

К диагностике внематочной беременности поздних стадий (трубно-брюшной *).

Д-ра М. Я. Серебриной.

(С 2 рис.).

Внематочная беременность поздних стадий—явление настолько редкое, что, по статистике Rosenblatt'a, с 1809 г. по 1923 г. в литературе описано всего 295 случаев ее, причем в громадном большинстве этих случаев имела место трубно-брюшная беременность: яйцо сначала прививалось в трубе, затем стенка трубы разрывалась, плод выскakiвал в брюшную полость, плацента же и часть оболочек оставались в первоначальном местоположении. Встречаясь так, сравнительно, редко, внематочная беременность поздних стадий может представлять известные затруднения для распознавания. По мнению Huggins'a (реф. Журн. Ак. и Ж. Б., 1912) большое значение здесь может иметь анамнез, из которого можно получить указания на бывшие ранее воспалительные процессы и в особенности на припадки, могущие навести на мысль о происшедшем прерывании трубной беременности.

Из объективных признаков внематочной беременности важнейшими, как известно, считаются два: отсутствие у беременной женщины плодного яйца в полости матки и отхождение deciduae, которое не всегда, однако, бывает (исследования Schiffman'a—Wien. med. Woch., 1925—в этом направлении показали, что отхождение deciduae при прекращении внематочной беременности наблюдается только в 70%).

Бекман (Ж. Ак. и Ж. Б., 1914) в диагностике поздних стадий внематочной беременности придает большое значение раздельному прощупыванию матки и плодного мешка, что иногда бывает очень затруднено вследствие болезненности живота. Чтобы облегчить пальпацию, надо исследовать больную под наркозом, но и при этом бывают ошибки; так, напр., если плацента прикреплена ко дну матки, то и плодвоместиллище представляет непосредственное продолжение матки, без наличия границ между ними в виде борозды.

Распознавание облегчается также при тонких брюшных покровах, когда можно бывает прощупать части плода гораздо яснее, чем при маточной беременности. Важным признаком поздних стадий внематочной беременности Бекман считает, затем, сильные боли в животе. Боли эти развиваются, повидимому, вследствие раздражения брюшины движениями плода, свободно лежащего в брюшной полости, а также вследствие растяжения плодвоместиллища, если таковое сохранилось.

*) Доложено в Научной Конференции Род. Дома 28/XII 1925.

Редкое явление при поздней внематочной беременности было описано в случае М. Г. Краснополянского (Ж. Ак. и Ж. Б. 1913), который наблюдал отхождение околоплодной жидкости в течение 6 месяцев, начиная с V месяца беременности; объяснялось это тем, что здесь имелось нарушение целостности плодных оболочек в области маточного отверстия трубы, вследствие чего полости матки и яйцевых оболочек сообщались между собою (трубно-маточная беременность).

Одним из характерных признаков внематочной беременности в поздних стадиях является, далее, появление ложных родовых схваток, которые обыкновенно начинаются задолго до конца беременности, не сопровождаясь, однако, раскрытием зева. Такого рода боли могут продолжаться по несколько суток (случай Бекмана, Краснополянского и наш).

Частые ошибки при распознавании доношенной или почти доношенной эктопической беременности объясняются тем, что плодный мешок при своем росте обычно оттесняет органы большого и малого таза, вследствие чего топографическое расположение их значительно нарушается. Вообще, по словам Sittner'a, глава о внематочной беременности есть вместе с тем и глава диагностических ошибок. С этой точки зрения несомненный интерес представляет следующий случай поздней внематочной беременности, наблюдавшийся в Родильном доме имени Грауэрмана:

24/III 1924 г. в Дом поступила больная М., 34 л., учительница, с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота и пояснице и на незначительные выделения желтого цвета. Из анамнеза выяснилось, что менструации у М. начались с 13 лет, установились сразу, по 4 суток через 4 недели; последние менструации были 20/IX 1923 г., обычного типа. Больная—замужем, замужем 12 лет, беременна была один раз, 10 лет тому назад; беременность протекала нормально и кончилась срочными родами. Послеродовых заболеваний не было. 25/X, после 5-дневной задержки регул. больная почувствовала внезапную судорожную боль в правом боку и пролежала в постели 3 дня, ощущая общую слабость. Через неделю боли в правом боку повторились и опять заставили больную пролежать в постели 3 дня, а еще через неделю—новый приступ болей. В дальнейшем такие приступы повторялись еще 4 раза в течение 10 дней, причем появились выделения кофейного цвета в небольшом количестве. Приглашенный врач диагностировал нормальную 2-месячную беременность в сочетании с параметритом. Больная пролежала в постели 2½ месяца с явлениями колита и температурой до 37,6°. С III месяца беременности припадки у ней больше не повторялись. Движения плода почувствовала с V месяца беременности. С этого же времени появились периодические боли внизу живота справа.

