

Из Илецкой районной больницы Оренбургского округа (старш. врач
В. В. Чернов).

Случай эхинококка матки.

Ординатора А. И. Баскакова.

Эхинококковая киста в человеческом организме имеет самую разнообразную локализацию. Описаны редкие случаи нахождения эхинококка и в малом тазу у женщин. Один подобного рода случай, наблюдавшийся мной, я и позволю себе здесь привести.

Больная М. (ист. бол. № 568), 20 лет, русская, крестьянка, поступила в Илецкую больницу 23/X 29 г. с жалобами на боли и на увеличивающуюся опухоль в нижней части живота. В 1926 году у нее был 3-хмесячный самопроизвольный выкидыш. Через год после этого—преждевременные роды 7½ мес. мертворожденным плодом. Эти беременности протекали болезненно. Спустя 1½ года после последних преждевременных родов, т. е. 1½ года тому назад, живот у больной стал увеличиваться так же, как и при ранее бывших беременностях. С течением времени опухоль живота увеличивалась, боли усиливались. Менструации после последних преждевременных родов все время приходили в срок без отклонений от нормы.

Больная среднего роста, хорошего питания, цветущая, жизнерадостная, с румянцем на щеках, брюнетка. Со стороны органов грудной полости норма. Из грудных желез выдавливается молозиво. В нижней части живота прощупывается опухоль величиной с голову взрослого человека, доходящая до пупка. Опухоль туго эластической консистенции занимает срединное положение в малом тазу. Над опухолью тупой звук. При бимануальном исследовании шейку матки целиком прощупать не удается в виду того, что она прижата кпереди за симфиз. Весь задний Дугласов карман выпячивается в виде шаровидной опухоли. Опухоль занимает центральное положение в малом тазу и несколько смещается в обе боковые стороны. Была предположена киста яичника, интимно спаянная с маткой, и больной предложено оперативное пособие, на что последняя согласилась, т. к. опухоль последнее время ее тяготила.

24/X 1929 г. laparotomia (Баскаков) под эфирным наркозом (250,0). Разрез передней стенки живота по l. alba от лобка и несколько выше пупка. По вскрытии брюшной полости опухоль частично выведена из раны. Края раны тщательно обложены салфетками, благодаря чему малый таз оказался как-бы разобщенным с верхним этажом брюшной полости. Опухоль, заполнявшая малый таз, была сращена с прямой кишкой и пристеночной брюшиной. Она настолько имела интимную связь с телом матки, что отграничить ее от последнего не представлялось возможным. Опухоль и матка составляли одно целое, создававшее впечатление, что перед нами беременная матка с мертвым плодом. Поэтому было предпринято кесарское сечение. Вскрытая путем поперечного разреза полость ее и передняя стенка оказались увеличенными; полость матки была растянутой и тело по величине соответствовало 2—3 мес. беременности. Полость матки оказалась свободной, а опухоль флюктуировала позади задней стенки матки. Матка зашита. В это время помощником были наложены на опухоль щипцы Мюзо и из точек уколов потекла прозрачная жидкость, похожая на кистозную или эхинококковую. При тщательном отграничении полостей и раны жидкости дали возможность стечь. После этого опухоль спалась и стала ясно различима спереди. Матка несколько увеличена в размерах, причем вся ее задняя стенка имела как бы своим придатком указанную спавшуюся опухоль, последняя помещалась, повидимому, между задней стенкой матки и покрывающим ее сзади листком брюшины.

В виду интимной связи опухоли с маткой, произведена сначала надвлагалищная ампутация матки с перевязкой обеих gami ascendens a. uterinae. После этого со всеми мерами предосторожности киста была наполнена формалином, вскрыта, удалена хитиновая оболочка с дочерними пузырьками, а затем и вся киста с ампутированной маткой, до места сращения с пристеночной брюшиной и прямой кишкой. Культи шейки зашита узловатыми швами. По введенным помощником во влагалище пальцам, со стороны оставшейся культи эхинококковой кисты, проделано ножом отверстие в заднем своде влагалища позади культи шейки

и через него выведен во влагалище спиртовой тампон. Оставшаяся культя эхинокковой кисты со вставленным в нее и выведенным во влагалище тампоном зашита наглухо двухэтажными узловыми швами. Линия шва опухолевой культи во время перитонизации придатков культи шейки матки прикрыта листком брюшины. Рана зашита послойно: брюшина непрерывным, апоневроз — крестообразным швом (см. Каз. мед. журн. № 1, 1930 г.). Операция продолжалась 2 часа.

