

несколько приступов схваткообразных сильных болей в левой половине поясничной области, сопровождавшихся иррадиацией в левую подвздошную область и левую ногу, учащением мочеиспускания, тошнотой, иногда — повышением температуры. Аналогичные приступы повторялись и в 1952 г.

В 1943 г. перенес осколочное ранение в левую половину грудной клетки. Гематурии не было, мочеиспускание не нарушалось. Незначительные боли в левой половине поясницы и нижнем отделе левой половины грудной клетки быстро исчезли.

Общее состояние больного хорошее. По передне-подмышечной линии слева в VIII межреберье небольшой обесцвеченный рубец $1 \times 0,6$ см, такой же — по 8×4 см слева сзади по X межреберью. Левое подреберье при глубокой пальпации слегка болезненно. Слабо положительный слева и симптом Пастернацкого. Мочеиспускание не нарушено. Моча спустя 2 недели после колики соломенного цвета, прозрачная. Удельный вес — 1024, реакция кислая, белок есть. В осадке: эритроциты 12—18 в поле зрения, лейкоциты — 8—12, трипельфосфаты. При последующих исследованиях моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, удельный вес — 1014—1020, реакция кислая, белка нет. В осадке — единичные клетки эпителия, единичные лейкоциты, слизи. Нб — 70%, РОЭ — 26 мм/час. Л. — 8600; э. — 3%; п. — 3%; с. — 59%; л. — 30%; м. — 5%.

При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены плевральные сращения в френико-костальном синусе и деформация XI ребра слева. На обзорной рентгенограмме — очень интенсивная, с четкими границами тень 1×1 см, располагающаяся на 2,5 см влево от позвоночника на уровне между II и III поясничными позвонками.

Хромоцистоскопия 19/III-52 г. Емкость и слизистая оболочка мочевого пузыря нормальны. Устья мочеточника без патологии. Индигокармин, введенный внутримышечно, справа стал выделяться через 6 мин. Из устья левого мочеточника выделения индигокармина за 12 мин наблюдения не отмечалось. Произведены катетеризация левого мочеточника и ретроградная пиело-уретерография в двух проекциях. Почечная лоханка и чашечки несколько расширены. На фоне заполненного контрастным веществом расширенного начального отдела левого мочеточника видна интенсивная (металл!) тень 1×1 см с зубчатыми очертаниями (рис. 1).

Диагноз: инородное тело (осколок) в начальном отделе левого мочеточника.

21/III-52 г. под местной инфльтрационной анестезией по А. В. Вишневскому через разрез Федорова обнажена левая почка. Начальный отдел мочеточника заметно расширен, на расстоянии 3—4 см от лоханки в нем прощупывается плотное тело. Мочеточник вскрыт, извлечен металлический осколок $1 \times 0,6 \times 0,6$ см, мало инкрустированный солями. Разрез на мочеточнике закрыт двухрядным швом.

Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан. При осмотре через 7 лет — здоров.

Наиболее вероятно, что осколок попал в верхний полюс почки. Отсутствие в анамнезе макроскопической гематурии свидетельствует о поверхностном залегании осколка в паренхиме (Гораш). В течение 8 лет осколок ничем себя не проявлял и только на девятом году, вызвав, по-видимому, изменения типа пролежня в подлежащей почечной ткани, осколок провалился в почечную лоханку и вызвал почечную колику. Фронштейн допускает возможность подобной «иммиграции» инородного тела.



Рис. 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гораш В. А. Огнестрельные ранения почки. Дисс., Петроград, 1918.
2. Фронштейн Р. М. и Элштейн М. Н. Хирургия, 1943. 7. — 3. Фронштейн Р. М. Тр. итоговой республ. конфер. урологов госпиталей НКЗ РСФСР, Л., 1946.

Поступила 10 июня 1960 г.

РОДЫ ДВОЙНЕЙ У ЖЕНЩИНЫ С ДВУРОГОЙ МАТКОЙ

А. П. Кейсар

Акушерско-гинекологическое отделение (нач. отделения — А. П. Кейсар)
Ярославской дорожной больницы Северной ж. д.

В доступной нам литературе мы ни разу не встретили ни одного случая родов жизнеспособными плодами при двурогой матке, беременной двойней, и поэтому считаем интересным привести наше наблюдение.

