

Из гинекологического отделения Болховской больницы.

Случай двусторонней трубной беременности.

Главврача Г. Н. Вайсбурда.

Вопросам внематочной беременности в настоящее время посвящено большое количество работ, как в периодической литературе, так и в руководствах, где глава о внематочной беременности выделена в самостоятельный отдел.

Успехи оперативной гинекологии, давши в руки врача верное средство в борьбе с внематочной беременностью, дали также возможность установить и целый ряд разновидностей последней. К наиболее редко встречающейся разновидности относится двусторонняя трубная беременность.

13/XI. 29 г., в 7 ч. вечера поступила в гинекологическое отделение Болховской горбольницы гражданка Г-ва, 34-х лет, домохозяйка, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, с правой стороны. Боли, по словам 6-й, начались 12/XI в 3 ч. дня, при этом показались крови в небольшом количестве. Накануне болела поясница. Боли особенно усилились к вечеру 13/XI, что и заставило обратиться за медпомощью.

Больная в детстве перенесла корь, скарлатину, в 1920 г. сыпной тиф. Со стороны наследственности никаких уклонений. Половой жизнью живет 17 лет. С первым мужем жила 5 лет. Беременная была 3 раза и родила в срок доношенных живых детей. Послеродовых заболеваний не было. Второй раз замужем 8-й год. Первая беременность, тотчас после второго замужества, окончилась самопроизвольным выкидышем на 2-м месяце. Вторая беременность, наступившая 1½ года т. н., также закончилась самопроизвольным выкидышем на 3-м месяце. Оба раза производилось дополнительное выскабливание в 6-це. После последнего выкидыша больная болела около 3-х месяцев и лечилась у врача-специалиста. После лечения чувствовала себя хорошо вплоть до настоящей беременности. Menses у больной начались с 15-ти лет, безболезненные, в небольшом количестве, по 3—4 дня, через 3 недели. Бели были только во время заболевания после 2-го выкидыша. Теперь отмечается задержка месячных на 2 месяца.

Больная среднего роста, телосложения правильного, питания слабого. Кожа и слизистые оболочки слегка анемичны. Тургор кожи Н. Астенична. Со стороны сердца и легких никаких уклонений от нормы нет. Пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Из грудных желез выдавливается молоко. Живот округлой формы, мягкий, безболезненный выше пупка, ниже пупка определяются боли, локализирующиеся в области правых придатков. Defens'a нет. Симптом Блюмберга положительный. В области левых придатков болезненность менее интенсивная. Наружные половые органы в норме. Бимадуально: матка слегка увеличена, размягчена, притянута кзади и вправо, ограниченно подвижна. В сводах, ввиду болезненности, ничего прощупать не удается. Больная под наблюдением всю ночь (опий, холод) 14/XI. Самочувствие больной значительно улучшилось, боли стали меньше. Пульс хорошего наполнения, 70 ударов в минуту, ритмичный. Блюмберг положительный, из половых органов небольшие кровянистые выделения. Проба на гематинемию (пирамидоновая) положительна. Пункция заднего свода дала темную кровь. Диагноз: правосторонний трубный аборт. Больной предложена операция, на которую она дала согласие.

14/XI, в 12 ч. дня, операция. Наркоз ингаляционный. Разрез брюшной стенки по Le p a n d e s'у, справа от белой линии. В брюшной полости большое количество небольших сгустков, расположенных в заднем Дугласе и между петлями кишек. У правых придатков, наибольшей частью свободно в брюшной полости, лежит плодное яйцо. Меньшая часть находится в расширенной ампуллярной части правой трубы. Ампуллярная часть пропускает свободно 2 пальца. Salpingoectomy. По окончании операции перед закрытием брюшной полости — осмотр левых придатков. Левая труба представляет из себя опухоль темно-синего цвета, заворачивающаяся книзу и кзади от матки. При осторожной попытке извлечь опухоль наружу началось сильное кровотечение в брюшную полость. Наложены кровоостанавливающие зажимы на приводящие сосуды. При

извлечении опухоли обнаруживается беременная труба. По удалении трубы с содержимым в ней обнаружена двухмесячная беременность. В нижней трети трубы стенка проедена ворсинками хориона.

