

ное цервикальное кесарское сечение (сл. Штольпера), в другом (сл. Мандельштама)—вагинальное кесарское сечение и удаление перегородки, в третьем (наш 2)—абдоминальная экстирпация матки и в четвертом—рассечение атрезии и извлечение мацерированного плода по частям (сл. Войналовича). Исход для матерей во всех четырех случаях был благоприятный.

В отношении профилактики этого тяжелого осложнения беременности надо сказать, что она в общем должна состоять в устранении причин, на почве которых развивается чаще всего это осложнение, в частности, в устранении из лечебного арсенала едких и крепких растворов прижигающих веществ при лечении эрозий и эндоцервицитов, особенно у женщины чадородного возраста, в изъятии как предохранительного от беременности средства шариков с сулемой, в борьбе с криминальным абортom, соблюдении мер предосторожности при расширении шейки бужами Хегара и при выскабливании матки в смысле недопущения грубых манипуляций дилататорами и абразивными ложками и пр. Ковакс в последнее время в качестве профилактической меры против развития стенозов и атрезий шейки особенно рекомендует широкое применение гормональной терапии, особенно в виде препаратов гормонов яичника при лечении различных патологических процессов шейки, на почве которых может возникнуть впоследствии атрезия.

*Литература.* 1. Войналович, Врач, 1894.—2. Какушкин, Каз. мед. журнал, стр. 597, 1932.—3. Каминский, Каз. мед. жур., стр. 297, 1931.—4. Карлин, Жур. акуш. и жен. б., стр. 889, 1929.—5. Кедрова, Жур. акуш. и жен. б., 1915.—6. Лурия Р. А., Сборн. проф. Н. Горизонтова Новосибирск, стр. 82, 1935.—7. Мандельштам, К клинике и терапии гинатрезий. Гос. мед. изд., стр. 60, 1929.—8. Сердюков, Научная медицина, 1919, Ленинград.—9. Цомакион, Труды 1-го Украин. съезда, Киев, стр. 373, 1928.—10. Halban, Seitz, Biologie und Pathologie d. Weibes, Bd VII, T 1, s. 375.—11. Halban, Zbl. f. Gyn. s. 1051, 1934.—12. Hisgen, Zbl. f. Gyn. № 22, 1920.—13. Kovacs, Zbl. f. Gyn. № 21, s. 1233, 1936.—14. Lau, Zbl. f. Gyn. № 32, 1920.—15. Mathieu und Schaufliker, Zbl. f. Gyn. № 47a, 1929.—16. Stolper, Zbl. f. Gyn. № 15, 1926.

Поступила в ред. 5/IV 1938 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей в г. Новосибирске.

## **Внутриматочное введение иода с контрацептивной целью, как возможная непосредственная причина эктопической беременности.**

С. Д. Зацепин.

Внутриматочные впрыскивания иода были известны уже давно. В последнее время научная разработка метода резко ограничила сферу его применения. Лечение подлежат функциональные метропатии при отсутствии объективных изменений в половом аппарате (Metropathia haemorrhagica) и не поддающиеся другим методам ле-

чения воспалительные заболевания. Наша клиника пользуется этим методом при метропатиях у пожилых женщин, когда все виды терапии, включительно до выскабливания полости матки, не помогают. В этих случаях получали всегда хороший результат.

Как и когда метод Грамматикати был использован впервые, как abortивное и контрацептивное средство, неизвестно. Сам Грамматикати для этих целей его не предлагал. Новая сфера применений внутриматочных впрыскиваний иода на совершенно здоровой женщине, нашла массу приверженцев как среди врачей и акушеров, так и среди самих женщин. Особенно широкое распространение он получил в годы до империалистической войны и во время самой войны. Сибирь по применению этого метода стояла на первом месте (Улитин). На широкое применение иодистых внутриматочных впрыскиваний с abortивной и предохранительной целью было обращено внимание еще на VI съезде акушеров-гинекологов (1924). В 1929 году специальная конференция акушеров и гинекологов в Москве по вопросу о противозачаточных средствах и Ученый медицинский совет НКЗ осудили этот метод, как abortивное и предохранительное средство, квалифицировав его как производство аборта.

Казалось бы, что после научно-обоснованного осуждения этого метода, как противозачаточного средства, он должен быть оставлен и забыт. К большому сожалению, еще до настоящего времени в Сибири находятся сторонники его применения для предупреждения зачатия. Сами женщины-врачи нередко прибегают к этому способу предохранения.

