

К вопросу об интерстициальной беременности *).

Ординатора **Е. И. Беляева.**

(С 2 рис.).

Беременность в интерстициальной части трубы, т. е. в той ее части, которая залегает в стенке матки, встречается сравнительно редко. Так, по сборной статистике Розенталя¹⁾ среди 1324 случаев внематочной беременности было 3% межзачаточной. Lawson-Tait²⁾ отмечает всего один случай межзачаточной беременности на 100 случаев внематочной беременности. В Повивальном Институте (проф. Отт³⁾ с 1904 по 1907 г. на 71 случай внематочной беременности встретился также лишь один случай интерстициальной беременности. Губарев⁴⁾ в своей практике видел последнюю только однажды. Werth⁵⁾ не видел ее ни разу. За 35 лет существования Акушерской клиники Ленинградского Гос. Клинического Института для усов. врачей первый случай межзачаточной беременности был описан⁶⁾ только в 1924 г. Описываемые нами ниже четыре случая межзачаточной беременности за последние 28 лет существования Казанской Акушерско-Гинекологической клиники являются также первыми.

Приводя эти статистические данные, нужно впрочем думать, что статистика этого рода беременности едва ли отличается точностью, если принять во внимание, что, с одной стороны, многие случаи межзачаточной беременности остаются нераспознанными, а с другой—что классификация этой категории внематочной беременности, как будет сейчас указано, противоречива.

Различные авторы проводят различную классификацию случаев интерстициальной беременности. Укажу главнейшие из них. Неппигдр.⁷⁾, основываясь, главным образом, на анатомическом положении плодного яйца, различают три формы межзачаточной беременности: 1) *graviditas tubo-uterina*—когда яйцо лежит отчасти в трубе, отчасти в полости матки; 2) *graviditas interstitialis*—когда яйцо всецело развивается в части трубы, залегающей в стенке матки; эта форма может впоследствии превратиться в третью форму—3) *graviditas intramuralis*—когда яйцо проникает в паренхиму матки и окружено мышечным слоем. Другие (Бекман⁸⁾), преследуя чисто-практические цели, различают только две формы межзачаточной беременности: 1) *graviditas interstitialis tubo-uterina* и 2) *graviditas interstitialis propria*, причем под *graviditas interstitialis tubo-uterina* разумеют те случаи интерстициальной беременности, где имеется широкое

*) Доложено в Акушерско-гинекологической секции Об-ва Врачей при Казанском Университете.

соединение между полостью матки и плодовместилищем, и где изгнание плодного яйца может. таким образом, произойти per vias naturales, к graviditas же interstitialis propria Бекман относится те случаи, в которых плодное яйцо отделяется от полости матки мышечной перегородкой. Таким образом graviditas interstitialis классификации Hennig'a, по Бекману, отойдет в категорию graviditatis tubo-uterinae, если только трубно-маточное отверстие расширено. Несколько особняком в данном отношении стоят те авторы (Veit, Perbi, Schickel^e), которые с graviditas interstitialis, и относят к интрамуральной беременности только те случаи, где яйцо развивается всецело в стенке матки, попадая туда или через венозные пути, или через эпителиальные промежутки, причем трубы должны быть по всей длине проходимы для зонда.

Редкость случаев подобной формы эктопической беременности и недостаточная ясность в вопросе об интерстициальной беременности побудили меня, по предложению моего глубокоуважаемого учителя проф. В. С. Груздева, описать четыре интересных случая интерстициальной беременности, наблюдавшиеся и оперированные в последнее время в нашей клинике. При описании этих случаев я буду придерживаться классификации Hennig'a, поддерживаемой большинством авторов.

Случай I. Больная З., 30 л., замужняя, имела 4 беременности, первые три были искусственно прерваны, последняя беременность кончилась срочными родами 13 лет тому назад. В 1923 г. подвергалась операции Alexander'a-Adam's'a по поводу подвижной ретрофлексии матки. Менструирует с 15-ти лет правильно, через три недели, по три дня, без болей. Последние нормальные крови были 18 января 1927 г. С 9 февраля, т. е. через три недели после последних menses, больной было сделано девять инъекций в матку водной настойки по поводу задержания регул. После этих инъекций у больной появились кровянистые выделения, а затем стали отходить и сгустки. В клинику больная поступила 4 марта с жалобами на боли в пояснице и сукровичные выделения, иногда со сгустками. Т° 37,2°, пульс 78 в минуту. При пальпации живота болезненность в левой подвздошной области, при внутреннем исследовании—матка несколько увеличена, слева от нее имела круглой формы, со сливу величиною, очень тесно прилегающий к левому углу ее (угол матки непосредственно переходит в опухоль, образуя незначительный изгиб). Предположена левосторонняя трубная беременность.

