

К вопросу об интерстициальной беременности поздней стадии развития.

Проф. И. Ф. Козлова.

(С 2 рис.).

Несмотря на то, что в наше время внематочная беременность стала заболеванием, встречающимся десятками в год в более или менее значительных клиниках и больницах, она до сих пор привлекает к себе врачебное внимание: интересуются ее количественным ростом из года в год, выявляют неокончательно выясненную этиологию этой болезни, продолжают спорить о некоторых методах ее лечения и т. п. Если общие вопросы о внематочной беременности возбуждают интерес, то не меньшее внимание привлекает к себе и выявление некоторых ее деталей. С этой точки зрения интерстициальная б-ость, как редкая форма эктопической б-сти вообще, с целью накопления материала для выводов служит предметом казуистических сообщений. Наблюдавшийся недавно нами случай интерстициальной б-ости, помимо всего прочего, имеет и некоторые специфические особенности, дающие мне право к его опубликованию.

Наш случай: б-ная, 32 лет, поступила в клинику 26/III 29 г. с жалобами на боли в животе. Menses появились на 17-м г. приходили через 4 недели и продолжались по 5 дней. Последние крови были у нее 4/X 28 г., т. е. почти за 7 мес. до поступления в клинику. Выйдя замуж на 20-м г., больная беременела 7 раз, причем все б-сти закончились у нее срочными родами. Первые роды были на 21-м г., последние на 30 г. Все роды были нормальные, в послеродовом периоде никаких осложнений не отмечала. Считая себя б-ной 2-й месяц, рассказывает, что по поводу сильных менструаций обратилась в сентябре 1928 г. в амбулаторию клиники, где был проделан ей курс внутриматочных вырсыкиваний по Грамматикати. В конце курса лечения у нее временами была рвота. По окончании курса лечения менструации не возобновились, и б-ная в дальнейшем считала себя беременной. Б-сть у б-ной протекала хорошо. При обращении ее однажды в консультацию беременных ничего особенного отмечено не было. 10/I 29 г. б-ная почувствовала первое шевеление плода, причем тогда же с б-ной сделалось дурно, появилась рвота с сильной болью в животе и вздутием его. Боли и вздутие живота продолжались недели 2, которые б-ная принуждена была лежать в постели. За время болезни б-ная раза 3—4 вызывала к себе врачей, которые делали ей назначения в виде свеч, пузыря со льдом и проч., а некоторые советовали обратиться в б-цу. Последним советом б-ная не воспользовалась. Приблизительно недели за 1½ до поступления в клинику у нее снова наступили боли в животе, и б-ная отметила появление в левом подреберьи твердой «шишки». При шевелении плода б-ная стала ощущать довольно резкие боли, особенно неприятные после приема пищи, что заставляло ее значительно умерить пищевой рацион.

Согласно данным нашей амбулатории, б-ная действительно обращалась 17 IX 28 г. с жалобой на кровотечение. Диагноз амбулатории: m. endom. chr., metrorrhagia, retroversio uteri mobilis. Назначены внутриматочные вырсыкивания по Грамматикати. 27/IX крови прекратились, внутриматочные вырсыкивания продолжались. 18/X констатировано увеличение матки, задержка кровей и заподозрена б-сть; вырсыкивания прекращены. С тех пор б-ная в амбулаторию не показывалась.

Б-ная ниже среднего роста, астенического типа телосложения, с резко ослабленным питанием. Кожа и слизистые оболочки бледны. Органы дыхания нормальные. Границы сердца в пределах нормы, пульс 72 в 1', хорошего наполнения, ровный. Исследование крови дало: эритроцитов 4.830.000, лейкоцитов 8609, лейкоцитарная формула: эозинофилов 3%, палочковидных 3%, сегментиров. 68%, лимфоцитов 23%, мононуклеаров 3%; SR. второй степени по Linzenmeyerу. Со стороны желудочно-кишечного тракта изменений не найдено. При исследовании живота обнаружено: передняя брюшная стенка дряблая с многочисленными старыми striae; живот имеет два выпячивания: одно снизу и несколько вправо, соответственно правой подвздошной области, другое—в области левого подреберья. Оба выпячивания разделены неглубокой бороздой. Нижнее выпячивание округлой формы, верхнее—несколько продолговатой, уходит в левое подреберье. Пальпацией устанавливается, что нижнее выпячивание образует tumor округлой формы, мягкой, как бы эластической консистенции, неболезненный, лежащий по средней линии и несколько вправо; верхняя граница его—на один палец ниже пупка. Слева и сверху от этой опухоли ясно прощупывается головка плода, туловище которого с мелкими частями уходит далеко в левое подреберье. Части плода отчетливо прощупываются непосредственно под передней брюшной стенкой. В области 10 ребра по аксиллярной линии прослушивается сердцебиение плода в 120 ударов в 1'. Хорошо определяются и движения плода. Со стороны половых органов найдено: рукав растянут, слизистая оболочка его интенсивно синюшна, влагалищная часть матки отчетна со шелевидным зевом, тело матки довольно плотной консистенции, несколько увеличено, правым углом непосредственно переходит в вышеописанную опухоль. Эта опухоль широким основанием связана с маткой, консистенция ее мягкая, несколько эластическая, величина опухоли с головку новорожденного. При пальпации опухоль мало болезненная, подвижность ее вместе с маткой резко ограничена. Полость матки свободная, длина ее 9 сантиметров.

