

К вопросу о редко встречающихся формах внематочной беременности (*graviditas fimbrialis* и *graviditas interstitialis*).

Проф. А. И. Тимофеева.

(С 4 рис.).

С точки зрения механической теории, объясняющей возникновение внематочной беременности нарушением транспорта яйцевой клетки, первым этапом, где может произойти эктопическая прививка яйца, будет внутренняя поверхность самого фолликула, в котором созрело данное яйцо. Возможность такой интрафолликулярной яичниковой беременности доказана известным случаем *C. van Tussembroeck*¹⁾ и в новейшее время подтверждается наблюдением *Ноеһне*²⁾. В подобных случаях выходения яйца из полости фолликула совершенно не происходит. Следующей станцией, где может привиться яйцо при нарушении механики его движения по пути от яичника к трубе, является *fimbria ovarica*, — если оставить в стороне возможность прививки его на любом месте брюшины. Классический случай *Werth'a*³⁾, случай *Viannaу*⁴⁾ и ряд других, каковых в литературе имеется не более 10, и к которым следует отнести новейший случай *Ноеһне*²⁾, вполне устанавливают эту редкую форму внематочной беременности.

Если яйцо прививается не только на *fimbria ovarica*, но для своего укрепления захватывает большую или меньшую часть периферии фимбриальной части трубы, то получается та форма беременности, которую можно определять, как *graviditas fimbrialis* или *tubo-abdominalis*, так как при этом могут образоваться такие отношения, что часть яйца оказывается обращенной в просвет трубы, часть же смотрит свободно в брюшную полость. Случай подобного рода, представляющий еще некоторые интересные особенности, и наблюдался нами недавно в Гинекологическом Отделении Казанского Клинического Института.

Больная, татарка А., 30 лет, имела 4 срочных родов и 2 аборта, после последних родов обнаружила выпадение матки, по поводу которого и обратилась в Отделение. Менструирует правильно через 3 недели по 5 дней. Последняя в срок пришедшая менструация закончилась уже во время пребывания больной в Отделении. При исследовании было обнаружено полное выпадение рукава и *retro-lateroversio uteri dextra* вследствие легких периаднекситических спаек, без заметного увеличения придатков. Предположено произвести пластику рукава с восстановлением целостности тазового дна и исправление положения матки по типу операции *Doléris*. В день операции, отправляясь на операционный стол, больная сильно побледнела и почувствовала себя дурно. Припадок был объяснен волнением и страхом больной перед операцией. После того, как была закончена операция со стороны рукава, и было приступлено к чревосечению, неожиданно по вскрытии брюшной полости было обнаружено в ней довольно значительное количество жидкой крови и сгустков. При осмотре правой трубы, около маточного конца которой имелись спайки с сальником, оказалось, что абдоминальный конец ее окружен кровяными свертками, и такой же сверток выстоит из отверстия трубы. Правый яичник содержал желтое тело. Левый яичник был мелкокистозидно изменен. Левая труба нормальна. Произведено удаление правой трубы, и матка фиксирована за круглые связки по способу *Doléris*. Послеоперационный период осложнился бронхитом. Рана зажила *per primam*. Больная выписана на 30-й день без инфильтратов, в хорошем состоянии.

Удаленная труба имеет в длину 6 сант. и на всем своем протяжении до фимбриального конца ничего особенного не представляет. Из абдоминального отверстия ее (рис. 1) выстоит почти шарообразной формы образование, похожее на кровяной сгусток. Большей частью своей поверхности образование это смотрит свободно наружу и только незначительным своим сегментом обращено в воронку трубы, раздвигая при этом несколько ее фимбрии, которые в виде хорошо выраженного венчика прилежат к поверхности описываемого образования. На разрезе просвет трубы сохранен на всем протяжении. Выступающее из отверстия трубы тело только на очень ограниченном участке интимно связано с фимбриями трубы, на всем же остальном протяжении оно только соприкасается с ними. На разрезе (рис. 2) оно представляется в виде тонкостенной полости, разделенной перегородкой на два неравномерной величины отдела. Содержимое полостей имеет вид жидкого студня. Поперечный диаметр всего тела равен 3 сант., поперечник большей полости—1 сант., а меньшей— $\frac{3}{4}$ сант.

