

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 кетгутуовые 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

во время купания девочка ведет себя беспокойно. Через 2 месяца у ребенка из половой щели стало периодически появляться образование  $1 \times 0,5$  см розового цвета. К 1 году 11 месяцам указанное образование увеличилось до  $4 \times 2$  см, имело вишневый цвет, при прикосновении кровоточило. Девочка стала плохо спать, перестала ходить. 12/IX-59 г. была направлена на стационарное лечение с диагнозом: полип слизистой влагалища.

Девочка раздражительна, плаксивая, говорит плохо, но все понимает, правильного телосложения, удовлетворительной упитанности. Тургор кожи понижен, кожные покровы и видимые слизистые бледноваты. Микрополиаденит. Зев и слизистые рта чистые, зубы хорошие. Язык влажен, не обложен. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, пульс — 92, ритмичный, удовлетворительного наполнения. В легких изменений нет. Живот несколько вздут. Границы печени перкуторно на 1,5 см ниже реберной дуги.

При гистологическом исследовании удаленного образования диагностирован полипоз слизистой влагалища. Послеоперационный период протекал гладко. Девочка стала хорошо кушать, бессонница прошла. Выписана из отделения в удовлетворительном состоянии, которое продолжалось до 28/I-60 г. С этого времени ребенок снова стал беспокойным, перестал мочиться. Попытка вывести мочу катетером не удалась.

В хирургическом отделении (28/I-60 г.) произведена пункция мочевого пузыря. В последующие дни акт мочеиспускания стал произвольным, но с большим трудом, учащенным, малыми порциями. Акт дефекации также был затруднен. Мать заметила, что в течение всего времени из половых органов отходили небольшие кусочки ткани, а 1/II-60 г. из влагалища родилось образование, напоминающее гроздь винограда. 2/II-60 г. девочка вновь была госпитализирована в гинекологическое отделение областной больницы.

Вход во влагалище пропускает палец; оно ретортообразно расширено и нафаршировано гроздевидными образованиями размером от сливы до фасоли; при зондировании глубина его достигает 16 см. Матку и придатки определить не удается.

Под общим эфирным наркозом 7/II-60 г. произведено пальцевое удаление из влагалища гроздевидных масс в количестве около 500,0. Кровотечения во время операции не было.

Макроскопически куски опухолевидной ткани построены из отдельных плотноватых узлов беловатого цвета и мягких полупрозрачных тонкостенных кист (рис. 1). Послеоперационный период протекал гладко. 27/II-60 г. девочка в удовлетворительном состоянии временно, до получения результатов гистологического исследования, выписана домой.

24/III-60 г. был получен результат гистологического исследования удаленной опухоли. Почти во всех участках опухоли в строме обнаружены мышечные волокна с поперечной исчерченностью и часто срединным расположением ядер. Много сосудов. Часто встречаются митозы. Ткань опухоли инфильтрирована лейкоцитами и лимфоидными клетками. Диагноз: гроздевидная саркома.

28/III-60 г. госпитализирована для решения вопроса о дальнейшей терапии.

Общее состояние девочки ухудшилось. При осмотре обнаружено большое количество гроздевидных разрастаний, выступающих за пределы половой щели. При пальпации живота определяется образование, верхний полюс которого доходит до пупка.

Анализ крови от 30/III-60 г.: Гем. — 78 ед., РОЭ — 5 мм/час; Э — 4 100 000, Л. — 5800, э. — 4%, п. — 5%, с. — 57%, л. — 30%, м. — 4%.

Моча (30/III-60 г.) нормальна. Рентгенокопия органов грудной клетки (31/III-60 г.): сердце и легкие в норме.

31/III-60 г. произведена контрастная кольпография. Гроздевидная саркома исходит из левой влагалищной стенки (рис. 2).

14/IV-60 г. вновь произведена паллиативная операция под общим эфирным наркозом. 11/V с согласия матери переведена в областной онкологический диспансер для лечения лучами радия. Во влагалище введен препарат радия. Ребенок вел себя беспокойно, и через 8 часов препарат выпал. От дальнейшего лечения ребенка мать категорически отказалась и настоятельно потребовала выписки из стационара, несмотря на предупреждения о последствиях.

