

Из Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Гос. Университета (директор проф. В. С. Груздев) и Акушерско-Гинекологической клиники Казанского Гос. Института для усовер. врачей (заведующий проф. А. И. Тимофеев).

К клинике внематочной (тубной) беременности.

Проф. А. И. Тимофеева.

Несмотря на то, что в учении о внематочной беременности, в особенности в связи с разработкой патологической анатомии данного страдания, достигнуты значительные успехи, все же и в этой главе гинекологии остается много спорного. Не говоря уже о различных невыясненных деталях этиологии, даже в основных вопросах терапии эктопической беременности не существует полного единогласия в мнениях авторов. Среди современных гинекологов можно указать как приверженцев старого правила Werth'a—оперировать каждую растущую внематочную беременность (Zweifel, Burghardt, Olow, Hoehne и др.), так и противников его, по крайней мере для второй половины беременности (Малиновский, Lichtenstein). Равным образом можно было-бы указать на целый ряд спорных вопросов в деталях терапии внематочной беременности, напр.,—следует-ли оперировать больную в состоянии шока, или выждать, когда явления шока исчезнут,—следует-ли оперировать в случаях с затянувшимся течением, или лечить их консервативно, как это было предложено на последнем Всесоюзном Съезде Гинекологов д-ром Кедровой. Установлению правильного взгляда по отдельным вопросам терапии могло-бы способствовать изучение результатов лечения внематочной беременности, полученных отдельными клиниками на большом числе случаев, проведенных по одному плану. С этой точки зрения мы и считаем небесполезным опубликовать обзор случаев внематочной беременности, наблюдавшихся в Акушерско-Гинекологической клинике проф. В. С. Груздева за время его директорства, с 1900/1 года, и в Акушерско-Гинекологической клинике Казанского Института для усовер. врачей со времени ее открытия, в 1920 году, по 1925 год включительно. Об'единение материала двух этих клиник мы считаем вполне допустимым, ибо принципы терапии внематочной беременности, проводимые в них, совершенно аналогичны, равно как одинаковы в обеих клиниках обстановка и условия оперативной работы.

Всего наш материал обнимает 216 случаев внематочной беременности, из коих 142 случая наблюдались в Университетской клинике проф. Груздева и 74—в клинике Института для усовершенствования врачей. Эти 216 случаев приходятся на 212 больных, так как 4 больных нашего материала были оперированы повторно. 28 больных из этого числа подвергались неоперативному лечению, причем из них лишь у одной диагноз был подтвержден пробной пункцией. У остальных 184 больных диагноз был подтвержден *sub operatione*, так что несомненных случаев

эктопической беременности мы имели 188 у 184 больных. Эти 188 случаев, как несомненно установленные, и будут главным образом подлежать в дальнейшем нашему рассмотрению.

Главной своей задачей мы хотели-бы поставить здесь вопросы терапии; другие же вопросы, связанные с клиникой внематочной беременности, мы позволим себе затронуть лишь постольку, поскольку наши патолого-анатомические данные могут более или менее осветить их.

Что касается патолого-анатомической стороны эктопических беременностей нашего материала, то все это были различные виды трубной беременности, или вторичной брюшной, развившейся из трубной. В частности случаи нашего материала могут быть, по патолого-анатомической картине, распределены на отдельные группы следующим образом: случаев растущей беременности в первую ее половину мы имели 7; случаев беременности во второй ее половине—11; случаев прервавшейся внематочной беременности в виде haematocoele retrouterina—11; случаев трубной беременности, прервавшейся по типу наружного разрыва,—71; случаев трубной беременности с внутренним разрывом плодовместилища —89.

Что касается случаев с наружным разрывом плодовместилища, то среди них 33 падают на *grav. isthmica*, 1—на *gr. interstitialis* и 10—на случаи пограничные, где яйцо оказалось привившимся между *pars isthmica* и *p. interstitialis tubae*. Таким образом в 62% при наружном разрыве плодовместилища прививка плодного яйца имеет место в ближайшей к матке части трубы. В остальных случаях этой группы местом прививки являлась часть трубы, служащая переходом *p. isthmicae* в *p. ampullaris*. Два раза кровоизлияние было интралигаментарным, в остальных случаях—в брюшную полость.