При микроскопическом изучении препарата выяснилось, что найденное на фимбриальном конце трубы тело есть привившееся на фимбриях яйцо, содержащее две амниональные полости, из которых каждая одета отдельным хорионом (рис. 3). Иначе говоря, мы имели здесь дело с двойничной *graviditas fimbrialis*, имевшей двуйичное происхождение. В виду того, что часть яйца,— правда, небольшая,—несколько вдавалась в просвет воронки трубы, определить наш случай, как *graviditas fimbriae ovaricae*, мы затрудняемся.

Но, с другой стороны, следует заметить, что он ближе стоит именно к этой форме эктопической беременности. *Fimbria ovarica*, видимо, входит в состав того ложа, на котором привилось яйцо. На препарате ясно можно видеть более длинную фимбрию, которая именно и служит главным местом прививки яйца. Другие фимбрии, если и входят в состав яйцевого ложа, то только на очень ограниченном пространстве, так как почти вся периферия трубной воронки от связи с яйцом свободна и канал трубы в его абдоминальном отверстии можно проследить вполне ясно. Мы представляем себе дело таким образом, что местом прививки яйца послужила самая начальная, — считая от трубы, — часть *fimbriae ovaricae*, причем и другие, ближайšie бахромки тоже приняли участие в этом процессе.

Из других деталей гистологического строения позволим себе отметить, что никакой децидуальной реакции со стороны тканей трубы подметить нам не удалось ни в месте непосредственного соприкосновения трубной стенки с элементами хориона, ни в участках отдаленных. Кое-где попадавшиеся островки клеток, похожих на децидуальные, несомненно, происходили из элементов ворсинистой оболочки. Главная реакция со стороны стромы бахромок, — и не только в области прививки, но и в некотором отдалении, — выявлялась чрезвычайно резко выраженным расширением сосудов, которые на срезах сплошь были забиты красными кровяными тельцами. Во многих местах очень хорошо можно было видеть, как элементы трофобласта окружали более крупные сосуды и сплошь инфильтрировали их стенки, доводя их, таким образом, до полного проедания. Что касается той части периферии яйца, которая обращена была свободно в брюшную полость, то никаких следов образования *deciduae capsularis* обнаружить здесь мы не могли. В состав наружной оболочки яйца в этой части его периферии входили мышечно соединительнотканые элементы бахромок трубы, частью сохранившиеся, частью подвергшиеся расплавлению и превратившиеся в фибринную полоску (*Nitabusch*), а также из кровяных свертков, приставших спаружи. Ворсинки хориона были более или менее развиты только в месте соприкосновения яйца с тканями трубы, на свободной же его периферии попадались только единичные, заметно атрофированные ворсинки. В тканях трубы никаких особенных изменений, кроме попадавшихся кое-где островков мелкоклеточковой инфильтрации, обнаружить не удалось.

Таким образом настоящий случай, по нашему мнению, следует трактовать, как такую форму эктопической беременности, которая стоит на границе между чистой *graviditas fimbriae ovaricae* и той формой, которую определяют, как *graviditas tubo-abdominalis*. Особенный интерес случая заключается в том, что беременность здесь была двойничная двуяйцевая. Что касается этиологических моментов, обусловивших такое раннее привитие яйца, то более определенных патолого-анатомических данных для суждения об этом мы не имеем, кроме указаний на бывший в окружности трубы воспалительный процесс.

Если оставить в стороне обычные формы трубной беременности, — *graviditas ampullaris* и *graviditas isthmica*, — то последним этапом, где может осесть оплодотворенное яйцо, не достигнув матки, будет один из участков той части трубы, которая проходит в толще маточной стенки, причем получается т. н. *graviditas interstitialis*. Не являясь такой экзаквизитной редкостью, как беременность на *fimbria ovarica*, этот вид эктопической беременности все же относится к редко встречающимся ее формам и представляет особенный интерес с точки зрения патолого-анатомической диагностики. Как известно, *graviditas interstitialis* может быть смешана с беременностью в самой конечной части *partis isthmicae* трубы, а с другой стороны — с беременностью в рудиментарном роге матки. Не подлежит сомнению, что часть случаев, описанных под видом интерстициальной беременности, в действительности и представляет одну из этих форм. Опубликованные в новейшее время доктором Александровым ⁵⁾ два преп. рата интерстициальной беременности, по видимому, должны быть отнесены именно к подобным случаям, так как достаточно убедительных данных в пользу того, что это — беременность в *pars interstitialis tubae*, не имеется. Эта трудность даже анатомической диагностики объясняется тем разнообразием вариаций в анатомических отношениях, которые встречаются при данной форме беременности, а также отсутствием абсолютно-верных признаков, только ей одной присущих. Считая небесполезным про-верку и подкрепление отдельных анатомических признаков беременности в интерстициальной части трубы, мы позволяем описать наблюдавшийся и изученный нами случай.

