

и вводили лягушкам. Реакция сперматоурии поставлена с кипяченой мочой у всех 6 больных, и лишь с мочой одной получена положительная реакция. Реакция Ашгейма — Цондека поставлена с кипяченой мочой 3 больных, и во всех случаях получена положительная реакция.

Результаты наших исследований подтверждают данные С. Е. Фаермарка о наличии в моче больных хорионэпителиомой какого-то термостабильного гормона, дающего реакцию Ашгейма — Цондека. Кроме того, мы обнаружили, что женские половые органы мышей более чувствительны к термостабильному гормону, чем половые органы самцов лягушек. Не исключена возможность выработки разных термостабильных гормонов, действующих специфично, то есть только на женские или только на мужские половые органы. В таком случае термостабильный гормон в моче больных хорионэпителиомой, специфичный для мужских половых органов, встречается реже.

Проведенные наблюдения показали, что реакция сперматоурии имеет большое практическое значение в диагностике хорионэпителиомы и прогнозе оперативного лечения. В этом отношении она вполне заменяет реакцию Ашгейма — Цондека. Понятно, что ни реакция Ашгейма — Цондека, ни реакция сперматоурии не могут являться единственным и решающим методом диагностики хорионэпителиомы. Реакция сперматоурии, как и реакция Ашгейма — Цондека, является ценным дополнительным диагностическим методом при распознавании хорионэпителиомы. Хорионэпителиома может быть диагностирована или, наоборот, исключена на основании клинической картины заболевания, результата гистологического исследования и реакции Ашгейма — Цондека или реакции сперматоурии. Эти три фактора имеют одинаково важное значение в диагностике хорионэпителиомы. Переоценить или недооценить один из них невозможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давиденко А. А. Акуш. и гинек., 1959, 1. — 2. Самойлова Е. Е. Акуш. и гинек., 1954, 2. — 3. Фаермарк С. Е. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1942, XIII, 3—4. — 4. Эйбер И. С. Акуш. и гинек., 1951, 4.

Поступила 22 июля 1959 г.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПО МАТЕРИАЛАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ЗА 1900—1954 гг.

Б. Г. Садыков

Из акушерско-гинекологического отделения Республиканской клинической больницы
(главврач — Ш. В. Бикчурин).
Научный руководитель — проф. П. В. Маненков

Случаи внематочной беременности, наблюдавшиеся в акушерско-гинекологической клинике Казанского медицинского института за период с 1900 по 1944 гг., были проанализированы и описаны — проф. А. И. Тимофеевым (1900—25 гг.), проф. В. С. Груздевым (1926—30 гг.), доц. Х. Х. Мещеровым (1933—35 гг.) и асс. Н. И. Фроловой (1936—44 гг.). Их было 828. Продолжая изучение этого вопроса, мы проанализировали еще 546 историй болезни больных, леченных в той же клинике с 1945 по 1954 гг.

Таким образом, всего за 55 лет в клинике лечилось и было прооперировано всего 1374 больных с внематочной беременностью.

Из этиологических факторов внематочной беременности на первом месте находятся воспалительные процессы женской половой сферы.

Они установлены при операции А. И. Тимофеевым в 54,4%, В. С. Груздевым — в 42%, Х. Х. Мещеровым — в 58,5%, и нами — в 55,68% всех случаев внематочной беременности.

Причиной воспалительных процессов явились преимущественно аборт. Это подтверждается тем, что в анамнезе больных с внематочной беременностью аборт установлен А. И. Тимофеевым — в 46,6%, В. С. Груздевым — в 46,6%, Х. Х. Мещеровым — в 68,6%, Н. И. Фроловой — в 65%, и нами — в 50,72% случаев. Представляет интерес вопрос о частоте аборта непосредственно перед внематочной беременностью. Такие данные есть в материалах А. И. Тимофеева, В. С. Груздева и Х. Х. Мещерова. Обобщив их с нашими, мы установили, что из 985 больных с внематочной беременностью сведения об абортах в прошлом были у 504 (51,16%), а непосредственно перед данной внематочной беременностью аборт был у 403 больных (40,91%).

Остальные встречающиеся в практике факторы имеют приблизительно одинаковый вес в этиологии внематочной беременности, за исключением внутриматочных инъекций йода, которые встречаются в настоящее время крайне редко.

Особо следует отметить инфантилизм, являющийся одним из факторов, способствующих возникновению внематочной беременности. Последний имел место по В. С. Груздеву — в 1,2%, по Х. Х. Мещерову — в 15,1%, по Н. И. Фроловой — в 2,5%, и по нашим данным — в 10,8%. Следовательно, из 1186 больных (без данных А. И. Тимофеева) у 97 (8,17%) найдены признаки инфантилизма.