Наоборот, во всех случаях, где у нас имел место внутренний разрыв плодовместилища, местом прививки яйца послужила ампулла трубы. В одном из этих случаев нам удалось наблюдать истинный трубный выкидыш,—плодное яйцо, пропитанное кровью, целиком было вытолкнуто в брюшную полость, а совершенно свободная от крови спавшаяся труба произвела впечатление вполне нормальной.

Помимо одного случая типичной интерстициальной беременности,—повидимому, на почве полипозного разращения слизистой оболочки трубы,—мы наблюдали еще оригинальный случай фимбриальной беременности, оказавшейся притом двойничной (оба случая описаны нами в „Каз. Мед. Журн.“, 1924).

Двусторонняя трубная беременность наблюдалась в нашем материале три раза. Случаи эти описаны М. С. Малиновским („Казан. Мед. Журн.“, 1913), П. В. Маненковым („Казан. Мед. Журн.“, 1923, № 5) и нами („Реф. Мед. Журн.“, 1921, № 8—9).

Не останавливаясь подробно на этиологии внематочной беременности, укажем только, что в 80% всех наших, проверенных операций, случаев имели место анамнестические указания на бывшей воспалительный процесс, причем патолого-анатомически в 54,4% случаев, подвергнутых операции чревосечения, можно было доказать в полости малого таза наличие признаков бывшего воспаления. Необходимо еще указать, что какого-либо заметного этиологического значения гонорреи на нашем материале мы установить не могли. Учитывая значение аборта, как вероятного последствия воспаления с одной стороны и принимая во вни-

мание возможное влияние искусственного аборта на состояние труб с другой, мы проследили частоту абортотворения у наших больных и могли отметить их у 46,6% всех больных с точно установленным диагнозом внематочной беременности, причем в 65% абортотворения непосредственно предшествовали этому заболеванию. Из других патолого-анатомических находок, могущих иметь этиологическое значение, можно отметить наружную миграцию яйца, которая нам встретилась 10 раз, кистовидное изменение желтого тела, которое мы наблюдали 3 раза, и добавочные трубы в одном случае, описанном в свое время проф. Н. И. Горизонтовым (Юб. Сб. пр. Груздева, 1917).

Нелишним считаем остановиться здесь еще на одном моменте, этиологическое значение которого в возникновении трубной беременности еще недостаточно оценено.—мы разумеем здесь внутриматочные инъекции иода, применяемые с целью вызвать запоздавшие у женщины крови. Мы имели 15 случаев внематочной беременности, где применение таких инъекций точно было установлено. Среди этих случаев определенно можно выделить две группы: в одних случаях вслед за применением инъекций, иногда после первой же инъекции, наступал—обычно остро протекавший—приступ перерыва трубной беременности; в этих случаях,—мы имели их 6,—задержка мenses до начала инъекций длилась не менее 2 недель, за исключением одного случая, где инъекции начаты на третий день задержки регул, а катастрофа разыгралась после третьей инъекции, т. е. на шестой день после неявившихся мenses. В другой группе случаев (9) к инъекциям приступали вскоре после того, как ожидавшиеся крови не появились; инъекции или оставались без видимого эффекта, или сопровождались выделением крови, которое трактовалось, как менструация, и лишь спустя некоторое время,—в иных случаях до 3 недель,—обнаруживалось прерывание трубной беременности или остро по типу наружного разрыва трубы, или с характерной картиной трубного аборта. Анализируя обе эти группы, мы должны прийти к заключению, что для случаев первой группы инъекции не могли послужить причиной, вызвавшей внематочную беременность, ибо очевидно, что к началу их применения,—по крайней мере для большинства случаев,—беременность была уже налицо. Против их этиологического значения говорит также слишком незначительный промежуток времени между инъекциями и моментом перерыва беременности, причем в трубе находилось яйцо значительно большего возраста. Для случаев этой группы за инъекциями приходится признавать значение лишь травматического момента, являющегося толчком к разрыву плодместилища, вероятно, вследствие перистальтических движений трубы. Иное дело случаи второй группы,—здесь инъекции применялись в такие сроки, когда оплодотворенное яйцо могло быть еще в трубе и находиться в процессе передвижения, и вызванные инъекцией в трубе, а может быть и яйце, изменения морфологического и функционального характера могли послужить непосредственной причиной остановки и прививки яйца в трубе. С таким предположением вполне согласуется и тот факт, что перерыв беременности в этих случаях наступал значительно позднее,—после того, как задержанное в трубе инъекциями яйцо проделало известные стадии развития и вызвало необходимые для разрыва плодместилища изменения. С этой точки зрения мы вполне присоединяемся к д-ру Рузскому, который недавно („Каз. Мед. Журн.“,