Больная С., 24 лет. Замужем с 18 лет, беременностей не имела. Менструирует с 15 лет правильно, через 4 недели по 6 дней. Неясные указания на гоноррею. Страдала воспалением яичника. Менструации отсутствуют 2¹/₂ месяца. Три дня тому назад среди полного благополучия произошел типичный приступ сильнейших болей слева в нижней части живота, сопровождавшийся обморочным состоянием. В течение последних 3 дней несколько раз наблюдались схваткообразные боли. При исследовании обнаружены такие признаки беременности, как синюшная окраска входа во влагалище, нагрубание груди и выделение из них молозива. При внутреннем исследовании матка найдена увеличенной до размеров 2-месячной беременности, а слева от нее — tumor величиной в кулак, очень тесно прилегающий к левому углу ее, малоподвижный и без резких границ переходящий в тестоватую массу, выполняющую задний Дугласов карман. Была диагностирована прервавшаяся левосторонняя трубная беременность с образованием *haematocoele peritubaria et retrouterina*. При лапаротомии оказалось, что обе трубы свободны, а разрыв, через который выступали наружу ворсинки хориона, и в окружности которого была гематома, находился на стенке левого угла матки, кото-

рый представлялся увеличенным в виде узла. В левом яичнике находилось об'емистое желтое тело. Задний Дуглас был выполнен кровяными сгустками. Произведена надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками. Культы перитонизированы. Брюшная рана закрыта наглухо. В послеоперационном периоде наблюдалось незначительное нагноение кожной раны. Больная выписана на 31-ый день.

Макроскопическое описание препарата. Ампутированное тело матки, будучи *in toto* увеличено до размеров, соответствующих второму месяцу беременности, в тоже время оказывается сильно деформированным вследствие того, что левый угол его растянут в виде опухоли неправильно-овальной формы, длинный диаметр которой располагается поперечно и несколько вкось—своим латеральным концом сверху вниз. На верхне-наружном полюсе опухоли видно место разрыва, покрытое кровяными свертками, по снятии которых видны выступающие из разрыва ворсинки. Место прикрепления *lig. rotundi* находится на латеральной стороне опухоли и от точки, симметричной месту отхождения *lig. rotundi* правой стороны, отстоит почти на 5 сант. Левая труба имеет в длину 6,5 сант. и подходит к опухоли латерально и снизу. Труба извилиста, не утолщена, абдоминальное отверстие ее не зарощено.

На разрезе (рис. 4) плодместилище занимает левый угол матки, располагаясь в толще ее стенки и растягивая ее главным образом в боковом направлении и несколько книзу. Наименьшая толщина перегородки, отделяющей плодместилище от полости матки, равняется 0,5 сант. и соответствует как раз выпячиванию левого угла ее. Вертикальный размер плодместилища равен 5,5 сант., а наибольший косой—7 сант. Стенки плодного мешка, являясь непосредственным продолжением маточной мускулатуры и имея в начале толщину около 0,5 сант., постепенно истончаются к месту разрыва, где их различить макроскопически уже не представляется возможным. Внутренняя поверхность мешка покрыта хорионом и амнионом. Хорион наибольшего развития достигает по медиальному краю плодного мешка, прилежащему к сохранившейся части маточной стенки. Все слои стенки плодместилища у места разрыва пронизаны кровоизлияниями. Отдельные, более или менее обширные кровоизлияния попадают в толще хориона по всей его периферии, исключая места наибольшего его развития. Амниональная полость содержит серозно-кровоянистую жидкость и плод, длина которого равняется 9 сант. Слизистая оболочка матки сильно гипертрофирована. Со стороны миометрия бросается в глаза заметное утолщение его в области правого угла матки. Помимо того, в строении мускулатуры здесь на ограниченном участке привлекает внимание хорошо выраженная сеть соединительнотканых перегородок, среди которых заложена ткань равномерно-сероватого цвета. Левый яичник по величине нормален, содержит желтое тело, полость которого уже vyplняется соединительнотканым ядром.

