

нарушении ликворных коммуникаций, но не может служить достоверным признаком топической диагностики.

И. С., 1899 г. рождения, поступил 6/1 1958 г. с жалобами на большую опухоль в лобной области справа, головные боли, потерю зрения правого глаза и снижение остроты зрения на левый глаз.

В 1922 г. контузия. До 1956 г. чувствовал себя хорошо, в 1956 г. случайно обнаружил безболезненную припухлость в лобной области справа, которая начала быстро увеличиваться в размерах. Появилось прогрессирующее падение остроты зрения правого глаза, глаз стал выбухать. В дальнейшем присоединились головные боли, слабость в правых конечностях, и стала падать острота зрения левого глаза.

В лобно-теменной области справа опухоль $13 \times 8 \times 4$ см с флюктуацией. Выраженная асимметрия лица, правый глаз экзофтальмирован и смещен книзу.

Гипосмия справа. Реакция зрачков на свет справа отсутствует, слева вялая. Атрофия соска правого зрительного нерва. Болезненность в супраорбитальной точке и гиперэстезия в области лба справа. Легкий парез правого лицевого нерва центрального характера. Резкое понижение слуха на правое ухо. Объем движений в конечностях полный, но сила в правых конечностях понижена. Сухожильные рефлексы справа выше. Хоботковый рефлекс. Больной несколько эйфоричен, недостаточно критичен.

На рентгенограмме черепа костный дефект чешуи лобной кости и в переднем отделе теменной кости справа; верхний край правой орбиты нечеткий; детали турецкого седла порозны.

Произведена пункция опухоли, получено содержимое дермоидной кисты.

Перед операцией 13/1 1958 г. произведена пункция заднего рога левого бокового желудочка с пневмовентрикулографией кислородом. Обнаружен гидроцефально расширенный левый боковой желудочек, правый желудочек не заполнился.

Произведена трепанация черепа с удалением большой дермоидной кисты весом в 325,0, содержимое которой составляло полтора стакана. Костный дефект замещен органическим стеклом.

В последующем повторно оперирован по поводу продолжения роста опухоли.

Послеоперационное течение гладкое, больной чувствует себя хорошо, улучшилось зрение, восстановились обоняние и слух, почти полностью сгладились явления пирамидной недостаточности.

В первом наблюдении гомолатеральные симптомы, по-видимому, вызваны окклюзией ликворопроводящих путей, во втором — явлениями дислокации. Гомолатеральные симптомы при опухолях головного мозга затрудняют топическую диагностику. Поэтому мы еще раз привлекаем внимание к возможности гомолатеральных симптомов в клинике опухолей головного мозга, в особенности лобной локализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. К а н ю к а Ю. И. Тез. докл. объедин. конф. молодых нейрохирургов к 40-летию ВЛКСМ, 1956. — 2. К о н о в а л о в Ю. В. *Вопр. нейрохир.*, 1957, 5. — 3. Л и т в а к Л. Б. *Тр. I Всесоюз. конф. нейрохирургов*, 1958. — 4. Р а з д о л ь с к и й И. Я. *Клиника опухолей головного мозга*, 1957.

Поступила 11 августа 1961 г.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В. М. Каплун

Гинекологическое отделение Охинской на Сахалине городской больницы
(и. о. главврача — Э. Г. Хандрилова)

Клиническая картина остро прервавшейся внематочной беременности достаточно четко очерчена. Она складывается из симптомов, свойственных беременности, внутреннему кровотечению и шоку.

Наибольшие трудности представляет диагностика внематочной беременности, прерывающейся по типу трубного аборта.

Несмотря на широкую разработку способов диагностики внематочной беременности, ошибки допускаются нередко. По данным отдельных авторов, они составляют от 3,1 до 19,4% (цит. по М. С. Малиновскому).

За 1951—1958 гг. в Охинской больнице оперированы по поводу внематочной беременности 254 больные, при этом ошибки были 16 раз (6,3%).