Пациентка пролежала в Родильном Доме в первый раз 6 дней, затем была выписана по собственному желанию, в виду отсутствия родовой деятельности. 5/IV она, однако, снова поступила с жалобами на схватки и боли внизу живота. За все время пребывания дома у ней, по ее словам, наблюдались серозно-кровянистые выделения, и она не переставала чувствовать резкие движения плода. При вторичном поступлении внутреннее исследование показало, что шейка матки находится высоко над симфизом, достигается с трудом, не сглажена, наружный зев прикрыт, задне-правый свод уплощен, во входе определяется головка плода, покрытая истонченной задней стенкой влагалища.

Бывшие до того довольно сильными схватки 7/IV прекратились, и одновременно началось рвота зелеными массами, а t° поднялась до 39,6°. Внутреннее исследование показало, что задний свод резко выпячен, истончен и натянут находящейся за ним головкой, на которой ясно определяются ее швы и роднички. Высоко над симфизом прощупывается шейка, пропускающая два пальца. При вхождении пальцами в шеечный канал никаких предлежащих частей не прощупывается. Из полости матки выделялась маркая, с запахом, масса, напоминающая decidua. Per gestum выше головки, справа от нее, прощупывалась хрустящая масса, напоминающая ткань последа, или кровяные сгустки. Через брюшные покровы матка не контурировалась.

На основании этих данных исследования был поставлен диагноз трубно-брюшной беременности, и произведено под общим хлороформно-эфирным наркозом чревосечение (проф. М. Г. Сердюков) с продольным разрезом по средней линии. По вскрытии брюшины выяснилось, что тело матки увеличено до 3 месяцев беременности, оттеснено плодным мешком влево от средней линии и вверх от I. innoinata. Справа и сзади от матки, непосредственно к ней примыкая, располагается плацента, часть которой помещается в растянутом ампулярном конце правой трубы. Проксимальный конец последней, в форме извитого, в 12 сант. длиною, шнура располагается на поверхности плодного мешка на границе с плавентой. Остальная часть плодного мешка с заключающимися в нем водами и плодом расположена в заднем дугласе, который сильно растянут головкой плода. Левая труба и яичник видимых отклонений от нормы не представляют, окружены небольшими срощениями. Наружная поверхность плодовместилища—неровная, с обильно развитыми сосудами, соприкасается с петлями кишек, брыжжейкой и отчасти с париетальной брюшиной. Ножицами вскрыт плодный пузырь, причем излилось небольшое количество чистой, прозрачной околоплодной жидкости. Плод извлечен за ножки из брюшной полости живым. Срощения плодовместилища с телом матки разделены. Правые придатки вместе с плодным мешком удалены. Кровотечение небольшое. Сосуды перевязаны. Культя широкой связки обшита. Спайки плодовместилища с брыжжейкой, толстыми кишками и пристеночной брюшиной малого таза разделены тупым путем. В заключение брюшная рана закрыта 3-этажным швом.

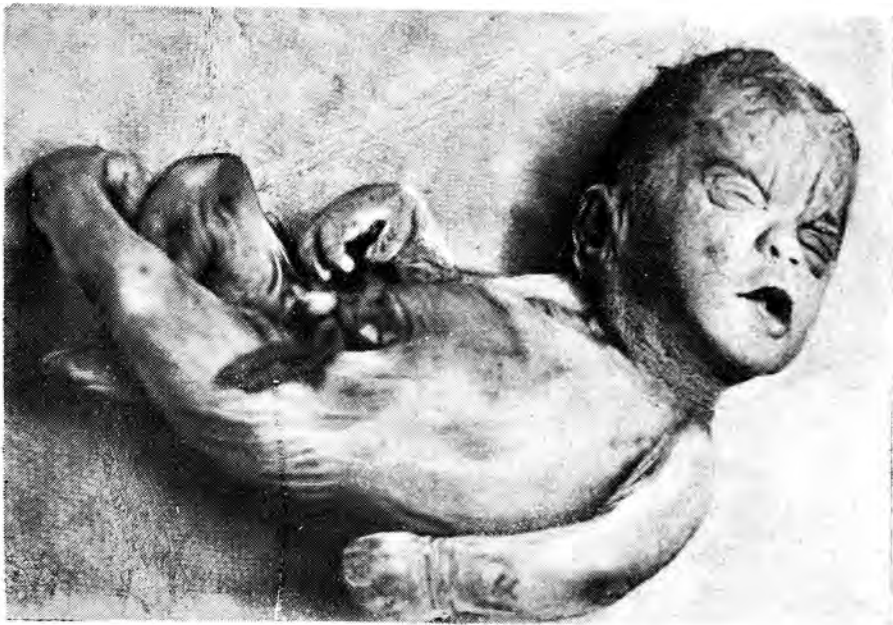


Рис. 1.

