна из причин эктопической беременности. В кн.: «Новые данные в области противозачаточных средств», вып. IV, М., изд. Ин-та охраны материнства и младенчества, 1958.
Дыбан А. П. Гистологические структуры четырех ранних патологических плодных яиц человека. Дисс. Киев, 1947.
Дыбан А. П. Некоторые вопросы патологии ранних стадий онтогенеза человека. Львов, 1951.
Дыбан А. П. Особенности патоморфологических изменений на ранних стадиях развития зародышей человека. В кн.: Проблемы современной эмбриологии. Л., 1956, стр. 262—267.
Дыбан А. П. Очерки патологической эмбриологии человека. Л., Медгиз, 1959.
Егоров А. С. К дифференциальной диагностике внематочной беременности и аппендицита. Сборник научных работ Днепропетровской областной клинической больницы. Днепропетровск, 1958, № 3, стр. 53—60.

Ельцов В. А. Случай доношенной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1941, № 1, стр. 75.
Ермошкина Т. П. Случай доношенной внематочной беременности, осложненный эклампсией. Акушерство и гинекология, 1951, № 2, стр. 49.
Ефуни С. Н. и Федермессер К. М. Случай одновременной трубной и маточной беременности. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 100—101.
Жендринский И. П. Диагностические трудности при сальпинго. офорите, аппендиците и внематочной беременности. Дисс. М., 1946.
Живатов Г. К. De lithopaedio. Одесский медицинский журнал, 1927, № 1—6, стр. 140—150.
Живатов Г. К. К диагностике Haematocele retrouterinae. Одесский медицинский журнал, 1928, № 10, стр. 719—721.
Живатов Г. К. Ошибки и затруднения в диагностике внематочной беременности. Советская медицина, 1940, № 18, стр. 24—26.
Зарницкий А. А. К вопросу о «phrenicus» симптоме и внутрибрюшных кровотечениях при внематочной беременности. К кн.: Сборник научных работ по акушерству и гинекологии, посвященный В. Н. Орлову. Одесса, 1925, стр. 175—180.
Заславский П. С. и Новак М. Я. Случай первичной брюшной беременности живым плодом. Советское здравоохранение Киргизии, 1957, № 2, стр. 52—54.
Захарченко Н. Н. Редкий случай эктопической беременности. Акушерство и гинекология, 1954, № 5, стр. 86—87.
Заяицкий С. С. Migratio ovi et seminis extrauterina. Медицинское обозрение, 1894, № 2, стр. 1—3.
Земсков М. М. Вагітність у рудиментарному додатковому розі матки. Педіатрія, акушерство, гінекологія, 1956, № 1, стр. 54.
Зильберштейн А. Г. Случай беременности в зачаточном роге матки. Советская медицина на Северном Кавказе, 1929, № 1, стр. 24—26.
Зиньковский Я. Д. Беременность в рудиментарном роге матки. В кн.: Труды Сталинского медицинского института. В. 2, Сталино, 1940, стр. 391—397.
Змигродский К. И. К учению о внематочной беременности. Дисс. СПБ, 1886.
Иванов Н. И. Случай беременности в рудиментарном роге двурогой матки. Акушерство и гинекология, 1929, № 3, стр. 402.
Иногда К. Случай переношенной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1936, № 6, стр. 749—750.
Иозефи В. Явления кишечной непроходимости при доношенной беременности живым плодом в свободной брюшной полости. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 61—62.
Исполатов А. К вопросу о значении патологических изменений яйцепроводов в этиологии бесплодия и внематочной беременности. Дисс. М., 1883.
Казакова Т. Г. и Строева Т. И. Чадородная функция женщины после операции по поводу внематочной беременности. В кн.: Материалы трудов IV съезда акушеров и гинекологов, Челябинск, 1957, стр. 199—200.
Казимирова Н. В. 24-недельная брюшная беременность 16-летней давности. Акушерство и гинекология, 1958, № 3, стр. 111.

Каптарович Л. И. Внематочная беременность за 15 лет. Медицинский журнал БССР, 1940, № 1—2, стр. 84—91.
Капельгородская М. А. Случай доношенной беременности в рудиментарном роге матки. Труды Сталинабадского медицинского института, 1955, т. 12, стр. 237—240.
Каплун Э. М. Биологические методы диагностики беременности. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, стр. 15—21.
Капустина З. А. Внематочная беременность. Акушерство и гинекология, 1951, № 3, стр. 50—51.
Касогледов В. М. и Браула Я. К вопросу о судьбе поздних эктопических беременностей. Казанский медицинский журнал, 1927, № 9, стр. 927—932.
Кац А. Г. Случай одновременной маточной и внематочной беременности. Врачебное дело, 1936, № 7, стр. 625.
Квашенко Б. К. Случай внематочной беременности, доношенной двойней. Акушерство и гинекология, 1953, № 5, стр. 81.
Квитницкий-Рыжов Ю. Н. Некоторые данные о гистологических структурах ранних патологических плодных яиц человека. В кн.: Тезисы докладов 5-го Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов. Л., 1949, стр. 266—267.
Киршенблат Я. Д. Опыт применения гормонально-биологической реакции на вьюнах для диагностики беременности. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, стр. 152—170.
Кисин С. В. Новый феномен при диагностике внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 56—57.
Клейн С. М. Исторический обзор вопроса о внематочной беременности. В кн.: Кровотечения в акушерстве. Воронеж, 1939, стр. 79—87.
Клейн С. М. Материалы к учению о внематочной беременности (на основании клинических наблюдений 1128 случаев внематочной беременности). Дисс. Воронеж, 1940.
Кленицкий Я. С. К вопросу о беременности в рудиментарном роге матки. Сборник трудов Ленинградского медицинского института. В. I, Л., 1937, стр. 8—13.
Кленицкий Я. С. О способе удаления беременной фаллопиевой трубы. Тезисы докладов 25-й отчетно-научной конференции Казахского медицинского института. Алма-Ата, 1957, стр. 25—26.
Ковалева-Крюкова К. И. Реинфузия крови при внематочной беременности. Вестник хирургии имени Грекова, 1957, т. 78, № 3, стр. 94—100.
Коган А. А. К профилактике повторной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1958, № 3, стр. 75—77.
Козинский Б. А. Хирургическое лечение бесплодия пересадкой (имплантацией) труб. Сборник научных трудов ЦНИАГИ. Т. 1, Л., 1935, стр. 215—231.
Козлова В. И. Брюшная беременность жизнеспособным плодом. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 105—106.
Козлова В. И. Редкий случай развития плода при внематочной беременности. Советская медицина, 1957, № 3, стр. 131—132.
Колманова-Грошева Л. М. Цитологические особенности кровяных выделений при нарушившейся внематочной беременности и воспалительных процессах. Тезисы докладов отчетной научной конференции Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии. М., 1956, стр. 34—35.

