

К вопросу о missed abortion *).

Проф. А. И. Тимофеева.

(С 3 рис.).

Как известно, по предложению Oldham'a и Matthews Duncan'a терминами missed labour и missed abortion определяются случаи, где после наступивших и снова прекратившихся явлений родов (resp. аборта) умершее в полости матки плодное яйцо задерживается на значительное время—иногда даже дольше нормального срока беременности. По E. Fränkel'ю ¹⁾ понятие missed abortion следует ограничить случаями, когда смерть плода наступила незадолго до момента его жизнеспособности, задержка же его в полости матки превысила нормальную продолжительность беременности. Хотя в понятия missed labour и missed abortion не укладываются все возможные случаи аномалий этого рода, но это не имеет большого значения, так как сущность процесса остается одна и та же, что и позволяет говорить о задержании умершего плодного яйца в полости матки.

В учении о missed abortion многое еще остается спорным и недостаточно выясненным. Прежде всего остаются нерешенными вопрос о причинах гибели плодного яйца, вопрос о том, почему матка не изгоняет умершее плодное яйцо, как это бывает в нормальных случаях, и, наконец, весьма интересный вопрос,—под влиянием каких причин матка, обычно ко времени нормального окончания беременности, начинает развивать сократительную деятельность и выталкивает погибшее плодное яйцо, находившееся в ее полости иногда в течение нескольких месяцев.

Большинство теорий, предложенных для объяснения указанных выше вопросов, не имеют под собою достаточных фактических оснований. Изучение патолого-анатомических отношений при missed abortion в большинстве случаев касается только состояния частей плодного яйца и с этой стороны разработано подробно; что же

*) Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете.

касается изменений со стороны самой матки, то относительно их в литературе имеются лишь единичные указания — по вполне понятным причинам, так как секционные или операционные препараты маток при missed abortion являются сравнительной редкостью. Указанное соображение заставляет меня опубликовать данные патолого-анатомического исследования матки при missed abortion, препарат которой был получен при оперативном лечении одного случая, наблюдавшегося в заведомом мною Гинекологическом отделении Казанского Клинического Института. История этого случая вкратце такова:

Больная К., 32 лет, имела 7 беременностей, из которых первые 4 кончились срочными родами, 5-я беременность окончилась преждевременно на VIII месяце после ушиба от падения, а 2 последние беременности закончились выкидышами на III месяце, без видимых причин. Последняя менструация была у больной в половине ноября 1920 г. Больная почувствовала себя беременной и на V месяце ясно стала ощущать движения плода. Когда беременность достигла 5 месяцев, больная получила какое-то острое желудочно-кишечное заболевание с характером холеры, после чего вскоре перестала ощущать движения плода, а через некоторое время заметила, что об'ем живота у ней несколько уменьшился. Никаких болезненных ощущений пациентка не испытывала до 30 сентября 1921 г., когда у нее вдруг началось сильное кровотечение, и появились схваткообразные боли. В виду сильной потери крови приглашенный врач вскрыл плодный пузырь, произвел поворот на ножку и извлек плод. В дальнейшем, при ручном отделении плаценты, врач не мог ориентироваться в полости матки и при извлечении руки вытянул кусок сальника. Больная была затампонирована и немедленно транспортирована за 40 верст в Казань, где нами при чревосечении было обнаружено, что в правой половине задней стенки матки почти во всю длину ее идет разрыв, нижним концом заходящий в правый параметрий. Об'емистая гематома занимает область правой широкой связки и между пузырем и маткой заходит на левую сторону, притыкая также клетчатку левой широкой связки. Кусок сальника туго втянут в отверстие разрыва матки. Сальник резецирован, матка экстирпирована с придатками. Плацента найдена в области соесит. Рана частью перитонизирована, культя влагалища подшита к брюшине, вагинальный дренаж, брюшная стенка закрыта наглухо. В послеоперационном периоде нагноение кожной раны и воспалительный инфильтрат в правом параметрии, вполне затем рассосавшийся.

