

К вопросу о судьбе поздних эктопических беременностей.

В. Касогледова и Я. Браула.

Вопрос об эктопической беременности за последнее время, в связи с значительным учащением ее, привлекает к себе все большее и большее внимание врачей. С одной стороны возбуждают интерес причины возникновения эктопической беременности, с другой стороны не менее интересна судьба продуктов ее после длительного пребывания в организме. Ряд авторов (Груздев ¹), Рузский ²), Парсамов ³), Вейсенберг ⁴), Цейтлин ⁵) и др.) связывает значительное учащение случаев внематочной беременности, наблюдаемое в последние годы, со столь сильно распространенным теперь способом вызывания запоздавших кровей или раннего выкидыша впрыскиваниями в матку йода и др. едких жидкостей.

В настоящей работе мы хотели-бы обратить внимание главным образом на другую сторону вопроса. С точки зрения практической хирургии наиболее актуальным является здесь вопрос о судьбе плаценты в случаях поздних, — доношенных и переносенных, — эктопических беременностей. В то время, как удаление плода в подобных случаях обычно не представляет особенных трудностей, хирургу в большинстве случаев поздней внематочной беременности приходится подумать над тем, как поступить с плодным мешком, ибо удаление последнего часто бывает сопряжено с величайшим риском и оказывается весьма трудным, а подчас и совершенно технически невозможным, — напр., при прикреплении плаценты у корня брыжейки, в области крупных сосудов (Бекман ⁶).

С этой стороны представляют известный интерес следующие 2 случая поздней внематочной беременности, наблюдавшиеся нами среди общего числа 38 случаев внематочной беременности, поступивших в отделение за период с 1920 по 1926 г.:

Случай I. Крестьянка М. Б., 31 г., первобеременная, перестала носить крови, приходившие до того аккуратно, с 1/XII 1923 г. В конце мая следующего года у нее появились резкие боли в животе. С этого же времени — кровавистые выделения из полового канала. При поступлении больной в отделение 3/VII справа внизу живота у ней была обнаружена опухоль, переходившая в малый таз. Операция 8/VII — срединное чревосечение (хлороформ — эфир). Предлежал спаянный с большой колбасовидной опухолью сальник. Опухоль оказалась сильно растянутой правой трубой, содержавшей плодный мешок с плодом. Матка и мочевой пузырь были отеснены кпереди и кверху. Сальник выделен и отчасти отрезан у места перехода его в опухоль. Левые придатки спаяны с опухолью, отдавая последней несколько сосудов. Левая труба отсечена от левого яичника и левой широкой связки. Из правого угла матки иссечено начало правой (беременной) трубы, до-

стигавшей здесь толщины большого пальца. Перевязаны и перерезаны между лигатурами сильно расширенные правые яичниковые сосуды, шедшие к верхнему полюсу опухоли, где располагалась плацента. После этого брюшина надсечена, начиная от правых яичниковых сосудов, до начала правой круглой связки, надсечен также задний листок lig. lat. dex., и опухоль постепенно выслоена пальцем из заднего дугласова кармана. При этом во время отделения опухоли от нижнего отдела S. romanі и прямой кишки пришлось штрихами ножа снимать поверхностный слой ее и оставлять его на кишках. Обнаженная полость малого таза была перитонизирована широкими связками, прилегавшей SR и спущенным салынком. Брюшная полость закрыта наглухо. В cav. Retzii стеклянный дренаж. 16/VII сняты швы.—grima. 22/VII больная выписана здоровой.