Комешко К. К. Внематочная беременность за 10 лет (1936—1946). Труды Североосетинского государственного медицинского института. В. IV, Дзауджикау, 1949, стр. 81—89.
Кондратьева Е. С. Внематочная беременность в культе удаленной трубы. Акушерство и гинекология, 1957, № 4, стр. 110.
Коржавин Б. В. Случай доношенной внематочной беременности. Казанский медицинский журнал, 1930, № 12, стр. 1241.
Корякина Т. А. Случай внематочной беременности семнадцатилетней давности. В кн.: Сборник рефератов и аннотаций за 1932—1952 гг. Казахского медицинского института, Алма-Ата, 1954, стр. 63—64.
Косенко К. А. Комбінація маткової і позаматкової вагітності. Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1958, № 2, стр. 56.
Краснянский И. В. Беременность в рудиментарном роге матки. Акушерство и гинекология, 1957, № 4, стр. 110—111.
Крыжановская Е. Ф. Интерорецепция матки в различные сроки беременности. В кн.: Тезисы докладов научной конференции Института акушерства и гинекологии. Л., 1949, стр. 27.
Крыжановская Е. Ф. и Гармашова Н. Л. Изменение афферентных и эфферентных импульсов, идущих по подчревному нерву беременного животного, при воздействии на плоды. Тезисы докладов 10-й научной сессии Института акушерства и гинекологии АН СССР. Л., 1958, стр. 70—71.
Крылова М. К вопросу о повторной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1924, № 1, стр. 88—92.
Кузьмина А. С. К вопросу о прервавшейся беременности в рудиментарном роге матки. В кн.: Юбилейный сборник, посвященный Н. И. Горизонтову. Новосибирск, 1939, стр. 62—66.
Кулебакин В. И. Доношенная брюшная беременность. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 104—105.
Курденкова А. Е. Случай доношенной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1937, № 1, стр. 118.
Куриленко Л. И. Обратное переливание крови, излившейся в брюшную полость при нарушенной внематочной беременности. Сборник рефератов научных работ сотрудников Киевского медицинского института, Киев, 1957, стр. 215—216.
Курилин П. А. Реинфузия при внематочной беременности. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. М. — Л., 1937, стр. 155—157.
Кушниров Б. В. Симптом нарушения внематочной беременности. Советская медицина, 1955, № 8, стр. 82—84.
Кязимов К. Д. Двусторонняя внематочная (трубная) беременность. Азербайджанский медицинский журнал, 1957, № 7, стр. 115.
Лазаревич И. П. Цит. по Ф. Д. Кузнецову. К казуистике доношенной внематочной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, т. 39, стр. 73.
Ландау Я. М. Лабораторные методы диагностики беременности. Труды Сталинского медицинского института. Сталино, 1957, № 9, стр. 203—212.
Ланковиц А. В. Случай разрыва матки в родах по рубцу после операции внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1935, № 4, стр. 69—72.
Ласточкин И. П. Случай доношенной вторичной брюшной беременности. Казанский медицинский журнал, 1926, № 2, стр. 211.