Из данных патолого-анатомического исследования наиболее интересными представляются гистологические изменения матки. В области прикрепления плаценты внутренняя поверхность матки оказалась местами покрытой слоем грануляционной ткани с сильно развитыми капиллярами, который непосредственно прилежал к миометрию. Местами внутренняя поверхность матки была занята слоем фибрина и коагуляционно некротизированной ткани, среди которого кое-где попадались остатки гиалиново перерожденных ворсин хориона. Под

этим слоем фибрина, в особенности в окружности ворсин, которые местами довольно глубоко внедрялись в стенку матки, были заложены группы и скопления децидуальных клеток. Клетки эти представлялись атрофичными, красились очень бледно и диффузно. Всюду между ними видно было значительное количество сильно расширенных капилляров, а также отдельные веретенообразные клетки и их скопления в виде тяжей. Как среди скоплений децидуальных клеток, так и глубже в миометрии можно было видеть регенерирующиеся маточные железы. Чем далее от места прикрепления плаценты, тем более менялось строение маточной стенки; фибриновый слой с ворсинками совершенно исчезал, децидуальных элементов становилось все меньше, и внутренняя поверхность миометрия оказывалась покрытой слоем плотной соединительной ткани с веретенообразными клетками и большим количеством капилляров, среди которых тут и там попадались железистые полости типа маточных желез с низким цилиндрическим эпителием. Наконец, эта картина сменялась картиной слизистой оболочки матки с) следующими особенностями: прежде всего покровный эпителий, в виде очень низких клеток, не имел вида непрерывного слоя, а лежал лишь в углублениях на поверхности муковы; эта последняя имела сравнительно незначительную толщину; немногочисленные железы имели вид узких трубок, вытянутых параллельно поверхности слизистой оболочки, строма состояла из плотной соединительной ткани с веретенообразными клетками, местами сильно инфильтрированной лейкоцитами. Местами строма и вместе с ней железистые просветы были сильно втянуты вглубь миометрия. В области маточной шейки имелась характерная слизистая оболочка с небольшим количеством желез. Со стороны миометрия следует отметить значительное содержание соединительной ткани, разрыхление внутренних слоев его, — в особенности у места прикрепления плаценты, вследствие отечности, — а также диффузную окрашиваемость мышц и их ядер в этих же участках. Отечность миометрия была сильно выражена также в нижнем сегменте матки, особенно по задней его стенке. Со стороны сосудов миометрия следует отметить значительное развитие артерий среднего калибра, в особенности в самых внутренних слоях нижнего сегмента. Местами было заметно гиалиновое перерождение сосудов. Жировой дегенерации миометрия установить не удалось. Количество эластической ткани в шейке матки представлялось уменьшенным. В левом яичнике было обнаружено желтое тело в стадии далеко зашедшего обратного развития. Созревающих фолликулов в яичниках не было найдено, равно и процессы атрезии фолликулов были выражены нерезко. Со стороны плаценты преобладали процессы некроза и дегенерации с явлениями гиалинового перерождения и резко выраженной склонностью к отложению солей извести.

Причину ненаступления родовой деятельности матки вслед за гибелью плодного яйца при missed abortion многие авторы видят в пониженной раздражимости матки. Некоторые (Ш л о к е р, В и т т) допускают, что в основе этой аномалии лежат изменения центральной или периферической нервной системы, А н у ф р и е в²⁾ же

полагает, что анатомический субстрат пониженной раздражимости матки следует искать в изменениях ее мышц и сосудов. Целый ряд авторов, далее, (Spiegelberg³), Semb⁴), Horn⁵), Черномордик⁶)) помимо пониженной раздражимости матки говорит о более плотном прикреплении яйца путем фиброзных разрастаний плаценты. Нужно, однако, заметить, что достаточных патолого-анатомических оснований указанные теории не имеют за отсутствием соответствующих исследований. Просматривая литературу относительно изменений самой матки при missed abortion, приходится убедиться, что сравнительно часто этой аномалии сопутствуют побочные заболевания матки, главным образом в виде ее опухолей—миом и в особенности раков шейки (сл. Menzies'a⁷), Müller'a⁸), Beigel'я⁹), Labhardt'a¹⁰), Fränkel'я¹¹) и др.). Из более тонких изменений маточной мышцы Scharlieb¹²) отмечает особенную ломкость ее, Rosenstein¹³) говорит о вакуольном перерождении мышц миометрия, а Purslaw¹⁴) о значительном разрастании в нем плотной фиброзной соединительной ткани. Со стороны сосудов миометрия Schmidt¹⁵) мог установить гиалиновое перерождение adventitiae и mediae крупных сосудов, преимущественно артерий, а Rosenstein в одном случае мог наблюдать резко выраженное прорастание сосудистых стенок синцитиальными элементами. Наличие крепких сросений плодного яйца со стенкой матки никем не доказана; наоборот, в случаях Орлова и Иванова¹⁶) плодные яйца были уже изолированы от маточной стенки, и со стороны слизистой оболочки ее уже начались процессы регенерации (Иванов). Здесь следует упомянуть, что Fränkel и Schaeffer¹⁷) на основании теоретических соображений допускают, что при missed abortion должна происходить регенерация слизистой оболочки, а Schaeffer полагает даже, что менструальные приливы крови и являются причиной наступления родовой деятельности, ведущей к опорожнению матки от задержавшегося в ней яйца.