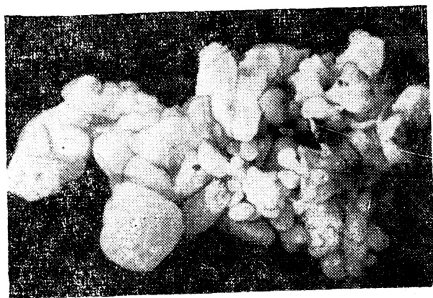


Рис. 1.



Рис. 2.

9/VII-60 г. мать вновь привезла девочку для лечения лучами радия в областной онкологический диспансер. 13/VII после предварительного удаления из влагалища гроздевидных масс произведена укладка препарата радия на 24 часа.

Больше зарядок ребенку не производилось, так как состояние стало прогрессивно ухудшаться. Развился перитонит.

При нарастающей интоксикации и диффузном метастазировании девочка умерла 13/VIII-60 г.

Поступила 15 февраля 1961 г.

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. Ф. Коновалов

Линейная больница ст. Бузулук  
(главврач — С. И. Дудось) Куйбышевской железной дороги

Самопроизвольный разрыв матки в первой половине беременности встречается редко. По данным Л. С. Персианинова (1952), на 262 случая разрыва матки 24 (9,1%) произошли во время беременности, и из них только 5 — в первой ее половине.

Диагностика разрыва матки во время беременности трудна, а разрыв в ранние сроки беременности обычно не распознается. В этих случаях ставится диагноз кишечной непроходимости, аппендицита, прервавшейся внематочной беременности, осложненного самопроизвольного выкидыша или же внутреннего кровотечения неизвестной этиологии (В. Г. Линников, 1936; Е. А. Майзель, 1937; В. Малвинский, 1933; Л. С. Персианинов, 1947).

Приводим собственное наблюдение:

15/IX 1958 г. поступила больная М., 31 года. Замужем 2 года, последняя менструация в конце мая 1958 г. Первая беременность в 1948 г. закончилась самопроизвольными родами мертвым плодом весом 5100,0. Роды продолжались 48 часов. Последовый период осложнился метроэндометритом, пельвеоперитонитом, тромбозом. На протяжении последующих 10 лет находилась под наблюдением женской консультации и периодически получала противовоспалительное лечение.

Считает себя беременной. Заболела на работе, появились сильные ноющие боли в низу живота, была немедленно госпитализирована. Через некоторое время появились рвота и жидкий стул.

Общее состояние удовлетворительное, пульс — 92, хорошего наполнения, АД — 120/70. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Живот мягкий, несколько болезнен в нижних отделах. Матка увеличена соответственно 16 неделям беременности, болезненна при смещении. Придатки без изменений. Выделения слизистые. Заподозрен угрожающий выкидыш и назначен постельный режим, внутримышечно прогестерон, опиум и валериана в каплях.

На двенадцатый день состояние резко ухудшилось. Появилась бледность кожных покровов и видимых слизистых, которая быстро нарастала. Температура — 37,5°, пульс — 120, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 110/60. Живот напряжен, симптом Щеткина положительный, язык влажный, обложен. Рвота участилась. Стула не было. При бимануальном исследовании из-за напряжения передней брюшной стенки и болезненности определить матку и придатки не удалось. Выделения из влагалища слизистые, белые. Поставлен диагноз кишечной непроходимости. Больная 26/IX экстренно оперирована.

При вскрытии брюшной полости обнаружены большое количество жидкой крови и сгустков и разрыв матки, идущий по ее дну от одного угла к другому. Через разрыв в брюшную полость выпал плод с оболочками, послед частично выступал через разрыв. Длина плода — 14 см. Стенка матки в месте разрыва тонка, имеет вид белесоватого листка, к ней по задней части приращена плацента. Плацента с трудом отделена. Край разрыва иссечены и ушиты двухэтажным узловатым кетгутовым швом. Швы прикрыты свободным кусочком салника.

Из-за тяжелого состояния больной стерилизация не была произведена, перелито 250 мл крови. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 26 день больная выписана.

Причину спонтанного разрыва следует искать в тяжелой инфекции после первых родов, а возможно, и в глубоком врастании ворсин в стенку матки. Разрыв был диагностирован только во время операции, явно с опозданием. Нарастающий анемии не придавалось должного значения.

В 1960 г. больная снова забеременела. Рекомендовано сделать аборт, от которого больная категорически отказалась. До 23 недель беременности состояла под наблюдением консультации и затем госпитализирована. Беременность протекала нормально. Роды осложнились преждевременным отхождением вод. Учитывая отягощенный аку-