На заснятой рентгенограмме (рис. 1) отчетливо виден скелет плода, лежащего продольно, головкой вниз с изогнутым отчасти вдоль левых ребер матери позвоночником и с ножками, вытянутыми поперек тела матери в области желудка.

Диагноз: Graviditas interstitialis dextra rupta с выхождением живого плода в брюшную полость.

30/III под хлороформно (10,0) эфирным (130,0) наркозом Laparotomia при помощи разреза по белой линии от симфиза и вверх до пупка, пальца на 3 ниже processus xuphoideus. По вскрытии брюшной полости сальник оказался растянутым, сильно гиперэмбрированным и довольно рыхло сращенным на большом протяжении с брюшной передней брюшной стенкой, отчасти с маткой и с отдельными петлями тонких кишек. После осторожного, с перевязкой довольно сильно кровоточащих сосудов, отделения сальника, представилась следующая картина: внизу и справа—опухоль величиной с головку новорожденного, переходящая в правый угол матки; на верхне-заднем сегменте опухоли широкая, длиной сант. в 6, щель с ясно определяемой плодовой поверхностью плаценты, от которой вверх к плоду идет толщ. сант. в 2 пуповина, теряясь между кишками и телом плода. Справа, ближе кверху и отчасти кпереди, в опухоли переходит длинный латеральный конец по виду нормальной трубы и прилежит яичник с желтым телом. Прилегающий медиальный отдел широкой связки и lig. ov. prorgium натянут на верхнебоковом сегменте опухоли. Опухоль сзади, отчасти справа и сбоку рыхло спаяна с кишечными петлями. К левому углу матки подходят нормальные придатки.

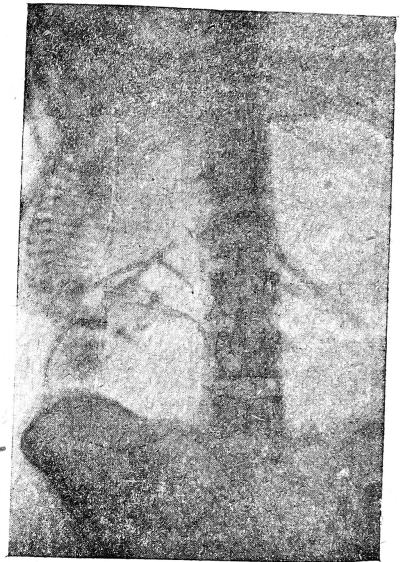


Рис. № 1.

По извлечении ребенка рукой за головку, приступлено к влажной ампутации матки вместе с опухолью (придатки оставлены), что удалось сделать сравнительно легко и без особого кровотечения из спаек, отделенных тупым путем. Далее—туалет брюшины, выделение частей оболочек, находившихся среди кишечных петель, и послойное закрытие брюшной раны наглухо.

Ребенок—девочка—извлечена в глубокой асфиксии и оживлена. Длина ребенка 42 см., вес 1720 грм., окружность головки—29 см., грудки—25 см.

Послеоперационный период у 6-ной протекал гладко с однократным, на 2-й день после операции, повышением t° до 37,3. Рана зажила первичным натяжением. При выписке на 13-й день после операции (по желанию 6-ной) в тазу инфильтратов не обнаружено, жалоб со стороны 6-ной никаких не было.

Макроскопическое описание препарата (рис. 2). Удаленная часть матки правым углом и отчасти двом своим непосредственно переходит в плодмести-



Рис. 2.