Макроскопическое описание препарата (фиксированного 10% формалином). Сильно изогнутая дугообразно, колбасовидная, с закругленными концами опухоль, наибольшая ширина которой равняется 17,5 сант., длина по наружной кривизне—44 сант., диаметр верхнего конца—9,75 сант., нижнего—8,25 сант. По вскрытии опухоли в верхнем, толстом конце ее обнаружена плацента. Внутренняя поверхность последней была слегка вогнута. Толщина плаценты в центре равнялась 6 сант. Снаружи на этом конце опухоли находился пучок толстых затромбированных сосудов, перевязанных шелком. Книзу от места прикрепления плаценты опухоль представляла собою тонкостенный мешок (стенки от 2 до 5 милл. толщиной). Вся полость мешка была выполнена сильно сдавленным, деформированным плодом мужского пола. Плод соединялся с плацентой извивающейся пушиной до 1 сант. в диаметре. Длина плода по спинной кривизне, от bregma до копчика,—28 сант. Кожа обильно покрыта жировой смазкой, на головке и местами на туловище—волосая пух.

Микроскопическое описание. Стенка мешка из бедной сосудами, волокнистой, довольно богатой ядрами соединительной ткани, содержащей много эластических волокон. Соединительнотканые волокна идут главным образом циркулярно—поперечно к длиннику опухоли. Между ними заложено много пучков гладких мышечных клеток, идущих в том же направлении. Ткань в окружности кровеносных сосудов и лимфатических щелей местами инфильтрирована круглыми клетками. Внутренняя поверхность мешка выстлана однослойным кубическим эпителием. В просвет мешка в некоторых местах вмячиваются сильно уплотненные, прилегающие к внутренней поверхности поперечные складки. Покрывающий их эпителий—плоский, однослойный, лишь в отдельных местах, у корня складок, имеющий вид низкого кубического. В кусочках, взятых из мест прикрепления к мешку плаценты, стенка его оказалась такого же строения, только инфильтрация круглыми клетками здесь была выражена несколько сильнее. Внутренняя часть мешка прилегающая к плаценте, состоит из богатой пузырькообразными ядрами молодой волокнистой соединительной ткани, обильно васкуляризированной. Отдельные тяж этой ткани врастают в некротизированную плаценту, в наружном слое состоящую из гомогенной, резко красящейся эозином, бесформенной массы. В конце этих тяжей образуются лакуны, выполненные крупными, с большим количеством протоплазмы, одноядерными клетками, протоплазма которых содержит желтовато-бурый пигмент (кровоной) в виде пыли. В более глубоких частях детского места сохранилось местами вполне ясное строение его ворсин. Клетки ворсин и их ядра видны, однако, лишь в виде теней. При исследовании срезов, проведенных через покровы плода вглубь, оказалось, что ткани плода сохранили способность к дифференцированной окраске.

Таким образом в данном случае имелась трубная семимесячная беременность. Плод умер приблизительно за 2 месяца до операции и успел подвергнуться мумификации. Организация и рассасывание плаценты совершались здесь довольно резко.

Случай II. Крестьянка А. Р., 25 лет, поступила в Терапевтическое отделение больницы в январе 1926 г. по поводу іbs легких в кавернозной стадии. При поступлении больная заявила, что беременна 5 месяцев, почему возник вопрос о желательности производства здесь прерывания беременности. В виду безнадёжного положения больной такое прерывание было признано, однако, бесполезным. Через несколько дней после того у Р., при незначительных болях в животе, появились небольшие кровянистые выделения из влагалища. Вскоре после того она, по собственному желанию, выписалась из больницы, но 14/X снова поступила, на

этот раз в Гинекологическое отделение последней с запиской от сельского фельдшера, что она направляется для родов, и что она переносила уже свою беременность на 2 месяца. Из распроса больной выяснилось, что вскоре после выписки ее из больницы кровянистые выделения у ней постепенно прекратились; почти одновременно с появлением выделений Р. заметила у себя резкое нагрубание груди и выделение молока, которое продолжалось по день опроса. Особых расстройств со стороны органов живота пациентка не имела, но подметила, что опухоль, бывшая у нее над лобком, которую она принимала за беременную матку, переместилась в правую подвздошную область и перестала расти.