При разборе всех случаев внематочной беременности по механизму прерывания (трубный аборт, наружный разрыв плодместилища) выявлено, что нет значительного преобладания какого-либо из видов прерывания внематочной беременности. Так, на 860 случаев (без данных Н. И. Фроловой) по типу наружного разрыва плодместилища прерывание наступило в 53,37%, а по типу трубного аборта — в 46,62%.

Распределение всех случаев внематочной беременности показывает, что чаще всего местом прививки плодного яйца являлась ампулярная часть трубы (45,43%), затем — истмическая (30,48%), истмико-ампулярная часть трубы (8,47%), и только в 2,74% — межуточный отдел трубы. Но и это небольшое количество случаев внематочной беременности в межуточном отделе трубы обращает на себя внимание тяжестью клинической картины и заставляет врача помнить о возможности подобной локализации.

Если рассматривать эти же случаи внематочной беременности по типу прерывания в зависимости от локализации плодного яйца, то получается следующее:

| Типы прерывания внематочной беременности | Отделы трубы | | | | |
|--|--------------|--------|--------------|---------------|----------------------|
| | ампула | истмус | интерстициум | ампуло-истмус | истмико-интерстициум |
| Трубный аборт . . . | 319 | 36 | 6 | 40 | — |
| Наружный разрыв . | 153 | 199 | 20 | 62 | 6 |

Как видно, тип прерывания тесно связан с локализацией. Так, при локализации в ампулярной части трубный аборт встречается более чем в 2 раза чаще, чем наружный разрыв. Наоборот, при локализации внематочной беременности в истмической части наружный разрыв был почти в 6 раз чаще, чем трубный аборт. При локализации в интерстициальной части так же чаще возникал наружный разрыв плодместилища (более чем в 3 раза).

В симптоматологии внематочной беременности частым признаком являются периодические боли, которые большей частью локализуются в нижних отделах живота с первичным возникновением либо справа, либо слева. Наряду с болями, характерны кровянистые выделения из половых путей. По В. С. Груздеву, они наблюдались в 138 случаях из 152 (в 9 из них было обильное кровотечение); по Х. Х. Мещероу,— в 69 из 99, из них в 8 случаях было обильное кровотечение; по нашим данным, кровянистые выделения были в 440 из 546, из них в 7 случаях было обильное кровотечение. Таким образом, симптом кровянистых выделений наблюдался в 81,17%. Следовательно, необходимо помнить, что обильные кровянистые выделения не только не исключают возможности внематочной беременности, но встречаются при ней в 3,01%.

Симптом задержки месячных был, по Н. И. Фроловой,— в 177 случаях из 389, по нашим данным,— в 523 из 546, то есть, в среднем, в 74,88%, что совпадает с данными других авторов (по Ю. К. Якубову— 70%).

Ценный диагностический прием — пункция заднего свода. Она применялась в нашем материале с 30-х годов; в первое время у небольшой части больных (по Х. Х. Мещероу,— у 28,3%, по Н. И. Фроловой,— у 37,1%), а за последнее десятилетие пункции подвергались 83,33% больных.

Из биологических реакций для диагностики использовались реакции Ашгейма — Цондека, Фридмана и Галли — Майнини, которые в ряде случаев позволяли подтвердить диагноз внематочной беременности.

Анализируя исходы внематочной беременности, мы видим, что за 55 лет из 1374 прооперированных больных умерли 20 (1,45%). При этом надо отметить резкое снижение летальности лишь за последнее десятилетие — один случай на 546 больных (0,18%). Основной причиной смерти больных в прошлом являлось резкое обескровливание вследствие значительного запаздывания с оперативной помощью и несовершенства борьбы с анемией в то время. Снижение смертности за последнее десятилетие объясняется улучшением службы переливания крови и ускорением оперативного вмешательства.

Итак, из анализа нашего материала мы можем заключить, что число больных с внематочной беременностью с течением времени не уменьшается, а увеличивается. Основной причиной этому, как видно из нашего материала, являются воспалительные заболевания половой сферы, учащающиеся с увеличением числа аборт. Поэтому борьба с абортами является, в то же время, и борьбой с внематочной беременностью. Наряду с этим, следует отметить резкое снижение смертности от внематочной беременности, как следствие улучшения медицинской помощи вообще и, в частности, широкого внедрения в практику переливания крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Груздев В. С. Материалы к вопросу о внематочной беременности. Казань, 1932. — 2. Тимофеев А. И. Казанский мед. журн. 1927, 1. — 3. Мещеров Х. Х. Тр. Казанского мед. ин-та, 1935, т. IV. — 4. Фролова Н. И. Тр. Казанского мед. ин-та, 1948. — 5. Якубов Ю. К. Акуш. и гинек., 1958, 2.

Поступила 16 апреля 1959 г.