

на чувствительные (задние) корешки—боли усиливались (Дитерихс). По мере ослабления инфекции и уменьшения воспалительных явлений боли стихали.

Вокруг инородного тела может происходить гнойное расплавление тканей, что может способствовать появлению некоторой подвижности его.

В таких случаях инородное тело смещается в сторону спинного мозга и может вызвать явления сдавления его. Это, очевидно, и произошло с нашим больным в 1935 году, когда у него сразу появились параличи, приковавшие его к постели. Устранением этих двух факторов давления (инфильтрат с гноем и пуля) мы можем объяснить столь поразительное улучшение в нашем случае.

Мы вполне согласны с Трегубовым, что наличие инородного тела в позвоночнике после огнестрельных ранений служит показанием для оперативного вмешательства во всех случаях, как только больной попадет под наблюдение врача. Оставлять пулю в позвоночнике, недалеко от важного для жизни органа, каким является спинной мозг, не следует, т. к. рано или поздно могут появиться тяжелые осложнения, на что указывает и наш случай.

Во всех таких случаях, при появлении первых жалоб на нарушение функции конечностей или другие органы, необходимо проверять на рентгене, не осталось ли в позвоночнике инородное тело.

Поступила 2/VIII 1937.

---

Из гинекологического отделения Шахтинской городской больницы им. В. И. Ленина (главный врач С. С. Драгицын).

## **400 случаев внематочной беременности.**

**С. И. Штерн.**

Литература по вопросу о внематочной беременности уже весьма обширна, но дальнейшая разработка и накопление клинического материала по внематочной беременности имеет существенное значение.

Наш материал состоит из 400 случаев несомненной внематочной беременности, оперированных в гинекологическом отделении больницы за 10 лет (1926—1936 гг.). Подозрительные и не проверенные путем операций внематочные беременности мы не включаем. За эти годы в гинекологическом отделении Шахтинской городской больницы произведено всего 1686 чревосечений, из которых на внематочную беременность падает 23,72%.

Количество случаев внематочной беременности равнялось 2,48% количества родов за то же время по нашей больнице.

Возрастной состав больных таков: 17 лет—1, 18—19 лет—4, 20—24 г.—53, 25—29 лет—141, 30—34 г.—93, 35—40 лет—93, 40—45 лет—15 чел. Как видно, большинство больных падает на молодой, цветущий возраст 25—29 лет, что отмечается и рядом других авторов.

Количество родов и аборт, предшествовавших возникновению внематочной беременности, у наших больных распределено так: роды от 1 до 3—193 чел., 4—5—45 чел., свыше 5—35 чел. Аборты от 1 до 3—129 чел., 4—5—34 чел., свыше 5—20 чел., неизвестно—44 чел.

Самое большое количество беременностей, предшествовавших операции внематочной беременности, было 24.

Бесплодие встретилось у 38 из наших больных, что составляет 9,5%. Мы не можем говорить поэтому о доминирующей частоте первичного бесплодия в анамнезе больных эктопической беременностью.

Две трети (68,25%) наших больных имели до операции нормальные беременности и рожали, а в 45,75% случаях были аборты. Не подлежит сомнению, что воспалительные заболевания после абортов или родов играют значительную роль в возникновении последующей внематочной беременности. Но мы не можем установить полную причинную зависимость внематочной беременности от предшествующих абортов.

Далее, хотя мы и не имеем лабораторных исследований в отношении гонорреи у наших больных, которые говорили бы за преобладающее значение этой инфекции среди других этиологических факторов внематочной беременности, но анализ нашего материала заставляет нас предполагать во многих наших случаях наличие слабых (латентных) форм гонорройной инфекции. В таких случаях наблюдается не абсолютное бесплодие, а лишь такие изменения в трубах и тазовой брюшине, когда при сохранении относительной проходимости труб, затруднялось передвижение оплодотворенного яйца. Клиническая картина, те значительные изменения воспалительного характера в придатках, которые были обнаружены у части наших больных при операции, неоднократно склоняли нас к мысли о значении слабых форм гонорройного процесса в этиологии внематочной беременности. Во всяком случае, можно говорить о доминирующей роли воспалительных процессов в этиологии внематочной беременности.

На нашем материале в 264 случаях (66%) мы находили в брюшной полости обширные воспалительные изменения в придатках, в связи с чем приходилось неоднократно удалять придатки с противоположной стороны.

В 68% случаев (272) у больных, подвергавшихся операции, была проверена реакция оседания эритроцитов (РОЭ) по Линценмейеру. Скорость оседания эритроцитов до 1 часа была у 123 больных (30,75%), свыше одного часа у 95 ч. и свыше 2 часов у 54 чел.

Во всех экстренных случаях больные оперировались без определения РОЭ.

Среди наших больных встретились и такие, коим была произведена повторная операция по поводу внематочной беременности. Таких насчитывается 21 случай (5,25%). По возрасту среди них: 1 больная—19 лет, 1—22 лет, 2—23 лет, 1—24 лет,

1—25 лет, 5—27 лет, 2—28 лет, 2—29 лет, 1—30 лет, 1—32 лет, 1—34 лет, 1—35 лет, 1—37 лет, 1—38 лет.