При объективном исследовании Р. было найдено следующее: крайнее истощение, тbc легких в предсмертной стадии, грудные железы нагрудли, с ясно выраженными дольками и большой, пигментированной, двухконтурной ареолой; из них выдавливается немного жидкого молока; в животе ясно определяются две опухоли: одна—поднимающаяся над лобком пальца на 3, с небольшой подвижностью, не дающая зыблениа; вторая опухоль продолговатой формы, бугристая, полуфиксирована, прощупывается справа в области слепой кишки. Слизистая vulvae бледна, атрофична. Матка мала, подвижна, резко контурируется, от углов ее вверх, к миссу, идут два тяжа, переходящие в нижний полюс первой опухоли.

Ввиду безнадежного состояния Р., не допускавшего и мысли об оперативном вмешательстве, больная была переведена в тbc палату Терапевтического отделения, где через 11 дней и скончалась. При вскрытии были обнаружены следующие изменения: *tbc cavernosa pulmonis sin. et miliaris pulmonis utriusque, atrophia fusca myocardii, infiltratio adiposa hepatis, cirrhosis hepatis initialis, inanitio summa, graviditas ectopica tubo-abdominalis mens. V.*

Макроскопическое описание препарата. Препарат представляет собою удаленные целиком в меншке брюшины брюшные органы, фиксированные 10% формалином. В нижней части брюшной полости имеется красновато-бурого цвета, бугристая, с гладкою поверхностью опухоль, приближающаяся по форме к шару. На разрезе эта опухоль оказывается состоящей из красновато-бурой, крошащейся массы, окруженной тонкой белесоватой капсулой, достигающей 2 мм. в толщину. Передняя поверхность опухоли покрыта приросшим к ней большим салынком, сзади опухоль свободна от сросчений. Наибольшая длина ее—14,5 сант., толщина—11,5. К нижнему полюсу опухоли припаяны, как-бы переходя в нее, обе фаллопиевыя трубы на расстоянии 3 сант. друг от друга. Справа от правой трубы к опухоли припаяны растянутые правые широкая и круглая связки матки. Трубы свободны от сросчений, не утолщены, правая имеет в длину 7 сант., левая—5. Трубы соединяют опухоль с маленькой по объему маткой, длина которой равна 6,75 сант., а наибольшая толщина стенок тела—2,5 сант. Тело матки свободно от спаек. Оба яичника нормальной величины, лежат на своих обычных местах, окружены прозрачными пленками соединительной ткани. Желтого тела ни в одном яичнике обнаружить не удалось. Сосуды большого салынка, идущие к первой опухоли, резко расширены,—толщина их достигает 0,75 сант.

Длинная, баллотирующая слепая кишка, свободная от спаек, смещена вниз, инкапсулированной плацентой (первая опухоль) вверх и влево и лежит в левой подвздошной области. В правой подвздошной области, в месте нормального расположения слепой кишки, на расстоянии 6 сант. от первой опухоли, лежит, головкой вниз, окутанный большим салынком, сильно сплюснутый плод, длина тела которого от брегма до копчика—16 сант., а наибольшая ширина—7,5 сант. Плод резко деформирован и сплюснут; консистенция его очень плотная, почти пергаментная; спереди тело его тесно спаяно с салынком, сзади же свободно от сросчений. С первой опухолью плод связан только общим большим салынком и отдельными тонкими перемычками из соединительной ткани. Следов пуговины обнаружить не удалось.

Микроскопическое описание препарата. Капсула плодного мешка (первой опухоли) представляет под микроскопом различные картины. В нижней половине опухоли она состоит из трех слоев. Первый, наружный слой ее построен из волокнистой соединительной ткани, богатой палочковидными, резко красящимися гематоксилином ядрами и эластическими волокнами. В слое этом видно много лимфатических щелей, выполненных круглыми клетками и полинуклеарами, и крупных кровеносных сосудов. К волокнистой соединительной ткани в этом слое во многих местах примешиваются пучки гладких мышечных волокон. Второй слой, более мощный, состоит из значительно более нежной соединительной ткани, богатой овальными пузырькообразными ядрами и капиллярами. В ткани этой много круглых