14 марта под хлороформным наркозом операция—colpotomia anterior (проф. В. С. Груздев). После отсепаровки мочевого пузыря, вскрытия переднего дугласа и вывиха матки обнаружено образование со сливу величиною, исходившее из левого угла последней. Это образование удалено с частью трубы, будучи скальпелем вырезано из угла матки клинообразно. Обнаруженная в незначительном количестве кровь в брюшной полости удалена тампонами. Катгутовый непрерывный шов на образовавшийся дефект в матке и листки брюшины. Брюшина переднего свода зашита наглухо катгутовыми швами, на слизистую влагалища швы из ниток. Послеоперационный период протек с небольшими повышениями температуры и образованием периметритического экссудата в заднем дугласе. 8 апреля больная выписалась здоровой.

Макроскопическое описание препарата: удаленная опухоль овальной формы, со сливу величиною, на латеральном ее конце виден отрезок фаллопиевой трубы, которая отходит снизу от этого образования; тут же, спереди и снаружки от опухоли, виднеется круглая связка, распластанная по передней поверхности латерального полюса опухоли; на противоположном конце, именно, в месте прикрепления этого образования к углу матки, на поверхности отсечения виднеется кровяной сгусток, окаймленный толстым поясом мускулатуры; на разрезе препарата видна в центре небольшая полость с гладкими стенками, по периферии которой имеется губчатая ткань, пропитанная кровью.

Для гистологического исследования взята вся центральная часть образования с имеющимся отрезком трубы. На сериях срезов, начатых с латерального по-

люса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что нормальная труба, окруженная нормальным количеством клетчатки, по мере приближения к описанному образованию постепенно охватывается все большим и большим количеством мышечных волокон и заканчивается впадением в какую-то замкнутую, расширенную полость, напоминающую дивертикул трубы. Дальше по направлению к матке просвета трубы не обнаружено, а встречаются слепые полости различной величины и формы, выстланные однослойным цилиндрическим эпителием; некоторые из них содержат детрит с большим количеством лейкоцитов и не имеют собственной мышечной муфты. Латеральный полюс плодного мешка простирается латеральнее указанного дивертикула, где вдали от нормальной трубы, среди сгустков крови, можно видеть хорошо сохранившиеся хориальные ворсинки и островки децидуоподобных клеток. Упомянутые ворсинки в некоторых местах доходят до самой серозы. По мере приближения к дивертикулу появляется все больше и больше хориальных элементов, которые приближаются к трубе. У самого дивертикула имеется инфильтрация в тканях, окружающих периферию трубы у места впадения яйца. Можно отметить еще, что дивертикул представляет обширную полость, выстланную цилиндрическим эпителием, в которую с одной стороны вдается полипообразный выступ, состоящий из богатой клетками соединительной ткани, представляющей легкую децидуальную реакцию.

Случай II. Больная С., 25 лет, замужем с 19 лет, имела 3 беременности, последняя была искусственно прервана на III месяце. Мenses с 19 лет. Последние нормальные крови были 10 февраля 1927 г., за 2 месяца III дней до поступления больной в клинику. В матке крови не приняли; больная подвергалась внутриматочным впрыскиваниям, во время которых появились крови, шли 4 дня, но были меньше нормы. В это время у больной было 2 раза обморочное состояние. В апреле крови снова не приняли, и вновь произведено было 5 впрыскиваний. 19 апреля, т. е. за 2 дня до поступления в клинику, появилось кровотечение из половых путей, и одновременно развились схваткообразные боли в нижней части живота справа. При внутреннем исследовании матка несколько увеличена; непосредственно от ее правого угла отходит tumor величиною с полубиное яйцо, плотной консистенции. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность (*graviditas interstitialis*?).

23 апреля операция под хлороформным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по Píannenstiellu. При осмотре матки правый ее угол оказался резко увеличенным, раздутым растущим в нем tumor'ом. Произведена резекция правого угла. Матка зашита 3-мя этажами непрерывного катgutового шва. Оставшиеся придатки никаких признаков воспаления не представляли. Брюшная рана закрыта наглухо. Послеоперационный период протек в общем гладко, хотя несколько дней т^б была повышена. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 20 мая больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование—овальной формы, длиною в 6½ см., шириною 4 см., толщиной 3½ см.; на латеральном, суженном конце его видна часть трубы, отходящая от него снизу, а на передне-наружной поверхности—отрезанная часть круглой связки; на противоположном (медialном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры с отверстием в центре; при продольном разрезе препарата в центре его оказывается полость, выстланная амнион'ом и окруженная по периферии сгустками крови и губчатой тканью; наружных разрывов не видно.