Лебедев М. С. Клиника и лечение внематочной беременности по материалам больницы имени Жуковского. Акушерство и гинекология, 1958, № 3, стр. 90—91.
Левит И. Б. К вопросу о внематочной беременности. Журнал для усовершенствования врачей, 1926, № 10, стр. 642—650.
Лельчук П. Я. Случай доношенной беременности в недоразвитом маточном роге. Акушерство и гинекология, 1935, № 4, стр. 87.
Лерман М. Г., Халмурзаева Х. З. и Мечникова С. Л. Случай вторичной брюшной беременности с последующим обызвествлением плода (литопедион). Советское здравоохранение Киргизии, 1955, № 5, стр. 61.
Лесков Г. С. Окаменелый плод 18-летней давности. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 62.
Лесюк В. С. Случай одновременной трубной и маточной беременности. Фельдшер и акушерка, 1957, № 9, стр. 18—19.
Липкин М. И. Случай наступления беременности после оперативного удаления фаллопиевых труб. Акушерство и гинекология, 1931, № 2, стр. 216.
Лиходед С. И. и Дмитренко А. А. К вопросу о доношенной брюшной беременности живым плодом. Врачебное дело, 1947, № 7, стр. 613—614.
Лотис В. М. Нервная регуляция деятельности матки (экспериментальные и клинические исследования). Автореф. дисс. М., 1955.
Лотис В. М. К вопросу о рецепторных функциях матки женщины. Акушерство и гинекология, 1957, № 6, стр. 40—44.
Львов И. М. Одновременная маточная и внематочная беременность. Медицинское обозрение, 1903, № 12.
Майзель Е. П. Сократительная деятельность фаллопиевых труб у животных в условиях симпатэктомии. Сборник трудов АМН СССР, т. XI, 1950. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, стр. 79—89.
Макаров Р. Р. Внематочная беременность. Л., Медгиз, 1958.
Малинин А. И. Случай беременности и родов после аутоимплантации фаллопиевой трубы. Медицинский журнал Казахстана. 1935, № 1—2, стр. 65—67.
Малиновский М. С. К вопросу о внематочной беременности живым доношенным плодом. Чревосечение с благоприятным исходом для матери и ребенка. В кн.: Сборник трудов Восточно-Сибирского университета. В. I, Иркутск, 1922, стр. 235—248.
Мальцева Л. Б. Хорионэпителиома, развившаяся после удаления трубы по поводу внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1959, № 1, стр. 111—112.
Маляревский В. П. Случай трубной беременности живым жизнеспособным плодом. Горьковский медицинский журнал, 1933, № 5—6, стр. 103—104.
Мандельштам А. Э. Беременность после имплантации фаллопиевой трубы в матку. Вестник современной медицины, 1927, № 1, стр. 25—28.
Мандельштам А. Э. Воспалительные заболевания женских половых органов в свете учения о нервизме. Л., 1957.
Маркина В. П. Анестезия по А. В. Вишневскому при внематочной беременности. Труды Воронежского медицинского института, 1956, т. 26, стр. 94—112.

Маркина В. П. 1026 операций при внематочной беременности под инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневскому. Советская медицина, 1958, № 18, стр. 73—77.
Марков А. Я. Случай межсвязочной доношенной внематочной беременности. Советская медицина, 1955, № 9, стр. 75—77.
Марков А. Я. Випадок ектопічної вагітності в рудиментарному розі матки. Педіатрія, акушерство і гінекологія, 1956, № 5, стр. 61.
Марков Н. Имплантация труб в матку. В кн.: Клинический сборник. В. VIII—IX. Смоленск, 1932, стр. 331—365.
Мартин А. Внематочная беременность (Перев. с нем. под ред. С. Б. Оречкина). СПБ, 1904.
Марьин С. Т. Три случая сочетания внутри- и внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1936, № 8, стр. 875.
Марьянчик Н. П. Еще одна внематочная беременность живым (на этот раз доношенным) плодом. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, т. 40, № 3, стр. 390—398.
Матысняк В. Г. Перераспределение некоторых морфологических элементов крови как защитная реакция организма при острой кровопотере. Акушерство и гинекология, 1957, № 5, стр. 99—103.
Маштаков Н. И. Случай одновременной маточной и внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1931, № 5, стр. 468.
Миловский Д. П. Два случая доношенной внематочной беременности. В кн.: Кровотечения в акушерстве. Воронеж, 1939, стр. 71—73.
Минин Н. С. и Гагаринская Е. Н. Случай 5-месячной беременности в рудиментарном роге матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, т. 38, № 4, стр. 478—482.
Михнов С. Д. К вопросу о заболевании фаллопиевых труб и яичников в патологоанатомическом и клиническом отношении. Дисс. СПБ, 1889.
Михнов С. Д. К казуистике внематочной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1901, № 10, стр. 1553—1554.
Могилев М. В. Роды после имплантации части фаллопиевой трубы у женщины, подвергшейся оперативной стерилизации. Акушерство и гинекология, 1941, № 6, стр. 46—48.
Мондор Г. Неотложная диагностика. М. — Л., Биомедгиз, 1937.
Муратов А. А. К учению о внематочной яичниковой беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1889, № 6.
Муратов А. А. К лечению внематочной беременности в начальных стадиях ее развития. М., 1893.
Цадарейшвили Г. Н. О сшивании фаллопиевых труб механическим швом. Акушерство и гинекология, 1956, № 2, стр. 46—49.
Найдич М. С. К вопросу о топографии и морфологии нервных элементов в матке женщины. Акушерство и гинекология, 1929, № 4, стр. 443—459.
Неелов Н. К. Три случая чревосечения in extremis при внематочной беременности с благополучным исходом. СПБ, 1906.
Немец Л. Л. Случай одновременного сочетания маточной и внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1958, № 6, стр. 100.
Нидерман Г. Д. Случай доношенной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 61.

