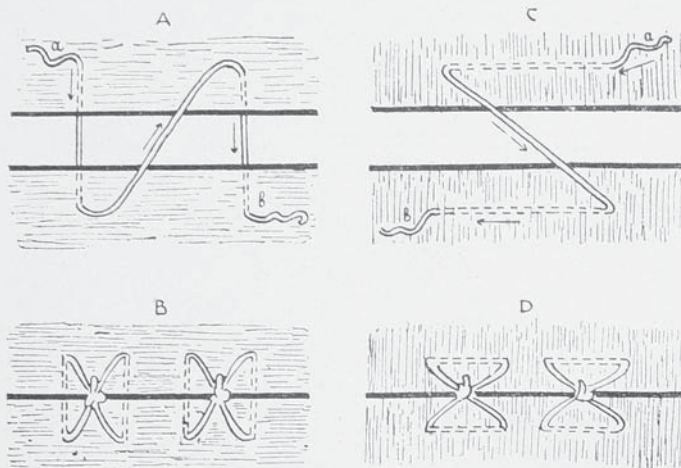


краев апоневроза, несмотря на сильное натяжение. В этом заключается самое главное достоинство данного шва. Кроме того, при применении указанного шва достигается хорошее сближение соединяемых краев апоневроза, герметичность участков, где наложены швы, и, наконец последнее качество — это экономия во времени.



При зашивании апоневроза разрезанного по ходу волокон, крестообразный шов накладывается следующим образом (рис. А и В).

Производится вкол иглы сначала на одном краю сближаемого апоневроза с поверхности внутрь и нитка проводится поперечно ходу волокон сближаемого края, затем игла проводит нитку на другом краю сближаемого апоневроза также поперечно ходу волокон изнутри на поверхность; таким же образом проводим еще одну петлю, несколько отступя от первой, как это обычно делается, когда мы шьем непрерывным швом; сделав вторую петлю указанным образом, начало нитки (а) и ее конец (б) натягиваются и завязываются обычным хирургическим узлом.

В том случае, когда апоневроз был рассечен не по ходу волокон, а поперечно (рис. С и D), то, соблюдая тот же принцип шва, нитки проводятся также поперечно волокнам сближаемых краев апоневроза, т. е. вкол с поверхности внутрь и выкол изнутри к поверхности проводят на одном краю сшиваемого апоневроза, а потом тоже продевается и на другом крае.

После зашивания и завязывания узлов шов имеет вид как бы креста.

Из Парафиевской участковой больницы Нежинского округа. (Главн. врач С. Н. Жданович).

Случай первичной доношенной брюшной беременности.

Ординатора К. А. Променицкого.

Вопрос о возможности первичной имплантации плодного яйца в брюшной полости даже и в настоящее время является спорным. Несомненные случаи подобного рода чрезвычайно редки. Поэтому я позволю себе перейти к описанию одного наблюдавшегося мною случая, который, мне кажется, должен быть отнесен к категории первичной брюшной беременности.

25/XI—1927 года была доставлена в Парафиевскую больницу Наталия Г., 23-х лет, украинка, жительница с. Рубанки, Конотопского окр. Первые менструации появились на 15-м году, протекали правильно (через 4 недели по 3—4 дня).

¹⁾ Доложено в заседании Акуш.-Гинеколог. секции Киевского единого науч. медиц. о-ва 4 апреля 1928 г.

и безболезненно. Замуж вышла в 18 лет. Характер менструаций с началом половой жизни не изменился. Последние регулы были в первых числах января 1927 года. Беременностей было 3, из которых две первые закончились нормальными срочными родами живыми детьми, а третья—в феврале 1927 года была искусственно прервана посредством выскабливания. Менструации после выкидыша не появлялись и больная считала себя вновь забеременевшей. Первые два с половиной—три месяца периодически чувствовала неопределенные, иногда сжимающие боли внизу живота, главным образом справа. Движение плода почувствовала впервые в конце июня 27 г. Беременность у больной протекала легко и женщина считала себя нормально беременной. 18—20/XI появились боли в животе, которые с 21-го приняли характер схваткообразных болей, причем, как говорит больная, «сжимало только низ живота, по всему же животу была тупая боль». Считая, что начались роды, она обратилась в свою участковую больницу. При поступлении в больницу, больная все время ощущала движение плода. «Родовые» боли являлись через 5—10 минут, были очень болезненны и непродолжительны. 22/XI, по словам больной, ей были сделаны в больнице какие-то впрыскивания в кожу живота, после которых схватки участились, но характер их остался прежний. 23/XI схватки совершенно прекратились, а вместе с тем прекратились и движения плода. 24/XI над больной был произведен ряд манипуляций, в числе которых, судя по ее рассказу, был и кольпеприз. После этих манипуляций показались крови, но родовая деятельность не восстановилась, и больной было предложено отправиться в Парфиевскую больницу для оперативной помощи.

Больная среднего роста, правильного телосложения, питания удовлетворительного; кожа и слизистые нормально окрашены. Грудные железы конусовидной формы, околососковые кружки пигментированы. Живот увеличен, как при доношенной беременности, но имеет неправильную конфигурацию с заметным выпячиванием правой половины. Средняя линия от пупка книзу пигментирована. Температура тела 38,8°; пульс 116—удовлетворительного наполнения, регулярный. Язык влажный. Окружность живота 96 сантиметров, размеры таза: dist. sp. 25 см., d. cr. 28 см., d. tr. 30 см., C. ext. 20 см. Органы грудной полости никаких отклонений от нормы не представляют.