клеток, а также довольно много ветвящихся узеньких, длинных полостей, идущих параллельно поверхности капсулы; полости эти выстланы низким кубическим эпителием. Третий слой, самый внутренний, имеет одинаковую толщину с предыдущим, состоит из грубой, гиалиново-перерожденной, волокнистой соединительной ткани, бедной ядрами и сосудами, но богатой эластическими волокнами. Во всех трех слоях, особенно в последнем, разбросано большое количество крупных, круглых и веретенообразных, одноядерных клеток, протоплазма которых содержит большое количество желтовато-бурого пигмента. Под капсулой лежит содержимое опухоли из некротизированного мелкозернистого вещества, резко красящегося эозином; местами в этом веществе разбросаны шары из желтовато-бурого пигмента. Периферические части его гомогенны, в центральных же местах различаются очертания ворсин. В периферическом, прилежащем к фиброзной капсуле гомогенном веществе множество мелких лакунообразных полостей, в которых лежат крупные, круглые, одноядерные клетки с протоплазмой, содержащей мелкие крупинки желтовато-бурого пигмента.

При микроскопировании кусочков, вырезанных из верхней части первой опухоли, оказалось, что ее капсула состоит из двух главных слоев: один построен из рыхлой, петливой, богатой сосудами и живыми клетками соединительной ткани,—это салыник, в эндотелии сосудов которого имеется большое количество мелких крупинок желтовато-бурого пигмента; ткань слегка инфильтрирована круглыми клетками; второй слой, более мощный, построен из довольно плотной, местами гиалинизированной, богатой эластическими волокнами, но бедной ядрами соединительной ткани. На границе салыника и этого слоя различается пояс из больших, вытянутых клеток, протоплазма которых плотно набита гомогенными, преломляющими свет крупинками желтовато-бурого пигмента. Во внутренней части второго слоя встречается большое количество таких же клеток, но расположенных более редко. Эта часть слоя состоит из более молодой волокнистой соединительной ткани, богатой клетками с вытянутыми, овальными, пузырькообразными ядрами. На границе слоя с гомогенным содержимым во многих местах в один ряд расположены крупные, протоплазматические, круглые клетки, которые разедают гомогенные массы—некротизированную плаценту—и образуют в ней лакуны. Протоплазма их содержит мелкую пыль желтовато-бурого пигмента.

При исследовании кусочка, вырезанного из левой трубы на расстоянии $1\frac{1}{2}$ сант. от места перехода ее в опухоль, обнаружены резкие изменения в строении трубной мукосы. Просвет трубы представляется в виде ряда узеньких щелей, сильно сдавленных утолщенными складками. Цилиндрический эпителий, выстилающий складки, резко уплощен, клетки его местами низко-кубические. Просвет некоторых щелей заполнен слущившимся эпителием и шаровидными, набитыми желтовато-бурым пигментом клетками. Строма сильно утолщенных складок трубы—из молодой, богатой капиллярами соединительной ткани, густо инфильтрированной круглыми клетками. Наружные слои трубной стенки нормального строения, но также инфильтрированы круглыми клетками.

Правая труба при микроскопировании кусочков, вырезанных на $1\frac{1}{2}$ сант. от опухоли, обнаруживает также некоторые изменения: просвет трубы, растянутый скопившейся жидкостью, образован из ряда довольно крупных, круглых полостей, выстилающий которые эпителий местами сильно уплощен. Строма складок в некоторых участках настолько резко сдавлена, что имеет вид узеньких полосок. В местах же, где строма складок не так сдавлена, она состоит из нижней, богатой овальными клетками с сочными ядрами, соединительной ткани. Наружные слои нормального для маточной трубы строения.

При микроскопировании кусочков, взятых из окутывавшего плод салыника, эпителиального слоя кожи плода под приросшим салыником нигде не было обнаружено. Ткань плода, как и в случае I, сохранили способность к дифференциальной окраске их по Van-Gieson'y. Ядер нигде не видно, отдельные мышечные клетки и волокна соединительной ткани хорошо различимы. Процессов рассасывания и об'извещения в плоде нигде не констатировано.

