

Из детской хирургической клиники Харьковского медицинского института и Хирургического отд. 5-й детской б-цы (зав. клиникой проф. С. Л. Минкин).

Два случая атрезии девственной плевы у детей и диагностическая ошибка в одном из них.

И. А. Канторович.

В условиях детской хирургической практики заболевания женского полового аппарата сравнительно редки. Обследование наружных и внутренних половых органов у девочек вовсе не производится или производится в тех случаях, когда имеются прямые показания, в виде жалоб определенного характера, или подозрения на какую-либо патологию.

Заращение девственной плевы принадлежит к тем заболеваниям, которые легко диагностируются, если при обследовании больной на него обращено должное внимание.

Различают врожденную и приобретенную атрезию девственной плевы. Врожденная атрезия может дать о себе знать симптомами давления, иногда тотчас же после рождения, вследствие скопления секрета в закрытом влагалище во время утробной жизни, чаще же эта аномалия развития выявляется в период полового созревания (Славянский).

Приобретенные атрезии чаще являются осложнениями целого ряда детских заболеваний, ведущих к язвенным процессам вульвы и влагалища и вызывающих вторичное заращение их. К таким заболеваниям относится: корь, скарлатина, дифтерия и др.

Местные симптомы этих страданий незначительны и поэтому на фоне тяжелой основной болезни часто просматриваются. Атрезию в детском возрасте может вызвать и вульвовагинит гонорейного характера.

В нашей клинике мы за короткий срок наблюдали два случая атрезии девственной плевы, причем в одном из них допущена была диагностическая ошибка.

Случай I. История б-ни № 102/63. Б-ная Е., 14 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в животе. Заболела два месяца тому назад. Постепенно существующие боли периодически усиливаются. Боли держатся главным образом в правой половине живота и отдают в поясницу и спину. За день до поступления в клинику присуп резких болей, длившийся около 8 час. и сопровождавшийся рвотой. В последнее время в правой половине живота появилась опухоль, упорные запоры и периодическая задержка мочеиспускания.

Перенесенные инфекции: корь, коклюш и дифтерия. Со стороны наследственности отягчающих данных нет. Мать отмечает, что за последние два месяца девочка значительно похудела. На протяжении последнего месяца девочку осматривали несколько раз врачи различной специальности, в том числе гинеколог и хирург; больная была повторно рентгеноскопирована и направлена в клинику с предположительным диагнозом „опухоль почки“.

При исследовании больной — живот мягкий, не вздут. Вправо от пупка прощупывается опухоль плотно эластической консистенции, несколько болезненная на ощупь, округлой формы, около 12 см в диаметре, с печенью и почкой не спаянная, подвижна. Кожные покровы над опухолью нормального цвета. Область живота, соответствующая расположению опухоли, несколько выпячена. При дыхании опухоль не смещается. Перкуторно над опухолью тупость. При

исследовании *per gestum* определяется опухоль, расположенная кпереди, плотная, болезненная, мало подвижная, верхний край опухоли не определяется. Заключение рентгенолога: „дефектов тени не отмечается, пальпируемый под экраном тубог с кишечником не связан“.

Исследование крови—лейкоцитов 16920 с небольшим сдвигом влево. Со стороны мочи незначительные изменения.

Больная в клинике наблюдалась до операции в течение 5 дней. За эти дни температура субфебрильная, ежедневные жалобы на приступообразные боли в области правой почки, уменьшающиеся после гречки и *Extr. Belladon.* Опухоль хорошо пальпируется, за дыханием не следует, тупость на месте ее расположения, подвижность, болезненность, быстрый рост (2 месяца); девочка за это время сильно похудела, на основании этого был поставлен диагноз „опухоль брыжейки“ (*Sarcoma*). С этим диагнозом больная была оперирована.

По вскрытии брюшной полости опухоль оказалась увеличенной маткой, соответствует вующей по своим размерам беременной матке в 2—2½ месяца. Яичники увеличены, трубы не изменены. Шейка матки расширена. Брюшная полость защищена наглухо. Произведенный тут же осмотр наружных половых органов обнаружил арезию плевы, которая напряжена и выпячивается между губами. Плева разрезана, выделилось около 10 г тягучей крови.

Послеоперационный диагноз: *Atresia hymenis, Haematocolpos.* Послеоперационный период протекал тяжело. Первые дни осложнились упорной задержкой мочи. Из влагалища выделялась кровь, но отверстие в плеве постепенно суживалось, и его ежедневно расширяли зондом. На 6-й день с яты швы—операционная рана зажила первичным натяжением. На 8-й день температура резко повысилась, отверстие в плеве акрылось. После расширения выделилось 75 г зловонного гн. я. В дальнейшем состояние больной улучшилось, хотя температура продолжала оставаться повышенной в течение 10 дней. Из влагалища в течение этого периода отходили гнойные выделения. Отверстие в плеве расширено Гегоровскими расширителями до № 10½, систематическое спринцевание влагалища. В дальнейшем выздоровление.