В настоящее время многие авторы опубликовали данные, свидетельствующие об учащении случаев вторичной внематочной беременности.

Пластических операций на беременных трубах мы не производим, беременную трубу удаляем целиком, клиновидно иссекая ее из угла матки. Вторая труба удаляется при наличии макроскопических изменений (четкообразных утолщений, заращений ампулярного конца и др.).

Анатомические (топографические) изменения внутренних половых органов, обнаруженные при операции у наших больных:

Haematocoele	встретилось	119 раз—	29,75%
Haematoma	„	135 раз—	33,75%
Haematosalpinx	„	9 раз—	2,25%

Попутно была произведена операция удаления измененного червеобразного отростка в 26 случаях (6,5%).

Из 400 случаев внематочной беременности беременность в правой трубе встретилась 193 раза (48,25%), в левой—175 раз (43,75%) и неизвестно—28 раз (7%), остальные 4 случая падают на чистые формы беременности в зачаточном роге матки. Преобладание случаев беременности в правой трубе отмечается и другими авторами.

С острым внутрибрюшным кровотечением было доставлено 182 чел. (45,5%), в агонии—5 чел. (1,25%). В отношении больных с острым брюшным кровотечением мы обратили внимание на симптом, описанный Штерн и Касогледовым в журнале „Акушерство и гинекология“, № 6, 1936. При покачивании туловища больной на носилках или в коляске, также при обработке брюшной стенки перед операцией Касогледов отметил „колыхание“ брюшной стенки. Проверая этот симптом „колыхания“ у больных с внематочной беременностью на операции, мы неизменно сталкивались с наличием острого внутрибрюшного кровотечения и большого количества крови в брюшной полости. Таким образом, этот добавочный признак, наряду с другими общеизвестными признаками при острой внематочной беременности, помогал нам в диагностике.

Из топических разновидностей трубной беременности на нашем материале встретились следующие: зачаточный рог матки 5 раз, одна комбинация беременности в трубе и роге матки, интерстициальная беременность 5 раз, интрамуральная беременность 2 раза, трубно-маточная беременность 1 раз, прогрессирующая беременность 2 раза, в истмической части трубы 46 раз, в ампулярной части трубы 105 раз, трубный аборт и разрывы трубы 162 раза, правосторонняя яичниковая беременность 1 раз, брюшная беременность 4 раза (одна из них доношенная).

Из редких осложнений внематочной беременности мы встретили перекручивание беременной трубы в трех случаях (0,75%—один раз правая и два раза левая). Левит отмечает, что ему

удалось найти в литературе всего около 10 таких случаев. Сюда надо добавить еще случай Благодарова.

В послеоперационном периоде отмечено заживление первичным натяжением у 372 больных (93%), нагноения и гематомы— в 28 случаях (7%).

Обработка операционного поля производилась следующим образом: вся брюшная стенка смазывалась обильно 5% спиртовым раствором пикриновой кислоты два раза; в настоящее время обработка производится 5% спиртовым раствором таннина, подкрашенного метиленовой синькой или бриллиантовой зеленью. На кожу скобки Мишеля. Клеоловая наклейка.

При чревосечениях—обычно не в экстренных случаях—мы применяли спинномозговую анестезию (от 4 до 4,5 см<sup>3</sup> Sol. Novocaini 3%).

В случаях острого внутрибрюшного кровотечения и значительного обескровливания больной при внематочной беременности мы считаем спинномозговую анестезию противопоказанной, в остальных же случаях большой оперативной гинекологии спинномозговую анестезию мы считаем методом выбора.

В наших случаях при операциях внематочной беременности были применены следующие виды обезболивания: эфир—91, хлороформ—10, смесь (эфир + хлор)—84, спинномозговая анестезия + эфир—12, спинномозговая анестезия—203.

Брюшностеночное чревосечение было применено 332 раза—83%, кольпотомия 32 раза—8%, комбинация—лапаротомия и кольпотомия 36 раз—9%, диагностические пункции были произведены 100 раз—25%, из них одна по Липпману.

Из 400 случаев, оперированных по поводу трубной беременности, умерло 12 чел., что составляет 3%. При сравнении цифры смертельных случаев с данными других авторов наша цифра смертности, не редуцированная, относится к средним. Процент смертности при внематочной беременности колеблется от 0,9 до 3,2% (Отт) и 8,4% у Холмовской.

В отношении терапии эктопической беременности мы придерживаемся следующих положений: в острых случаях—немедленная операция, в хронических—срок операции в зависимости от РОЭ, температуры и состояния больной.

За последнее время при острых кровопотерях мы переливаем больной жидкую кровь из брюшной полости после фильтрования через марлю; эту кровь мы смешиваем с 5% раствором *Natr. citricum*, и вводим ее интравенозно во время операции или же по окончании; производится также и переливание крови от донора. Сгустки из брюшной полости по возможности все удаляются. Жидкую кровь в брюшной полости стараемся сохранить.

Поступила 1/VII 1937.