Судя по всем этим данным, в нашем случае II имела место *graviditas tubo abdominalis mens. V*. Какая именно из труб была первоначально беременна,—точно ответить не представляется возможным; скорее всего это была левая. Плацента была окружена плотной фиброзной капсулой и подвергалась медленному процессу организации и рассасывания, каковые

процессы были строго-асептического характера. Вокруг окутанного салником плода образования такой капсулы не отмечалось, а равно не наблюдалось процессов организации и рассасывания.

Таким образом на основании изучения патолого-анатомической картины обоих наших случаев поздней эктопической беременности мы можем с несомненностью отметить следующее:

В обоих случаях имели место процессы организации—уплотнения и частичного рассасывания плаценты. Признаков воспаления или нагноения плодного мешка и плацент нигде на многочисленных препаратах из разных мест нам обнаружить не удалось. Процесс рассасывания и организации всюду имел строго-асептический характер.

Как известно, многие авторы (Бекман ⁶⁾, Витт ⁷⁾, Рыжиков ⁸⁾, Brugnietelli ⁹⁾ в случаях прогрессирующей поздней внематочной беременности, опасаясь сильного кровотечения при попытках отделения плаценты, вшивают плодный мешок в брюшную рану, производя т. н. марсеунизацию, и вносят вторичную неизбежную инфекцию со всеми ее последствиями (перитонит, обширные сращения в брюшной полости, послеоперационные грыжи и пр.), или же ставят больную в опасность погибнуть от кровотечения, выделяя плодный мешок вместе с фиброзной капсулой.

Хороший исход удаления прикрепленной к нижней поверхности печени плаценты в случае переносимой эктопической беременности, описанном д-ром Тимошенко ¹⁰⁾, нужно считать счастливым исключением, — тем более, что плодный мешок выделялся здесь вместе с фиброзной капсулой из ткани печени из-за какой-то проблематичной, недоказанной возможности токсического влияния детского места на клетки печени.

Наши практические предложения для поздних стадий эктопической беременности таковы:

1) Оперативное вмешательство в этих случаях можно ограничить только удалением плода, если удаление плаценты связано с риском.

2) Плодный мешок, предварительно окутанный большим салником, может быть оставлен в брюшной полости.

3) Оставление на некоторое время инкапсулированной плаценты в брюшной полости дает возможность самому организму подготовить ее к вторичной операции: крупные сосуды плаценты спадутся, спайки сделаются тоньше и длиннее, подвижность плаценты станет больше, т. е. произойдет все то, что наблюдалось во II нашем случае, причем удаление плодного мешка через некоторое время не представит уже трудности.

4) Пребывание инкапсулированной плаценты в брюшной полости в некоторых случаях особых неудобств не создает.

Последнее положение подтверждается II нашим случаем и случаем д-ра Н. И. Кочетова, который после демонстрации второго нашего случая эктопической беременности, в научном заседании врачей г. Петро-заводска, сообщил о двух случаях доношенной эктопической беременности, которые сам наблюдал в своей практике. В одном из этих случаев Кочетов ограничился удалением доношенного умершего плода, оставив плаценту из-за трудности ее выделения и зашив брюшную полость наглухо. Больная выздоровела, и д-ру Кочетову в продолжении ряда лет удалось наблюдать у ней в животе круглую, подвижную, постепенно

уменьшавшуюся в объеме и совершенно не стеснявшую больной опухоль. В другом случае Кочетов пытался удалить плаценту при большом кровотечении, и больная погибла в первые же сутки.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Груздев. Каз. Мед. Журн., 1923, № 3. — 2) Рузский. Там же, 1926, № 10. — 3) Парсамов. Врач. Дело, 1925, № 7. — 4) Вейсенберг. Zent. f. Gyn., 1926, № 19. — 5) Цейтлин. Практ. Мед., 1924. — 6) Бекман. Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1914, № 2. — 7) Витт. Акушерство, 1924. — 8) Рыжиков. Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1914, № 8. — 9) Brugnetelli. Zent. f. Gyn., 1922, № 46. — 10) Тимошенко. Журн. Акуш. и Жен. Бол., 1926, № 4.
-