Случай II. Ист. болезни № 627/2. Больная Р-ва А., 2 лет, доставлена каретой скорой помощи по поводу подострого аппендицита. Больна 1½ м-ца. Жалобы на боли в нижней части правой половины живота. Температура до 39°. Была многократная рвота. Первый приступ длился около 2—3 недель. Вторым приступом появился за неделю до поступления в клинику и проявил себя болями в нижней части правой половины живота, многократной рвотой и температурой, доходившей до 38°. При осмотре со стороны внутренних органов уклонений нет. Живот мягкий, в правой подвздошной области отмечается небольшое напряжение и передней брюшной стенки и болезненность в этом участке. Симптомы Блюмберга, Ровзинга отрицательны. Растительность женского типа. Плева полностью закрыта, выпячена, и через нее просвечивает кровь. При исследовании *per gestum*; матка величиной с кулак, тестоватой консистенции. Трубы с обеих сторон увеличены. Исследование болезненно.

Во время пребывания в клинике температура от 37 до 39° по вечерам, рвота по нескольку раз в день и боли в животе. На 38-й день пребывания через плеву прорвался кровь, отверстие расширено пинцетом. Из влагалища выделяется много густой темной крови. После отхождения крови больная стала себя чувствовать лучше. Температура в пределах нормы.

Через 12 дней больной под местным обезболиванием сделана *Hymenotomia*. В заднем отделе удалена часть плевы. Гладкое послеоперационное течение и выздоровление.

Приведенные мною два случая—сравнительно редко встречающиеся пороки развития женского полового аппарата; они подчеркивают необходимость тщательного обследования полового аппарата девочек, особенно в пубертатном периоде.

В первом нашем случае мы допустили тяжелую диагностическую ошибку и произвели лапаротомию только потому, что не произвели соответствующего обследования 1). Наблюдавшим эту больную врачам разных специальностей, в

1) При оперативном лечении скоплений крови в половом канале на почве гипатрезии, как правило, нельзя ограничиваться только восстановлением отверстия в существующей перегородке, а следует зачастую вслед за этим производить лапаротомию для осмотра состояния брюшной полости. *Ред.*

том числе и гинекологу, не пришла мысль об обследовании наружных половых органов. Второй случай, поступивший вскоре после первого нами был правильно распознан и лечен лишь потому, что после первого случая клиника изменила свое отношение к гинекологическому исследованию девочек в сторону обязательного обследования наружных половых органов у всех девочек, особенно в пубертатном периоде.

Из Центральной клинико-диагностической лаборатории (завед. А. А. Кулагин) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

К методике подсчета кровяных телец в камере И. Т. М. О. с сеткой Горяева.

А. А. Кулагин.

Описание сетки Горяева. В 1935 г. Ленинградский институт точной механики и оптики освоил производство камер для счета кровяных телец. Выпускаемые камеры сделаны из одной стеклянной пластинки, построены по типу двойной камеры Бюркера и снабжены оригинальной сеткой Горяева¹⁾. Нужно сказать, что до появления этих камер на нашем рынке были только камеры Экспериментальной лаборатории О.В.У. ЮЗ (Одесса), камеры низкого качества, что ставило лабораторных работников в безвыходное положение.

Так как выпускаемые Ленинградским институтом камеры не снабжены описанием сетки Горяева или наставлением, как пользоваться сеткой и производить вычисления (и их нет также во всех распространенных руководствах по методике лабораторных исследований), я считаю не лишним заполнить этот пробел.

Сетка Горяева, представляющая собой расширенную сетку Предтеченского, имеет форму квадрата, каждая сторона которого равна 3 мм, а площадь сетки = 9 кв. мм.

Горизонтальными и вертикальными линиями, расположенными на расстоянии $\frac{1}{5}$ мм одна от другой, квадрат делится на 15 горизонтальных и 15 вертикальных широких полос; пересечением линий образуются большие квадраты со сторонами, равными $\frac{1}{5}$ мм и площадями в $\frac{1}{25}$ кв. мм. Следовательно, каждая полоса содержит по 15 таких квадратов. Каждая третья широкая полоса (горизонтальная и вертикальная) тремя параллельными линиями разделена на 4 узкие полоски шириной в $\frac{1}{20}$ мм. В квадратах узкие полоски образуют по 4 горизонтальных или вертикальных прямоугольника, а на местах перекреста по 16 малых квадратов. Сторона малого квадрата равна $\frac{1}{10}$ мм, а площадь = $\frac{1}{100}$ кв. мм, т. е. малый квадрат сетки Горяева равен малому квадрату всех других сеток, принятому за единицу счетной поверхности при

¹⁾ Кроме оригинальной сетки Горяева известна еще сетка Горяева-Паппенгейма, представляющая редуцированную сетку Горяева.