После этого краткого перечня наших знаний относительно изменений матки при missed abortion интересно сопоставить с ними полученные нами данные.

Со стороны миометрия мы могли отметить в своем случае целый ряд изменений, местами довольно грубого характера (отек). Имея пред собою подобного рода изменения, можно было-бы говорить о влиянии их на сократительную способность матки, если-бы можно было доказать, что эти изменения первичны, а не являются в свою очередь результатом почти 6-месячной задержки яйца в полости матки, что, по нашему мнению, более вероятно. Таким

образом наш препарат не дает анатомических данных для суждения о причинах задержки плодного яйца.

Что касается состояния слизистой оболочки матки, то изученные нами препараты показывают, что в момент рождения плодного яйца связь его со стенкой матки почти отсутствовала, и что процесс изоляции яйца шел путем регенерации слизистой оболочки матки, каковая регенерация была выражена настолько значительно, что даже в области прикрепления плаценты признаки возрождения мукозы можно было видеть со стороны желез, появившихся над слоем децидуальной ткани. Важно при этом отметить, что со стороны мукозы нигде, даже в участках, где она была выражена более совершенно, никаких признаков, указывавших на ее менструальное состояние, не было,—наоборот, она носила скорее характер атрофичной, напоминая местами картину т. н. *endometritis atroficans*. Обстоятельство это мы считаем очень важным, так как оно позволяет решительно высказаться против теории Schaeffer'a-Franke'l'a, по которой роды при missed abortion наступают вследствие менструальных приливов крови. И состояние яичников в нашем случае тоже говорит против возможности предположения, что здесь могли иметь место менструальные явления: ни созревающих фолликулов, ни свежих желтых тел мы не имели. Интересно также отметить, что и процессы атрезии фолликулов были в нашем случае выражены крайне слабо.

Отрицая на основании наших наблюдений теорию Schaeffer'a, взамен ее мы не можем представить нового об'яснения, но вопрос этот настолько труден для решения, что на основании отдельных патолого-анатомических исследований едва-ли и может быть решен,—к решению вопросов, связанных с учением о missed abortion, наука подойдет лишь тогда, когда разрешен будет кардинальный вопрос акушерства о причинах, вызывающих наступление нормального родового акта.

В заключение нам остается еще коснуться вопроса о терапии missed abortion (resp. missed labour). В этом отношении авторы придерживаются одного из двух направлений,—большинство рекомендует способ выжидательный, другие, наоборот, поступают активно, приводя в пользу такого образа действий различные соображения, как, например, возможность сильных кровотечений (Rosenstein), тяжелые общие явления вследствие всасывания токсинов (Rosinski¹⁸), возможность развития злокачественной хорион-эпителиомы (Улезко-Строганова¹⁹). Так как при вызывании родовой деятельности в случаях missed abortion приходится иметь дело с пониженной чувствительностью матки, то для достижения желаемого

эффекта оператор может быть вынужден прибегнуть к энергичному расширению маточной шейки включительно до применения инструмента Bossi, как это некоторыми и советуется. Однако, при применении подобных насильственных методов дилатации шейки нельзя не считаться с установленным целым рядом авторов фактом особой ломкости и легкой разрываемости маточной стенки при missed abortion. К каким тяжелым повреждениям может повести неосторожное растяжение нижнего сегмента матки при форсированном родоразрешении в случаях missed abortion, хорошо иллюстрирует наше наблюдение. Происхождение разрыва мы именно объясняем здесь перерастяжением нижнего сегмента матки в момент введения руки для поворота и при производстве самого поворота. И случай наш не является в литературе единичным: Cameron²⁰⁾ описал подобный же случай разрыва, возникшего в момент поворота. Тяжелые повреждения матки и кишечника в случае, опубликованном Mc. Ewan²¹⁾, произошли вслед за попыткой форсированного родоразрешения путем расширения шейки инструментом Bossi.