Никитина А. А. Брюшная беременность сроком 8 месяцев. Акушерство и гинекология, 1958, № 5, стр. 110.
Никифоров М. Н. К вопросу о брюшной форме эктопической беременности. Медицинское обозрение, 1898, № 10.
Новиков А. М. Случай беременности в зачаточном атретическом роге матки. В кн.: Записки Екатеринбургского повивально-гинекологического института. 1921, Т. 1, в. 2, стр. 53—59.
Нугманов С. Н. Применение обратного переливания крови при внематочной беременности (по материалам акушерско-гинекологической клиники). Здравоохранение Казахстана, 1949, № 6, стр. 7—9.
Овчинников Н. А. Случай комбинированной маточной и внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1947, № 2, стр. 51.
Овчинникова М. Д. Рефлекторные сосудистые реакции при раздражении рецепторов матки в различные сроки беременности и вне ее (экспериментальные исследования). В кн.: Сборник тезисов и рефератов к отчетной научной сессии за 1953 г. Ростовского медицинского института. Ростов-на-Дону, 1954, стр. 94—96.
Окинчиц Л. Л. Влияние войны и революции на половую сферу женщины. Врачебная газета, 1922, № 1, стр. 7—11.
Окинчиц Л. Л. Внематочная беременность. Изд. 3-е, Л., Медгиз, 1933.
Ольшанецкий А. М. О непосредственных и отдаленных последствиях искусственного аборта. Одесский медицинский журнал, 1928, № 2, стр. 85—90.
Ольшанецкий А. М. Новый метод пункции заднего свода при нарушенной внематочной беременности. Врачебное дело, 1939, № 12, стр. 753—754.
Онисимов Г. А. Три случая поздней внематочной беременности. В кн.: Труды клиник Воронежского государственного университета. Т. 3, Воронеж, 1928, стр. 225—229.
Ортенберг А. Я. Случай трехкратной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1931, № 4, стр. 364—365.
Осякина-Рождественская А. И. О транспорте яйца из яичника в матку (моторная способность фаллопиевых труб человека). Изд. 2-е. Л., 1947.
Папиков Н. Б. Случай доношенной беременности в недоразвитом роге двурогой матки. Врачебное дело, 1936, № 4, стр. 315.
Парсамов О. С. О зачаточном роге матки с анатомической и клинической точек зрения. Известия Саратовского университета, 1918, № 1, стр. 1—34.
Парсамов О. С. Беременная женщина и ее плод под влиянием пережитых условий жизни во время войны и революции. Саратовский вестник здравоохранения, 1924, № 6—7—8, стр. 59—82.
Парфенов Н. А. К вопросу об эндометроидных гетеротопиях в фаллопиевых трубах. Акушерство и гинекология, 1930, № 3, стр. 401—407.
Петров-Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов (патогенез и терапия). Л., Медгиз, 1952.
Плахотникова М. А. Редкий случай внематочной беременности, принятой за опухоль желудка. Акушерство и гинекология, 1954, № 6, стр. 81.

Подоненко А. П. Случай брюшной беременности. Советская медицина, 1957, № 2, стр. 106—107.
Покровский В. А. Внематочная беременность, ее диагностика и терапия. В кн.: Труды III съезда хирургов Воронежской области. Воронеж, 1950, стр. 31—34.
Полубинский В. А. Диагностика и лечение женской гонореи (краткое пособие для врачей женских консультаций). Центральный институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР. Л., 1946.
Померанц К. Я. Случай беременности в зачаточном роге двурогой матки. Акушерство и гинекология, 1915, № 14.
Попандопуло И. В. К вопросу о повторной внематочной беременности. В кн.: Труды Всеукраинского съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1928, стр. 769—784.
Попов Д. Д. Яичниковая доношенная беременность. Русский врач, 1905, № 29.
Попов И. И. Редкий случай внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 59—60.
Посышин И. И. Сочетание маточной и внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1956, № 6, стр. 75—76.
Потеенко В. В. Случай почти доношенной (около 8 месяцев) эктопической беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1917, № 1—2, стр. 77—82.
Ракитин Н. Внематочная беременность двойнями 6½ месяцев. В кн.: Труды научно-исследовательских институтов Мособлздравотдела. Сборник 7. Свердловск, 1936, стр. 229—232.
Рапопорт М. Ш. и Бенцман И. М. Отдаленные результаты внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1939, № 8, стр. 37—39.
Ремизов А. А. Случай эктопированного плода, вышедшего в кишечник. Советская клиника, 1932, № 17, стр. 92—94.
Решетова М. Д. Брюшная беременность, доношенная живым плодом. Акушерство и гинекология, 1954, № 3, стр. 79.
Рождественский В. В. Три литопедиона. В кн.: Памяти П. П. Мокровского. Вологда, 1936, стр. 159—167.
Ромащенко Е. Ф. Внематочная беременность по материалам гинекологического отделения Балашовской областной больницы. Сборник трудов врачей Балашовской области. Балашов, 1957, стр. 172—178.
Рубцова А. А. Беременность в недоразвитом замкнутом роге матки, осложненная дермоидной кистой левого яичника. Медицинское обозрение нижнего Поволжья, 1928, № 5—6, стр. 35—43.
Рымашевский В. К. К диагностике внематочной беременности поздних сроков. Акушерство и гинекология, 1957, № 6, стр. 85.
Садыков К. Е. Редкий случай 8-месячной длительно сохранившейся яичниковой беременности. Здравоохранение Казахстана, 1954, № 11, стр. 40—41.
Самойлова Е. Е. Гормональная диагностика беременности на лягушках. Акушерство и гинекология, 1951, № 4, стр. 36—40.
Самотейкин М. А. и Машкина В. П. К казуистике разрыва плодовместилища добавочного рога матки. Труды Благовещенского медицинского института. Т. 3, Благовещенск, 1957, стр. 351—352.