1926, № 10) решительно высказался против применения внутриматочных инъекций с целью вызывания очень раннего аборта.

С клинической точки зрения все наблюдавшиеся нами случаи внематочных беременностей, прервавшихся в первой половине развития, можно разделить на две большие группы. В первую группу, которую можно определить, как группу острых случаев, мы относим также случаи, где больные попадали в наше распоряжение с ясно выраженными признаками недавно происшедшего нарушения целостности плодовместилища. В другую группу мы относим случаи, где мы имели дело с теми или иными продуктами и последствиями разрыва плодовместилища, с давностью от 3 недель до 3 месяцев. Сопоставляя патолого-анатомические находки в случаях той и другой группы, можно легко убедиться, что острые случаи главным образом относятся к больным с наружным разрывом трубы, каковых было 52 из 73 этой группы (71,2%). Наоборот, среди случаев второй группы 60% приходится на больных с внутренним разрывом плодовместилища. Равным образом в связи с патолого-анатомическими особенностями находятся и детали клинической картины случая. Так, из 43 случаев, которые клинически характеризовались лишь явлениями внутрибрюшного кровотечения, 34 обусловлены были наружным разрывом трубы. Из 25 случаев, где при явлениях внутреннего кровотечения определялся еще тумор—обычно сзади и сбоку от матки,—в 17 имел место наружный разрыв плодовместилища. 76 раз мы имели ясно выраженную в области придатков матки опухоль, возникшую при явлениях характерных для прервавшейся внематочной беременности, и для этой группы только в 5 случаях мы могли установить наружный разрыв трубы. Для следующей группы в 32 случая, среди которых не было ни одного наружного разрыва плодовместилища, характерным являлась наличие типичной опухоли в области придатков, но присущий прервавшейся внематочной беременности анамнез отсутствовал. Наконец, в двух случаях внематочная беременность оказалась в качестве случайной находки при операциях, произведенных по другим причинам; оба эти раза дело шло о внутреннем разрыве плодовместилища.

Что касается времени прерывания трубной беременности, то по нашим наблюдениям в 78,8% всех случаев она прерывалась в течение первого же месяца после ее возникновения.

По вопросу о диагностике внематочной беременности мы хотели-бы обратить внимание на важное значение одного анамнестического указания,—мы разумеем здесь приступы схваткообразных болей, которые, по нашим наблюдениям, являются самым постоянным припадком, наличие которого, доказанная хорошо проведенным анамнезом, во многих случаях может существенно помочь выяснению диагноза. С приступов схваткообразных болей началось заболевание у 138 из 188 оперированных наших больных, а вообще этот симптом, в некоторых случаях присоединявшийся к первично начавшемуся кровотечению, мог быть нами отмечен у 92% всех наших больных. Лишь в одном случае диагноз, несмотря на характерную картину заболевания, сопровождавшегося типичными приступами схваткообразных болей в левой половине таза, оказался ошибочным.—у больной с склонностью к истерии во время операции обнаружен был частичный спазм прямой кишки, которая на уровне дна заднего Дугласова кармана была как-бы туго перетянута лентой шири-

