

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 гонорея 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.

Другие авторы, наоборот, гоноройной инфекции по сравнению с септической отводят второе место. Так, Сувеляк на 79 случаев трубной беременности с воспалительными изменениями, ни разу не наблюдал признаков гонореи. Проф. Какушкин установил гонорею в 5%, Степанова—в 7,4%, Стрезов—в 8%, Левит—в 9%, Горизонтов—в 19%, у проф. Груздева на 39 случаев гонорея установлена в 10.

Большинство авторов установило гонорею в своих случаях на основании анамнеза и клинической картины, а Морозова и Королева—путем реакции Борде-Жангу. По Кушниру только у 43% гоноройных женщин обнаруживается гонококк в шейке матки при применении обычного бактериоскопического метода. По Кушелевскому—в 51% при хронической гонорее (цит. по Петченко).

Рядом авторов установлено, что анализ крови при хронической гонорее дает ряд характерных признаков: нормальный лейкоцитоз, при относительном лимфоцитозе, иногда эозинофилию и ускоренную РОЭ (цит. по Бакшту). Бакшт считает, что тщательная бактериоскопия, рядовые анализы крови и вакцино-диагностика в достаточной мере обеспечивают правильность диагноза в подавляющем большинстве подозрительных случаев. Русакова и Гушанская, признавая реакцию Борде-Жангу специфичной, отмечают, что отсутствие реакции связывания комплемента не всегда говорит против гонореи.

По предложению проф. Козлова я сделала попытку проверить вышеприведенные мнения авторов относительно участия гоноройной инфекции в воспалительных процессах труб при **внематочной** беременности. В отличие от других авторов, которые основывали свои заключения, главным образом, на данных анамнеза, я в своей работе, используя анамнез и клиническую картину, подвергала также бактериоскопии выделения из цервикального канала в послеоперационном периоде, с применением в некоторых случаях гоновакцины (внутримышечно 500 млн. убитых гонококков или интрадермально по 0,2 миллиардной концентрации), реакции Борде-Жангу (в 7 случаях), анализа крови на лейкоцитоз и РОЭ (в 14 случаях), бактериоскопию мазков из труб, удаленных во время операции (в 6 случаях).

Мой материал состоит из 86 случаев трубной беременности, прошедших за период 1934—37 гг. в акушерско-гинекологической клинике Казанского ГИДУВ. Из 86 в 3 случаях причиной трубной беременности был инфантилизм труб, в одном—возможно, *migratio ovi externa* и в 82—воспалительные изменения в трубах. Возбудителем воспалительного процесса в трубах, по моим данным, гонококк был в 27 случаях из 82, что составляет 33%, септическая инфекция—в 55 из 82, что составляет 67%.

Анализируя 27 случаев внематочной беременности на гоноройной почве (из них 7 случаев опубликованы были раньше в IV томе Трудов Казанского ГИДУВ, 1935), следует отметить, что у оперированных женщин в 12 случаях было по одной беременности с последующей, до внематочной беременности, стерильностью; в анамнезе было указание на перенесенную гонорею в 6 случаях,

эрозия на шейке матки имела место у 11 женщин, небеременные придатки с видимыми воспалительными изменениями встретились у 21 женщины, диплококки (гр—), внутриклеточно расположенные, имели место в выделениях из цервикального канала у 22 пациенток, из 4 поставленных реакций Борде-Жангу—3 оказались отрицательными, из 7 случаев с анализом крови на лейкоцитоз и РОЭ—все дали нормальный лейкоцитоз с РОЭ от 50', до 2 ч. 30 мин. по Линценмейеру; в случаях с септической инфекцией лейкоцитоз доходил до 10 тысяч и выше.

Выводы. 1. Воспалительные изменения в трубах являются доминирующими среди причин, способствующих возникновению вне-маточной (тубной) беременности (из 86 случаев—82).

2. По характеру вызвавшей воспаление инфекции—первое место принадлежит септической (из 82—55 случаев—67%).

3. Гонорея, в этиологии внематочной беременности воспалительного происхождения, занимает второе место (из 82—27 случаев—33%).

Поступила в ред. 7/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. И. Ф. Козлов)
Казанского ГИДУВ.

К вопросу о лечении пролежня влагалищной части матки при проляпсах.

А. П. Чигарин.

В клинической картине неполного или полного выпадения матки часто наблюдается пролежень *portionis vaginalis*. Причиной выпадения матки и пролежня на ее влагалищной части большинство авторов считает механические факторы: неправильное положение матки, слабость мускулатуры тазового дна, ранний физический труд девочки, повышенное брюшное давление при тяжелой физической работе, родовой акт и т. д. (Фритч, Верт, Фелинг, Гальбан, Тандлер, Шульце, Кюстнер).

Ретроверзия—флексия матки без выпадения создает перекручивание связок матки и проходящих в них вен, перекручивание же связок и вен влечет за собой катар и гиперемию маточной мукозы, отечное пропитывание трансудатом всего органа. При проляпсе действуют те же вредные моменты, но в гораздо большей степени, поэтому и увеличение матки бывает более резко выражено. В свою очередь, это отечное пропитывание матки при проляпсе всего резче бывает выражено на влагалищной части и непосредственно над нею лежащих частях шейки матки (Кюстнер). Шейка матки, находясь вне половой щели, не орошает более влагалище своим секретом, эпителий влагалища делается сухим и ороговевающим. Благодаря действию на выпавшую шейку матки физических факторов (тепла,