Гистологическое исследование препарата. Исследование стенок плодного мешка на предмет нахождения *deciduae* показало, что никакого сплошного слоя децидуальной оболочки здесь нет. Кое-где попадались островки клеток, похожих на децидуальные, но устано-

вить точно природу их не удалось. Местами получалось впечатление, что это могли быть видоизмененные мышечные клетки. Большею же частью синцитиальные элементы вросли непосредственно в мио-метрий, расплавляя его на месте соприкосновения и превращая в фибриновый слой Nita buch'a. Интересные данные получились при изучении того места перегородки между плодным мешком и маткой, которое соответствовало левому углу ее полости. Здесь нам удалось доказать присутствие маточного конца трубы, обнаруживавшей целый ряд изменений. Можно было видеть, что труба имеет собственную мускулатуру. Слизистая оболочка ее, непосредственно лежавшая на мышцах, складок не имела и была покрыта низким цилиндрическим эпителием. В просвете трубы лежали более или менее об'емистые свободные островки, состоявшие из стромы, похожей на строму эндометрия, с поверхности покрытые цилиндрическим эпителием. Местами как в этих островках, так и под эпителием трубы попадалась мелкоклеточковая инфильтрация. На сериях срезов можно было убедиться, что описанные в трубе образования суть полипы, исходящие из ее слизистой и связанные с ней тонкими ножками. Попадались участки, где просвет трубы сплошь был забит такими полипами, а покрывавший их стенку эпителий был заметно атрофирован, местами до полного исчезновения. В окружности маточного конца трубы в толще миометрия были обнаружены отдельные железистые включения, имевшие вид узких трубок, покрытых низким цилиндрическим эпителием, лежавших в соединительноткан-ных прослойках как-бы свободно, без окружающей их цитогенной ткани. Исследование участка миометрия в области трубного угла матки с правой стороны показало наличие здесь большого количества аденоматозных включений в виде отдельных железистых полостей и их комплексов самой разнообразной величины и формы, окруженных большим или меньшим количеством цитогенной ткани. Слизистая оболочка матки, значительно гипертрофированная, обнаруживала большое количество желез, особенно разросшихся в глубоких ее отделах. Эпителий желез хорошо сохранился и во многих железах наслаивался в виде кустиков (т.н. железы Oritz'a). Строма слизистой оболочки, более компактная в поверхностных слоях ее, заметных децидуальных изменений не проявляла и в общем имела вид, присущий строме нормальной мукозы. Яичник обнаруживал свойственные беременности изменения в виде процессов атрезии фолликулов. Желтое тело находилось в стадии соединительнотканной организации центрального ядра.

При установке анатомического дифференциального диагноза беременности в интерстициальной части трубы приходится принимать во внимание возможность смещения ее с беременностью в части трубы, пограничной с *pars isthmica*, с беременностью в рудиментарном роге *uterus bicornis* и, наконец, с беременностью в замкнутой половине *uterus bilocularis*.

Характер соединения плодного мешка с маткой и отношение к нему круглой связки матки позволяют исключить беременность в рудиментарном роге. Для интерстициальной беременности харак-

терным, по Baart dela Faille'ю, является широкое соединение плодного мешка с углом матки в то время, как для беременности в рудиментарном роге или в пограничной части *partis isthmicae* характерно присутствие более или менее ясно выраженной ножки. Не менее важно отношение круглой связки, на которое обратил внимание уже Kussmaul. При наличии ножки, связывающей плодный мешок с маткой, отхождение *lig. rotundi* медиально от него говорит за трубную беременность, а латеральное отхождение — за беременность в рудиментарном роге. Типичным для интерстициальной беременности является латеральное отхождение связки или, по крайней мере, прикрепление ее на передней поверхности плодместилища. Как показала Erna Glaesmer⁶⁾, характер отношений круглой связки к стенкам интерстициального плодного мешка зависит от направления его роста. При боковом его росте место прикрепления связки может оказаться медиальным, но и в таких случаях связка обязательно пробегает по передней поверхности плодместилища.

Описанный Rosenthal'em признак интерстициальной беременности заключается в том, что периферический отрезок трубы подходит к плодному мешку не прямо сбоку, а латерально и снизу. Это объясняется также направлением роста яйца при *graviditas interstitilis* преимущественно вверх и кзади.

Очень важное значение некоторыми авторами (Werth³⁾ приписывается т.н. признаку Simon'a - Ruge, который состоит в том, что при растяжении одного угла матки растущей интерстициальной беременностью верхняя граница дна матки принимает крутое направление (т.н. *Steilstellung*). Как и другие признаки, признак Simon'a - Ruge не является абсолютным, и степень выраженности его существенно зависит от направления роста яйца в толще маточной стенки.