ной в палец; беременность здесь была маточная, и после ее прерывания болезненные симптомы исчезли. Наоборот, отхождение маточной децидуальной оболочки до операции мы наблюдали лишь в 50 случаях. Здесь попутно мы можем привести пример, указывающий, что микроскопическое исследование отошедшей из матки оболочки не может иметь решающего значения для диагноза эктопической беременности. Дело шло об одной пациентке, у которой при явлениях аменореи одновременно развивалась эластическая опухоль в области левых придатков. Диагностирована была прогрессирующая внематочная беременность. Накануне предполагавшейся операции началось кровотечение, и выделилась пленка. Гистологическое исследование этой оболочки обнаружило строение слизистой оболочки матки с явными признаками децидуального превращения, что, таким образом, подтверждало диагноз эктопической беременности, а между тем произведенная операция обнаружила лишь наличие простой кисты яичника.

Из биологических реакций, предложенных в новейшее время для диагноза ранней беременности, по нашим наблюдениям (Zentr. f. Gyn., 1925) наиболее постоянной является реакция Dien'sta, которая и может служить в качестве подсобного метода при диагностике эктопической беременности. При диагностике остро протекающих случаев с внутренним кровотечением, помимо типичного анамнеза и общей клинической картины, мы сравнительно часто наблюдали расстройства со стороны органов мочевой сферы или в виде рефлекторной задержки мочи, или в форме аурии, являющейся следствием пониженного кровяного давления, на что было в недавнее время обращено особое внимание Piskasek'ом (Zentr. f. G., 1923, № 23). Т. н. Phrenicussymptom, а также феномен, описанный Cullen'ом и Hellendall'ем и состоящий в синюшном просвечивании области пункта при внутренних кровотечениях, мы наблюдали лишь в единичных случаях.

В качестве примера, иллюстрирующего те затруднения, которые могут встретиться при установке диагноза в случаях свободного кровотечения в брюшную полость, мы можем указать одну больную, которая была доставлена к нам в состоянии резкого коллапса и с ясными указаниями на присутствие свободной жидкости в брюшной полости. Анамнестические данные тоже указывали на возможность эктопической беременности. На операции был обнаружен острый перитонит с большим количеством серозной жидкости. Аутопсия показала наличие язвенного процесса на протяжении тонких кишек, причем более точно природа заболевания патолого-анатомами выяснена не была.

При установке диагноза в случаях, где дело идет о затяжном течении трубной беременности, прерывающейся по типу трубного аборта, или об ограниченных кровотечениях при наружном разрыве трубы с образованием более или менее объемистых опухолей в полости малого таза, ценные указания во многих случаях мы получали от реакции оседания эритроцитов и изучения лейкоцитарной формулы крови, так как при опухолях воспалительного происхождения, с которыми приходится дифференцировать продукты внематочной беременности, наблюдается обычно более резко выраженное ускорение оседания эритроцитов и изменение нейтрофильной картины крови с более или менее резким сдвигом ее влево по Arne'th'y. Среди остальной клинической картины наличие у боль-

ной желтухи служит лишним доводом в пользу того, что опухоль состоит из кровоизлияния. Пункция заднего свода, как метод диагностической, ни в клинике проф. В. С. Груздева, ни в клинике Гос. Ин-та для усовершен. врачей систематически не применяется, и в нашем материале мы не можем указать случая, где диагностика была-бы особенно затруднена, или диагноз был ложно поставлен, вследствие неприменения этого метода. Наоборот, среди немногих случаев с пробной пункцией мы имели несколько раз неверные показания, например, отрицательный результат при наличии кровяных сгустков в области заднего Дугласова кармана.

Переходя теперь к терапии, применявшейся на нашем материале, прежде всего остановимся на терапии внематочной беременности, прервавшейся в первой половине ее развития. Что касается общих принципов терапии, то они, в согласии с современными взглядами, сводились у нас к стремлению радикально удалить плодоемместилище и те патологические продукты, которые возникли в результате того или иного рода нарушения целостности стенок этого плодоемместилища. Этим требованием и определяется характер нашей терапии, как преимущественно хирургической. Операцией выбора мы считаем лапаротомию, оставляя для чревосечения *reg colpotomiam* лишь ограниченный круг случаев. В случаях, не требующих большой спешности, проф. Груздевым охотно применяется при производстве чревосечения поперечный разрез брюшных стенок по *Pfannenstiel*ю.

