жидкая кровь. Введено подкожно 1 *мг* питуитрина и внутривенно — 20 *мл* 40% раствора глюкозы. Кровотечение продолжалось. Наложены кетгутовые лигатуры на стенку шейки матки, и кровотечение остановилось. Общая кровопотеря — 800 *мл*. Проведены меры борьбы к кровопотерей. Наступило выздоровление.

Кетгутовые лигатуры на стенку шейки матки мною наложены в десяти случаях атонического кровотечения.

Поступила 10 февраля 1961 г.

НЕОБЫЧНО ПРОТЕКШАЯ ИСТМИКО-ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Асс. К. Н. Сызганова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института на базе гинекологического отделения Республиканской клинической больницы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

20/I-59 г поступила К., 29 лет, по поводу субсерозной фибромиомы тела матки и первичного бесплодия.

Наследственность здоровая. Замужем 10 лет. Беременностей не было. Менструации с 16 лет, через 20 дней, по 3 дня, без болей. Последняя нормальная менструация 17/I-59 г.

Считает себя здоровой и обратилась по поводу бесплодия. С 1956 г. лечилась физиотерапевтическими процедурами, сероводородными ваннами в Сочи и грязевыми влагалищными тампонами по поводу хронического воспалительного процесса придатков матки.

В сентябре 58 г., после двухмесячной задержки, появились кровянистые выделения из половых путей, временами усиливающиеся, но без болей. На протяжении месяца дважды лежала в одной из городских больниц с диагнозом: маточная беременность, угрожающий выкидыш. В третий раз госпитализирована к нам с подозрением на внематочную беременность. При исследовании определялась плотная, безболезненная опухоль у правого угла матки, по форме напоминающая утолщенную трубу или фиброматозный узел. Повторные реакции на беременность на лягушках были отрицательны.

15/X-58 г. произведено пробное выскабливание полости матки. Получен скудный соскоб. Гистологически децидуальной реакции нет. После выскабливания кровянистые выделения прекратились. Через 10 дней была отпущена домой в хорошем состоянии без каких-либо жалоб, с отвергнутым диагнозом — «внематочная беременность». Будучи дома, продолжала спринцевания в течение месяца. Кровянистые выделения не повторялись. Болей не было. Больная чувствовала себя хорошо, была здорова. Менструальный цикл стал нормальным. Трижды в срок пришли менструации.

20/I-59 г. при бимануальном исследовании у правого угла матки спереди обнаружена опухоль величиной с куриное яйцо. Локализация плотной опухоли у угла матки, не меняющейся на протяжении 4 месяцев, заставила подумать о фиброматозном субсерозном узле матки.

В семени мужа сперматозоиды в большом количестве, подвижные. При продувании труб установлена их непроходимость.

Выявление субсерозного фиброматозного узла и возможное влияние его на детородную функцию, а также непроходимость труб дали право предложить женщине лапаротомию для удаления угла и возможного восстановления проходимости фаллопиевых труб. Женщина на это охотно согласилась.

20/I-59 г. под местной инфильтрационой анестезией вскрыта брюшная полость по белой линии живота от лона до пупка (К. Н. Сызганова). Матка в пределах нормы. Левые придатки окутаны спайками, по разделении которых обнаружены нормальный яичник и утолщенная труба. Абдоминальное ее отверстие не заращено. Правая труба длинная без макроскопических изменений. Правый маточный угол утолщен и превращен в продолговатую, плотную опухоль темно-багрового цвета, величиной с куриное яйцо. Круглая связка расположена у латерального полюса опухоли. Иссечен утолщенный угол матки. При этом образовалась большая воронкообразная рана, достигающая слизистой оболочки матки. Полость матки вскрыта. Произведена имплантация трубы в матку с введением через трубу и матку во влагалище пластмассовой трубочки. Брюшная полость послойно закрыта наглухо.

На разрезе удаленная опухоль оказалась организовавшимся сгустком крови с тонкими тканевыми прослойками.

Микроскопически — тени хориальных ворсин в сгустках крови.

Окончательный диагноз — старая истмико-интерстициальная беременность правой трубы и воспалительный процесс левых придатков матки.

Описанный нами случай показывает, что истмико-интерстициальная трубная

беременность, обычно кончающаяся разрывом плодовместилища с опасным для жизни кровотечением, в данном случае закончилась без особых осложнений для больной.

Поступила 23 марта 1959 г.

ПОВТОРНАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В КУЛЬТЕ УДАЛЕННОЙ ТРУБЫ

М. И. Слепов

Гинекологическое отделение (зав.— М. И. Слепов) 2-го городского лечебно-профилактического объединения Казани (главврач — Н. В. Потапова)

Повторная внематочная беременность встречается, по ряду авторов, в 4—7% случаев во второй трубе после удаления первой (Л. Я. Цейтлин, Дитрих, К. К. Скробанский). Крайне редко встречается повторная внематочная беременность в культе удаленной трубы. Р. Р. Макаров указывает, что «...хотя подобная патология и насчитывает всего лишь единицы во всей мировой литературе, она все же возможна [2]. В доступной нам литературе описание внематочной беременности в культе удаленной трубы мы встречали только 1 раз [1], поэтому считаем, что может представить интерес и наше наблюдение.

Б-ная Б., 32 лет, поступила 12/VIII 1960 г., с жалобами на боли в низу живота. Менструации с 12 лет по 5 дней через 30 дней, безболезненные. Замужем 6 лет. Беременностей было 3: нормальные роды одни, аборт один и внематочная беременность в марте 1960 г., когда и была удалена левая труба. Последняя менструация 12/VII-60 г. 12/VIII-60 г. появились боли в низу живота, повысилась температура до 38,5°.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Пульс 88, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД — 120/70. Живот мягкий, болезнен слева внизу. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При влагалищном исследовании шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки несколько больше нормальной величины, левый край болезнен. Своды глубокие, слева болезненная пастозность, справа придатки не определяются. Скудные бели.

Диагноз: левосторонний острый параметрит (?).

В последующие дни состояние больной оставалось удовлетворительным. Живот мягкий, несколько болезнен слева внизу. Скудные бели. Лечение противовоспалительное.

17/VIII в 7 ч. 45 м. приступ сильных болей в низу живота. Пульс — 120, слабого наполнения, ритмичный. АД — 90/40. Живот резко болезнен. При влагалищном исследовании резкая болезненность при смещении шейки матки, нависание сводов. Бели.

Диагноз — подозрение на внематочную беременность.

При пункции заднего свода получена кровь.

Операция. В брюшной полости большое количество жидкой крови и сгустков. Тело матки увеличено до 7—8 недель беременности. Правая труба и яичник не изменены. Слева у угла матки сгустки крови, хориальная ткань (в дальнейшем гистологически подтвержденная) и остатки культи трубы длиной в 1 *см*. Произведено иссечение угла матки с культей левой трубы. Удалены сгустки и, по возможности, жидкая кровь. Брюшная полость зашита наглухо.

На 13-й день после операции больная выписалась в хорошем состоянии.

Приведенное наблюдение подтверждает необходимость полного удаления трубы с иссечением ее маточного конца при внематочной беременности для предупреждения повторной внематочной беременности в оставшейся культе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратьева Е. С. Акуш. и гинек., 1957, 4. — 2. Макаров Р. Р. В кн.: «Внематочная беременность», М., 1958. — 3. Цейтлин Л. Я. В кн.: Л. Я. Кривский. Руководство по женским болезням. 1927.

Поступила 28 сентября 1960 г.