Для гистологического исследования взяты: 1) центральная часть образования с имеющимся отверстием в середине и 2) кусочек из латерального полюса образования с периферической частью трубы. На сериях срезов из медialного полюса плодместилища видна полость, окруженная слизистой оболочкой, вполне схожей с слизистой тела матки в менструальной стадии. Децидуальная реакция выражена слабо, лишь в поверхностных слоях ее. В слизистой и менее резко в мышечной оболочке—инфильтрация, а также сильная гиперемия и кровоизлияния—не только в поверхностях, но и в глубоких слоях. Выстающая полость мукоза окружена мощным слоем мускулатуры. По направлению от медialного полюса плодместилища к полости плодного яйца в мышечной толще виден канал, являющийся продолжением описанной полости и выстланный бедной железами слизистой. Канал этот, повидному, есть центральный отрезок трубы, т. е. переходный участок между трубой и маткой, так как, согласно исследованиям Farre¹⁰⁾, для этого участка характерны единичные железы. Здесь же, посодаль от просвета канала,

в толще мускулатуры появляются тени ворсинок, принадлежащие медиальному полюсу мешка. Следующие препараты показывают, что слизистая предполагаемого центрального отрезка трубы истончается, железы исчезают, и канал приобретает вид межзачаточного участка трубы, в окружности которого видны ворсинки, находящиеся в стадии дегенерации и местами прорывающиеся в просвет канала. Серия срезов из кусочка с периферической частью трубы показывает, что полость трубы выстлана эпителием и окружена нормальным количеством клетчатки; элементы яйца здесь отсутствуют, но, по мере приближения к медиальной части плодного мешка, видно, что труба, направляющаяся кзади, принимает неправильно-вытянутую форму и теряется в месте внедрения в ее просвет элементов плодного яйца. Выраженной сплошной децидуальной реакции в трубе не обнаружено.

Случай III. Больная В., 30 лет, замужем с 16 лет, имела 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Последние роды были 11 лет тому назад. 3 года тому назад больная лечилась по поводу воспалительного процесса в придатках с правой стороны. *Menses* были нормальны; последние крови были 5 декабря 1927 г. После 3-недельной задержки поступила с кровотечением, сопровождавшимся сильными болями в животе. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность. 2 февраля операция под эфирным наркозом (д-р Ю. А. Лейбчик). Поперечным разрезом по Pfannenstiel'ю вскрыта брюшная полость, которая оказалась переполненной жидкой кровью и кровяными сгустками. После выведения матки и осмотра ее оказалось, что правый угол последней увеличен до размеров голубиноного яйца. Произведена резекция правого угла, после чего последний зашит 2-мя этажами швов. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 15 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование продолговатой формы, с голубиное яйцо величиной; на латеральном конце его виден отрезок фаллопиевой трубы, которая отходит снизу от этого образования; тут же спереди прикреплена круглая связка; на противоположном (медиальном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры; на разрезе полость плодместилища оказывается выполненною организованными сгустком крови; отступая на 1 см. от ампутированного места видно, как толщина стенки постепенно уменьшается, и, наконец, она переходит в разрыв величиною с копеечную монету, располагающийся на верхней-задней стенке.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из латерального полюса образования с периферической частью трубы и медиального ампутированного полюса. На срезах, начатых с латерального полюса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что труба с явлениями резко выраженного воспаления окружена мощным слоем мускулатуры; по мере приближения к медиальному полюсу плодного мешка вокруг просвета трубы все более и более выступает слой децидуоподобных клеток, а несколько поодаль—хорошо сохранившиеся хорральные ворсинки; далее просвет трубы теряется, а видна полость, выполненная кровью и элементами плодного яйца. Срезы из медиального полюса показывают, что этот участок состоит из мощного слоя мускулатуры, по своему строению характерного для мускулатуры матки, и здесь к нему прилегают также элементы плодного яйца.

Случай IV. Больная В., 29 лет, имела 8 беременностей, из них 5 беременностей были искусственно прерваны и 3 кончились срочными родами. Последняя беременность закончилась срочными родами 1 год тому назад. Менструальная функция нормальна. В настоящее время имеется задержка кровей на 2 месяца; больная явилась для выяснения хода беременности; у нее диагностирована растущая интерстициальная беременность с левой стороны.