В отношении случаев нашей первой группы показание к хирургическому вмешательству вытекает совершенно определенно из самого характера заболевания, как острого внутреннего кровотечения. По отношению к подобного рода случаям неполно решенным является лишь вопрос, следует-ли оперировать немедленно, или несколько выждать, пока больная несколько оправится от шока, вызванного раздражением брюшины и внутренним кровотечением. Ответ на этот вопрос может быть получен из сопоставления результатов экстренно, немедленно по поступлении больной произведенных операций с таковыми же операций, произведенных не в условиях экстренности, после некоторого выжидания и известной подготовки больной. Для случаев второй группы основным вопросом является вопрос о необходимости оперативного вмешательства вообще, в особенности, если дело идет лишь о патологических продуктах, явившихся следствием уже сравнительно давно прервавшейся беременности. Выяснение этого пункта возможно на основании сравнения случаев, проведенных оперативно, со случаями, не подвергавшимися операции, или оперированными нерадикально, без удаления стенок плодоемместилища.

Из 73 случаев, которые мы отнесли в группу „острых“, один был обнаружен случайно во время операции, к которой было приступлено по другому поводу (см. вышеупомянутый сл. *grav. fimbrialis*). В остальных 72 случаях 49 раз лапаротомия была произведена экстренно и 23 раза — не экстренно, причем в 7 случаях применен поперечный разрез *Pfannenstiel*’я (в 3 экстренных и 4 неэкстренных случаях). 8 больных этой группы перед операцией находились в состоянии крайне резко выраженного обескровливания, вследствие чего у 5 из них для ускорения операции брыжжейка удаляемой трубы перевязана была *en masse*, без обычной перитонизации культи.

Лапаротомии, произведенные экстренно, дали следующие осложнения. Смерть последовала в 3 случаях, что на всю группу составит 4,16%, а для экстренных операций—6,1%. В 2 случаях смерть последовала вскоре после операции вследствие малокровия, а одна больная, тоже крайне анемичная, погибла на 14-ый день от крупозной пневмонии. Тяжелая инфекция с характером пиэмии, окончившаяся выздоровлением, наблюдалась у одной больной, доставленной в очень тяжелом состоянии. Инфекция в области малого таза, проявившаяся более или менее резко выраженными воспалительными экссудатами в области удаленных придатков, отмечена у 7 больных (14,3%). Инфекция лапаротомной раны с нагноением подкожной клетчатки имела место 8 раз (16,3%).

На 23 операции этой группы, произведенных не в условиях экстренности, 2 раза лапаротомии предшествовала пробная пункция через задний свод, а 1 раз произведена была задняя кольпотомия; в этом последнем случае после чревосечения брюшная полость была дренирована через разрез заднего свода. Два раза произведена была, далее, надвлагалищная ампутация матки,—в одном случае по поводу резких воспалительных изменений придатков другой стороны, в другом—по поводу интерстициальной формы беременности. В одном случае одновременно сделана appendectomy. 14 раз матка фиксирована к брюшной стенке при помощи подшивания за связки. Смертных случаев в этой группе операций не было. Равным образом здесь не наблюдалось и образования воспалительных экссудатов в тазу, а нагноение лапаротомной раны имело место один раз. У одной больной этой группы развился, затем, тромбоз вен нижней конечности, и одна перенесла легкий пиэлит. Таким образом, на всю группу „острых“ случаев мы имеем 25% различных осложнений, большинство которых приходится на экстренные операции. Средняя продолжительность пребывания больных этой группы в клинике равнялась 27 дням.