Послеоперационный период протекал с повышением t^0 на 4-й день до $38,6^0$ и на 8-й до $37,8^0$. На 6-й день удален тампон из влагалища, причем из ранки заднего свода выделилось немного серозно-слизистого отделяемого. На 8-й день сняты все швы. Заживление *per primam intentionem*.

Из Заинской участковой больницы.

Паховая грыжа беременной матки.

Врачей С. Н. Пеклер и Т. А. Колесниковой.

Грыжа беременной матки считается довольно редкой. Это дает нам право описать один подобный случай, встретившийся в нашей участковой практике.

Больная Ш. М., 43 лет, крестьянка, поступила в Заинскую б. цу с жалобой на опухоль в правой паховой области и на незначительные темные кровянистые выделения из половых путей. Опухоль возникла два года тому назад. Вначале она была небольшой и безболезненной, появлялась при натуживании и свободно заправлялась обратно. За последнее время опухоль увеличилась, за неделю до поступления Ш. в больницу перестала заправляться, и стала болезненной.

Замужем больная 22 года. Была беременна 8 раз. Все роды нормальные. Выкидышей не было. Последние роды 3 года назад. Мenses приходили через месяц и продолжались по четыре дня. Последние были 3 месяца тому назад, обильные, сопровождалась болями в животе и общим недомоганием.

Больная правильного телосложения, худощавая. Слизистые оболочки бледны. Со стороны сердца особых отклонений нет; в легких — на верхушках выдох.

В правой паховой области имеется яйцевидной формы опухоль, расположенная своим длинником по направлению оси пахового канала и достигающая правой половой губы. Длина ее около 16 см. и ширина около 9 см. Опухоль плотная, гладкая, неподвижная и малоболезненная. Кожа над опухолью подвижна, кожная сосудистая сеть расширена. Опухоль не просвечивает, не дает при пальпации урчания и переливания, не вправляется и своей короткой ножкой выполняет грыжевое кольцо. В левой паховой области небольшая свободно вправляемая паховая грыжа. При исследовании половой сферы обнаружено следующее: шейка матки мягкая, стоит высоко; зев пропускает кончик пальца; тело матки и придатки при бимануальном исследовании не прощупываются; в правом своде имеется плотное образование, связанное с описанной выше паховой опухолью. После исследования на пальцах следы темно-коричневой густой крови. Стул у больной нормален, самочувствие удовлетворительное.

Попытки вправить опухоль в горячей ванне безрезультатны. Опухоль продолжала увеличиваться, стала более болезненной и, по словам больной, временами делалась плотней. За три дня до операции появились сильные боли в самой опухоли, отдающие в живот и поясницу. Самочувствие больной ухудшилось, появилась бессонница. Кровянистые выделения продолжались, оставаясь незначительными. Температура иногда поднималась к вечеру до $37,5^0$.

14/XI операция (*herniotomia*) под местной анестезией с разрезом в 15 см. по длинной оси опухоли, параллельно Пупартовой связке. После отсепаровки грыжевых оболочек до брюшины, опухоль дважды была пунктирована через брюшину. При первой пункции получена желтоватая жидкость, при второй — в другом месте — жидкость с примесью крови. Больной дан хлороформенный наркоз. После разреза брюшины опухоль оказалась сильно увеличенной (беременной) маткой с придатками. Произведено малое кесарское сечение с разрезом по Фричу. Плод и плацента со всеми оболочками удалены. Полость матки обследована рукой и кюреткой, на рану матки наложен двухэтажный шов. Матка сократилась, но заправить ее в брюшную полость удалось только после рассечения наружного грыжевого кольца.