

дение больной поджелудочной железы, где показано применение инсулина.

Брюшную полость необходимо тампонировать после операции на поджелудочной железе, в этом также почти единодушно сходятся авторы.

Из акушерско-гинекологического отделения 1-й клинической больницы им. Г. В. Плеханова в Воронеже (зав. отделением проф. В. А. Мишин)

Случай перекручивания фиброматозной матки.

А. С. Шкарин.

В ночь с 5 на 6/VIII 1929 г. в отделение поступила больная Б. с жалобами на непрерывные резкие боли в животе в течение последних 4 суток, запоры, затрудненное мочеиспускание, тошноту. Посетивший ее на дому врач предположил у нее перекручивание ножки кисты, и с этим диагнозом она была направлена в больницу.

Больная, 56 лет, в прошлом отмечает малярию. Менструации появились впервые на 16-м году жизни, установились сразу и приходили через каждые 4 недели и продолжались по 4—5 дней с предшествующими болями; крови при этом теряла мало. Половою жизнью не жила. Последние *menses* были 10 лет назад. Около этого же времени больная стала замечать, что у нее внизу живота растет какая-то опухоль, и вместе с тем периодически, через каждые 1—2 месяца, у нее стали появляться боли в области малого таза, продолжавшиеся от 3 до 7 дней. К врачу она по поводу этого заболевания не обращалась. За 4 дня до поступления в отделение, во время тяжелой физической работы больная почувствовала сильные боли в животе и вынуждена была лечь в постель. Несмотря на покой, боли не уменьшались и в последующие дни, а вместе с тем больная стала замечать, что опухоль у нее увеличилась. Тогда она решила вызвать врача, который и направил ее в больницу.

Объективное исследование: больная среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания, окраска кожи и видимых слизистых несколько синюшная. Температура при поступлении 36,7°. Тоны сердца глухие. Пульс 120, слабого наполнения. Легкие—норма. При паружном исследовании обнаружено, что живот увеличен вследствие опухоли, простирающейся от малого таза до подреберья, и формой и величиной своей напоминающей берсменную матку на 10-м лунном месяце беременности. Консистенция опухоли—упруго-эластическая. Подвижность ее резко ограничена. При пальпации сильная болезненность брюшной стенки. При перкуссии живота в области опухоли—всюду тупой звук; в подложечной области тимпанит. Наружные гениталии—норма. Нупеп кольцевидной формы. Целость его не нарушена. Отверстие гимена пропускает лишь конец пальца. Выделений из влагалища нет. При исследовании *per vaginam* отмечается высокое стояние атрофичной шейки матки. Отношение матки к опухоли определить не удается. Придатки не прощупываются. В виду наличия симптомов перекручивания опухоли больной предложена операция, но она от нее отказалась. Назначен лед на живот, камфора, кофеин под кожу.

6/VIII, 15 ч. 30 м. Пульс временами становится нитевидным. Общее состояние резко ухудшилось. На операцию больная дала согласие. Введено под кожу физиологического раствора 500 г. Инъекция камфоры. 18 ч. Под общим эфирно-хлороформным наркозом приступлено к операции. По вскрытии брюшной полости извлечена опухоль, оказавшаяся фиброматозной маткой, шаровидной формы, перекрученной вокруг своей продольной оси справа налево 1 $\frac{1}{2}$

раза. Утолщенные отечные трубы, вследствие перекручивания матки, образовали вокруг нижнего сегмента ее как бы розетку сине-багрового цвета. Яичники несколько отечны, цианотичны. Принимая во внимание возраст больной, а также возможность частичного омертвения придатков матки, мы произвели надвлагалищную ампутацию матки и удалили придатки.

Послеоперационный период осложнился на 4-е сутки незначительным левосторонним паротитом, исчезнувшим через неделю. Рана зажила *per primam intentionem*. Больная выписалась здоровой на 16-й день.