Светлов П. Г. и Корсакова Г. Ф. Влияние нарушений иннервации матки на протекание имплантации у крыс. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1957, т. 43, № 1, стр. 78—82.
Селецкий М. С. Случай эктопической трубно-яичниковой беременности на 9 месяцев. Акушерство и гинекология, 1935, № 4, стр. 86—87.
Семенов А. С. Редкий случай литопедиона. Советская медицина, 1952, № 10, стр. 39.
Семенов Б. В. Случай эктопической беременности в свободной брюшной полости. Советская медицина, 1957, № 3, стр. 128.
Семенова А. С. Сочетание внематочной и доношенной маточной беременности. Акушерство и гинекология, 1958, № 5, стр. 111.
Семенова И. И. К морфологии рецепторного аппарата яичника человека. Акушерство и гинекология, 1957, № 4, стр. 84—88.
Сендюкова А. С. Внематочная беременность по данным гинекологических отделений Сталинграда за период с 1945 по 1949 г. Тезисы докладов 10-й научной сессии Сталинградского государственного медицинского института. Сталинград, 1950, стр. 57.
Сигалов А. Б. К казуистике внематочной беременности. Советская медицина, 1955, № 9, стр. 77—78.
Сигалова Е. А. Двусторонняя внематочная беременность. Акушерство и гинекология, 1959, № 1, стр. 113.
Скоробогатова В. А. Цит. по К. И. Ковалевой-Крюковой. Реинфузии крови при внематочной беременности. Вестник хирургии имени Грекова, 1957, т. 78, № 3, стр. 97.
Скробанский К. К. Учебник гинекологии. Изд. 3-е. Л., Медгиз, 1946.
Слепых А. С. Развитие иннервации маточных труб. Дисс. Кишинев, 1955.
Смирнов А. Г. Редкий случай комбинированной внутриматочной и повторной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1941, № 2, стр. 59.
Смольский П. П. К диагностике и лечению внематочной беременности в первой ее половине. СПБ, 1890.
Соболыщиков П. Беременность вне матки. Военно-медицинский журнал, 1854, стр. 49—57.
Соловьев Ф. А. По поводу «phrenicus symptom» при прервавшейся внематочной беременности. Медицинская мысль, 1924, № 3—4, стр. 1—4.
Соловьева А. П. Беременность в зачаточном роге матки. Акушерство и гинекология, 1958, № 5, стр. 109—110.
Солонович Л. Г. Острые формы внематочной беременности в свете учения о шоке. Дисс. М., 1950; автореф. дисс. М., 1951.
Сорока П. Г. Сочетание рака шейки матки с внематочной беременностью. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 101.
Сорока П. Г. Рак шейки матки, осложненный яичниковой беременностью. Акушерство и гинекология, 1958, № 3, стр. 110—111.
Старовойтов И. М. Случай литопедиона в добавочном роге матки двадцатилетней давности. Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8, стр. 65—66.
Степанов А. Г. и Михайлова И. М. Случай поздней эктопической беременности. Акушерство и гинекология, 1932, № 3, стр. 41—42.

Струков В. А. Яичниковая беременность. В кн.: Сборник рефератов научных работ за 1951—1952 гг. Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Л., 1955, стр. 212—213.
Султангалеева Ф. А. Реинфузии крови при прервавшейся внематочной беременности. Тезисы докладов 37-й научной конференции Башкирского медицинского института. Уфа, 1957, стр. 11.
Сутугин В. В. К вопросу и способах производства и о показаниях к чревосечению с описанием случая полного удаления всего плодного мешка при внематочной беременности со зрелым плодом. СПБ, 1884.
Сыцянко Г. А. Судебномедицинский анализ ошибок диагностики и врачебной тактики при внематочной беременности. Дисс. М., 1956.
Темырбаева Л. И. О возможности консервативного лечения некоторых форм клинически прервавшейся внематочной беременности. Сборник научных трудов Башкирского медицинского института, № 10, Уфа, 1957, стр. 109—114.
Трдатьян А. А. Симптом зыбления влагалищных сводов при внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1957, № 4, стр. 112.
Трифонова А. Т. Аутотрансфузия при операциях по поводу внематочной беременности. Советская медицина, 1944, № 10—11, стр. 25—26.
Трушников Е. К. Прогрессирующая беременность 31—32 недель при наличии доношенной беременности четырехлетней давности в рудиментарном роге матки. Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 91.
Тюляндин А. Д. Сочетание маточной и трубной беременности. Советская медицина, 1958, № 3, стр. 137.
Улезко-Строганова К. П. Анатомические изменения беременной трубы в области прикрепления яйца. Журнал акушерства и женских болезней, 1900, т. XIV; СПБ, 1900 (отдельный оттиск).
Улезко-Строганова К. П. К вопросу об эндометриоидных гетеротопиях. Одесский медицинский журнал, 1928, т. 36, № 4, стр. 340.
Улезко-Строганова К. П. Биологическое значение эндометриозов и отношение их к проблеме тканевого роста. Акушерство и гинекология, 1941, № 3, стр. 1—8.
Умнова В. П. Самоизлечение после 2 внематочных беременностей с исходом обеих в литопедион 11- и 9-летней давности. Акушерство и гинекология, 1933, № 6, стр. 79—83.
Файнберг В. Б. К этиологии внематочной беременности. Врачебная газета, 1928, № 18, стр. 1251—1255.
Федоров И. И. По поводу одного случая graviditatis interstitialis propria. Врачебная газета, 1905, № 41.
Филина Е. И. Изменения гематокрита и удельного веса крови при акушерских и гинекологических (острых) кровопотерях. В кн.: Вопросы шока и терминального состояния (патогенез и терапия). Воронеж, 1958, стр. 145—148.
Флерова Л. М. Изменение сывороточного белка и белковых фракций плазмы при острых формах внематочной беременности. В кн.: Вопросы шока и терминального состояния (патогенез и терапия). Воронеж, 1958, стр. 141—143.

