

Нужно только помнить, что хотя грыжи этой локализации встречаются редко, при наличии выпячивания в поясничной области нельзя производить пункций и разрезов пока не исключена с достоверностью грыжа. Необходимо дифференцировать поясничные грыжи от холодных натечников, липом, фибром и гематом этой области.

УДК 618.31

М. А. Давыдова, Т. П. Дмитриевская (Казань). Беременность в зачаточном роге матки

Беременность в зачаточном роге матки относится к редким формам патологии. Прерывание беременности всегда происходит по типу наружного разрыва плодоемкости и сопровождается обильным кровотечением, опасным для жизни женщины.

За 15 лет в гинекологическом отделении Казанской дорожной клинической больницы № 2 были прооперированы по поводу внематочной беременности 255 женщин; из них у 253 оказалась трубная беременность, у 1 — брюшная и у 1 (0,4% всех больных с внематочной беременностью) — беременность в рудиментарном роге.

Приводим наше наблюдение.

Больная 22 лет поступила в гинекологическое отделение 20/VII 1975 г. с диагнозом: киста левого яичника с явлениями частичного перекрута ножки опухоли. Менструация с 14 лет, цикл установился сразу, первая беременность завершилась нормальными срочными родами десять месяцев назад. Последняя нормальная менструация — 14/V 1975 г.

Пациентка считает себя больной в течение 6 месяцев, когда появились боли внизу живота слева. Лечилась амбулаторно по поводу воспалительной опухоли левых придатков матки, улучшения не было. В последнее время боли усилились.

Пациентка правильного телосложения, среднего роста, нормальной упитанности. Данные бимануального исследования: влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Матка в правильном положении, увеличена до 6—7-недельной беременности, округлая, мягкая, подвижная, безболезненная. Правые придатки не увеличены. Слева и спереди от матки определяется опухоль округлой формы, величиною с женский кулак, тестоватой консистенции, подвижная, безболезненная. Выделения белого цвета.

Диагноз: маточная беременность 6—7 недель, киста левого яичника (дермоидная?).

Анализ крови и мочи не выявил патологических изменений. Назначена операция. Перед операцией 25/VII 1975 г. был произведен аборт — добыт соскоб, состоящий из сочной, рыхлой ткани без плода. Результат гистологического исследования соскоба из полости матки: децидуальная ткань, ворсин хориона нет. При повторном двуручном исследовании больной получены те же данные, что и 25/VII 1975 г. Поставлен диагноз — киста левого яичника с явлениями частичного перекрута ножки опухоли (больная жаловалась на боли в области опухоли) и назначена операция.

31/VII 1975 г. произведена лапаротомия. Тело матки с правыми придатками увеличено до 6—7 недель. Слева на уровне внутреннего зева от матки отходит тяж (длиною в 4 см и шириною в 0,75 см) к рудиментарному рогу матки с левыми придатками. Последний величиною с женский кулак, округлой формы. Правая круглая связка отходит от правого рога, левая — от рудиментарного левого рога матки. Правый яичник увеличен до размеров сливы, в нем содержится желтое тело. Левый яичник и трубы без изменений.

Рудиментарный рог вместе с его трубой отсечен, а отсеченная от удаленного рога круглая связка подшита ко дну оставшегося второго рога матки.

При вскрытии удаленного рудиментарного рога в его полости обнаружено неизменное плодное яйцо, соответствующее 9—10-недельной беременности; плод длиною в 5 см. Толщина стенки рога 1—1,5 см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана на 12-й день после операции в хорошем состоянии. При повторном осмотре 3/XII 1975 г. патологических изменений в половых органах не обнаружено. Боли внизу живота слева после операции исчезли.

Практический интерес нашего наблюдения состоит в том, что оно наглядно показывает, как отсутствие настороженности врача по отношению к редко встречающейся патологии приводит к диагностическим ошибкам даже при наличии достаточно демонстративных симптомов. Действительно, при выскабливании полости матки была добыта только децидуальная ткань без плода и определялась опухоль, по своей величине соответствующая предполагаемому сроку беременности. По этим признакам, безусловно, можно было предположить истинный характер патологии.

Боли внизу живота слева у больной были связаны, по-видимому, с рудиментарным рогом матки, так как после его удаления они исчезли. Возможно, вследствие подвижности рога происходило натяжение отходящих от него связок, и это могло вызвать ощущение боли.