Все имеющиеся химические и механические контрацептивные средства в той или иной степени осложняют половой акт, что является особенно тягостным, неприятным моментом в половой жизни обеих сторон. Легкость, простота и кажущаяся безопасность профилактики беременности внутриматочным введением иода делают этот способ еще очень распространенным среди женщин. Врачебные заявления о вредности его являются недостаточно убедительными для них. Помимо того, что внутриматочные впрыскивания иода не являются верным средством предохранения от беременности, они могут повести к тяжелым осложнениям как во время впрыскивания (шок, инфекция, кровотечение), так и в отдаленном будущем. Они вызывают нарушение специфической функции женского организма — овуляции и менструации, полную или частичную облитерацию труб — результатом чего может быть относительное или абсолютное бесплодие.

Вызываемые внутриматочным введением иода глубокие повреждения эндометрия могут быть причиной привычного, самопроизвольного выкидыша, неправильного прикрепления плаценты, атонического маточного кровотечения и других осложнений последового периода, а также могут создавать благоприятную почву для эктопической беременности (Груздев, Горизонтов, Салицкий, Отт, Парсамов и др.)

При иодопрофилактике врач всегда может быть введен в заблуждение обращающейся женщиной в отношении последних месяч-

ных, которая сознательно или просто по забывчивости может скрыть задержку кровей. Объективно определить раннюю беременность, при задержке месячных в 2—5 дней, является делом невозможным.

Известен случай (6-ая Л., 1935) в нашей клинике, где женщина произвела впрыскивание иода как бы с профилактической целью у двух врачей, скрыв от последних задержку месячных в 10 дней; маточная беременность у нее была распознана третьим врачом, к которому она обратилась с целью производства якобы профилактического впрыскивания.

Наша клиника ставила своей целью, насколько возможно, выявить роль внутриматочных впрыскиваний иода, применяемых с контрацептивной целью, в этиологии внематочной беременности. Для выполнения данной задачи каждый случай внематочной беременности тщательно изучался. С целью исключения других причин эктопической беременности брали только случаи с полноценной половой сферой и где исключалось применение других контрацептивных средств.

На протяжении последних лет мы встретили в клинике два случая внематочной беременности, последовавших непосредственно после иодопрофилактики. До этого женщины были со стороны половой сферы здоровы и никакими предохранительными средствами от беременности не пользовались.

В четырех случаях, из которых три любезно предоставлены мне проф. Горизонтовым, эктопическая беременность наступила также непосредственно после иодопрофилактики, с той лишь разницей, что в этих случаях все женщины до данного заболевания предохранялись уже иодными внутриматочными впрыскиваниями от 4 до 10 месяцев. Особенности представляют первые два случая.

Вопрос о внутриматочных впрыскиваниях иода, как этиологическом моменте эктопической беременности, старый, всесторонне освещенный в специальной литературе. Наше сообщение представляет интерес с той стороны, что трубная беременность развилась сразу непосредственно после введения иода с профилактической целью.

Вот краткие истории болезни в наших случаях.

Больная З., 26 лет (1931 г. 18/XII, ист. б. № 481), жена служащего. Месячные с 14 лет, через 4 недели по 3—4 дня, безболезненные, умеренные, установились сразу. Замужем с 20 лет, брак первый. Срочных нормальных родов—2, последние—1929 г. Выкидышей не было. Не предохранялась, здорова, никогда не болела. Месячные после замужества без изменений. Последние месячные с 3 по 7 ноября—обычные, ожидаемые 5—6 декабря месячные не пришли. После трехдневной задержки—8/XII сделала одно иодное внутриматочное впрыскивание, скрыв задержку месячных. Вскоре появились схваткообразные боли внизу живота и в пахах, продолжавшиеся 6—8 часов, 14/XII появились кровянистогрязные выделения. Больше к врачу не обращалась. Через 10 дней—18/XII в три часа утра с острым инсультом доставлена каретой скорой помощи в клинику с диагнозом прервавшейся трубной беременности. Срочно оперирована. Удалена правая беременная труба с иссечением интерстициальной части из угла матки. Левые придатки и правый яичник без изменений, труба проходима. Истинное желтое тело в правом яичнике. Большое количество жидкой крови в брюшной полости.

Длина удаленной трубы 12 см, в истмической части, в  $1\frac{1}{2}$  см от угла матки, небольшое утолщение с вишню, в котором имеется отверстие диаметром около 2 мм, заполненное ворсинками хориона. Послеоперационное течение гладкое.