Фролова Н. И. Внематочная беременность по материалам акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного медицинского института за 1935—1944 гг. включительно. В кн.: Труды Казанского государственного медицинского института, В. 2, Казань, 1948, стр. 183—187.
Хажомия Н. И. Беременность в замкнутом роге двурогой матки. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 102.
Халапова А. Х. Случай поздней эктопической беременности живым плодом. Труды Азербайджанского института охраны материнства и детства. Баку, 1958, № 4, стр. 84—87.
Холмогоров С. С. Беременность в рудиментарном роге матки двойнями. Журнал акушерства и женских болезней, 1907, ноябрь.
Хромов М. С. Доношенная трубная внематочная беременность живым плодом. Акушерство и гинекология, 1954, № 2, стр. 88.
Цанов А. И. Об обратном переливании крови при операции лопнувшей внематочной беременности. В кн.: Современные проблемы гематологии и переливания крови. М.—Л., 1935, кн. 11—12, стр. 190—199.
Цырульников М. Л. К вопросу о доношенной абдоминальной беременности. Горьковский медицинский журнал, 1934, № 6—7, стр. 138—143.
Чаманс С. Д. Случай двусторонней трубной беременности. Здравоохранение Казахстана, 1957, № 2, стр. 36—37.
Чарквиани И. И. Два случая доношенной внематочной беременности. Акушерство и гинекология, 1957, № 4, стр. 109.
Чумбуридзе А. А. Два случая доношенной внематочной беременности. Сборник трудов Научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества, № 7. Тбилиси, 1956, стр. 339—343.
Шайкевич М. С. Випадок вагітності в зачатковому розі уразу. Укр. Медич. вісті, 1929, № 1, стр. 57—59.
Шамсадинская Н. М. Случай брюшной внематочной беременности. Азербайджанский медицинский журнал, 1957, № 8, стр. 94—95.
Шельдышев Д. С. Брюшная беременность. В кн.: Труды 1-й научной конференции врачей Ставропольского края. Ставрополь, 1954, стр. 121—126.
Шерстнев Б. Ф. Кольпоабдоминальная диафаноскопия в диагностике внематочной беременности. В кн.: Вопросы акушерства и педиатрии, Свердловск, 1958, № 2, стр. 65—69.
Шинкарева Л. Ф. Реинфузия крови при внематочной беременности. Советская медицина, 1955, № 4, стр. 84—86.
Шипулин В. П. Редкий случай беременности в рудиментарном роге матки. Труды Ижевского медицинского института. Т. 3, Ижевск, 1938, стр. 243—246.
Школьный Г. К. О практическом значении некоторых биологических реакций для диагностики ранней беременности. Акушерство и гинекология, 1957, № 2, стр. 91—93.
Штырова Н. М. О влиянии торможения функций нервной системы на возникновение, течение патологических процессов, развитие защитных и компенсаторных реакций организма. В кн.: 1-й пленум Сибирского филиала Всесоюзного общества патофизиологов (тезисы). Томск, 1957, стр. 51—52.

Штрауx М. А. Обзор 79 операций при внематочной беременности, СПБ, 1898.
Шульц М. Ю. Случай прогрессирующей беременности в рудиментарном роге матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1924, т. 35, № 2, стр. 175—179.
Яковлев И. И. Брюшная беременность позднего срока, сопровождавшаяся выхождением плода в кишечник. Акушерство и гинекология, 1947, № 2, стр. 52—53.
Якубов Ю. К. Внематочная беременность. Акушерство и гинекология, 1958, № 2, стр. 60—63.

б) Иностранная

Aschheim S. Die Schwangerschaftsdiagnose aus dem Harn. Berlin, 1933.
Bellerby C. W. Termination of pregnancy in rabbit by intravenous injection of anterior lobe pituitary extract. J. Exper. Biol., 1935, July, N. 12, p. 286—295.
Bellerby C. W. Endocrine factors concerned in control of ovarian cycle; Rana temporaria as test animal; action of anterior lobe pituitary extracts on ovary. Biochem. J., 1936, N. 27, p. 2022—2030.
Best P. W. Primary abdominal pregnancy. J. A. M. A., 1931, v. 97, p. 1521.
Bland P. B. Tubal pregnancy associated with tubal tuberculosis. Am. J. Obst. a. Gynec., 1940, v. 40, p. 271.
Bobrow M. L. a. Winkelstein L. B. The value of centests as a diagnostic procedure in ruptured ectopic gestation. Am. J. Obst. a. Gynec., 1955, v. 69, p. 101.
Братанов П. П. Реакция за ранна бременност с rana esculenta ridibunda и с rana temporaria agilis, graeca и bufo viridis. Sofia, 1949.
Caffier P. Studien zum Eitransport beim Menschen; zur Frage der äusseren Überwanderung des Eies, Zbl. f. Gynäk., 1936, Bd. 60, October, 17, S. 2466—2470.
Collins C. G., Beachem W. D. a. Beachem D. W. Ectopic pregnancy, mortality and morbidity factors. Am. J. Obst. a. Gynec., 1949, v. 57, June, p. 1144—1154.
Cornell E. L. a. Lash A. T. Abdominal pregnancy. Internat. Abstr., Surg., 1933, v. 57, p. 98.
Gullen T. S. Bluish discoloration of the umbilicus as a diagnostic sign where ruptured extrauterine pregnancy exists. Contrib. Med. a. Biol. Researsh, N. Y., 1919, N. 1, p. 420.
Doederlein O. u. Kroenig B. Operative gynekologie, IV Aufl., bearb. v. A. Doederlein. Leipzig, Thieme, 1921.
Dyroff R. Zur Frage der Tubenperistaltik. Zbl. f. Gynäc, 1925, H. 34, S. 1890—1893.
Eisenstaedter D. Diagnostic précoce de la grossesse extrauterine. В кн.: Intern. Congr. v. Verloskunde en gynaecologie, Deel 2, Leiden, 1938, S. 223—226.
Farris Ch., Kush A. a. Jacobs A. An unusual location for a placental attachement in an abdominal pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec. , 1954, v. 68, p. 1598.