Решающим в пользу диагноза интерстициальной беременности обстоятельством, по Werth'у и другим авторам, должно служить нахождение центрального конца трубы в перегородке между плодным мешком и полостью матки. Следует, однако, указать, что большую диагностическую ценность признак этот имеет только в случае его положительности. Как показывают литературные данные, далеко не всегда, даже при самых тщательных исследованиях, удавалось находить центральный конец трубы и в случаях несомненной интерстициальной беременности.

Наконец, последним опорным пунктом для постановки диагноза интерстициальной беременности служит развитие в эктопическом плодном мешке децидуальной оболочки. Вопрос о развитии *deciduae*



Рис. 1.

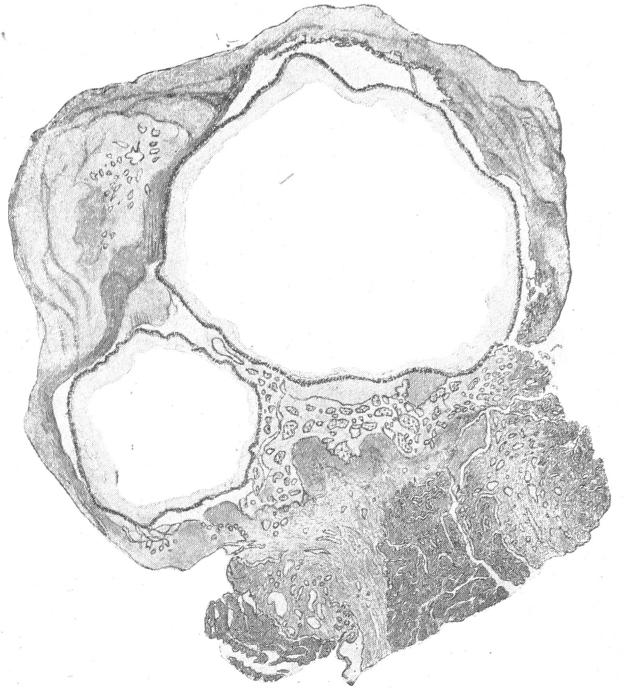


Рис. 3.



Рис. 2.

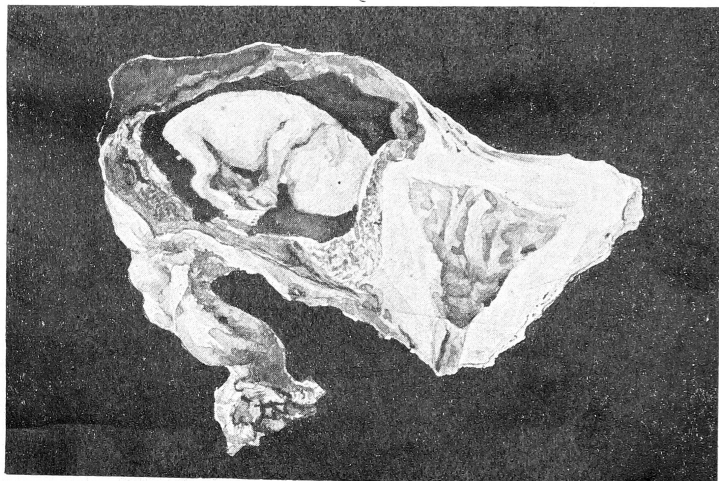


Рис. 4.

при трубной беременности еще не может считаться изученным во всех его деталях. Во всяком случае, повидимому, следует считать установленным, что сплошного децидуального слоя при этом не образуется.

Рассматривая теперь наш случай с точки зрения вышеуказанных признаков, мы должны установить, что он характеризуется широким соединением плодместилища с левым углом матки, отхождением трубы латерально и снизу от мешка, латеральным прикреплением круглой связки, присутствием центрального отрезка трубы, отсутствием сплошного слоя децидуальной оболочки и отсутствием круглого стояния дна матки. На основании указанных признаков мы имеем полное право исключить беременность в рудиментарном роге и беременность в конечной части *partis isthmicae tubae*. Возможность беременности в замкнутой половине *uterus bilocularis* тоже должна быть исключена,—главным образом на основании наличности в данном случае центрального конца трубы и отсутствия сплошного децидуального слоя, как на это особенно указывает *Werner*⁷⁾. Неодинаковая толщина стенок плодместилища тоже говорит против диагноза беременности в замкнутой половине двойной матки.