При исследовании живота, который, как сказано выше, увеличен и имеет асимметрическую форму, обнаружено следующее: контуры матки не обрисовываются, брюшные стенки напряжены и чувствительны; дно матки не определяется. При пальпации живота, справа ниже реберной дуги прощупывается выпуклое, гладкое тело плотной консистенции. Далее книзу и к средней линии явственно прощупываются, как бы сейчас же под кожей, мелкие части плода; спинка находится справа. Над входом в таз предлежит неконтурируемая, плотно-эластической консистенции опухоль, несвязанная с плодом. Вправо от нее, в подвздошной области, расположена очень плотная, явно-связанная с плодом опухоль, принятая за головку. Пальпация этой опухоли вызывает болезненность в ileo-saес'альной области. Ни сердцебиение, ни движение плода, ни маточные шумы не констатируются; схваток нет.

При вагинальном исследовании обнаружен свежий правосторонний разрыв влагалищной части матки до свода, длиной в 5 см., с выворотом передней и задней губ на всем протяжении разрыва. Тело, определяемое при наружной пальпации над лобком, является непосредственным продолжением шейки матки. Левый свод несколько чувствителен, правый—резко болезнен. На исследующем пальце—кровь.

Совокупность данных анамнеза и объективного исследования заставила предположить здесь прежде всего доношенную несвоевременную беременность и в выборе пособия остановиться на чревосечении.

25/XI под общим эфирно-хлороформным наркозом произведена лапаротомия продольным разрезом по белой линии. Брюшина утолщена и бархатиста. Непосредственно под брюшиной лежат мелкие части плода, местами прикрытые разорванными и спавшимися, очень плотными остатками плодовместилища. Плод расположен во второй позиции, переднем виде. Ягодицы лежат в правом подреберьи. Чрезвычайно большая головка целиком выполняет правую подвздошную область. Плод извлечен из разорванного плодовместилища и пуповина (непульсировавшая и спавшаяся) перерезана между двумя зажимами. Кишки покрыты воспалительным налетом и частично спаяны. Плодный мешок, разорванный в нескольких местах и обособленный от окружающих органов, состоял, повидимому, только из очень плотных оболочек плода. Вправо и вверх плодовместилище оказалось

сращенным с кишками. На дне мешка была желтовато-зеленоватая жидкость с запахом; такая же жидкость находилась и в полости малого таза.

Детское место прикреплено к париетальной брюшине. Оно удалено легко и без кровотечения путем отслойки рукой. Вместе с плацентой извлечена только часть плодного мешка, так как остальная его часть была спаяна с кишками.

Матка расположена по средней линии, в *anteflexio*, резко гиперемирована, по величине соответствует трем с половиной лунным месяцам беременности. Оба яичника увеличены и как бы отечны. Правая труба (диаметром в 1,5 сант.) запрокинута за заднюю стенку матки, цианотична, отечна, имеет три перетяжки и фиксирована в таком положении спайками. Левая труба (диам. около 1 сант. по всей длине) также носит следы воспаления. Фимбриальные концы обеих труб свободны от каких бы то ни было сращений и совершенно нормальны на вид. Широкие и круглые связки отечны. При самом тщательном осмотре матки, труб, яичников и широких связок ни в одном из этих органов не обнаружено ни нарушения их целостности, ни следов старых дефектов ткани. В брюшную полость введен подформенный тампон. Извлеченный плод—*hydrocephalus*, мужского пола имеет все признаки доношенного младенца. Личико и головка начали мацерироваться. Конечности, живот и ягодицы носят следы *vernix caseosa*. Никаких деформаций в строении скелета плода не отмечено. Вес плода—12,5 фун., длина—62 сант., ширина плеч 14 сант. Размеры головки: прямой размер 15 сант., большой поперечн. 15 сант., малый попер.—9 сант., большой кос. 18 сант., малый кос. 14 сант. Плацента дряблая, весом 1¼ фун.; пуповина спавшаяся, длиной 63 сант.; прикрепление ее к плаценте эксцентрическое.

Через 36 час. после операции удален тампон. Заживление раны гладкое. В послеоперационном периоде больная перенесла сухой правосторонний плеврит и тромбофлебит правого плеча. Выписалась 28/XII. При выписке—плотноватый рубец на месте разрыва шейки; матка—в *anteflexio-versio*, несколько смещена вправо, не болезненная, находится в состоянии *subinvolutio*; маточная часть правой трубы—толщиною в карандаш, несколько чувствительна; левая труба и яичник не прощупываются.

Переходя к анализу нашего случая, я должен отметить, что операция не представляла особенных технических трудностей. При отделении детского места кровотечения не было. Разрыв *portionis vaginalis* в нашем случае я склонен поставить в связь с манипуляциями, предпринятыми для ускорения родовой деятельности.

Базируясь на париетальном прикреплении последа, обособленности плодово-мембран от внутренних половых органов, а также принимая во внимание целостность матки, труб, яичников, широких связок и доношенность плода, я считал бы себя вправе отнести данный случай к типичной форме первичной доношенной брюшной беременности¹⁾, которая прервалась по достижении нормального срока начавшейся «родовой» деятельностью.

В заключение считаю своим приятным долгом выразить глубокоуважаемому Д. А. Абуладзе мою искреннюю признательность за помощь в данной работе.

¹⁾ *Прим. ред.* Однако эти основания, при наличии в анамнезе «сжимающих» болей внизу живота справа, не исключают здесь возможности вторичной брюшной беременности на почве раннего трубного выкидыша.