Freund H. Über Ätiologie, Diagnose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Strassburger. Med., Ztg., 1910, N. 12.
Friedman M. H. Mechanism of ovulation in rabbit; ovulation produced by injection of urine from pregnant women. Am. J. Physiol., 1929, v. 90, November, p. 617—622.
Frudenfeld I. C. a. Webb A. N. Ovarian pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec., 1940, v. 39, March, p. 517—519.
Galli Mainini. Pregnancy test using male toad. C. J. Clin. Endocrinol., 1947, v. 7, September, p. 653—658.
Graffagnino P. Abdominal pregnancy as observed in the Charity Hopsital of New-Orleans. Am. J. Obst. a. Gynec., 1922, v. 4. p. 71—75.
Grosser O. Entwicklungsgeschichte des Menschen von der Keimzelle bis zur Ausbildung der äusseren Körpersform vergleichende und menschliche Placentation. В кн.: Biologie u. Pathologie des Weibes, 2-te Aufl. Berlin — Wien, 1942, Hablan I. u. Seitz L., Bd. 7, S. 1—108.
Hellendal H. Wichtige Fragen aus dem Gebiete der Eileiterschwangerschaft. Med. Klin., 1923, N. 19, S. 341—344.
Hermann E. Der diagnostische Wert der Douglaspunktion bei der durch Extrauteringravidität verursachten intraabdominalen Blutung. Zbl. f. Gynäk., 1956, Jg. 78, 18, S. 700—706.
Hertzfeld B. Zur Symptomatologie der Tubenruptur bei Extrauteringravidität. Zbl. f. Gynäk., 1923, H. 47, S. 517—519.
Hirch M. Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. Stuttgart, Enke, 1919.
James I. E. a. Lafferty H. D. Extrauterine pregnancy: resume of 103 cases. Am. J. Obst. a. Gynec., 1935, v. 29, May, p. 711—714.
Johnson W. O. Study of 115 cases of ruptured ectopic pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec., 1942, v. 43, p. 437.
Kermauner F., Nürnberger L. Die Erkrankungen der Eirstöcke und Nebeneirstöcke und die Geschwülste der Eileiter. München, 1933, I. F. Bergmann.
Küstner O. Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. 9 Aufl. Jena, Fischer, 1922.
Lawson-Tait. Diseases of women and abdominal surgery. 1892.
Lichtenstein F. Technisches zur Eigenbluttransfusion bei Extrauteringravidität. Ztschr. f. Gynäc., 1919, Bd. 43, S. 433—435.
Liepman W. Die Extrauteringravidität, die Störungen der Menstruation und die Sterilität. Deutsche med. Wschr., 1922, Bd. 48, S. 195—198.
Liepman W. Gynäkologischer Operationskursus. Berlin, 1930.
Lillian K. P. Farrar. An analysis of 309 cases of ectopic gestation in Woman's Hospital in the state of New-York. Am. J. Obst. a. Gynec., 1919, v. 29, p. 733—758.
Lillian K. P. Farrar. The value of the leukocyte count as an aid to diagnosis in ectopic gestation. Tr. Am. Gynec Soc., Philadelphia, 1925, N. 1, p. 192—210.
Loeffelmann. Der Schulterschmerz (das Fernsymptom des N. phrenicus) bei den akuten chirurgischen Erkrankungen der Bauchhöhle. Beitr. z. klin. Chir., Tübing., 1914, Bd. 92, S. 225—276.