Таким образом в нашем случае счастливо сочетались почти все признаки, приписываемые авторами интерстициальной беременности. Лишь признак *Simon'a Ruge* оказался невыраженным. На основании его отсутствия подвергать, однако, сомнению наш диагноз,—*graviditas interstitialis*,—нет никаких оснований. Степень выраженности этого признака тоже в значительной мере зависит от направления роста плодного яйца. По данным *Glaesmer* в тех случаях, где рост плодного мешка идет в сторону *partis isthmicae tubae*, признак *Simon'a - Ruge* может и отсутствовать. В нашем случае, повидимому, рост яйца именно и шел в таком направлении,—нахождение значительного центрального отрезка трубы, кажется нам, говорит в пользу именно такого предположения.

Довольно значительное разнообразие анатомических отношений, встречающихся при *graviditas interstitialis*, привело к тому, что авторы пытаются выработать схемы, под которые можно было бы подвести отдельные разновидности межзачаточной беременности. Одни из классификаций, как, напр., классификации *Dezeimeris'a* и *Legueux*⁸⁾, слишком сложны, другие (*Hennig'a*, *Werth'a*, *Бекмана*), наоборот, не охватывают всех возможностей. Так как различные вариации в анатомических отношениях при интерстициальной беременности зависят главным образом от места оседания яйца на протяжении интерстициальной части трубы и от направ-

ления его роста в дальнейшем, то наиболее простой, кажется нам, следует признать классификацию, предлагаемую Glaesmer, которая в основу деления различных форм междуточной беременности кладет именно направление роста яйца и с этой точки зрения различает 3 типа интерстициальной беременности. Первый тип характеризуется ростом яйца в мускулатуру дна матки, второй—ростом его в мускулатуру боковой стенки матки и, наконец, третий—направлением развития яйца в сторону *partis isthmicae tubae*. На основании вышеуказанных соображений наш случай ближе всего подходит к этому последнему типу.

Изученный нами препарат, будучи весьма ценным для оценки диагностического значения отдельных анатомических признаков интерстициальной беременности, дает также весьма интересные указания на этиологию ее. Среди различных этиологических моментов при возникновении трубной беременности механические препятствия для передвижения яйца, несомненно, играют первенствующую роль. Также не подлежит сомнению, что в основе этих механических препятствий в большинстве случаев лежат воспалительные изменения труб. Повседневные наблюдения также показывают, что для возникновения трубной беременности вовсе не требуется грубых анатомических изменений,—для этого достаточно бывает образования слепых ходов, бухт, склеивания отдельных складок слизистой оболочки между собою. Наш случай, думается нам, с несомненностью еще раз доказывает влияние механических моментов и подчеркивает этиологическое значение отмеченных уже Werth'ом изменений в слизистой оболочке трубы, состоящих в образовании полипозных ее разрастаний. Найденные нами в миометрии левого трубного угла матки отдельные железистые включения и настоящие аденомиоматозные разрастания в окружности правого трубного устья (*Tubenwinkeladenomum* немецких авторов) определенно говорят за то, что в основе всех найденных изменений лежит воспалительный процесс, так как по современным воззрениям (R. Meyer) развитие аденомиом в области трубных углов матки есть результат воспалительного отшнуровывания участков эндометрия.

Что касается оперативного лечения интерстициальной беременности, то принципиально, конечно, вполне приемлемо предложение Попова⁹⁾ ограничиваться консервативным иссечением беременного угла матки. Но возможность выполнения этой операции опять-таки будет зависеть от направления роста плодместилища. В нашем случае плодный мешок так широко захватывал стенку матки, что консервативное иссечение его повлекло-бы за собою такое повреждение левой половины матки, после которого матка едва-ли могла-

бы сохраниться в качестве органа способного к выполнению функции беременности. Указанное соображение послужило для нас основанием в тому, чтобы не оставлять остатка изуродованной матки и ампутировать тело ее суправагинально.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Ann. de gynecol., 1889.—2) Zentralbl. f. Gyn., 1923, № 1.—
3) Winkel's Handb. d. Geb., Bd. II, T. 2.—4) Цитирую по
Hoe h n e (2).—5) Гинек. и акуш., 1922, № 2—3.—6) Arch. f. Gyn.,
Bd. 93.—7) Hegar's Beiträge, Bd. 9.—8) Zentralbl. f. Gyn., 1912,
№ 7.—9) Жур. акуш. и жен. бол., 1915.
-