

яичник, размером $2,5 \times 2$ см, сидящей на брыжжейке. Наружная стенка плодовместилища гладкая, блестящая, но местами покрыта фиброзными образованиями и фиброзным налетом.

С внутренней стороны плодовместилище представляет собою ряд бугристых образований (плацента), причем на незначительном протяжении с одной стороны край плаценты отслоен от стенки плодовместилища. Этот участок плаценты завернут внутрь плодовместилища. Плацента на всем протяжении покрыта блестящей оболочкой, в нижних отделах тесно спаянной со стенкой плодовместилища.

Соответственно отмеченному выше отростку трубы на внутренней поверхности плодовместилища имеется отверстие овальной формы. На границе стенки плодовместилища с отслоившейся частью плаценты, с наружной стороны плодовместилища, имеется круглое образование, величиной с горошину, сидящее на ножке.

Для гистологического исследования взяты кусочки из различных участков препарата и подвергнуты гистологическому исследованию, причем оказалось, что плодовместилище образовано трубой и прилегающей правой широкой связкой; послед располагается на интралигаментарной периферии трубы; стенки плодовместилища целы.

Описываемый нами случай представляет интерес в том отношении, что была установлена эктопическая беременность, притом осложненная эклампсией в сравнительно ранней стадии ее развития, и затем нам удалось до операции поставить правильный диагноз растущей внематочной беременности.

Поступила в ред. 3.VI. 1937 г.

Н. Челны ТАССР.

Из Смоленской акушерской больницы.

Центральный разрыв промежности.

Б. Рессин.

Под центральными разрывами промежности принято понимать разрывы, происходящие посреди промежности при сохранении целостности как задней спайки, так и наружного сфинктера прямой кишки. Подобные разрывы наблюдаются очень редко.

Еще реже центральных разрывов встречаются такие, где, кроме центра промежности, в разрыв вовлекается *Septum recto-vaginale* (случай Ланда). Наконец, исключительную редкость составляют центральные разрывы промежности, где, при целостности *anus'a*, имеется повреждение прямой кишки несколько выше сфинктера.

Случай последнего рода я имел возможность наблюдать в заведомой мною больнице. Он способствует выяснению этиологических моментов, лежащих в основе центральных разрывов промежности.

Гр. К., 22 лет, поступила в акушерскую больницу 2/III 1932 г., в 21 час. с начавшимися днем того же числа сильными родовыми болями. Замужем 1 год 3 месяца. Первобеременная. Из здоровой семьи, до этого ничем не болела. Месячные с 13 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, безболезненные; последние в июне 1931 г. Первого движения плода не помнит. Беременность протекала нормально. Роженица выше среднего роста, нормального телосложения, мускулатура и жировой слой развиты хорошо, костная система правильно развита. Промежность длиной 6 см. Таз: 25, 27, 30, 19½, наклонение его нормальное (обе cristae iliacae стоят на одной высоте с симфизом при лежачем положении). Окружность живота 107. Положение плода продольное, предлежит головка во входе в таз. „Рубцы беременности“ нигде не заметны. Исследование per rectum: шейка сглажена, раскрытие 2 пальца, пузырь цел; головка в поперечном размере входа в малый таз.

27/III в 2 часа 30 мин. отошли воды. Вскоре начались потуги. Промежность, после 2-х сильных потуг, выполнилась. Одновременно головка показалась и сразу же вышла вся через отверстие в промежности. Вслед за этим через разрыв родилось туловище, а через 30 мин. и послед. Общая продолжительность родов составляла 26 часов, из них на период раскрытия ушло 24,5, изгнания—1 ч, последовый—½ ч.

Ребенок: вес 3900 г, длина 53, окр. головки 36, прямой размер 13, б. косой—14, м. косой—10,5, бипаритальный—10, битемпоральный—9, размер плечиков—12, ягодиц—9,5, окр. груди—33.

После родов дно матки на уровне пупка, кровотечение незначительное. Промежность и вульва синюшины, сильно отечны.

27/III, в 5 час., туалет промежности и исследование разрыва. Задняя спайка цела. На 3 см ниже ее имеется рана с рваными и разможженными краями, не доходящая на ¾ см до anus'a. Последний сильно растянут, целость его не нарушена, за исключением маленького отдела спереди, где он небольшой трещиной соединяется с задним краем разрыва промежности. При исследовании зеркалами становится заметным обширное ранение задней стенки влагалища с отрывом columna vaginalis post. Края входа во влагалище очень ригидны, ткани плотные, несмотря на отечность. В глубине раны задней стенки влагалища видна прямая кишка, передняя стенка которой оторвана от сфинктера, а задняя цела. В боковых отделах раны прощупываются мышцы тазового дна, целость которых почти не нарушена.

Зонд, введенный во влагалище, выходит через разрыв промежности; другой зонд, введенный рядом с первым, но продвинутый несколько более кзади и книзу, выходит через anus. Палец, введенный через anus, по передней стенке гест на 2½ сант. кверху от сфинктера, входит в отверстие, ведущее в центральный разрыв, а оттуда во влагалище.

Таким образом, мы могли диагностировать центральный разрыв промежности и разрушение передней стенки прямой кишки при целости anus'a.

27/III операция: мостик ткани, соединяющий разрыв промежности с влагалищем, рассечен, разможенные ткани удалены ножницами. Послойное зашивание тонким шелком стенки прямой кишки. Глубокие кетгуттовые швы на тазовое дно и слизистую влагалища. Узловатые шелковые швы на промежность. В послеоперационном периоде, кроме отека промежности и небольшого расхождения краев раны у anus'a, осложнений не было. Швы с промежности сняты на 5-й день.

На 14-й день после операции с зажившей промежностью и правильно функционирующим сфинктером апі больная выписана.

Чаще всего центральные разрывы являются следствием совокупности нескольких причин. Среди этих причин в нашем случае особенно выступает плотность и нерастяжимость вульварного кольца. Этому моменту мы придаем исключительное значение

в объяснении происхождения именно центрального разрыва. Здесь сила давления головки и противодействие со стороны вульварного кольца обуславливают отклонение головки книзу с последующим центральным разрывом промежности.

В нашем случае, помимо повреждения центра промежности, имел место и отрыв стенки прямой кишки от сфинктера—осложнение исключительной редкости.

Механизм разрыва в нашем случае мы представляем себе следующим образом: женщина крепкого телосложения, обладающая плохо растягиваемой тканью вульварного кольца, прodelывает довольно быстро второй период родов. Головка плода имеет размеры, несколько превышающие нормальные, что при хороших схватках дает более сильное, чем в норме, давление на мягкие ткани выхода малого таза. Наткнувшись на очень туго растяжимое вульварное кольцо, головка не преодолевает его и под действием сильных потуг отклоняется кзади, выпячивая промежность и вызывая сильное растяжение стенки прямой кишки, выше анального отверстия. Это растяжение приводит к отрыву прямой кишки и центральному разрыву промежности.

В заключение считаю важным отметить, что 1) наш случай является редкой формой центрального разрыва промежности; 2) немедленное тщательное зашивание, несмотря на обширность повреждения и неблагоприятные в смысле асептики условия, привело к полному восстановлению промежности и прямой кишки; 3) в этиологии центральных разрывов промежности очень видную роль играет ригидность вульварного кольца.

Поступила в ред. 31/V 1937 г.

Смоленск, Киевское шоссе, дом
специалистов, кв. 17.