Послеоперационный период больная перенесла хорошо. Выписалась на 14-й день в хорошем состоянии.

Если комбинации внутриматочной и трубной беременности встречаются очень редко и в мировой литературе проф. Nowas в 1926 г. собрал 244 случая, то двухсторонняя трубная беременность представляет еще большую редкость. М а л и н о в с к и й в 1913 г. нашел в литературе сведения о 15 случаях двухсторонней трубной беременности. В 1921 г. Bogell свой случай зарегистрировал 26-м в мировой литературе. Schwarzwaller говорит о двойной трубной беременности, как о величайшей редкости, и к 1925 году собрал 30 случаев. К настоящему времени мы имеем сведения в литературе о сорока случаях. Интересно, что в данном случае мы имеем сочетание правостороннего трубного аборта с разрывом левой трубы во время операции.

Из акуш.-гинекол. отд. I сов. б-цы в г. Егорьевске, Москов. обл. (Зав. отд. д-р Г. И. Бутковский).

К вопросу о солпароггексисе во время родов.

Д-ра Г. И. Бутковского.

Одним из наиболее тяжелых осложнений во время родов является отрыв матки от влагалищных сводов (от рукава). Гугенбергер первый обратил внимание на разрывы влагалищных сводов и дал им название „солпароггексис“.

Встречаются они значительно реже разрывов матки, что видно из следующего: Белоусов (1910 г.) собрал всего около 100 случаев, и то, повидимому, исключительно из русской литературы; в капитальной работе по этому вопросу Grindeau и Lemeland заявили, что частоту этого рода осложнений родового акта установить трудно, так как статистика по этому вопросу не существует. Очевидно, специфический характер данного тяжелого осложнения является характерным для русского акушерства. И действительно, статистика Щеткина и Белоусова основывается, главным образом, на отечественной казуистике (Гугенбергер, Сыромятников, Верниц, Львов, Порошин, Кутова, Брюно и т. д.).

Случае отрыва матки от сводов мне, имевшему возможность проследить и провести 35—40000 родов, пришлось наблюдать один, который я и позволю себе опубликовать.

26/IX 30 г. в акуш. отд. была доставлена крестьянка 30 лет, А. Ю. из деревни, отстоявшей от больницы верст на 35—40. Из анамнеза выяснилось, что, ввиду отсутствия поблизости врача, по приглашению родных, пыталась „помочь“ роженице бабка; но что она сделала и делала ли она что-нибудь, ни от родных, ни от самой роженицы впоследствии добиться не удалось.

Роженица доставлена с выпавшей отекшей ручкой, которая совершенно закрывала просвет влагалища; кроме ручки выпала не пульсирующая пуповина. Окружность живота 108; размеры таза 32, 29, 27, 21; первая беременность. Боли начались накануне. Пульс трудно сосчитываемый, неритмичный, живот резко вздут, болезненность живота острая, резкий defense. Больная цианотична, конечности холодевшие. Несмотря на вздутие живота, через его стенку определяются 2 выпуклости: справа, повидимому, матка, а слева мочевого пузыря, что подтверждается введенным металлическим катетром, через который выходит кровянистая, темная моча. Таким образом удастся определить повреждение мочевого пузыря. Для того, чтобы исследовать и ориентироваться в положении плода пришлось произвести резекцию выпавшей ручки. Войдя рукой во влагалище, я обнаружил, что матка с плодом отодвинута вправо, слева мочевого пузыря. Рука входит совершенно свободно в брюшную полость. Матка, оторванная от рукава почти целиком, имеет с влагалищем связь лишь посредством небольшого отрезка влагалища; разрыв занимает около $\frac{2}{3}$ окружности рукава. Матка цела, в нижнем ее сегменте прощупывается что-то вроде контрационного кольца и матка довольно плотно сжимает плод.