

Внутриматочные впрыскивания и внематочная беременность.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Проф. В. С. Груздева.

Из числа методов гинекологической терапии весьма широкое распространение завоевали себе, за последнее время, у нас в Казани впрыскивания в матку, при помощи шприца Braun'a, или смеси *t-rae jodi* пополам со спиртом, или смеси Грамматикати (та же смесь йодной настойки с винным спиртом, но с добавлением 5% алюмола). Впрыскивания эти применяются не только для лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы,—для каковой цели они в свое время и были собственно рекомендованы проф. Грамматикати,—но и в качестве, с одной стороны, меры для предупреждения зачатия, с другой—средства прервать уже наступившую беременность, особенно в ранних ее стадиях. Для предупреждения зачатия впрыскивания систематически производятся у женщин, живущих половой жизнью, по 1 или по 2 раза в каждый межменструальный промежуток,—в те именно дни этого последнего, когда можно ожидать поступления оплодотворенного яйца в матку. Для прерывания уже наступившей беременности впрыскивания производятся,—обыкновенно в первые же дни после запоздания регул,—в том или ином числе, пока не наступит выкидыш. С тою и другою целью внутриматочные впрыскивания *larga tanci* применяются у нас в Казани не только врачами-специалистами, но и акушерками.

Уже одно это обстоятельство побуждает меня обратить внимание на опасные стороны внутриматочных впрыскиваний,—тем более, что о сторонах этих я могу говорить не только на основании априорных соображений, но и на основании целого ряда фактических данных. Я не буду при этом касаться таких опасностей, которые свойственны внутриматочным впрыскиваниям вообще, куда относятся: опасность занесения инфекции в матку, каналы труб и брюшину при недостаточном соблюдении, при впрыскиваниях, правил асептики, опасность перфорации маточной стенки наконечником шприца, опасность перелома каучукового наконечника Braun'овского шпри-

па во время впрыскивания, с задержанием отломившегося конца в полости матки (кстати сказать, один весьма демонстративный случай подобного рода имел недавно место в заведомой мною Клинике) и т. п.,—я останавлиюсь на отрицательных сторонах, присущих специально впрыскиваниям, предпринимаемым с одной стороны в целях прерывания беременности, с другой—в целях предохранения от зачатия.

Что касается первых, то одной из крупных невыгодных сторон их является то обстоятельство, что они далеко не всегда достигают своей цели. Правда, в некоторых случаях даже однократного впрыскивания бывает достаточно, чтобы вызвать выкидыш; за то в других иногда целого ряда впрыскиваний, производимых ежедневно, оказывается недостаточно, чтобы добиться этой цели. Эта разница в эффекте впрыскиваний, повидимому, должна быть истолкована так же, как правильное всего будет истолковать действие и всех других abortiva: известно, что, если беременность имеет место на патологической почве, напр., в инфантильной матке, матке, пораженной хроническим воспалительным процессом, и т. п., то уже сравнительно небольших,—во всяком случае медицинских, а не токсических,—доз сабины, алоэ, хинина и т. п. средств, а равно и сравнительно небольшой травмы, физической или психической, довольно, чтобы прервать ее; напротив, если матка, в которой развивается плодное яйцо, совершенно здорова, то даже и большие дозы abortивных средства, а равно и сильная травма, не в силах бывают, зачастую, вызвать выкидыша.

Как-бы то ни было, иногда впрыскивания, произведенные в беременную матку, вызывают лишь частичную отслойку плодного яйца, при которой беременность продолжает развиваться. Во многих случаях, затем, под влиянием их связь плодного яйца с маткой нарушается настолько, что яйцо погибает, но не изгоняется из маточной полости, а целиком или частью остается в ней, причем омертвевшие ткани его становятся благоприятной почвой для развития гнилостных и септических микробов,—развивается гнилостный или септический аборт, несущий с собою опасность не только для здоровья, но и для самой жизни женщины, не говоря уже о сопровождающих неполный выкидыш метроррагиях.

Этим, однако, не исчерпывается опасность применения внутриматочных впрыскиваний с целью прерывания беременности. В тех случаях, где впрыскивания эти, вследствие диагностической ошибки, будут применены не при маточной, а при внематочной беременности,—они легко ведут к прерыву последней в форме или внутреннего, или наружного разрыва плодовместилища, каковой раз-

рыв зачастую ведет к сильнейшему внутрибрюшному кровотечению — *inondation péritonéale* французских авторов.

Подобные ошибки в практике даже гинекологов-специалистов, не говоря уже о врачах-неспециалистах и акушерках, далеко не составляют редкости. Известно, что, насколько легко диагностировать прервавшуюся внематочную беременность, настолько же трудно распознать прогрессирующую *graviditas extrauterina* в ее ранних стадиях: в отношении симптомов она ничем не отличается от нормальной, маточной беременности, а при объективном исследовании свойственное внематочной беременности увеличение объема матки может симулировать гипертрофию этого органа, зависящую от маточной беременности, расширение же той или другой трубы, являющееся единственным признаком *graviditatis extrauterinae*, может быть или просмотрено, или принято за результат воспаления яйцевода.

