

ГЕМАТОМЕТРА У ДЕВОЧКИ

В. Г. Бычков

Кафедра детской хирургии (зав. — доц. П. Н. Булатов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Заболеваниям половых органов девочек до сих пор не уделяли достаточного внимания ни гинекологи, ни педиатры, ни хирурги. Эти заболевания иногда ошибочно диагностируются как аппендицит, цистит, мезаденит и пр.

Приводим наше наблюдение.

К., 13 лет, обратилась в детскую поликлинику с жалобами на боли внизу живота, общую слабость, частое мочеиспускание. Педиатр поставил диагноз: острый цистит (?). Проведено амбулаторное лечение. Однако улучшения не наступило, боли усилились.

17/IX 1964 г. девочка поступила в клинику детской хирургии с тем же диагнозом.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78, ритмичный. Легкие и сердце в норме. Живот правильной формы, мягкий, участвует в акте дыхания. Печень, селезенка, почки не увеличены. В правой подвздошной области определяется образование колбасовидной формы, плотной консистенции, безболезненное при пальпации.

Моча (анализ от 18/IX 1964 г.): соломенно-желтого цвета, прозрачная, удельный вес — 1016, реакция кислая; белка, сахара нет.

19/IX боли усилились. Предполагалась или инвагинация илеоцекального угла, или опухоль придатков матки.

23/IX вечером возобновился приступ болей в правой подвздошной области. После грелки боли затихли. Больная назначена на операцию с диагнозом: хроническая инвагинация илеоцекального угла или киста придатков матки.

26/IX произведена лапаротомия. В брюшной полости — жидкость шоколадного цвета. Матка плотной консистенции, увеличена до размеров мужского кулака, отклонена вправо, придатки нормального вида.

Поставлен диагноз: гематометра.

Наружный осмотр половых органов выявил выпячивание и синюшность девственной плевы. Брюшная полость освобождена от жидкости, рана послойно зашита наглухо. Произведено крестообразное рассечение девственной плевы, после чего из влагалища выделилось большое количество густой дегтеобразной жидкости. Во влагалище вставлена стерильная марлевая полоска.

На второй день после операции больная чувствовала себя хорошо. Боли прекратились, сон стал спокойным. Стул и диурез в норме. Полоска удалена из влагалища на 5-й день. Выделения из вульвы незначительны. На 7-й день после операции сняты швы. На 9-й день девочка выписана.

При правильном диагнозе можно было бы ограничиться только крестообразным рассечением девственной плевы, причем дренировать влагалище в таких случаях не следует.

УДК 618. 48

СЕМИКРАТНОЕ ОБВИТИЕ ПУПОВИНЫ В СОЧЕТАНИИ С ИСТИННЫМ УЗЛОМ ЕЕ

П. И. Панченко, И. И. Фрейдлин

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и роддом № 2 (главврач — П. И. Панченко)

Длина пуповины может быть различной. В норме она равна 50—60 см, однако описаны чрезмерно длинные пуповины — более 100 см. Осложнения, возникающие в родах при чрезмерно длинной пуповине, связаны с возможностью образования истинных узлов и обвития вокруг шеи или туловища плода. Обвитие пуповины может быть как однократное, так и многократное. О. П. Рекшинская (1960), анализируя 1047 случаев обвития пуповины, установила, что частота его составляет 29,1% к числу родов у первородящих и 29,8% — у повторнородящих. Е. М. Шитова (1960) приводит редкий случай семикратного обвития пуповины вокруг шеи (длина пуповины 155 см).