Ошибки были двойкого рода: 1—внематочная беременность диагностировалась там, где ее не было, 2—не распознавалась там, где она в действительности была. Чаще всего встречались случаи ошибочной диагностики первого рода. Таких ошибок было 13. Вместо внематочной беременности, на операционном столе находили апоплексию яичника (5), разрыв селезенки (1), кисту яичника (2), неполный аборт (1), перекрут придатков матки (1), сактосальпинкс (1), добавочный рог матки (1) и даже нормальные гениталии (1).

Большинство ошибок связано с недостаточно полным исследованием больных и, главным образом, с недостаточным анализом анамнеза.

Самой частой ошибкой является смешивание апоплексии яичника с внематочной беременностью. Таких ошибок было 5. Клиническая картина яичниковых кровотечений из разрыва фолликула или желтого тела почти не отличается от картины внематочной беременности.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни Л., доставленной 23/IX 1953 г. с диагнозом внематочной беременности. Заболела накануне поступления на 23-й день менструального цикла: начались боли схваткообразного характера в низу живота, которые иррадировали в прямую кишку, и одновременно показались темные кровянистые выделения из половых путей. Последние крови 31/VIII. Половая жизнь с 20 лет. Родов 2, аборт 2. Последний аборт год назад.

При поступлении больная в удовлетворительном состоянии. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. АД—105/65. Живот несколько напряжен, болезненный в нижнем его отделе. При перкуссии живота небольшое притупление справа, проясняющееся при перемене положения тела. Матка слегка увеличена, плотновата, при смещении болезненна. Из-за напряжения и болезненности живота придатки не пальпируются. Пункция заднего свода положительная. Поставлен диагноз «внематочная беременность» и произведена лапаротомия. В брюшной полости около 250 мл жидкой крови и сгустков. Матка и левые придатки в пределах нормы. Справа труба без видимых изменений. Яичник кистозно изменен. На боковой его поверхности у наружного полюса разрыв 1×1 см. Кистозно измененный яичник удален. Послеоперационный период протекал гладко.

В двух случаях яичниковой кисты поставлен диагноз внематочной беременности. У этих больных анамнез характерен для внематочной беременности: длительное бесплодие, задержка месячных, кровянистые выделения, небольшое аднекстумор сбоку от матки. При пункции получена кровянистая жидкость без сгустков, которая ошибочно расценена как характерная для внематочной беременности.

У одной больной, у которой подозревалась внематочная беременность, произведена пункция заднего свода и получена кровь со сгустками, по-видимому, из полости матки. На лапаротомии найдены воспалительные изменения в придатках матки. Последующее выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба выявило неполный аборт.

Особый интерес представляет больная, у которой диагностировалась внематочная беременность при отсутствии изменений со стороны гениталий.

Ж., 27 лет, поступила 25/III 1956 г. с жалобами на боли в левой паховой области схваткообразного характера, появившиеся 3 дня назад.

Половая жизнь с 23 лет. Беременностей не было. При поступлении—кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. АД—115/65. Живот мягкий, чувствительный. При перкуссии свободная жидкость не определяется. Матка слегка увеличена, плотноватая. Слева в боковом своде пастозность. Больная наблюдалась 4 дня, в течение которых периодически повторялись схваткообразные боли. Пункция дала темную кровь. На лапаротомии совершенно нормальные внутренние гениталии.

Ошибки второго рода, когда внематочная беременность не диагностируется вовремя, наиболее опасны, так как ставят под угрозу жизнь больной.

Все 3 больные этой группы наблюдались в стационаре, где диагноз внематочной беременности был отвергнут. Больные были выписаны и через некоторое время вновь поступили с ясными явлениями внематочной беременности. Одна из них поступила в тяжелом состоянии и скончалась.

Важно не спешить с выпиской больных, подозрительных на внематочную беременность, если она не исключена окончательно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров А. В. Клиника трубной беременности. 1930.— 2. Горшкова Н. М. и Фролова Е. И. Акуш. и гинек., 1957, 2.— 3. Канторович Л. И. и Шатерник В. Н. Клиника внематочной беременности, Минск, 1936.

Поступила 20 сентября 1961 г.