Если подобная ошибка будет допущена, то внутриматочные впрыскивания, повторяю, могут чрезвычайно легко повести к прерыванию прогрессирующей *graviditatis extrauterinae*. Известно, что такой исход последней составляет, можно сказать, правило, причем основной причиной его является проедание стенок плодместилища ворсинками хориона, одевающий которые синцитий обладает лиоцитарными свойствами, а непосредственным толчком — какое-либо раздражение, чаще всего механическое. Впрыскивание таких жидкостей, как *t-ra jodi* и винный спирт, несомненно может служить подобного рода раздражением: мы знаем, что оно в состоянии вызвать энергичные сокращения маточных стенок, а, попадая в канал труб, — каковое попадание, судя по опытам *Döderlein'a*, *Ahlfeld'a* и др., имеет место даже и при медленном введении в полость матки небольших количеств жидкостей, — *t-ra jodi* и винный спирт могут вызвать такие сокращения трубных стенок, которых совершенно достаточно для разрыва раз'единной синцитием стенки беременного яйцевода.

Что это именно так, — в доказательство я могу привести, повторяю, целый ряд случаев, частью наблюдавшихся лично мною, в Акушерско-Гинекологической Клинике Казанского Университета, частью сообщенных мне моим долголетним сотрудником, проф. А. И. Тимофеевым, который наблюдал эти случаи в заведуемом им Гинекологическом Отделении Казанского Института. Приведу здесь самые краткие сведения о некоторых из этих случаев.

1. А. М., 28 л., поступила 19/II 1910. Пациентка замужем бл., беременна была 2 раза, причем I беременность окончилась срочными родами, II — выкидышем. С год имеются признаки воспаления маточных придатков правой стороны. Приходившие раньше правильно

meneses 28/XII 1909 г. не пришли, после чего М. обратилась к врачу, сделавшему ей 5—6 внутриматочных впрыскиваний. После впрыскиваний сильные боли в животе и кровотечение, а потом лихорадка до 39°. При исследовании найдена заматочная кровяная опухоль, опорожненная 23/II per colpotomiam posterioiorem с последующим введением дренажа. Послеоперационный период осложнен образованием ректально-влагалищного свища, зашитого мною, спустя 3 мес.

II. А. Х., 27 л., поступила 11/X 1920. Замужем 8 лет, бесплодна. Вследствие задержки регул обратилась к акушерке, которая сделала ей 5 впрыскиваний, с промежутками в 1 день. После 5-го впрыскивания сильные боли в животе, затем лихорадка до 38,6°. При исследовании обнаружены haematocoele retrouterina и правосторонний гематосальпинкс. Неоперативное лечение.

III. Ф. Т., 26 л., поступила 16/XII 1921. Замужем 1-й год; беременна не была. Последние menses были в октябре, в ноябре не было, что заставило пациентку обратиться к врачу-акушеру, который определил у ней маточную беременность и сделал 3 впрыскивания. После впрыскиваний сильные боли в животе, понос, рвота. Исследование при поступлении обнаружило признаки внутреннего кровотечения: нитевидный пульс, бледность покровов, похолодание конечностей; в животе значительное количество свободной жидкости. В день поступления экстренная операция per laparotomiam, при которой была установлена graviditas isthmica в правой трубе, с разрывом последней и огромном кровоизлиянием в брюшину. Удаление трубы. Послеоперационный период без осложнений.

IV. Л. Б., 35 л., поступила 8/II 1922. Замужем 18 л., беременна была 7 раз, причем 6 первых беременностей окончились срочными родами, 7-я же—выкидышем. Последние menses были 3/XII 1921. В январе 1922 7 впрыскиваний от 13 до 27 числа. После первых же впрыскиваний открылось кровотечение, а после последних—схваткообразные боли в животе и пояснице. Исследование при поступлении обнаружило, с одной стороны, наличие свободной жидкости в брюшине, с другой—заматочную кровяную опухоль. Лапаротомия 10/II. Брюшная полость найдена выполненной массой крови. В левой трубе обнаружена graviditas isthmica, прервавшаяся путем наружного разрыва плодовместилища. Удаление трубы и освобождение брюшины от крови. Послеоперационный период без значительных осложнений.

V. Р. И., 26 л., поступила 23/I 1923. Замужем 3 г., беременна была 2 раза, I беременность окончилась срочными родами, II прервана искусственно выкидышем. Menses запоздали на 5 дней, что заставило пациентку обратиться к акушеру-специалисту, сделавшему 4 внутриматочных впрыскивания. После последних впрыскиваний появились сначала кровянистые выделения, а 2 дня спустя—боли в животе, тошнота, слабость и впоследствии лихорадка. При объективном исследовании—небольшое количество свободной жидкости в брюшине и опухоль правой трубы. 2/II удаление превращенной в гематосальпинкс трубы per laparotomiam. Исход операции смертельный.