лице, образуя нижнее его основание. В этом месте стенка плодместилища выглядит гладкой, остальная же поверхность во многих местах представляется шероховатой от остатков разделенных сращений. На задне-медиальной поверхности плодместилища (на фиксированном препарате) имеется полукруглый, с ладонь величиной, разрыв, из которого плодовой поверхностью выпячивается отрезок плаценты с выступающим концом пуповины, имеющей оболочечное прикрепление. На передней поверхности матки заметны остатки круглых связок, из которых

правая отходит выше левой от соответствующего угла матки. Дно матки, от средин основания плодместилища до места отхождения левой трубы, идет почти по отвесной линии. С правого бока плодместилища в верхнем его сегменте и несколько спереди заметен перерезанный вместе с собственной связкой яичника остаток правой трубы. Размеры плодместилища вместе с удаленной частью матки: длина равна 17 сант., ширина на уровне дна—8 сант., толщина—также 8 сант.; вертикальный размер только плодместилища до правой круглой связки равен 9,5 сант., ширина его в наиболее широкой части спереди 9,5 сант., наибольший размер по боковой—задней поверхности—14 сант.; окружность в области дна равна 22 сант., наибольшая окружность—37 сант., толщина передней стенки матки—3 сант., задней несколько меньше.

Микроскопическое описание. Срезы кусочков, взятых из различных мест плодместилища, содержали значительное количество ворсин, местами хорошо сохранившихся в отдельных их составных частях, местами же представлявших дегенеративные изменения вплоть до полной их некротизации. На месте соприкосновения их с мышечным слоем кое-где заметен Nitaru с Н'овский слой, в остальных же участках ворсинки отчасти непосредственно вращались в окружающие их мышцы, отчасти были отделены прослойками расположенных группами клеток, похожих на децидуальные. На срезах кусочка из угла матки, на месте расположения интерстициальной части трубы, просвета последней найдено не было, но установлено, что полость матки обособлена от ворсистой оболочки плодного яйца только очень тонким слоем маточной мускулатуры. Слизистая оболочка маточной полости покрыта местами хорошо сохранившимся то цилиндрическим, то низким кубическим эпителием; желез в ней мало, местами они расширены; в соединительно-тканной строме ее заметной децидуальной реакции не обнаруживалось, но отмечалась слабо выраженная мелко-клеточковая инфильтрация.

Б-ная нам показывалась в мае и авг. с.г. и никаких жалоб не заявляла. Что касается ребенка, то с момента операции до конца августа он оставался в клинике и был выписан с весом в 3500 грм. В первые недели его жизни отмечался плохой сосательный рефлекс, так что ребенок первоначально ушел в весе, приблизительно на 400 грм., но затем кривая веса стала нарастать, дойдя до указанной выше цифры.

Подтвердился ли наш диагноз? В дифференциально-диагностическом отношении случаи интерстициальной б-сти поздней стадии развития могут быть смешаны со сходными формами несвоеместной локализации б-сти вообще, каковыми по Ноeh не являются: 1) б-сть в перешейковой части трубы с глубоким вращением яйца в миометрий, 2) б-сть в атретической половине второй матки, 3) маточно-воронковая б-сть (*Uterustrichterschwangerschaft*) с *placenta increta* и 4) б-сть в так назыв. маточном дивертикуле.

Как известно, признаками, говорящими за интерстициальную б-сть и в то же время против некоторых из приведенных выше форм несвоеместной б-сти, являются такие. По Baart de la Faillie'ю, соединение широким основанием плодместилища с маткой является первым признаком диагностируемой нами формы, который в то же время заставляет отрицать истмическую форму и б-сть в рудиментарном роге, где плодместилище соединено с маткой посредством так назыв. ножки. Как видно из рисунка (рис. 2) в нашем случае плодместилище связано с маткой широким основанием.

Вторым признаком интерстициальной формы, по Kussmaul'ю и Gloesmer'ю, является характерное расположение заинтересованной круглой связки. Если соответствующая положению эктопической б-сти круглая связка отходит латерально от плодместилища, то это будет говорить за б-сть в рудиментарном роге; если же, наоборот, она отходит медиально от плодместилища,—следует диагностировать истмическую б-сть. Полагаю, что на указанное соотношение круглой связки к плодо-

местилищу при указанных двух формах б-сти возраст влияния не оказывает. Какого бы срока б-сть в рудиментарном роге или в перешейковой части трубы ни достигала, указанное соотношение останется стационарным, так как направление роста яйца, resp. смещение плодместилица, будет или отводило связку кнаружи, или смещать ее кнутри. Другое дело—при интерстициальном расположении яйца: величина б-сти и, главное, направление роста, как на это указывает Glaesmer, могут изменять место отхождения круглой связки. Последняя может отходить латерально при направлении роста яйца в сторону дна матки, наоборот, при росте в направлении истмической части трубы она будет отходить более или менее медиально и, наконец, круглая связка может иметь место своего прикрепления в середине нижнего полюса плодместилица. Наличие срединного, от нижнего полюса плодместилица, отхождения круглой связки в нашем случае говорит в пользу трактуемой диагностики.