Выписана на 12-й день. В дальнейшем срочные нормальные роды—в 1932 г., здорова.

2. Б-ая Н., 53 лет (история болезни № 273, 1933 г.) Хронический аппендицит. Срочных родов нормальных один, аборт не было. Не предохранялась, здорова. Месячные правильные, через 4 недели по 4—5 дней, безболезненные, не обильные, задержка очередных месячных на 5 дней.

Инъекции иода в матку в течение 9 дней ежедневно, пока не появились крови. Каждый раз после введения иода появлялись боли внизу живота, которые скоро проходили. Острый инсульт (боли, обморок) через 3 недели после задержки месячных. Срочная операция. Удалена левая труба с клиновидным иссечением маточной части ее, удалена кровь из брюшной полости и аппендикс. Правые придатки нормальные, труба проходима. Послеоперационное течение гладкое, выписана на 14-й день. В дальнейшем здорова.

Беременная часть трубы утолщена до грецкого ореха. Абдоминальная часть и фимбрии свободны. Микроскопически: в стенке трубы в области нахождения плодного яйца среди межмышечной соединительной ткани мелкоклеточная инфильтрация. Расширены, кровенаполнены сосуды, ткани отечны. Канал трубы, окаймленный семью складками, покрытыми низким цилиндрическим, местами слущивающимся эпителием, заполнен двумя кровяными сгустками.

В истмической части трубы на месте прободения резко кровенаполнены ткани, сосуды крупнее, выражена резко мелкоклеточная инфильтрация.

На месте прободения мышечная ткань истончена, волокна раздвинуты, ворсivity прорастают вглубь мышечных волокон, в просвете свежий кровяной сгусток, децидуальные и синцитиальные клетки. Складки эндосальпинкса слабо выражены.

Интерстициальная часть трубы. Нерезко выраженная отечность тканей и мелкоклеточная инфильтрация. Слизистая образует пять складок, покровный эпителий местами слущен. Просвет трубы неправильной формы, сужен в диаметре: 0,15 на 0,27 мм. Нормальный просвет трубы в интерстициальной части у рожавших и беременных—0,8—1,2 мм (Штеккель). Затихающий острый воспалительный процесс трубы.

#### Вторая группа случаев:

1) Больная Д., 28 лет (ист. бол. № 39, 8/1 24). Диагноз: разрыв беременной левой трубы в истмической части—беременность 3—4 недели. Месячные правильные, цикл—28-дневный по 3—4 дня. Один срочные нормальные роды в 1929 г., после родов перерыв в половой жизни три года. Не болела, в продолжение последних 10 месяцев предохранялась впрыскиваниями иода. Задержка месячных на 2—3 дня, и в этот раз было сделано одно впрыскивание, после которого появились боли внизу живота и в пояснице. Инсульт через 7 дней после инъекции, операция через 5—6 часов.

Правые придатки и левый яичник нормальные, матка в физиологическом положении, правая труба проходима. Удалена левая труба с углом матки. Течение гладкое. Выписана на 17-й день. Длина удаленной трубы 11 см, утолщена, сращений не было. Перешейковая часть трубы утолщена до большой горошины и разорвана насквозь.

2) Больная П., 25 лет (ист. б-ни № 192). Прогрессирующая беременность в истмической части левой трубы, давность 4—5 недель. В анамнезе правильные месячные, один срочные нормальные роды, последние три беременности прервала искусственно на первом месяце впрыскиваниями иода, не предохранялась. При этой беременности было сделано за две недели до операции 4 внутриматочных впрыскивания иода, вслед за последней инъекцией появились сукровичные выделения и вышла пленка. После каждой инъекции возникали боли внизу живота.

Сделано выскабливание полости матки для установки точного диагноза. При произведении в этот же день чревосечения удалена левая труба с углом матки. Послеоперационное течение гладкое; выписана на 13-й день. Правые придатки без изменений, желтое тело на стороне беременной трубы, матка в нормальном положении, труба проходима. Самая ближайшая к матке часть левой трубы утолщена до голубинового яйца, стенки местами истончены—накануне разрыва. Длина плода 1 см. Остальная часть трубы нормальна.