Обращаясь теперь к рассмотрению случаев второй группы, можно видеть, что по технике оперирования терапия здесь была более разнообразна. Так, в 7 случаях была сделана радикальная операция с полным удалением плодместилища *per colpotomy*, причем в 3 случаях удаление выполнено через разрез переднего свода; два раза брюшина и влагалище были при этом защищены наглухо. остальные же случаи проведены с дренажем. В 5 случаях операция, начатая *per colpotomy*, закончена лапаротомией вследствие технических затруднений с удалением плодного мешка и невозможности надежно остановить кровотечение. Всего лапаротомных операций в этой группе сделано 79, и один раз внематочная беременность в стадии трубного аборта случайно была обнаружена при производстве операции Wertheim'a. Из 79 лапаротомий данной группы экстренно пришлось сделать их только 3 раза. В одном из этих случаев вяло протекавший и не дававший ясных симптомов трубный аборт закончился внезапно сильным внутренним кровотечением; случай этот интересен еще в том отношении, что здесь имело место полное выталкивание плодного яйца из трубы в брюшную полость, после чего труба сократилась и ничем почти не отличалась от здоровой трубы. Оба другие случаи аналогичны упомянутому и относятся к больным, у которых прерывание трубной беременности происходило по типу трубного аборта с затяжным течением и неожиданно закончилось сильным внут-

ренным кровотечением. Из 76 неэкстренных чревосечений 23 раза (в 30%) операция произведена с разрезом Pfannenstiel'a. В 7 случаях пришлось прибегнуть к надвлагалищной ампутации, а в 3 случаях—и к полной экстирпации матки (у одной больной вследствие обширности воспалительных изменений в полости малого таза, а у 2 других вследствие разрыва нагноившихся гематосальпинксов). 5 раз одновременно произведено было удаление червеобразного отростка. 5 раз применен был дренаж через влагалище и дважды—дренаж по Mikulicz'u. Для устранения опасности образования в дальнейшем регрессивной матки последняя во многих случаях данной группы (22 раза) фиксировалась к брюшной стенке—чаще всего путем подшивания за круглые связки. Из осложнений в этой группе операций наблюдались: смертные случаи—3 раза (3,8%), образование калового свища—2 раза, воспалительные экссудаты в малом тазу—6 раз, пиелит—1 раз, нагноение брюшной раны—7 раз (9,2%). Причиной смерти в двух случаях явился перитонит, а в одном случае ее, повидимому, следует объяснить интоксикацией хлороформом. Каловые свищи образовались как раз в случаях, где был применен влагалищный дренаж. Принимая во внимание все наблюдавшиеся осложнения, мы получаем частоту их для данной группы операций в 22,4%. Средняя продолжительность пребывания в клинике больных этой группы равнялась 19 дням.

10 больных этой группы подвергнуты были нерадикальному хирургическому лечению в форме разреза заднего свода, опорожнения заднего Дугласова пространства от кровяных свертков и жидкой крови и последующего дренирования брюшной полости. Из осложнений в этой группе операций следует отметить образование калового свища в одном случае. Средняя продолжительность пребывания больной в клинике после этих операций равняется 36,6 дня—в то время, как для кольпотомий с полным удалением плодного мешка она равна всего 21 дню. Наконец, в одном случае этой группы лечение состояло в пункции заднего свода, высасывании жидкой части заматочной кровяной опухоли и в последующем рассасывающем лечении.

Что касается 27 случаев нашего материала, где диагноз не был подтвержден ни операцией, ни пункцией, то мы можем их рассматривать лишь, как случаи вероятной внематочной беременности. Леченные неоперативно различными методами рассасывающей терапии, они дали среднюю продолжительность пребывания больной в клинике в 40,2 дня, причем ни в одном из них полного исчезновения патологических продуктов не наблюдалось, а в $\frac{1}{4}$ всех случаев не удалось при выписке больной установить даже заметного уменьшения заматочных кровоизлияний и гематосальпинксов.

