

# 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  $4 \times 3$  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, спаянные 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.

1. Израильсон Р. М. Акуш. и гинек., 1947, 1.—2. Коневская А. И. и Славин Ю. М. Акуш. и гинек., 1960, 3.—3. Малиновский М. С. Гинекология, М., 1957.—4. Рыжков С. В. Акуш. и гинек., 1953, 2.—5. Савицкая А. К. Акуш. и гинек., 1959, 5.—6. Фриновский В. С. Там же.—7. Яковлева О. А. Нов. хир. арх., 1956, 3.—8. Якимюк Д. И. Хирургия, 1955, 12.

Поступила 23 июля 1960 г.

## О НЕОБЫЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

*Р. Х. Шамсутдинова*

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.—проф. Н. Н. Яснитский)  
Казанского медицинского института на базе Республиканской клинической больницы  
(главврач — Ш. В. Бикчурин I)

На стационарном лечении в клинике за последние десять лет находился ряд больных своеобразной локальной формой буллезных дерматозов. Ввиду особого интереса представляем выдержки из историй болезни трех больных.

I. Ч., 73 лет, считает себя больной около года, в течение этого времени неоднократно, но безуспешно лечилась при районной больнице. Находилась на стационарном лечении в кожной клинике Казанского медицинского института с 21/XI-52 г. по 27/IV-53 г. и с 7/IX-53 г. по 7/VI-54 г. с диагнозом «доброкачественная пузырчатка». Отмечает, что ухудшение процесса возникает с наступлением холодного времени года.

Высыпания располагаются на коже волосистой части головы, лица, шеи и на слизистой ротовой полости. На нормальном окружающем фоне имеются пузыри от горошины до грецкого ореха, напряженные, с серозным прозрачным содержимым и розово-красные эрозии до нескольких сантиметров в диаметре, в окружности эрозий — бахромки отслоившегося эпидермиса. Единичные пузыри и эрозии, но меньших размеров — на слизистой твердого неба и щек. Жалуются на сильный зуд на месте высыпаний.

При исследовании внутренних органов рентгенологически установлен рак желудка.

Посев содержимого пузыря, находившегося на шее. На агаре выявлен незначительный рост белого и золотистого стафилококка. В мазках обильное количество кокковых элементов, грамположительных.

При посеве на бульон — помутнение бульона и хлопьевидный осадок. В мазках кокки, расположенные гроздевидно и в одиночку.

Под влиянием гемоподсадок, паравертебральной диатермии, вливаний новарсенола и местной симптоматической терапии в состоянии кожного процесса были периоды временного улучшения. Они чередовались с ухудшениями, причем каждое новое высыпание было связано для больной со страданиями (зуд, боли).

В дальнейшем больная переведена на оперативное лечение в хирургическую клинику по поводу рака желудка, где и скончалась.

II. З., 31 года, поступила 6/IV-54 г. с диагнозом «доброкачественная пузырчатка».

С 15-летнего возраста больная с переменным результатом лечилась как стационарно, так и амбулаторно при районной больнице.

В области плечевого пояса, на фоне нормальной окружающей кожи расположены поверхностные бледно-розовые язвы от  $2 \times 4$  см до  $4 \times 6$  см неправильной формы с четкими фестонированными контурами, с серозно-гнойным отделяемым. У больной установлен туберкулез почек.

Кожный процесс под влиянием проводимого лечения (подкожные инъекции 1% раствора мышьяковистого натрия, внутримышечные инъекции витамина В<sub>1</sub>, пенициллинотерапия, инъекции стрептомицина и различная местная медикаментозная терапия) резко улучшился; больная выписана по собственному желанию. Свежих высыпаний к моменту выписки не было.

III. П., 6 лет, больна 8 месяцев. Поступила 29/VII-54 г. с диагнозом «герпетический дерматит Дюринга».

На коже волосистой части головы с распространением на прилегающие части шеи, ушных раковин и крыльев носа пузырьки и пузыри до крупной горошины с дряблой покрывкой и серозно-мутным содержимым. Отмечается групповое расположение элементов сыпи. На местах лопнувших пузырьков и пузырей мясо-красные эрозии с венчиком отслоившегося эпидермиса по периферии. Мучительный зуд на местах высыпаний.

При исследовании внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Проводимая терапия (инъекции раствора мышьяка, пенициллинотерапия, жидкость Дорохова — фракция № 2; паравертебральная рентгенотерапия и местная симптома-