Характер подхода периферического отрезка заинтересованной трубы к плодместилицу является третьим признаком интерстициальной формы б-сти, причём при последней труба, по Rosenthalю, должна подходить спереди и снизу. Как видно из описания, в нашем случае труба подходила латерально спереди и ближе к верхнему полюсу плодместилица. По Ноеһне, такой подход трубы также не противоречит диагнозу интерстициальной б-сти, если направление роста яйца следует книзу, в направлении mesosalpinx'a. Резко натянутая латеральная часть широкой связки на боковом верхне-переднем полюсе яйца, как это было установлено при операции, свидетельствует, как нам кажется, в нашем случае за направление роста, указанное Ноеһне.

Признак Ruge-Simon'a, состоящий в крутом стоянии (Steilstellung) дна матки, признается за „действительный“ (Glaesmer) в том случае, когда „внешние и внутренние контуры дна матки образуют почти прямую, отвесно ниспадающую линию с внешним и внутренним краем незатронутой б-стью боковой стороны матки (Ноеһне)“. В нашем случае столь ярко выраженного признака Ruge-Simon'a не имеется. Если принять во внимание, однако, что линия верхней границы дна матки пересекает под выражено острым углом линию маточной полости, что правая круглая связка отходит значительно выше левой,—наличие „крутого“ стояния дна матки у нашей б-ной отрицать не приходится, особенно потому, что выраженным этот признак является, по Ноеһне, лишь в случаях беременности с направлением роста в боковую стенку матки. По классификации Glaesmer'a, которая направлением роста яйца в мускулатуру боковой стенки матки или в мускулатуру ее дна, или в сторону перешейковой части трубы определяет различие в формах самой межзачаточной б-сти, наш случай имеет данные за отнесение его к последней форме, в силу чего, может быть, и не получилось достаточно ярко выраженного признака Ruge-Simon'a.

Нахождение центрального отрезка трубы в стенке матки, между ее полостью и элементами плодного яйца, по Wertу, является решающим в пользу интерстициальной б-сти. Отыскать указанный трубный отрезок нам не удалось, но по систематическим срезам кусочка, взятого из заинтересованного угла матки, можно было видеть, что ворсинки почти вплотную подходят к просвету полости матки, оставляя лишь незначительную

прослойку маточной мускулатуры между эпителиальными элементами ворсинчатого аппарата яйца, с одной стороны, и эпителием маточной полости—с другой. Как показывает литературная справка А. И. Тимофеева, самое тщательное исследование может оказаться безрезультатным в смысле установления этого признака и в несомненных случаях интерстициальной б-сти.

Все только что изложенное дает нам право подтвердить наш клинический диагноз.

Как известно, прервание обычных форм трубной б-сти бывает чаще всего на 2-3 месяце, интерстициальная же ее форма прерывается большей частью на 3-5 месяце или иногда еще позднее. К этим случаям интерстициальной б-сти поздней стадии развития, по Hoehne, до 1925 г. относится всего лишь 9, а именно: Rooswinkel'a (1896), Prüssmann'a (1904), Windisch'a (1908), Glaesmer'a (1911), Kuntzsch'a (1911), Kupferberger'a (1912), Audebert et Dambrin (1923), Neun'a (1924) и Toth'a (1925). Насколько нам известно, в более поздней литературе сообщений подобного сорта нет, а потому наш случай является десятым по счету.

Помимо редкости, наш случай заслуживает внимания с точки зрения толкования его этиологии и терапии, как в смысле выбора времени для операций, так и вида оперативного вмешательства.

