

беременность, обычно кончающаяся разрывом плодместилища 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.

ЭНДОМЕТРИОЗ ВНЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Е. П. Кохан и канд. мед. наук Д. В. Помосов

Клиника общей хирургии (нач.—проф. В. И. Попов)
Военно-медицинской ордена Ленина академии им. С. М. Кирова

Эндометриоз — это возникающее у женщин среднего возраста опухолевидное образование, гистологически напоминающее строение слизистой оболочки матки.

Эндометриозы вне половых органов встречаются редко. Так, по данным А. К. Савицкой, на 110 больных с эндометриозом только у 2 больных был эндометриоз вне половых органов. Наблюдавшиеся нами две такие больные заслуживают внимания не только с диагностической точки зрения, но и из-за локализации заболевания.

Б., 32 лет, поступила 7/IV-53 г. по поводу правосторонней бедренной грыжи. Считает себя больной в течение 10 мес., когда впервые почувствовала боли в правой паховой области и здесь же обнаружила небольшое выпячивание. В последние 6 месяцев выпячивание несколько увеличилось, а боли приняли постоянный характер и усиливались в период менструаций.

Родилась семимесячной. Развивалась нормально. Месячные с 14 лет, приходят регулярно, необильные, болезненные. В 1947 г. нормально окончившиеся роды. В 1949 г. аборт в медицинском учреждении.

Телосложение правильное. Кожа нормальной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс — 76, ритмичный. АД — 110/70. Внутренние органы грудной и брюшной полостей без патологических изменений. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

На правом бедре, под пупартовой связкой небольшая припухлость, кожа над которой не изменена. При пальпации определяется плотное безболезненное образование 4×3 см, не спянное с подлежащими тканями и не исчезающее под давлением исследующей руки.

Осмотр гинеколога: эндоцервицит, эрозия шейки матки.

Предположительный диагноз: лимфаденит бедренных узлов, злокачественная опухоль (?).

15/IV-53 г. под местным обезболиванием произведено удаление плотной, бугристой опухоли $3 \times 3 \times 2,5$ см. Верхний полюс опухоли уходит в бедренный канал. Опухоль удалена полностью. Бедренный канал ушит. Послеоперационное течение гладкое, больная выписана в хорошем состоянии.

Результат гистологического исследования: эндометриоз лимфатического узла со склерозом в области синуса.

М., 38 лет, поступила 18/I-60 г. с опухолью рубца после аппендэктомии. Оперирована по поводу острого аппендицита 9 лет тому назад. Рана зажила вторичным натяжением. Два года тому назад заметила в области рубца плотную опухоль, которая за последние месяцы значительно увеличилась. Появились боли в области рубца, усиливающиеся перед менструацией, особенно в первые дни, и обильное потоотделение в области рубца.

Родилась здоровой. Развивалась нормально. Месячные с 15 лет, приходят регулярно, необильные. Гинекологические заболевания отрицает. Было две беременности. Одна окончилась срочными родами, а вторая — аборт. Ребенок здоров.

Телосложение правильное. Кожные покровы обычной окраски. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. Пульс — 80, ритмичный. АД — 120/80.

Живот правильной формы, мягкий и безболезненный. В правой подвздошной области послеоперационный рубец $1,5 \times 3$ см. Кожа в области рубца резко пигментирована, влажная от пота. При пальпации рубца определяются три узла величиной $2 \times 1,5$ см каждый, болезненные, спянные с окружающими тканями. Анализы крови и мочи — без патологических изменений.

При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта обнаружены спайки в области илеоцекального угла.

Со стороны женских половых органов патологии не определяется.

Предположительный диагноз: келлоидный рубец, возможно со злокачественным перерождением.

1/II-60 г. под потенцированным эфирно-кислородным наркозом произведено иссечение опухоли в пределах здоровых тканей (Е. П. Кохан). Опухолевидно изменены кожа, подкожная клетчатка, фасция и частично — мышцы. Вскрыта брюшная полость, освобождена от спаек слепая кишка. Рана послойно зашита наглухо.

Послеоперационное течение без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое исследование. В области рубца обнаружены железистые просветы с цилиндрическим эпителием, окруженные тканью, соответствующей строению слизистой оболочки матки. Эндометриоз.

Обе больные операциям по гинекологическим заболеваниям не подвергались.

Цель нашего сообщения — обратить внимание на возможность данного заболевания при дифференциальной диагностике опухолей брюшной стенки.