Matthaei H. Eine neue Methode zur konservativen Operationen der Extrauteringravidität (End-zu-End-Anastomose nach Resektion des graviden Tubenteiles). Zbl. f. Gynäk, 1956, Jg. 78, H. 19, S. 734—738.
Mayr F. Über Schwangerschaften im rudimentären Nebenhorn eines Uterus bicornis. Zusammenstellung der Fälle der Literatur seit dem Jahre 1918 und Mitteilung eines neuen Falles. Diss. Würzburg, 1939.
Nélaton A. Цит. по К. И. Змигродскому.
Novak E. Combined intra-uterine and extra-uterine pregnancy; with a report of two hundred and seventy-six cases, including two new cases observed by the author. Surg. Gynec. a. Obst., 1926, v. 43, p. 26—37.
Oštádal B. Chemische Schwangerschaftsreaktion nach Visscher-Bowman. Zbl. f. Gynäk., 1937, Jg, 61, H. 5, S. 226—268.
Pankow E. Tubenschwangerschaft und Tubenentzündung. Zbl. f. Gynäk., 1925, Jg. 49, S. 490—499.
Parry I. Extrauterine pregnansy, Philadelphia, 1876.
Piskaček L. Zur Erkennung des frischen Blutergusses in die freie Bauchhöhle nach ruptur eines ektopischen Fruchtsackes. Zbl. f. Cynäk., 1923, Jg. 47, S. 920—922.
Peus W. Increased incidence of tubal pregnancy. Zbl. f. Gynäk., 1929, Jg. 53, June, 15, S. 1530—1533.
Posatti F. Zur Frage der transperitoncalen Überwanderung des Eies. Zbl. f. Gynäk., 1936, Jg. 60, March, 21, S. 686—689.
Proust R. et Charrier I. Chirurgie de l'appareil génital de la femme. 6me éd., revue et compl. de R. Proust et I. Charrier. Paris, Masson et C—ie, 1927.
Rossenblatt I. Ein Fall überträgener gestielter linkseitiger Eileiterschwangerschaft mit abgestorbendem Kinde. Zbl. f. Gynäk., 1923, Jg. 47, S. 554—563.
Schaefer. Выступление в прениях по докладу. M. Zetzmann. «Zur Klinik des Tubarabortus und der Tubenruptur». Zbl. f. Gynäk., 1956, Jg. 78, H. 50, S. 2012.
Schroeder R. Lehrbuch der Gynaekologie. Leipzig, Vogel, 1922.
Siddal R. S. a. Jarvis C. Uterine curretage as an aid in the diagnosis of ectopic pregnancy. Surg. Gynec. a. Obst., 1937, v. 65, December, p. 820—823.
Sippel A. Heterotope Zwillingsschwangerschaft in Uterus und Tube mit nachfolgender Tubenschwangerschaft der anderen Seite. Dtsch. med. Wschr., 1922, N. 36, S. 1202—1203.
Stamm C. I. Ovarian pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec., 1946, v. 51, p. 908—909.
Stoeckel W. Lehrbuch der Gynaekologie, IV Aufl.
Te-Linde R. W. Operative Gynecology. 2nd Ed. Philadelphia — London — Montreal, I. B. Lippincott, 1953, p. 643—661.
Testa M. Über ein Fall von Secundärer Bauchhöhlenschwangerschaft. Zbl. f. Gynäk., 1926, H. 40.
Titus E. W. Ovarian pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec., 1939, v. 38, September, p. 516—518.
Wagner H. Tubargravidität nach abgeheilter Tubentuberkulose. Zbl. f. Gynäk., 1956, Jg. 78, H. 13, S. 507—511.
Wagner W. Über wiederholte Schwangerschaft desselben Eileiters. Diss., Würzburg, 1905.

Ware H. H. Observations of thirteen cases of late extrauterine pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec., 1941, v. 42, p. 33.
Waschke G. Die Extrauterinegravidität im Vaginalabstrichbild. Zbl. f. Gynäk., 1956, Jg., 78, H. 3, S. 96.
Werth R. Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart, 1887.
Westman A. A Contribution to the question of the transit of the ovum from ovary to uterus in the rabbit. Helsingfors, 1926.
Wharton L. R. a. Stevenson C. S. Tubal pregnancy with tuberculous Salpingitis. Am. J. Obst. a. Gynec., 1939, v. 37, p. 303.
Wist A. Die Beziehung von Endometriose zur Tubargravidität. Acta obst. et gynec. scandinav., 1954, v. 33, N. 1, S. 69.
Wyder Th. Beiträge zur Extrauterineschwangerschaft. Arch. f. Gynäk., 1891, Bd. 41, H. 1 u. 2.
Zetzmann M. Zur Klinik des Tubarabortus und der Tubenruptur. Zbl. f. Gynäk., 1956, Jg., 78, H. 50, S. 2011—2012.
Zimmer K. Zur roentgenologischen Diagnose der fortgeschrittenen Extrauteringravidität. Zbl. f. Gynäk., 1956, Jg. 78, H. 32, S. 1271.

akusher-lib.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов	3
Введение	5
Глава I. Частота внематочной беременности и ее локализация	8
Глава II. Этиология внематочной беременности	18
Глава III. Течение и исход внематочной беременности	42
Глава IV. Клиника и диагностика внематочной беременности	57
Прогрессирующая внематочная беременность	57
Нарушенная внематочная беременность (разрыв трубы, трубный выкидыш)	66
Haematocele retrouterina	94
Дополнительные методы исследования	96
Биологическая диагностика беременности	96
Пункция заднего свода	100
Кольпоабдоминальная диафаноскопия	104
Выскабливание стенок матки	105
Применение медикаментозных средств	106
Другие методы исследования	106
Дифференциальная диагностика и диагностические ошибки	107
Глава V. Редкие формы внематочной беременности	119
Яичниковая беременность	119
Беременность в зачаточном роге матки	125
Межсвязочная беременность	131
Брюшная беременность	134
Многоплодная беременность	140
Глава VI. Лечение при внематочной беременности	148
Реинфузии крови при нарушенной внематочной беременности	177
Послеоперационный период и его осложнения	188
Заключение	198
Литература	200

Александров Михаил Сергеевич,
Шинкарева Людмила Федоровна

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Редактор *Г. Я. Молчанова*
Техн. редактор *Н. С. Кузьмина* Корректор *В. М. Костицына*
Переплет художника *Л. С. Эрмана*

Сдано в набор 11/X 1960 г. Подписано к печати 22/II 1961 г. Формат бумаги 84 × 108$^{1}/_{32}$ = 6,88 печ. л. (условных 11,28 л.) 12,04 уч.-изд. л. Тираж 10 000 экз. Т-02184. МН-76. Зак. 558.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Набрано в 1-й типографии Медгиза, Москва, Ногатинское шоссе, д. 1.
Отпечатано в тип. Москва, ул. Фр. Энгельса, 46.
Цена 80 коп.

akusher.ru