Н., 33 лет, находилась под наблюдением женской консультации дорожной больницы с 1957 г. Мать ее, 68 лет, жива. Н. росла и развивалась хорошо. Мензес с 16

лет по 3 дня, установились сразу, без болей, регулярные. Замужем с 23 лет. Первый брак 8 лет. Было 3 беременности, 1-я — в 1951 г. закончилась преждевременными родами мертвым плодом (около 7 мес.). Была предродовая эклампсия, затем в 1953 и 1957 гг. аборт при сроке беременности 1 и 3 месяца. Второй брак — 2 года. Это время женскую консультацию не посещала ввиду отъезда. В 1958 г. обратилась сразу в родильное отделение, где 15/IV четвертая беременность закончилась преждевременными родами мертвым плодом. Беременность сопровождалась тяжелой нефропатией. После родов лежала 17 дней. В послеродовом периоде слева от матки обнаружена опухоль; ввиду отсутствия воспалительных явлений заподозрено наличие второго рога матки.

Несмотря на наши предупреждения, женщина в женскую консультацию не обращалась до наступления следующей беременности. Обратилась в женскую консультацию с 5-й беременностью 13 октября 1958 г.; поставлен диагноз — беременность 10 недель, и справа от матки обнаружено образование округлой формы, не болезненное, тесно связанное с маткой. При дальнейшем наблюдении установлено, что образование растет и развивается одновременно с беременной маткой. Поставлен новый диагноз: двурогая матка, двойни. При последующих посещениях прослушивалось два сердцебиения и определялось 2 плода, причем высота стояния дна матки и величина плода справа всегда оставались несколько меньшими, чем слева.

С 26-недельного срока беременности начала отмечаться большая прибавка в весе (за 2 недели — на 2500,0), появился белок в моче. В 30 нед. отмечено повышение АД до 140/80; с диагнозом «нефропатия» направлена в стационар. С 23/II по 5/III-59 г. лежала по поводу нефропатии при беременности 30—31 нед. В стационаре полностью обследована, получала соответствующее лечение, состояние улучшилось, АД снизилось. По настоятельной просьбе выписана домой.

Повторно поступила в родильное отделение 24/III-59 г. с жалобами на схваткообразные боли в низу живота. Беременность недоношенная.

Женщина правильного телосложения, упитанность удовлетворительная. Рост — 148 см. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД — 130/90, отеков нет, моча при кипячении мутная. Размеры таза: 24—26—29—18. Брюшная стенка перерастянута. Окружность живота — 97 см. Через брюшные покровы определяются 2 матки, в каждом роге матки продольно расположенные плоды, предлежат головки. Выслушиваются 2 сердцебиения (справа и слева).

Влагалище без особенностей, шейка сохранена, наружный зев пропускает один палец. Воды целы. Через час после поступления схватки усилились, начали подтекать воды. Во время схватки напрягается левый рог матки, правый остается спокойным. АД — 140/90.

При повторном внутреннем исследовании: открытие 2 поперечника пальца, справа пальпируется плодный пузырь; слева что-то «мягкое» — входу в полость матки препятствует мышечный валик. Роженица волнуется за судьбу детей.

Учитывая тяжелый акушерский анамнез, двурогую матку, беременность двойней, гипертонию в родах и настойчивое желание матери иметь живого ребенка, решено закончить роды кесарским сечением.

25/III-59 г. операция под общим эфирно-кислородным наркозом. Продольным разрезом по средней линии вскрыта послеродовая брюшная полость. Обнаружены два тела матки одинаковой величины, соединяющиеся между собой в области внутреннего зева. В месте соединения маток соединительнотканый тяж, идущий от прямой кишки к мочевому пузырю. Тяж рассечен и лигирован. Продольным разрезом в нижнем сегменте вскрыты поочередно рога матки (сначала левый). Извлечены плоды: слева девочка в легкой синей асфиксии, справа — мальчик в более тяжелой асфиксии. Обратила на себя внимание значительная конфигурация головки плода мужского пола. Вес плодов — по 2 кг. Дети выведены из асфиксии, последы удалены за пуповину. Левый рог матки ушит. Оба рога матки хорошо сократились. Произведена ампутация правого рога матки. Правые придатки подшиты к левому рогу матки. Аппендикс был катарально изменен, его удалили.

Состояние родильницы во время и после операции вполне удовлетворительное. На 2-й день после операции умер мальчик. На вскрытии — кровоизлияние в мозг.

В послеоперационном периоде в течение недели держалась субфебрильная температура. Лечение: антибиотики, средства, сокращающие матку, переливание крови. Состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, заживление послеоперационного шва первичным натяжением.

К моменту выписки при влагалищном исследовании: влагалище обычное, шейка цилиндрическая, наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Матка несколько отклонена влево, увеличена до 6—7 недель беременности, плотная, подвижная, неболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. На зеркалах — шейка чистая, выделения слизистые.

Мать и ребенок выписаны в хорошем состоянии.

Женщина посещает женскую консультацию. Состояние ее вполне удовлетворительное. Девочка жива, здорова.

26/III-60 г. произведена метросальпингография. Матка повернута влево и кзади, левая труба проходима.

Поступила 15 ноября 1960 г.