

За неделю до смерти была сделана стерильная пункция и добыто скудное количество бледно-розового пунктата, в котором под микроскопом обнаружены единичные миелоциты, единичные палочкоядерные и сегментоядерные нейтрофилы. Лимфоциты в небольшом количестве.

Анализ крови накануне смерти: Hb — 3,1 г/л — 18 ед., Э.—870 000, ц.п.—1,05, РОЭ — 87 мм/час, Л.—900, тромбоциты единичные в мазке. Во всем мазке найдено 20 элементов белой крови: э.—1, ю.—1, п.—5, с.—3, л.—9, м.—1, анизоцитоз эритроцитов умеренный.

При явлениях нарастающей анемизации и сердечной слабости больной скончался 2/XI-57 г.

Патологоанатомический диагноз: панмиелофтиз, анемия.

В нашем случае длительность заболевания можно было считать равной трем месяцам.

Проф. Е. М. Тареев пишет, что „течение болезни как бы укладывается в простую схему доживания имевшихся к началу болезни эритроцитов при полном прекращении нового образования их“.

Как известно, апластическая анемия может развиваться как исход ряда заболеваний крови, а также в результате токсического воздействия на костный мозг ионизирующей радиации и ряда химических веществ (бензола, препаратов золота и др.).

В данном случае какого-либо этиологического момента установить не удалось, поэтому мы остановились на так называемой „идиопатической“ апластической анемии, описанной впервые в 1888 г. Эрлихом, позже повторно описанной Франком, давшим наименование геморрагической алейкии и понятие — панмиелофтиз.

Поступила 24 октября 1958 г.

## СЛУЧАЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ НА ПОЧВЕ ИМПЛАНТАЦИИ ПЛОДНОГО ЯЙЦА В БОЛЬШОЙ САЛЬНИК

А. А. Агафонов

Из кафедры хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)  
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

Б-ная Ш., 23 лет, поступила в хирургическое отделение дорожной больницы ст. Муром 7/IV-56 г. с диагнозом: острый аппендицит (?). Жалобы при поступлении на боли в низу живота, больше справа, тошноту, общее недомогание, слабость.

6/IV-56 г. среди дня появились прогрессивно усиливающиеся боли в низу живота. К концу дня боли уменьшились. 7/IV-56 г. утром боли вновь резко усилились.

Замужем с 19 лет. Месячные с 13 лет безклонений. Первая беременность и роды в 1953 г. протекали нормально. В 1954 г.—выкидыш. Полгода тому назад нормальные роды. Месячные были 2 месяца тому назад, через три месяца после родов.

Больная ниже среднего роста, удовлетворительного питания, правильного телосложения, кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура —37,2°, пульс —80, ритмичный, полный. Со стороны органов дыхания, кровообращения, нервной системы отклонений от нормы нет.

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, рефлексы живые. Мышцы брюшной стенки не напряжены. Пальпация живота слегка болезненна в нижних отделах. В правой подвздошной области неотчетливый симптом Щеткина — Блюмберга. Симптомы Ситковского, Ровзинга, Вознесенского положительны. Печень и селезенка не увеличены. Очень неясное припухание в отлогой части живота справа. При влажной исследовании матка слегка увеличена, плотная, в нормальном положении, подвижная, безболезненная, своды свободны, также безболезненны, зев закрыт. Диагноз: острый аппендицит.

7/IV-57 г. операция под местной инфильтрационной анестезией.

Разрезом Дьяконова — Волковича вскрыта брюшная полость, причем излилась в значительном количестве темная кровь. Рана расширена книзу, разведена зеркалами. При ревизии обнаружено: матка плотная, слегка увеличена, придатки подвижные, не изменены. В рану выведен большой сальник. У края его обнаружено обра-

зование темно-вишневого цвета, напоминающее сгусток крови, размером с голубиное яйцо. Из толщи его стружкой выделяется темная кровь. Произведена резекция участка сальника вместе с образованием.

После разреза удаленного образования обнаружено, что в центре его имеется пузырь с тонкими прозрачными стенками, наполненный жидкостью желтоватого цвета. Размер пузыря равен лесному ореху, около пузыря видна нежная ворсинчатая ткань.

При гистологическом исследовании препарата обнаружены ворсинки послета.

Большая выписана в хорошем состоянии на 10 день после операции. Рана зажила первичным натяжением.

Поступила 4 ноября 1958 г.

## БЕРЕМЕННОСТЬ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

*В. Г. Дунаева*

Из акушерско-гинекологического объединения № 2 г. Казани

(зав.— В. Г. Дунаева)

В случаях удвоения матки обе половины ее редко развиты одинаково полноценно. Иногда одна из них бывает настолько слабо развита, что представляет вид рудиментарного рога. Такой рудиментарный рог может быть местом прививки и развития оплодотворенного яйца. Беременность в таком случае обычно протекает по типу трубной беременности, но, ввиду лучшего развития стенки рудиментарного рога матки, разрыв плодместилища или не происходит, или бывает на более поздних сроках беременности.

Учитывая опасность разрыва, врач должен своевременно распознать указанную патологию и в нужный момент оказать требуемую помощь. Однако, распознавание этого вида акушерской патологии до операции чрезвычайно затруднительно.

Приводим наше наблюдение:

Б-ная М., 27 лет, поступила 25/IX 1957 г. в гинекологическое отделение для оперативного лечения по поводу кисты правого яичника. Больная жаловалась на быстро растущую опухоль в правой половине живота.

Менструации с 15 лет, последняя 3 мая этого года. Замужем 7-й год. Имела 4 беременности, две из них — 1-я и 2-я — закончились срочными нормальными родами и две последние — искусственными абортми по собственному желанию.

После родов у нее находили „кисту“ справа, которая не увеличивалась и не беспокоила больную. Эту же „кисту“ размером с мужской кулак диагностировали врачи при последнем аборте. Проводя этот аборт, врач в своих записях отметил, что в соскобе ясно выражены элементы децидуальной оболочки, плода и хориона не найдено.

Больная в хорошем состоянии выписалась после аборта и месяц не показывалась врачу.

Спустя месяц после выскабливания, больная заметила рост „кисты“. Она обратилась к врачу, который направил ее для оперативного лечения. При обычном осмотре действительно создавалось впечатление, что имеется киста на ножке, исходящая из правых придатков, размером со средний арбуз, но отсутствие плодного яйца при аборте 2 месяца назад и рост „кисты“ заставили заподозрить, нет ли растущей беременности в роге матки. Реакция Ашгейм — Цондека с мочой оказалась положительной, при рентгеноскопии области опухоли выявились очертания скелета плода.

Таким образом, диагноз беременности в рудиментарном роге матки около 22 недель подтвердился. Больная была прооперирована, причем оказалось следующее:

Матка плотной консистенции, несколько увеличена, от нее отходят левые придатки; высоко в правой половине живота расположен беременный рог матки, верхний край которого доходит почти до правой подреберной области, овальной формы с гладкой поверхностью и сильно истонченными стенками; от правого угла беременного рога матки отходит труба, а под ней расположен яичник с желтым телом. Произведено удаление беременного рога матки вместе с трубой.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на 19-й день в хорошем состоянии.

Поступила 29 января 1958 г.