3) Больная М., 23 лет (ист. бол. № 119, 1933 г.) Диагноз: наружный разрыв левой беременной трубы в истмической части. Беременность 3—4 недели. Ме-

месячные правильны, со стороны половой сферы—здорова. Срочные роды одни, полтора года назад; аборт не было. Предохранялась последние 4 месяца инъекциями иода. После задержки месячных на 5—6 дней также сделала впрыскивание иода с профилактической целью один раз. Отмечает боли внизу живота после впрыскивания. Удалена левая труба на 9-й день после инъекции, спаек не было. Течение гладкое, выписана на 14-й день после операции. Правые придатки и левый яичник нормальны. Истинное желтое тело в правом яичнике, наружное передвижение яйца. Матка в нормальном положении. Левая труба в истмической части утолщена до кедрового ореха, имеется наружный разрыв, абдоминальное отверстие нормально, проходимо.

4) Большая Д., 28 лет (ист. бол. № 39, 8.1.1934). Диагноз: острая геморагия в брюшную полость, разрыв левой беременной трубы в истмико-интерстициальной части. Беременность 5—6 недель. Месячные нормального типа с 13 лет, через 4 недели по 5—6 дней. Одни срочные нормальные роды в 1931 г.; аборт не было. Не болела. Половая сфера здорова. Предохранялась в продолжение 8 месяцев внутриматочными инъекциями иода. На третий день после задержки месячных 9.XII произведено одно впрыскивание иода (задержку регул от врача скрыла). Появившиеся боли внизу живота и в пояснице после инъекции скоро затихли, выделений кровяных не было. 12.XII снова обратилась к врачу, который после бимануального исследования делать впрыскивание отказался. На следующий день пошли сильные кровянистые выделения. С кровотечением обратилась к другому врачу, который направил в клинику с диагнозом—незаконченный выкидыш.

В клинике больной предложено лечь под наблюдение, она отказалась. С 27.XII кровотечение остановилось, больная не показывалась, 8.1.1934 г., через 30 дней после инъекции, в 14 часов доставлена каретой скорой помощи с инсультом. Срочная операция, удалена левая труба с углом матки. Послеоперационное течение гладкое, выписана на 11-й день. В 1936 году срочные роды.

Правые придатки и левый яичник нормальны, труба проходима. Желтое тело в левом яичнике. Левая труба на границе перехода истмической части в интерстициальную утолщена до грецкого ореха, разрыв в диаметре около 2 мм, стенка матки истончена, плод длиной 1 см. Микроскопически: в мышечной ткани интерстициальной части трубы медиально от плодного яйца, местами круглоклеточковая инфильтрация вокруг сосудов, в утолщенной серозной оболочке множественные кровоизлияния, частью старые с выпадением пигмента, частью свежие с некробиозом клеток и межклеточного вещества. Всюду в серозной оболочке круглоклеточковая инфильтрация. Слизистая оболочка, несколько набухшая, образует семь складок, местами эпителий слущен, мелкоклеточная инфильтрация подслизистой. Просвет трубы—0,35:0,5 мм. Обострившийся воспалительный процесс трубы.

Этиологическим моментом эктопической беременности во всех описанных случаях, надо полагать, были профилактические внутриматочные впрыскивания иода при задержке месячных всего на несколько дней (2—6 дней), когда ясных объективных данных о наличии беременности не имелось. В четырех случаях было произведено по одному впрыскиванию, в двух было многократное введение иода (4 и 9) до появления кровянистых выделений.

Инсулт наступил, считая от первого впрыскивания, самое раннее на 7-й день и самое позднее на 30-й день. Давность беременности колебалась от 3 до 6 недель. В пяти случаях беременность была в левой трубе, в одном—в правой. Во всех случаях яйцо останавливалось и имплантировалось в самой узкой части трубы—истмической. Иод при впрыскивании, особенно под давлением и плохом стоке, может попадать в маточную часть трубы и вызывать реактивное воспаление, но воспалительный процесс может переходить и с соседнего участка—угла матки (Черток).

Клинически воспалительный процесс труб выражен не был, температура была нормальная, реакция оседания эритроцитов незначи-

тельно ускорена (максимально до 18 за один час по Панченкову), лейкоцитоза не наблюдалось.

Клинически и микроскопически установлено, что непосредственной причиной трубной беременности в первой группе случаев было сужение просвета трубы в интерстициальной части (0,15:0,27 мм), вызванное острым воспалительным процессом, что послужило препятствием к продвижению плодного яйца в полость матки. Моментом, способствующим сужению просвета интерстициальной части трубы и задержке продвижения яйца, были маточные сокращения, наступавшие после инъекции (боли), и возможная антиперистальтика труб. Надо полагать, что просвет трубы в ближайшее время после впрыскивания имел, вследствие более выраженных воспалительных явлений и сокращений матки, меньший диаметр, чем на препаратах. Слабо выраженные воспалительные изменения в интерстициальной части трубы объясняются значительным промежутком времени, прошедшим от впрыскивания до операции (от 7 до 30 дней)—воспалительные явления успели затихнуть.