13 февраля 1927 г. операция под эфирным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по Pfannenstiel'ю. Матка выведена в разрез. В левом углу ее имеется опухоль величиною с китайское яблоко (рис. 1), сидящая широким основанием на матке, причем левый угол последней выше правого. От латерально-нижнего конца этой опухоли отходит отрезок фаллопиевой трубы. Круглая связка располагается несколько ниже и спереди, *ligamentum ovarii proprium*—несколько сзади от места расположения круглой связки. Желтое тело обнаружено в правом яичнике. Из вскрытой, при резекции угла, полости матки была выскоблена *decidua*. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 25 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

люса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что нормальная труба, окруженная нормальным количеством клетчатки, по мере приближения к описанному образованию постепенно охватывается все большим и большим количеством мышечных волокон и заканчивается впадением в какую-то замкнутую, расширенную полость, напоминающую дивертикул трубы. Дальше по направлению к матке просвета трубы не обнаружено, а встречаются слепые полости различной величины и формы, выстланные однослойным цилиндрическим эпителием; некоторые из них содержат детрит с большим количеством лейкоцитов и не имеют собственной мышечной муфты. Латеральный полюс плодного мешка простирается латеральнее указанного дивертикула, где вдали от нормальной трубы, среди сгустков крови, можно видеть хорошо сохранившиеся хориальные ворсинки и островки децидуоподобных клеток. Упомянутые ворсинки в некоторых местах доходят до самой серозы. По мере приближения к дивертикулу появляется все больше и больше хориальных элементов, которые приближаются к трубе. У самого дивертикула имеется инфильтрация в тканях, окружающих периферию трубы у места выхождения. Можно отметить еще, что дивертикул представляет обширную полость, выстланную цилиндрическим эпителием, в которую с одной стороны вдается полипообразный выступ, состоящий из богатой клетками соединительной ткани, представляющей легкую децидуальную реакцию.

Случай II. Больная С., 25 лет, замужем с 19 лет, имела 3 беременности, последняя была искусственно прервана на III месяце. Мenses с 19 лет. Последние нормальные крови были 10 февраля 1927 г., за 2 месяца и 11 дней до поступления больной в клинику. В марте крови не пришли; больная подвергалась внутриматочным всприкиваниям, во время которых появились крови, шли 4 дня, но были меньше нормы. В это время у больной было 2 раза обморочное состояние. В апреле крови снова не пришли, и вновь произведено было 5 всприкиваний. 19 апреля, т. е. за 2 дня до поступления в клинику, появилось кровотечение из половых путей, и одновременно развились схваткообразные боли в нижней части живота справа. При внутреннем исследовании матка несколько увеличена; непосредственно от ее правого угла отходит tumor величиною с голубиное яйцо, плотной консистенции. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность (*graviditas interstitialis*?).

23 апреля операция под хлороформным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по Pfannenstiel. При осмотре матки правый ее угол оказался резко увеличенным, раздутым рстущим в нем tumor'ом. Произведена резекция правого угла. Матка зашита 3-мя этажами непрерывного катgutового шва. Оставшиеся придатки никаких признаков воспаления не представляли. Брюшная рана закрыта наглухо. Послеоперационный период протек в общем гладко, хотя несколько дней t^0 была повышена. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 20 мая больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование—овальной формы, длиной в $6\frac{1}{2}$ см., шириною 4 см., толщиной $3\frac{1}{2}$ см.; на латеральном, суженном конце его видна часть трубы, отходящая от него снизу, а на передне-наружной поверхности—отрезанная часть круглой связки; на противоположном (медиальном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры с отверстием в центре; при продольном разрезе препарата в центре его оказывается полость, выстланная *amnion*'ом и окруженная по периферии сгустками крови и губчатой тканью; наружных разрывов не видно.

Для гистологического исследования взяты: 1) центральная часть образования с имеющимся отверстием в середине и 2) кусочек из латерального полюса образования с периферической частью трубы. На сериях срезов из медиального полюса плодместилища видна полость, окруженная слизистой оболочкой, вполне схожей с слизистой тела матки в менструальной стадии. Децидуальная реакция выражена слабо, лишь в поверхностных слоях ее. В слизистой и менее резко в мышечной оболочке—инфильтрация, а также сильная гиперемия и кровоизлияния—не только в поверхностях, но и в глубоких слоях. Выстилающая полость мукоза окружена мощным слоем мускулатуры. По направлению от медиального полюса плодместилища к полости плодного яйца в мышечной толще виден канал, являющийся продолжением описанной полости и выстланный бедной железами слизистой. Канал этот, повидимому, есть центральный отрезок трубы, т. е. переходный участок между трубой и маткой, так как, согласно исследованиям Fagge¹⁰⁾, для этого участка характерны единичные железы. Здесь же, подаль от просвета канала,

в толще мускулатуры появляются тени ворсинок, принадлежащие медиальному полюсу мешка. Следующие препараты показывают, что слизистая предполагаемого центрального отрезка трубы истончается, железы исчезают, и канал приобретает вид межклеточного участка трубы, в окружности которого видны ворсинки, находящиеся в стадии дегенерации и местами прорывающиеся в просвет канала. Серия срезов из кусочка с периферической частью трубы показывает, что полость трубы выстлана эпителием и окружена нормальным количеством клетчатки; элементы яйца здесь отсутствуют, но, по мере приближения к медиальной части плодного мешка, видно, что труба, направляющаяся кзади, принимает неправильно-вытянутую форму и теряется в месте внедрения в ее просвет элементов плодного яйца. Выраженной сплошной децидуальной реакции в трубе не обнаружено.

