

СЛУЧАЙ ТРЕТЬЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ф. М. Сабиров и Ф. М. Плинер

Из клиники акушерства и гинекологии (зав.—проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа и женской консультации Казанской железнодорожной больницы (начальник — Н. А. Абрамов)

Разрыв стенки трубы при внематочной беременности является грозным осложнением, требующим экстренного хирургического вмешательства.

В подавляющем большинстве случаев при этом во время операции удаляется вся беременная труба. В некоторых случаях операторы, особенно хирурги, ограничиваются лишь резекцией участка, где произошел разрыв стенки трубы. В этих случаях возможна повторная внематочная беременность в оставшейся части трубы.

9/VI-58 г. в железнодорожную женскую консультацию ст. Казань доставлена больная М., 34 лет, с жалобами на резкие боли в низу живота. Месячных нет 1 месяц 10 дней. Беременна была 6 раз, 1 беременность закончилась искусственным абортom, 2—4—5—срочными родами, а 3 и 6-я — внематочными беременностями, в связи с чем дважды перенесла операции: при первой удалена часть правой трубы, при второй — вся левая труба.

В настоящее время считает себя беременной. Заболела остро 7/VI. Появились резкие боли в нижней части живота, временами головокружение.

Жалобы на боли, периодические приступы тошноты и затрудненное, болезненное отхождение газов.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Пульс 90—92, мягкий. АД—90—95/50. Язык влажный, чистый. Живот несколько вздут, резко болезнен при пальпации. Симптом Щеткина—Блюмберга резко положительн ниже пупка. В брюшной полости неясно определяется свободная жидкость.

Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище широкое, шейка цилиндрическая, чистая. Матка и придатки из-за резкой болезненности и дефанса не контурируются. Экскурсии за шейку матки резко болезненны, задний свод сглажен. Выделений из половых путей нет.

Учитывая перенесенные больной две внематочные беременности, заподозрена апоплексия яичника и высказано подозрение о частичной непроходимости кишечника. Приглашенный хирург поставил диагноз «острый живот» и предложил госпитализировать больную в хирургическое отделение.

Через 15 мин после осмотра больная пожаловалась на головокружение и покрылась холодным потом, в таком состоянии с диагнозом — апоплексия яичника, подозрение на частичную непроходимость кишечника — доставлена в клинику ГИДУВа.

В клинике произведена пункция заднего свода, давшая темную несвертывающуюся кровь, проконсультирована с хирургом, который заподозрил разрыв селезенки. Решено оперировать совместно с хирургом.

При операции в брюшной полости оказалось много жидкой крови, матка в нормальном положении, несколько больше нормы, плотная.левой трубы нет, левый яичник в пределах нормы. В правом яичнике — желтое тело. Правая труба утолщена в истмической части, синевато-багрового цвета, окружена сгустками крови. В утолщенной части трубы дефект стенки, через который просачивается яркая кровь.

Произведено удаление оставшейся части правой трубы, культя перитонизирована. Брюшная полость после удаления из нее сгустков крови и вливания 500 тыс. ед. пенициллина зашита наглухо. Во время операции произведены переливание крови и подкожное вливание физиологического раствора. Послеоперационное течение гладкое, и больная выписана в удовлетворительном состоянии на 12-й день после операции.

Описанный случай позволяет сделать следующие замечания:

При клинической картине внематочной беременности, даже если в прошлом производилась двусторонняя операция по поводу эктопической беременности, необходимо помнить о возможности третьей трубной беременности. Предположение делается более основательным при указании на частичное удаление одной из труб.

При трубной беременности целесообразнее удалять всю беременную трубу.

При повторной трубной беременности при отсутствии детей и настойчивом желании больной иметь их, при расположении плодного яйца в ампулярной части трубы может быть произведена частичная резекция трубы с одновременной пластикой. Подобная тактика сохраняет шансы для наступления в дальнейшем нормальной беременности. Не следует удалять только истмическую часть с оставлением абдоминального конца трубы.

Поступила 22 марта 1959 г.