Удаленная фиброма представляет собой опухоль по величине приближающуюся к матке на последнем месяце беременности, плотноватой консистенции, отечную, сине-багрового цвета. Приблизительно на границе средней и нижней трети опухоли от нее отходят утолщенные до $1\frac{1}{2}$ поперечных пальцев в диаметре трубы и отечные яичники. Таким образом опухоль в верхних 2 третях представляет собой один громадный фиброзный узел, шаровидной формы, расположенный интерстициально. На разрезе полость матки представляется растянутой в длину на 12 см. На левой стороне опухоли, на 1 см ниже места отхождения левой трубы от матки, находится участок овальной формы, величиной с большое куриное яйцо, пропитанный известковыми солями и настолько плотный, что не поддается разрезу ножом. Вес опухоли 6000 г.

При микроскопическом исследовании¹⁾ опухоли, труб и яичников было обнаружено: 1) опухоль состоит из фиброзной ткани с небольшими гнездами из жировых клеток, диагноз: *Fibroma uteri*; 2) труба состоит из фиброзных складок слизистой оболочки, но без покровного эпителия, диагноз: *Desquamatio tubae Fallopii*; 3) яичник представляет явления фиброзного перерождения с кистами, стенки которых лишены эпителия; сосуды его сильно склерозированы и гиалиново перерождены, диагноз: *Degeneratio fibrosa ovarii*.

Относительно часто наблюдается перекручивание фиброматозных узлов, расположенных субсерозно, растущих в брюшную полость и соединенных с маткой более или менее тонкой ножкой. Случаи же перекручивания фиброматозной матки довольно редки. Отмечается, что такие фибромы, как и кисты, перекручиваются в большинстве случаев по движению часовой стрелки. Возможность перекручивания фиброматозных маток отмечена Вирховым, Гюнтером, Планке, Бритцем, Бурсье, Ламеландом, Дюрином, Винбергом и др., а из русских авторов—Славянским, Губаревым, Груздевым, Роговым, Мухиной и пр. Перекручиванию фиброматозных маток посвящена обстоятельная работа Феррони.

Беременность считается фактором, способствующим перекручиванию фиброматозной матки, так как при ней ткани размягчены и менее препятствуют ротационным движениям, равно как и климактерический возраст, когда шейка становится атрофичной и истонченной. Мухина, при обзоре гинекологической литературы за 10 лет, нашла 9 случаев перекручивания фиброматозных маток, описанных различными авторами, из них 8 случаев представляют сочетание фибромы с беременностью. Обычно в описанных ранее случаях угол перекручивания не превышает 180° . Из доступной мне литературы я знаю только два случая, где перекручивание было больше, чем на 180° ,—это недавно описанный случай Малевой, где фиброматозно перерожденная матка оказалась повернутой около своей продольной оси на 360° , и случай, приведенный проф. Губаревым в его руководстве по оперативной гинекологии, когда матка оказалась переверну-

¹⁾ Микроскопическое исследование было произведено проф. В. А. Афанасьевым.

той около своей оси $2\frac{1}{2}$ раза. Особенностью последнего случая было еще и то, что ротация матки, как и в описываемом мною случае, произошла не слева направо, а справа налево. Обычно при ротации матки нижний отрезок растянутой шейки не принимает в ней участия, вследствие чего происходит перекручивание в области верхнего отрезка шейки, и в результате, из-за омертвения в месте перекручивания, нижний отрезок шейки матки может совершенно отделиться от верхнего. В описываемом мною случае шейка вся целиком приняла участие в ротации матки, а ножкой при перекручивании послужило чрезмерно растянутое в длину влагалище.

Этиология перекручивания фиброматозных маток представляется до сих пор не вполне выясненной. Полагают, что ближайшей причиной его могут послужить резкие движения таза во время работы, кишечная перистальтика, наконец, по теории Пайера, перекручивание может быть вызвано повышением кровяного давления в венах ножки опухоли.

Трудно точно определить причину перекручивания в нашем случае, но, принимая во внимание, что больная почувствовала внезапную боль во время колки и переноски дров, возможно предположить, что эта работа и послужила способствующим моментом для перекручивания фиброматозной матки.