Если принять во внимание, что те осложнения, которых боятся защитники активной терапии, встречаются сравнительно редко, а некоторые, как, напр., злокачественное перерождение в экзохориому, никем до сих пор еще не описаны, то возведение активного образа действий при missed abortion в принцип нам кажется недостаточно обоснованным. Мы полагаем, что при отсутствии строгих показаний к немедленному опорожнению матки при missed abortion следует держаться выжидательно, предоставляя изгнание плодного яйца силам природы.

Что касается терапии разрывов матки, то, как известно, и здесь существуют различные мнения по вопросу об оперативном вмешательстве. Не вдаваясь в обсуждение этого большого вопроса, мы должны сказать, что в нашем случае при наличии выпадения сальника и при явном указании, что плацента попала в брюшную полость, выбора не оставалось,—чревосечение здесь было показано безусловно, тяжесть же поражения матки и обширная тазовая гематома указали дальнейший образ действия, именно, полную экстирпацию сильно поврежденного органа.

Объяснение рисунков.

Рис. 1. Макроскопический препарат удаленной матки с задней ее поверхности. Видно отверстие разрыва, через которое выпал кусок сальника.

Рис. 2. Часть слизистой оболочки матки вдали от места прикрепления плаценты. Желез мало, ход их неправильный, эпителий



Рис. 1.

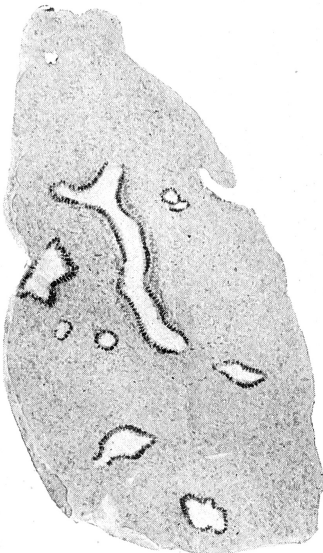


Рис. 2.



Рис. 3.

низкий. Покровный эпителий едва намечается. Строма состоит из плотной соединительной ткани. Zeiss, Ob. DD., Ос. III.

Рис. 3. Часть маточной стенки в области прикрепления плаценты. Видны остатки ворсин, а также регенерирующиеся железы. Строма состоит из плотной соединит. ткани. Reich., Ob. 46 в, Ос. III.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Fränkel. Vollkmann's Samml. klin. Vortr., № 351, 1903.—2) Ануфриев. Руск. Врач, 1904; Жур. Ак. и Жен. бол., 1909.—3) Spiegelberg. Lehrb. d. Geb., S. 367.—4) Semb. Ref. From. Jahresb., 1896, S. 570.—5) Horn. Цит. по Fränkel'ю (1).—6) Черномордик. Прак. Врач, 1909.—7) Menzies. По Fränkel'ю (1).—8) Müller. Тоже.—9) Beigel. Krankh. d. weib. Geschlechtorg., Bd. II.—10) Labhardt. Hegar's Beiträge, Bd. 6, 1903.—11) Fränkel, o. c.—12) Scharlieb. Centr. f. Gyn., 1899, S. 124.—13) Rosenstein. Monatsch. f. G. u. Gyn., Bd. 33, 1911.—14) Purlow. The Lancet, 1909, II, 294.—15) Schmidt. По Fränkel'ю (1).—16) Иванов. Zentrbl. f. G., 1898, S. 1025.—17) Schaeffer. Monatsschr. f. G. u. Gyn., Bd. 8, 1898.—18) Rosinski. Monatsschr. f. G. u. Gyn., Bd. 28, 1908.—19) Улезко-Строганова. Жур. Ак. и Жен. бол., 1910.—20) Cameron. Brit. med. Journ., 1899.—21) Mc. Ewan. The Lancet, 1909, p. 1826.
-