Переходя теперь к выяснению намеченных вопросов, прежде всего сравним результаты экстренно и неэкстренно произведенных операций. Как можно видеть из приведенной статистики, 3 случая смерти, относящиеся к группе „острых“ случаев, падают на экстренные операции, но ни одна смерть не может быть поставлена в связь с условиями производства операции, так как две больных погибли вскоре после операции, от последствий кровотечения, и одна от пневмонии. Что касается осложнений с характером инфекции в полости малого таза и в области операционной раны, то, несомненно, эта группа операций невыгодно отли-

чается по сравнению с операциями, произведенными не в порядке спешности. Можно было-бы думать, что здесь сказывается влияние недостаточной предоперационной подготовки больной; однако мы несклонны так думать,—современная подготовка операционного поля спиртом и йодной настойкой настолько проста, что может быть проведена и действительно проводится даже в условиях самой большой спешности. Причины значительно большего процента инфекций следует, по нашему мнению, искать в том понижении сопротивляемости организма, которое, несомненно, должны обнаруживать иногда крайне обескровленные больные этой категории. Не боясь ошибки, мы можем, кажется нам, утверждать, что худшее течение послеоперационного периода у этих больных зависит не от спешности, но от слишком поздно произведенной операции. Опасение некоторых авторов приводить операцию на больной, находящейся в состоянии шока, надо признать преувеличенным. Явления шока обуславливаются раздражением брюшины изливающейся кровью и могут быть предотвращены в дальнейшем своем развитии лишь остановкой этого кровотечения. Нередко можно наблюдать, что пульс у больной, бывшей нитевидным, заметно улучшается уже на операционном столе под влиянием наркоза, причем это улучшение сохраняется и по прекращении действия наркоза. В виду всего изложенного мы придерживаемся мнения, что в случаях „острых“ откладывать операцию не следует даже при отсутствии явлений, непосредственно угрожающих жизни больной,—из тех соображений, что мы не можем быть уверены в том, что в ближайшие часы этих угрожающих явлений не наступит. Примеры такого внезапного ухудшения в состоянии больных, доставленных без грозных признаков обильного внутреннего кровотечения, в нашем материале наблюдались, и, между прочим, одна из умерших вскоре после операции погибла именно при подобного рода обстоятельствах.

По вопросу о преимуществах оперативного лечения перед неоперативным наша статистика дает определенный ответ: сравнение конечных результатов неоперативной терапии, а также нерадикального хирургического лечения, с эффектом радикальной операции, при которой удаляются все патологические продукты, не оставляет сомнения в преимуществе этой последней, что особенно важно для больных, относящихся к малообеспеченному классу трудящихся, т. к. при таком образе действия в наиболее короткое время и наиболее совершенно восстанавливается их трудоспособность.

Из деталей хирургического лечения эктопической прервавшейся беременности мы прежде всего хотели-бы несколько остановиться на вопросе об удалении излившейся в брюшную полость крови. На основании нескольких наблюдавшихся нами случаев мы склонны примкнуть к мнению авторов, усматривающих особую опасность в оставлении в брюшной полости кровяных сгустков, которые, помимо их значения, как питательного материала для микробов, повидимому, обладают известного рода токсичностью. Стремление достичь полного высушивания брюшной полости от жидкой крови мы не считали-бы рациональным, ибо оно в конце концов невыполнимо и могло-бы быть до известной степени выполнено лишь с большой травмой брюшинного эндотелия. Здесь мы хотели-бы указать на тот способ обработки брюшной полости при внутренних кровотечениях, на который за последние годы вновь обращено

внимание рядом авторов, — мы разумеем здесь орошения физиологическим раствором поваренной соли с оставлением части раствора в брюшной полости, как это вновь предлагают Rick и Sippel (Zentr. f. G., 1922, №№ 22, 37). Murat Willis (Surg., гynec. a. ob. XXXIII, № 4) тоже высказывается за подобный образ действия и приводит к тому экспериментальные обоснования. В клинике проф. В. С. Груздева долгое время такой *modus* и был принят при чревосечениях по поводу внутренних кровотечений, и экспериментальное обоснование этого метода было положено работой покойного нашего товарища д-ра Нагевича (Сб. в честь проф. Груздева, 1917) задолго до упомянутых выше авторов. Исследования Нагевича показали, что промывания брюшной полости особенно пригодны именно в тех случаях, где дело не идет о загрязнении брюшины вирулентной инфекцией, как это и имеет место при внутренних кровоизлияниях. Оставление теплого изотонического раствора в брюшной полости является хорошим средством против явлений шока, оно способствует быстрому обратному всасыванию оставшейся крови, заменяя таким образом не получившую широкого практического значения реинфузию крови, наконец, оно, несомненно, уменьшает образование сращений. Все изложенное заставляет нас думать, что метод „влажной“ обработки брюшной полости при внутренних кровотечениях в связи с трубной беременностью, оставленный под влиянием современных направлений в брюшной хирургии, может быть, действительно для ряда случаев заслуживает быть вновь введенным в практику, как это и указывают вышеприведенные авторы.

