

29 апреля больная вновь поступила в районную больницу. Больная выше среднего роста, истощенная, бледная, живот мягкий, безболезненный. Шейка матки увеличена, шеечный канал свободно пропускает палец, тело матки увеличено соответственно беременности 12 недель, неравномерной консистенции, справа от матки прощупывается кистовидно-измененный яичник с гусиное яйцо, подвижный, безболезненный. Левый яичник несколько меньше, тоже кистовидно-изменен. Предположительный диагноз: хорионэпителиома. Больная направлена в гинекологическое отделение Чебоксарского роддома, где после пробного выскабливания полости матки и гистологического исследования соскоба диагноз — хорионэпителиома — подтвержден.

До оперативного вмешательства с 7 по 15 мая перелито 3 ампулы крови. 15 мая 1957 г. больная сильно закровоточила и срочно назначена на лапаротомию.

По вскрытии брюшной полости оказалась: матка увеличена до размеров мужского кулака. Придатки с обеих сторон увеличены до гусиного яйца, кистовидно-изменены, подвижны, при разрезе из кист выделяется светлая студенистая масса. Тело матки и придатки удалены. Брюшная рана послышно зашита наглухо.

Описание препарата: тело матки бугристое, на ее дне множество узелков от лесного ореха до сливы, темно-вишневого цвета, эластической консистенции. При разрезе матки в левом ее ребре распавшаяся опухоль с отверстием в полость матки, размер отверстия $2,5 \times 2,5$ см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная проходит глубокую рентгенотерапию.

Поступила 16 июля 1958 г.

О ПРОТРОМБИНОВОЙ ПРОБЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

И. о. асс. В. Г. Морозов

Из клиники общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского медицинского института

В неотложной хирургии часто приходится встречаться с острой патологией брюшной полости, когда дифференциальная диагностика без дополнительных исследований бывает затруднительна. Особенно часто возникает необходимость отличать воспалительные процессы нижних отделов живота от внематочной беременности.

Диагностика внематочной беременности часто трудна. Даже опытному клиницисту не всегда удается поставить правильный диагноз. Существующие биологические пробы, как-то: реакция Н. И. Кушталова, проба Ашгейм — Цондека, рентгенограмма грудной железы не всегда выполнимы в условиях районных и участковых больниц или требуют значительного времени (до 48 часов); пункция заднего свода небезопасна и не отличается достоверностью.

Для иллюстрации приведем историю болезни:

Б-ная X., 37 лет, доставлена в клинику 9/III-59 г. в 10 часов с жалобами на сильные боли в животе, больше внизу, справа; заболела внезапно в 6 часов утра 9/III-59 г., почувствовала боли в животе, незначительное головокружение. Рвоты, тошноты не было. В течение двух месяцев аменоррея. Замужем, имелась одна беременность, закончившаяся родами.

Рост средний, телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы нет. Пульс 80, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление — 95/75. Живот слегка вздут, внизу болезненный, больше справа, где определяется уплотнение. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. При влажной исследовании болезненность в области шейки матки правого свода. Передний свод слегка нависает. Для диагностики произведена пункция заднего свода. Крови не получено.

Диагноз: Периметрит, правосторонний аднексит. По данным протромбиновой пробы — внематочная беременность: протромбиновый индекс — 117%.

10/III-59 г. диагноз воспаления придатков матки не отвергнут.

Анализ крови 9/III-59 г.: Л. — 16 800, п. — 3%, с. — 78%, л. — 18%, м. — 1%, РОЭ — 8 мм/час, Нв — 80%.

Анализ крови 10/III-59 г.: Л. — 5000, п. — 3%, с. — 67%, л. — 28%. м. — 2%, РОЭ — 6 мм/час, Нв — 79%.

11/III-59 г. в 14-00 консультирована гинекологом. Заключение: «у больной имеется раздражение брюшной стенки, могущее быть вызванным различными причинами. Для исключения внематочной беременности необходима реакция сперматоурии».

11/III в 17-00 обескровленная больная взята на операционный стол. Под местной инфильтрационной анестезией вскрыта брюшная полость, удалена разорванная в ампулярной части правая фаллопиева труба.

Операционный диагноз — прервавшаяся правосторонняя трубная беременность.

Определяя протромбиновый индекс при некоторых хирургических вмешательствах, мы установили, что при внематочной беременности он выше 110%, в то время как при остром аппендиците, аднекситах, апоплексиях яичника он был или в пределах, или ниже 100%. Это натолкнуло нас на мысль использовать протромбиновую пробу для дифференциальной диагностики между внематочной беременностью и воспалительными процессами нижнего этажа брюшной полости. Для определения протромбина мы пользовались методикой Д. Л. Боровской и С. Д. Ровинской, описанной в журнале «Клиническая медицина», в № 4 за 1948 г.

Протромбиновую пробу при беременности мы считали положительной при протромбиновом индексе более 110%.

Необходимым условием пробы является знание активности тромбопластина, которую до или после определения протромбина у больного выверяют у трех здоровых людей. За норму берут одинаковое время, полученное у 2 лиц из трех. Мы наблюдали 95 женщин с нормальной беременностью, 16 — с прервавшейся внематочной беременностью, 2 — с апоплексией яичника, 2 — с воспалительными процессами придатков матки и 29 — с острыми аппендицитами.

У беременных исследования проводились на различных сроках: от 1 до 3 месяцев — у 35, от 3 до 6 — у 25, от 6 и более месяцев — у 34. В первые месяцы беременности протромбин крови найден выше нормы у 29 из 35, у трех в пределах нормы и у трех — ниже нормы. В середине беременности повышенное содержание протромбина отмечено у 22 женщин из 25, на поздних сроках беременности — у 32 из 34.

При прервавшейся внематочной беременности индекс был выше нормы у всех 16. В среднем, он колебался в пределах от 111 до 117%. Лишь в одном случае он был равен 106%. Однако, в данном случае мы пользовались не вполне проверенным тромбопластином.

Как видно, «гиперпротромбинемия» при беременности вообще и внематочной беременности, в частности, — явление закономерное, зависящее, по-видимому, от состояния эндокринной системы.

При остром аппендиците лишь в 4 случаях протромбин был в пределах 106%, в 22 он был ниже нормы, и у 3 — в пределах нормы.

При воспалительных процессах придатков матки и апоплексиях яичника во всех случаях была выраженная гипопротромбинемия.

Наши наблюдения хоть и нуждаются в дальнейшей проверке, но позволяют рекомендовать протромбиновую пробу для диагностики внематочной беременности.

Протромбиновая проба, в отличие от других проб, применяемых для определения беременности, подкупает простотой выполнения.

Она может быть выполнена в течение 10—15 мин в любых условиях, как клинических, так и амбулаторных.

Но следует оговориться: протромбиновая проба действительна не при внематочной беременности, как таковой, а так же, как и другие биологические пробы, при беременности вообще. Поэтому необходимо в оценке ее учитывать анамнестические и объективные данные.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришаев А. Ф. Тр. Саратов. ун-в., 1947. — 2. Данилов И. В. Сов. мед., 1953, 9. — 3. Кабанов Н. А. Клини. мед., 1924, 7.

Поступила 6 апреля 1959 г.