

В конце августа снова появились боли в низу живота. После пункции опухоли повысилась температура. В районной больнице получила большое количество антибиотиков внутримышечно и через задний свод.

Большая правильного телосложения, удовлетворительной упитанности, температура нормальная. По средней линии живота и несколько справа расположена округлой формы опухоль величиной с 26-недельную матку. Матка несколько увеличена, отклонена вправо. На рентгенограмме брюшной полости — скелет плода. Диагностирована вторичная брюшная беременность.

26/II 1959 г. чревосечение под местной анестезией. Матка увеличена до 8 недель беременности, отклонена вправо и назад. Плодное яйцо в брюшной полости покрыто фибриозными пленками, плотно спаяно с сальником и петлями кишечника. При выделении его из спаек произошел разрыв капсулы, выделилось значительное количество гноя, извлечен мацерированный плод. Отделить плаценту и оболочки от петель кишечника не удалось, введен тампон по Микуличу. В первые дни — явления перитонизма, тампон извлечен на 21-й день, больная выписана на 33-й день в удовлетворительном состоянии.

Поступила 1 июля 1961 г.

СОЧЕТАНИЕ ЯИЧНИКОВОЙ И МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ¹

А. С. Сонкин

Акушерско-гинекологическая клиника (зав. — доц. К. К. Комешко)
на базе Смоленской 2-й городской клинической больницы (главврач — Г. И. Пашков)

Сочетание маточной и внематочной беременности встречается не так уж редко. Яичниковая же беременность относится к одной из наиболее редко встречающихся форм внематочной беременности. Для диагностики яичниковой беременности необходимы следующие данные (по Леопольду): 1) чтобы трубы были свободны; 2) чтобы была найдена яичниковая ткань и плодоемстилище.

Мы на 1043 случая внематочной беременности только один раз наблюдали сочетание яичниковой и маточной беременности.

Нет сомнения, что число опубликованных случаев яичниковой беременности будет увеличиваться, ибо каждый препарат подвергается гистологическому исследованию, позволяющему поставить правильный диагноз.

Приводим наше наблюдение.

Щ., 32 лет, поступила 8/III-60 г. с жалобами на общую слабость, схваткообразные боли в низу живота, чувство «напирания на низ» — при отсутствии задержки менструации. Беременной себя не считает, ожидает менструацию 8—9/III.

Заболела внезапно в день поступления на работе. Появились боли в низу живота. Была кратковременная потеря сознания. В анамнезе 2 родов и 7 аборт.

Состояние больной средней тяжести. Видимые слизистые бледны. Температура — 36,8°. Пульс — 88, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 105/65. Язык влажный. Живот умеренно вздут, болезнен в нижнем отделе больше справа. При перкуссии слева тимпанит, справа в отлогах местах притупления.

Влагалище проходимо для двух пальцев. Шейка цилиндрическая, закрыта. Матка в антеверзио чуть больше нормы. Движения ее резко болезненны.

Слева параметрий и брюшина свободны. Правый задний свод укорочен. Там же определяется пастозность. Выделения светлые. При пункции заднего свода получено 3—4 мл темной крови.

Диагноз: правосторонняя внематочная беременность.

8/III срочная операция под кислородно-эфирным наркозом.

В брюшной полости много жидкой крови и сгустков. Матка чуть больше нормы. Правая труба не изменена. Правый яичник увеличен с разрывом на верхушке 1 × 2 см, откуда кровь поступает в брюшную полость. Левые придатки не изменены — оставлены. Правые придатки удалены. Во время операции перелито 500 мл крови. Послеоперационное течение гладкое, больная выписана на 13-й день.

21/III матка в антеверзио, увеличена, как при пятинедельной беременности, подвижная. Своды свободны. Выделения светлые.

Исследование удаленного препарата произведено в лаборатории кафедры патологической анатомии (зав. — проф. В. Г. Молотков).

Патологистологический диагноз от 12/III-60 г.: яичниковая беременность (в яичнике кровоизлияние и ворсины хориона).