Случай III. Больная В., 30 лет, замужем с 16 лет, имела 3 беременности, закончившиеся срочными родами. Последние роды были 11 лет тому назад. 3 года тому назад больная лечилась по поводу воспалительного процесса в придатках с правой стороны. *Menses* были нормальны; последние крови были 5 декабря 1927 г. После 3-недельной задержки поступила с кровотечением, сопровождавшимся сильными болями в животе. Была диагностирована правосторонняя трубная беременность. 2 февраля операция под эфирным наркозом (д-р Ю. А. Лейбчик). Поперечным разрезом по *Pfannenstiel*ю вскрыта брюшная полость, которая оказалась переполненной жидкой кровью и кровяными сгустками. После выведения матки и осмотра ее оказалось, что правый угол последней увеличен до размеров голубиногo яйца. Произведена резекция правого угла, после чего последний зашит 2-мя этажами швов. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 15 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: удаленное образование продолговатой формы, с голубиное яйцо величиной; на латеральном конце его виден отрезок фаллопиевой трубы, которая отходит снизу от этого образования; тут же спереди прикреплена круглая связка; на противоположном (медиальном) конце, имеющем клинообразную форму, виден мощный слой мускулатуры; на разрезе полость плодместища оказывается выполненною организовавшимися сгустком крови; отступая на 1 см. от ампутационного места видно, как толщина стенки постепенно уменьшается, и, наконец, она переходит в разрыв величиною с копеечную монету, располагающийся на верхней-задней стенке.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из латерального полюса образования с периферической частью трубы и медиального ампутационного полюса. На срезах, начатых с латерального полюса и шедших по направлению к маточному углу, оказалось, что труба с явлениями резко выраженного воспаления окружена мощным слоем мускулатуры; по мере приближения к медиальному полюсу плодного мешка вокруг просвета трубы все более и более выступает слой децидуоподобных клеток, а несколько поодаль—хорошо сохранившиеся хориальные ворсинки; далее просвет трубы теряется, а видна полость, выполненная кровью и элементами плодного яйца. Срезы из медиального полюса показывают, что этот участок состоит из мощного слоя мускулатуры, по своему строению характерного для мускулатуры матки, и здесь к нему прилегают также элементы плодного яйца.

Случай IV. Больная В., 29 лет, имела 8 беременностей, из них 5 беременностей были искусственно прерваны и 3 кончились срочными родами. Последняя беременность закончилась срочными родами 1 год тому назад. Менструальная функция нормальна. В настоящее время имеется задержка кровей на 2 месяца; больная явилась для выяснения хода беременности; у нее диагностирована рвущая интерстициальная беременность с левой стороны.

13 февраля 1927 г. операция под эфирным наркозом (проф. В. С. Груздев). Брюшная полость вскрыта поперечным разрезом по *Pfannenstiel*ю. Матка выведена в разрез. В левом углу ее имеется опухоль величиною с китайское яблоко (рис. 1), сидящая широким основанием на матке, причем левый угол последней выше правого. От латерально-нижнего конца этой опухоли отходит отрезок фаллопиевой трубы. Круглая связка располагается несколько ниже и спереди, *ligamentum ovarii proprium*—несколько сзади от места расположения круглой связки. Желтое тело обнаружено в правом яичнике. Из вскрытой, при резекции угла, полости матки была выскоблена *decidua*. Послеоперационный период протек гладко. Заживление брюшной раны *per primam intentionem*. 25 февраля больная выписалась в хорошем общем состоянии.