Что касается этиологии данного случая, то нам кажется вероятным предположить виновником возникновения внематочной б-сти внутриматочные впрыскивания по Грамматикати. Как было уже упомянуто, последние нормальные месячные у б-ной были 4/IX 28 г., через 2 недели после которых (17/IX) по поводу начавшихся кровотечений у нее применено лечение путем систематических внутриматочных впрыскиваний, продолжавшееся до 18 октября. Menses более не наступали. Таким образом, зачатие могло иметь место, по нашему мнению, в промежутке времени, совпадающем с периодом применения внутриматочных впрыскиваний, т. е. от 17 сентября до 18 октября. Было бы правильнее это предположение подтвердить или отвергнуть объективными данными измерения веса и длины плода. К сожалению, по вопросу о соответствии веса и длины плода сроку б-сти существуют довольно значительные разногласия, по крайней мере, по отношению к интересующим нас 7—8 месяцам б-сти. Так, по В. С. Груздеву, длина 8 месячного плода равна 40—43 сант., вес 1500 грм. и более; по Hесker'y, плод такого же срока б-сти имеет 39—41 сант. и 1609 грм.; по Ahlfeld'y—43,4 сант. и 2107 грм. Полученный нами при операции ребенок имел в длину 42 сант. и весил 1720 грм., что по первым двум авторам соответствует 8-ми месячному, а по Ahlfeld'y—плоду в возрасте несколько менее этого срока. Если, однако, взять вполне точно установленный срок последних месячных (4/IX 28) и время операции (3/III 29), то окажется б-сть здесь была равна 207 дням или 29 нед. 4 дн., или 7 мес. 11 дн. Допуская, что 4/IX был не первый, а последний день последних менструаций, то исчисляемый срок нужно увеличить на 4—5 дней, т. е. продолжительность беременности в нашем случае равна 7½ мес., что приблизительно должно соответствовать объективному измерителю по Ahlfeld'y. Если, с другой стороны, зачатие наступает спустя несколько дней после последних menses, то наше предположение о совпадении

времени зачатия со временем применения внутриматочных впрыскиваний близко к истине. Такое предположение тем более вероятно, что при операции левая труба, как и периферический отрезок правой трубы, оставшиеся неудаленными, найдены на вид нормальными, свободными от спаек, как и яичники.

Мысль о возникновении внематочной б-сти под влиянием внутриматочных впрыскиваний впервые была высказана проф. В. С. Груздевым. На возможность подобной этиологической связи указал также затем д-р Рузский. В нашем материале внематочных б-стей, прошедших за последние 4 года через клинику в количестве свыше 200 случаев, есть и ряд других, где имело место, повидимому, непростое совпадение применения внутриматочных впрыскиваний, предпринятых с различными целями, с обнаруженной затем на операционном столе внематочной беременностью.

Наконец, интерес нашего случая заключается во времени производства и способе операции. Как известно, до сих пор существуют, по преимуществу, два различных взгляда по вопросу о том, когда при растущей внематочной б-сти поздней стадии развития следует оперировать: В то время как одни (Werth, Bumm, Бекман, Нёһпе) являются сторонниками немедленного оперирования, другие—(Отт, Рейн, Снегврев, Малиновский) считают возможным ждать до созревания ребенка. Проф. Груздев рекомендует оперировать по крайней мере на 32-й неделе б-сти, чтобы получить плод с большими шансами на его жизнеспособность. Само собой разумеется, что в пользу того или иного взгляда приводятся соответствующие, вполне убедительные аргументы. Проф. Окянчиц присоединяется ко 2 му взгляду, но с оговоркой. По его мнению, ждать возможно, если б-сть не нарушена, в противном случае надлежит немедленно оперировать. Имея в виду этот последний совет,—в нашем случае, хотя ребенок и продолжал развиваться, но целостность плодместилища, согласно предоперационного диагноза, была нарушена,—а также восклицание Нёһпе, сделанное в противовес сторонникам выжидания, что тот может рекомендовать ждать, кто не видел тяжелой картины внезапно наступившей, не могущей быть предотвращенной смерти б-ной и, наконец, не упуская из вида заявление б-ной на причиняемые ей ребенком боли, невозможность в силу этого достаточного питания и вызванное последним похудание б-ной, и без того обладающей пониженным питанием, мы сочли себя вправе приступить к операции лишь только выяснили диагноз. В отношении выбора операции,—п. именить ли надвлагалищную ампутацию матки или ограничиться клиновидным иссечением плодместилища, оставляя, может быть, большую часть и тела матки,—мы предпочли первую, исходя из соображений: 1) несомненно большей кровопотери при клиновидном иссечении, 2) большей технической сложности последнего вида операции и 3) нецелесообразности оставить изуродованное тело матки у женщины, которая, будучи обремененной наличием 4-х живых детей, просила настоятельно о стерилизации.