¹ Доложена 3/II 1961 г. на заседании Смоленского филиала Всесоюзного общества акушеров-гинекологов.

При осмотре через месяц диагностирована беременность 9—10 недель.
3/V-60 г. больная поступила для искусственного прерывания беременности.
4/IV-60 г. удалено плодное яйцо (плод), соответствующее 10-11-недельной беременности.

Поступила 16 августа 1961 г.

ЯИЧНИКОВАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

М. И. Слепов

Гинекологическое отделение 2-й городской больницы Казани
(зав. отделением — М. И. Слепов, главврач — Н. С. Уткина)

Яичниковая беременность — наиболее редкая форма внематочной беременности. За последние неполные 5 лет в нашем отделении оперировано 360 больных по поводу эктопической беременности, и только в одном случае мы наблюдали яичниковую беременность.

Дооперационная диагностика яичниковой беременности очень трудна. Обычно диагноз ставится при чревосечении, когда находят неизмененные фаллопиевы трубы. Но и в последнем случае можно впасть в ошибку: яичниковую беременность можно принять за апоплексию и в результате ушить только отверстие в яичнике. Поэтому совершенно правильно предложение М. С. Александрова и Л. Ф. Шинкаревой о том, что при разрыве яичника необходимо для исключения яичниковой беременности исследовать часть яичника в пределах нормальной ткани с последующим гистологическим исследованием удаленной части.

Приводим наше наблюдение.

П., 28 лет, доставлена врачом скорой помощи 13/IV-61 г. в 12 часов с жалобами на боли в животе, иррадиирующие в область прямой кишки. Боли появились ночью и сопровождались потерей сознания.

В анамнезе 2 беременности закончились нормальными родами в 1956 и 1959 гг. Последняя менструация — с 24 по 28-е марта.

Кожа и видимые слизистые бледны. Пульс — 100, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД — 100/70. Живот мягкий, болезнен, особенно слева внизу. Симптом Щеткина отрицательный. При перкуссии определяется свободная жидкость. Шейка матки цилиндрической формы, зев закрыт. Тело матки больше нормы, резко болезненно при движении. Своды сглажены, задний свод резко болезнен. Выделений из влагалища нет.

Клинический диагноз: внематочная беременность.

Операция под общим эфирным наркозом. В брюшной полости большое количество жидкой крови (700 мл) и сгустков. Тело матки увеличено (6 недель беременности), правые придатки в норме, левая труба без изменений. В средней части левого яичника образование величиной с черешню, темно-багрового цвета, представляющее одно целое с яичником, и в этом образовании разрыв. Произведена резекция темно-багровой части яичника и наложены узловатые кетгуттовые швы. Жидкая кровь и сгустки удалены из брюшной полости.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписана на 13-й день.

Гистологическое исследование (доц. Н. С. Подольский): В резецированной части яичника сгустки крови и ворсинки хориона. Элементов яичниковой ткани в препарате не оказалось, что можно объяснить тем, что резекция произведена очень скудно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М. С. и Шинкарева Л. Ф. Внематочная беременность. Медгиз, 1961. — 2. Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней, часть II: Акушерство, том I, Берлин, 1922.

Поступила 8 сентября 1961 г.

ГРОЗДЕВИДНАЯ САРКОМА ВЛАГАЛИЩА У ДЕВОЧКИ ДВУХ ЛЕТ

З. А. Слоущ

Гинекологическое отделение Кемеровской областной больницы
(главврач — Т. А. Литкова) и кафедра акушерства и гинекологии
(зав. — доктор мед. наук Л. А. Решетова) Кемеровского медицинского института

Щ., 2,5 лет, поступила 12/IX-59 г. с жалобами на боли в области наружных половых органов. Родилась вторым ребенком, весом 4000,0. В 8 месяцев перенесла ветрянную оспу, в 11 месяцев — диспепсию. В 1 год 4 месяца мать стала замечать, что