Макроскопическое описание препарата: опухоль кругловатой формы, длиною $3\frac{1}{2}$ стм., шириною $2\frac{3}{4}$ стм., толщиной 3 стм.; от латерального конца ее отходит отрезок фаллопиевой трубы; медиальный ампутационный конец опухоли состоит

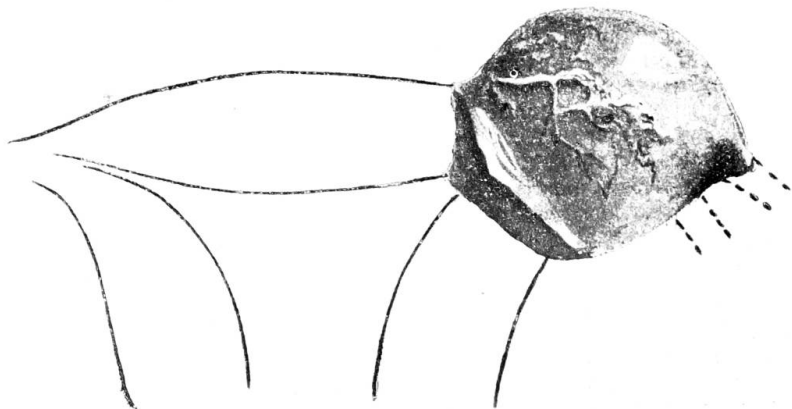


Рис. 1.

из мощного слоя мускулатуры; наружная поверхность, пронизанная местами сетью сосудов,—гладкая; на разрезе оказалось, что амниональная полость, небольших размеров, окаймленная губчатой и мышечной тканью, содержит прозрачную, желтоватого цвета жидкость и плод незначительных размеров (рис. 2).

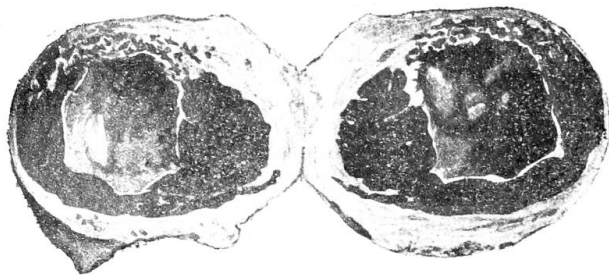


Рис. 2.

Для микроскопического исследования взяты кусочки из латерального и медиального полюсов плодместилища и мукозы матки. Ряд срезов из латерального полюса показывает, что нормальная слизистая трубы, окруженная значительным слоем мускулатуры, содержит одиночные железы (переход слизистой трубы в матку), исчезающие в медиальной части опухоли, и включения децидуоподобных клеток; далее просвет трубы теряется, переходя в полость, выполненную сгустком и элементами плодного яйца. Срезы из медиального полюса показывают, что к мышечной части, по строению своему характерной для миометрия и выстланной внутри губчатой тканью, прилегают хориальные ворсинки. Слизистая матки богата железами и децидуальной тканью.

Прежде, чем подвести наши случаи под определенную рубрику, скажем несколько слов о дифференциальной диагностике данного вида внематочной беременности. Большинство авторов согласны в том, что клинически распознать межбугорчатую внематочную беременность весьма трудно, и все попытки установить дифференциальный диагноз являются в настоящее время чисто кабинетной работой. Смешать эту беременность можно с беременностью в *pars isthmica*, с беременностью в рудиментарном роге двурогой матки, с беременностью в замкнутой половине *uterus bilocularis*, наконец, начинающуюся интерстициальную беременность

можно смешать с обыкновенною маточною беременностью, ибо в начальных стадиях интерстициальной беременности соответственная труба остается почти неизменною, а происходит только гипертрофия маточного рога. Правда, Абуладзе¹¹⁾ указывает на возможность клинически отличить беременность в замкнутом маточном роге от беременности в интерстициальной части трубы на основании отсутствия болевых ощущений при исследовании и совершенной подвижности плодместилища, каковые признаки несвойственны трубной беременности, в каком бы отделе трубы последняя не развивалась. Укажу еще на утверждение Pfannenstiela¹²⁾, что круглая связка при беременности в замкнутом роге обыкновенно бывает резко гипертрофирована и хорошо прощупывается. Но эти симптомы требуют дальнейшей проверки, т. к. Абуладзе в своих случаях не мог подтвердить симптом Pfannenstiela, а Мыкертчьянц¹³⁾—подтвердить симптом Абуладзе: в его случаях беременности в рудиментарном роге боли отмечались, и вообще, по мнению этого автора, здесь все зависит от срока беременности. Единственно надежными для точного установления диагноза разбираемой формы внематочной беременности оказываются анатомические и гистопатологические данные.