Во второй группе случаев (4 случ.) причина та же, что и в первой, с той лишь разницей, что здесь почва для наступления трубной беременности была ранее подготовлена повторным внутриматочным впрыскиванием иода, в результате чего образовалось хроническое воспаление труб. Последнее впрыскивание служило только толчком для обострения имевшегося воспалительного процесса. Ежемесячная иодопрофилактика в этих случаях не предохраняла от беременности. Инъекции производились, очевидно, в момент продвижения плодного яйца по яйцеводу в матку. Введенный иод вызывал катаральные изменения в слизистой матки и трубы, произошло значительное сужение просвета интерстициальной части трубы, воспрепятствовавшее прохождению яйца и способствовавшее его прививке в слизистой истмической части трубы.

Груздев, Селицкий и другие полагают, что иод поражает нервно-мышечный аппарат половой сферы, вследствие чего могут наступить антиперистальтические движения трубы, спазм и остановка трубных сокращений, нарушающие нормальную миграцию яйца.

Ввиду нашей недостаточной осведомленности в вопросах о времени созревания и лопания граафова фолликула, продолжительности жизни яйцевой клетки человека, в течение которого сохраняется способность ее к оплодотворению, времени оплодотворения и продолжительности передвижения яйца из трубы в матку, мы не можем точно определить, где находится в каждый данный момент оплодотворенное яйцо. Поэтому, когда бы иодопрофилактика ни производилась (до или после месячных), мы не можем быть вполне гарантированными относительно отсутствия оплодотворенного яйца в трубе. В каждом случае иодопрофилактики мы действуем втемную и в сущности рассчитываем лишь на счастливую случайность.

Наши случаи вместе с опубликованными ранее подтверждают мнение проф. Груздева, что внутриматочное впрыскивание иода с противо-зачаточной целью после первого же его применения может служить непосредственной причиной трубной беременности.

При иодопрофилактике беременности, когда бы она ни произво-

дилась, нужно всегда считаться с возможным наличием оплодотворенного яйца в трубе.

Ввиду распространения среди женщин, а иногда и врачей, взгляда на иодопрофилактику, как на простое, удобное и безвредное средство предохранения от беременности, необходимо разъяснять в женских консультациях и амбулаториях глубокую ошибочность такого взгляда.

Иодопрофилактика, как не являющаяся верным предохранительным средством от беременности, и наносящая половой сфере женщины существенный вред, должна быть совершенно оставлена.

Поступила в ред. 5.IV. 1938.

---

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. И. Ф. Козлов) Казанского государственного института усовершенствования врачей.

## О роли гонорей в этиологии внематочной (трубной) беременности.

Н. А. Корчагина.

«Частота заболевания внематочной беременностью должна побудить клиницистов тщательно изучать этиологию заболевания и уделять особое внимание профилактике его». (Гентер). По современным представлениям, воспалительные изменения в фаллопиевых трубах являются доминирующими среди причин, способствующих возникновению внематочной (трубной) беременности (Груздев, Ноеһне). Большой теоретический и практический интерес представляет выяснение природы воспаления, вызвавшего трубную беременность, то есть какого характера инфекция здесь преобладает — септическая или гонорейная (Козлов, Левит).

По данным почти всех авторов в половине всех случаев воспаления придатков имеется гонорейная этиология. Гринер по материалу гинекологического стационара Яузской больницы указывает 52% (цит. по Морозовой и Королевой). Писемский считает, что гонококк должен играть главнейшую роль при воспалении половых органов вообще и в частности маточных труб, в связи с наличием гонорей среди городского и сельского населения.

Казалось бы, таким образом, что гонорейя чуть ли не в половине случаев должна быть причиной трубной беременности. Некоторые авторы так и считают. Например, Морозова и Королева наблюдали 6 случаев трубной беременности, из которых в 4 была положительная реакция Борде-Жангу. Манчини в 310 случаях внематочной беременности за период 1931—1934 гг. наблюдал чаще всего воспалительные изменения в трубах; в качестве возбудителя воспаления гонококк играл главную роль. Штеккель придает гонорее важное значение в возникновении трубной беременности.