Послеоперационный период протек гладко, брюшная рана зажила *per primam*, и больная выписалась здоровой. Что касается извлеченного при операции живого плода, то он погиб через сутки. Это была (рис. 1) недоношенная девочка весом 1100 грм., длиною 34 сант.; окружность головки у ней равнялась 24 сант., груди—22 сант., живота—18 сант. Кожа и слизистые оболочки были цианотичны, подкожный жировой слой развит слабо, на коже нижних конечностей имелись мелкие кровоподтеки. Головка неправильно-цилиндрической формы, с плотно прижатыми к черепу ушными раковинами, грудная клетка плоска, спереди слегка вогнута. Левая большая половая губа вдвое больше правой. Нижние конечности деформированы: правое бедро искривлено к медиальной линии, правая стопа—в виде *pes valgus*, левая голень скручена винтообразно по продольной оси так, что пятка направлена вперед. Стопа также в положении *pes valgus*. На основании размеров

и веса, а также произведенной рентгенограммы плода (по точкам окостенения) можно считать, что возраст его равнялся 30—32 неделям.

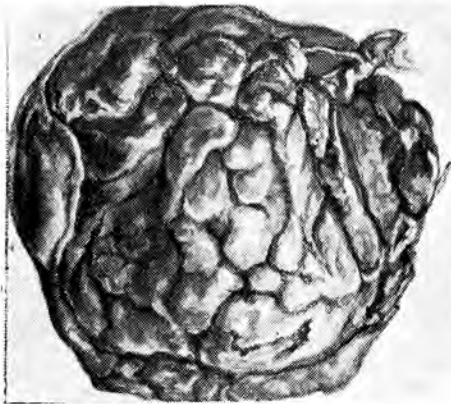


Рис. 2.

Плацента (рис. 2) весила 600 грм., размерами была в 18×15 сант. Прикрепление пуповины краевое, длина ее 40 сант. Правая труба длиной 12 сант., с утолщением на расстоянии 4 сант. от проксимального конца; на разрезе в месте утолщения обнаружен осумкованный гнойник. На всем своем протяжении труба приражена к плодным оболочкам. При осмотре плодовместилища оказалось, что оно состоит из растянутой трубы, причем справа была видна растянутая стенка трубной ампулы, слева же—частично сохранившаяся часть трубы в виде шнура толщиной в палец; между этими частями располагалась часть последа.

При микроскопическом исследовании трубной стенки в ней были найдены изменения, свойственные хроническому сальпингиту, с обильным развитием плотной соединительной ткани и кровоизлияниями. Во внутренних слоях трубной стенки имелась круглоклеточная инфильтрация и местами—резкий склероз ткани. Просвет трубы был расширен, слизистая оболочка почти отсутствовала, мускулатура замещена соединительной тканью.

Описанный случай с клинической точки зрения представляет интерес главным образом в смысле точной диагностики, которая была поставлена здесь до операции на основании данных анамнеза, наличия схваткообразных болей и данных объективного исследования. Кроме того, в данном случае обращают на себя внимание патолого-анатомические изменения фаллопиевой трубы,—наличие хронического эндосальпингита и перисальпингита, которые могли послужить причиной задержки плодного яйца в трубе и повести к возникновению внематочной беременности.

Прикрепление яйца, как видно из препарата, было в первой трети ампулярного конца трубы. Плод, повидимому, развивался в трубе лишь в течение 2 месяцев, а затем, вследствие истончения и раз'едания трубной стенки хориальными ворсинками, он вышел в брюшную полость, где и продолжал развиваться. Плодовместилище расположилось между правой трубой и петлями кишек, брыжейкой и пристеночной брюшиной.

D-r M. I. Serebrina (Moscou). Sur le diagnostic de la grossesse extrautérine dans la dernière période.

L'auteur étudie les différents signes diagnostiques de la grossesse ectopique progressive, anamnésiques et objectifs. Il décrit un cas d'une grossesse extrautérine où l'opération a été faite avec succès au huitième mois par le Prof. Serdukoff. Le diagnostic était bien posé avant l'opération. Le foetus pesait 1100,0 et mesurait 34 cm. de longueur, on l'a eu vivant et il a vécu 24 heures. Il présentait quelques déformations de la tête et des extrémités inférieures, qui n'excluaient pas pour lui la possibilité de rester vivant. La mère a bien supporté l'opération.