В кратких чертах эти данные сводятся к следующему: 1) отхождение круглой связки латерально от плодногоместилища, по Kussmaul'ю, говорит за интерстициальную беременность или за беременность в замкнутом роге, но против беременности в *pars isthmica*, при которой связка отходит медиально; 2) для интерстициальной беременности (именно, *graviditas intramuralis*) характерен признак Розенталя, заключающийся в том, что периферический отрезок трубы подходит к плодному мешку латерально и снизу, что объясняется ростом яйца вверх и назад; 3) широкое соединение плодного мешка с углом матки, по Baart de la Faillie'ю¹⁴⁾, говорит за интерстициальную беременность и исключает беременность в рудиментарном роге и *pars isthmica*, для которых характерна выраженная ножка, причем ножка эта при беременности в зачаточном роге отходит от шейки матки на уровне внутреннего зева; 4) круглое стояние дна матки (*Steilstellung*)—признак Simon'a-Ruge—является характерным, по мнению большинства авторов (Veit), для интерстициальной беременности, ибо при ней, благодаря растягиванию одного угла матки растущим плодместилищем, верхняя граница дна матки принимает кругое направление; 5) выраженный центральный отрезок трубы в перегородке между плодным мешком и полостью матки по Werth'ю (Тимофеев) является чуть-ли не решающим признаком в пользу интерстициальной беременности; 6) если *decidua* не представляет из себя сплошного слоя, а расположена участками, то это исключает беременность в рудиментарном маточном роге, а также беременность в замкнутой половине *uteri bilocularis*; 7) сильно развитый мышечный слой плодместилища исключает чистую трубную беременность,—при последней стенка плодместилища превращается в соединительнотканную перепонку; 8) Veit⁹⁾ считает, что при беременности в межуточной части полость трубы быстро исчезает вследствие того, что эпителй слизистой склеивается; напротив, при беременности в замкнутом роге матки этого не происходит, т. к. здесь образовывается *decidua*; таким образом зонд при ранней беременности в роге матки проходит в мешок, при межуточной—не проходит.

Рассматривая наши случаи с точки зрения вышеописанных признаков, мы в первом случае отмечаем: 1) круглая связка здесь отходила латерально от плодовместилища; 2) периферический отрезок трубы подходил к плодному мешку латерально и снизу; 3) плодный мешок был широко соединен с углом матки; 4) децидуоподобные клетки были расположены участками; 5) канал трубы слепо заканчивался, не сообщаясь ни с полостью матки, ни с плодовместилищем; 6) элементы яйца были охвачены по всей периферии мышечной толщей. Второй наш случай, сохраняя первые четыре из перечисленных признаков, отличался от первого двумя последними признаками, а именно: во-первых, плодное яйцо, будучи на большей части своей периферии охвачено мышечным слоем, меньшей периферией вдавалось здесь в просвет канала трубы; во-вторых, канал интерстициальной части трубы сообщал полость плодовместилища медиально с полостью матки, латерально—с просветом перешейковой части. Сверх того в этом случае имелся налицо еще ряд существенно-важных признаков, как-то: круглое стояние дна матки (*Steilstellung*) и выраженный центральный отрезок трубы. Третий и четвертый случаи характеризуются основными признаками второго случая, причем четвертый случай имеет еще ту особенность, что железы, обнаруженные в строме слизистой трубы латеральной части плодовместилища, отсутствуют в медиальной ее части, т. е. там, где хориальные ворсинки непосредственно прилегают в мышечной части.

Таким образом мы видим, что во втором и третьем случаях у нас был налицо весь анатомический и патолого-гистологический субстрат, характерный для *graviditas interstitialis* по *Henning's*, или *graviditas interstitialis propria* по Бекману; первый же наш случай, где плодное яйцо по всей периферии было окружено мышечным слоем и не сообщалось с просветом трубы, и четвертый случай, где обнаружено, что рост яйца направлен в стенку матки, хотя в латеральной части яйца имеет связь с просветом трубы, следует отнести к разновидности *graviditas intramuralis* по классификации *Henning's*.

По поводу наличия децидуальной ткани в трубе и фиксации яйца при межзачаточной беременности существует два различных мнения: одни авторы, с Улезко-Строгановой¹⁵⁾ во главе, полагают, что децидуоподобные клетки в окружности плодного яйца, развивающегося в трубе, суть ничто иное, как разрождения *Langhans'*овских клеток, и в связи с этим происхождение разрыва объясняют вростанием ворсин в стенку лишенной *deciduae* трубы вплоть до ее брюшинного покрова. Другие, как *Webster, Orthmann, Zedel*¹⁶⁾, а у нас *Рашкес*¹⁷⁾, думают, что упомянутые децидуоподобные клетки суть настоящие децидуальные клетки, и разрыв беременной трубы происходит от чисто-механических причин—роста плодного яйца, повышения давления и т. п., обнаружение же ворсинок у серозной оболочки объясняют атрофией мышечной ткани плодовместилища. Гистологическое исследование в наших случаях показало, что децидуальной оболочки в них не было, децидуоподобные клетки были генетически связаны с экзохорионом, и, наконец, что ворсинки залегали в мышечной толще вплоть до серозы. Все это позволяет нам поддерживать мнение первых авторов.