В вопросе об отношении при операции ко второй, небеременной трубе мы держимся того мнения, что принципиально удалять вторую трубу из опасения повторной трубной беременности, как это делают некоторые операторы, не следует. Мы приступаем к удалению второй трубы лишь в тех случаях, когда она несет в себе явные признаки таких изменений, которые дают серьезные основания опасаться возникновения на почве их повторной трубной беременности. При полной почти невозможности для нас следить за дальнейшей судьбой наших оперированных мы не в состоянии привести статистических данных о дальнейшей их детородной деятельности и в частности установить у них частоту нормальной и повторной трубной беременностей. В этом отношении мы принуждены ограничиться лишь указанием, что повторную трубную беременность после произведенных нами операций мы могли зарегистрировать три раза, тогда как нормальные роды впоследствии у наших оперированных мы могли наблюдать восемь раз.

Из остающихся неразобранными случаев нашего материала 7 случаев относятся к растущей трубной беременности в первой половине ее развития, 10 случаев — ко вторичной брюшной беременности во второй ее половине и один случай — к доношенной трубной беременности. Из 7 первых случаев один раз операция была сделана путем задней кольпотомии; удалить плодместилище целиком при этом не удалось, и случай протекал очень длительно, с медленным отделением плаценты и частей стенок плодного мешка. Остальные 6 случаев оперированы *per abdomen* и дали вполне гладкое течение. Среди 11 случаев эктопической беременности во второй половине, один раз мы имели дело с доношенной брюшной беременностью с живым плодом, свободно располагавшимся в брюшной

полости (случай описан М. С. Малиновским), и один случай доношенной трубной беременности без разрыва трубы (случай описан Ханиной-Гайдук). Остальные случаи представлялись в виде вторичных брюшинных беременностей сроком от $4\frac{1}{2}$ до 8 мес. с плодами, находившимися в оболочках, более или менее сильно сросшихся с органами брюшной полости. Благодаря тому, что плаценты во всех случаях местом своего прикрепления имели трубу или ее остатки, плодومестилище каждый раз могло быть сравнительно легко удалено *in toto*. Лишь однажды, вследствие обширности сращений, потребовалось ампутация матки. В одном случае содержимое плодومестилища на VIII месяце, повидимому, интрастициальной беременности оказалось гнилостно разложившимся. Все эти случаи оперированы путем чревосечения. Дважды применен дренаж по Mikulicz'u и один раз—через влагалище. В одном случае с гнилостным разложением плодного яйца наступил *exitus letalis*, один раз наблюдался длительный пиэлит и один раз—нагноение кожной раны.

Итак, если кратко резюмировать результаты, полученные нами при лечении случаев трубной беременности, то прежде всего следует признать, что наиболее полное восстановление анатомических отношений и в наиболее короткий срок получается при радикальном хирургическом вмешательстве с удалением всех патологических продуктов.

Что касается первичной операционной смертности и количества послеоперационных осложнений, то они оказываются наибольшими для случаев „острых“, с тяжелыми явлениями и последствиями внутреннего кровотечения, для коих процент смертности равен $4,1\%$; для лапаротомных операций, произведенных не в острых случаях, смертность определяется в $3,8\%$, для операций во второй половине беременности она равна 9% (1 смерть на 11 операций) и для случаев растущей беременности она равна 0. Изучение случаев, оперированных в порядке экстренности, заставляет прийти к заключению, что более тяжелое течение послеоперационного периода зависит здесь не от того, что больные идут на операционный стол без всякой подготовки и в состоянии шока, а потому, что они крайне ослаблены обильным внутренним кровотечением.