Беременность в интерстициальной части трубы до конца доходит редко, хотя такие случаи и описаны в литературе (*Windisch*⁹⁾),—

обычно такая беременность кончается разрывом на IV месяце, т. е. несколько позже, чем при обычной трубной беременности, причем разрыв происходит обыкновенно на значительном протяжении и сопровождается настолько сильным кровотечением, что смертельный исход может наступить уже через несколько минут. По мнению Lawson-Tait'a¹⁾ исход междуточной беременности всегда смертельный. В этом отношении заслуживают внимания наши I и III случаи, которые не подтверждают мнения Lawson-Tait'a, — несмотря на имевшуюся здесь налицо картину прерывания беременности, сильного кровотечения в этих случаях не произошло, и больные были успешно оперированы. Подобный же случай интерстициальной беременности наблюдал в мае 1901 г. Guérard в Дюссельдорфе, объясняющий благоприятный исход разрыва тем, что разрыв этот произошел не в области прикрепления плаценты.

Относительно терапии междуточной беременности все согласны в том, что единственно рациональным способом ее является оперативный, причем в ранних сроках вырезают только беременный угол матки, — как это и было сделано у нас, — в более поздних же, а также в случаях, где плодный мешок широко захватывает стенку матки (случай проф. Тимофеева¹⁴⁾), делается надвлагалищная ампутация последней.

Этиология междуточной беременности так же, как и обычной трубной, далека от своего окончательного разрешения. Попытки экспериментально вызвать внематочную беременность у животных до сих пор не имели успеха¹⁵⁾. Был поднят вопрос, не является ли междуточная беременность результатом внутреннего передвижения, *innere Ueberwanderung* яйца, когда яйцо, попадая в матку, там не остается, а попадает в другую трубу и прививается в интерстициальной ее части. Wagner объясняет свои случаи междуточной беременности именно таким образом; в его случае абдоминальный конец беременной трубы был вовлечен в яичниковую опухоль, и в этом же яичнике находилось *corpus luteum verum*, правые же придатки были нормальны; Wagner⁹⁾ думает, что здесь интерстициальная беременность возникла вследствие *migratio ovi externa* с одной стороны, а с другой — вследствие упомянутого „*innere Ueberwanderung*“. Однако случай Wagner'a, как справедливо отмечает Veit⁹⁾, далеко еще не разрешает могущие здесь возникнуть спорные вопросы. В этиологическом отношении интересен также случай Boxer'a⁹⁾, где пришлось в течение короткого времени оперировать одну и ту же женщину два раза по поводу интерстициальной беременности. Упомянем еще о случае Hofmeister'a⁹⁾, где после операции удаления трубы по поводу трубной беременности последовала прививка яйца в оставшейся интерстициальной части. Преобладающее значение в этиологии трубной, в том числе и интерстициальной, беременности приписывается, однако, воспалительным изменениям труб.

Относительно наших случаев надо отметить, что этиология в них была, повидимому, различная: в то время, как в первых двух случаях имело место применение внутриматочных впрыскиваний в первые дни задержки регул, что может способствовать, как указал проф. В. С. Груднев²⁰⁾, развитию внематочной беременности, третий случай характеризуется резким воспалительным изменением трубы, которое считается главным этиологическим фактором в возникновении подобной беременности; в четвертом же случае отмечено только *migratio ovi externa*,

которая, по указанию многих авторов, может способствовать возникновению эктопической беременности.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Журнал Акуш. и Женск. Б., 1896.—2) Цит. по Розенталю (1).—3) Образцова-Ривлин. Журнал Акуш. и Жен. Б., 1923.—4) Александров. Гинекология и Акуш., 1922, № 2-3.—5) Цит. по Образцовой-Ривлин (3).—6) Плетнев. Журнал Акуш. и Жен. Б., 1924.—7) Zentralbl. f. Gyn., 1889, № 12.—8) Врач, 1898. № 15.—9) Veit. Handbuch der Geburtsh., II Bd.—10) Федоров. Врач. Газета, 1905, № 41.—11) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1910 и 1912.—12) Цит. по Абладзе (11).—13) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1910.—14) Тимофеев. Казанский Мед. Журнал, 1924.—15) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1900 и 1902.—16) Цит. по Образцовой-Ривлин (3).—17) Журнал Акуш. и Жен. Бол., 1903.—18) Zentralbl. für Gynäk., 1901, № 45.—19) Рутман. Пермский Мед. Журнал, 1926, № 1-3.—20) Казанский Мед. Журнал, 1923, № 3.
-