Ограничиваясь этими примерами, замечу, что, конечно, во всех перечисленных случаях внутренний или наружный разрыв плодовместилища произошел бы, по всей вероятности, и без впрыскива-

ний. С этой точки зрения внутриматочные впрыскивания, производимые при *graviditas extrauterina* врачом-специалистом, являются, пожалуй, скорее полезными, чем вредными, хотя применение их и основывается на ложном диагнозе: благодаря им, перерыв внематочной беременности в той или иной форме происходит тогда, когда больная находится под наблюдением специалиста, могущего своевременно принять рациональные меры против опасных последствий этого перерыва,—вместо того, чтобы произойти в то время, когда женщина, считая себя нормально-беременной и не подозревая о грозящей ей опасности, находит совершенно излишним обращаться к врачу.

Конечно, мои слова о полезности внутриматочных впрыскиваний при *graviditas extrauterina* надо понимать, как говорится, *cum grano salis*: еще выгоднее для больной, разумеется, если врач правильно распознает у ней прогрессирующую внематочную беременность и прибегнет к оперативному вмешательству раньше, чем произойдет внутренний или наружный разрыв плодовместилища. Всякое сознательное провоцирование разрыва при *graviditas extrauterina* является, понятно, *nonsens*'ом.

Надо, кроме того, отметить еще одну опасную сторону перерывов внематочной беременности, вызываемых внутриматочными впрыскиваниями: и сама больная, и пользующие ее лица (врач, акушерка) могут при этих условиях неправильно истолковать припадки, зависящие от перерыва беременности,—они могут принять их за те расстройства, которые нередко наблюдаются после внутриматочных впрыскиваний и у женщин, не имеющих никакой беременности, а не только внематочной. Сделав такое неправильное толкование, они могут пропустить то время, когда операция,—к которой они наверное-бы обратились, зная, что имеют дело с внематочной беременностью,—в состоянии еще спасти больную. Положим, мне подобных случаев наблюдать не приходилось, но что они вполне возможны,—это вряд-ли подлежит сомнению.

Исходя из этих соображений, необходимо прийти к заключению, что производство внутриматочных впрыскиваний с целью прерывания уже существующей беременности, в виду присущих этому способу опасностей, должно быть делом исключительно акушера (геср. гинеколога)-специалиста, который предварительно должен подвергнуть женщину тщательному исследованию—на тот случай, нет-ли у ней внематочной беременности, а после впрыскиваний—иметь ее под наблюдением, на случай перерывания протекшей внематочной беременности, или возникновения неполного выкидыша—при маточной беременности.

Переходя затем к оценке т. наз. профилактических внутриматочных впрыскиваний, т. е. впрыскиваний, производимых с целью предохранить женщину от зачатия, отметим, в качестве слабой стороны этого способа, его опять-таки неполную надежность. Для того, чтобы впрыскивания надежно гарантировали женщину от зачатия, надо, чтобы они производились как раз в то время, когда оплодотворенное яйцо поступает из яйцевода в полость матки. А как раз этого-то времени мы точно определить и не в состоянии. Как более старые, так и новейшие работы всех авторов свидетельствуют, что лопание зрелых Graafовых фолликулов может, повидимому, происходить в различные дни межменструальной паузы, а, стало быть, в различные дни последней яйдо может и поступать в матку.

Не в этом, однако, по моему,—главная отрицательная сторона профилактических впрыскиваний, а в том, что они, повидимому, могут быть непосредственной причиной неправильной прививки оплодотворенного яйца—в канале фаллопиевой трубы вместо маточной полости, т. е. могут служить причиной внематочной беременности.

Уже рассуждая а priori, мы должны признать такое действие внутриматочных впрыскиваний весьма вероятным. Как уже упоминалось выше, если мы будем даже медленно впрыскивать в матку небольшое количество жидкости,—последняя, по наблюдениям Döderlein'a и др. экспериментаторов, может попасть в каналы труб, особенно в маточные их отрезки. Результатом этого попадания таких жидкостей, как t-га jod'i или винный спирт, может быть гиперемия трубной мукозы и на этой почве—ее утолщение. А так как в ближайших к матке отрезках трубы просвет ее канала и без того чрезвычайно узок (через него с трудом можно провести конский волосок), то, при утолщении выстилающей его мукозы, просвет этот, естественно, может настолько сузиться, что не в состоянии будет пропустить в матку оплодотворенное яйцо,—буде такое во время впрыскивания окажется в pars isthmica tubae; оно застревает здесь, и таким образом возникает graviditas extrauterina.

Могут впрыскивания вести к развитию внематочной беременности и таким образом, что, попав в каналы труб, впрыснутая жидкость может повредить мерцательные реснички покрывающего трубную мукозу эпителия, а так как передвижение яйца по трубе совершается именно главным образом насчет мерцания названных ресничек, то, естественно, при этом передвижение оплодотворенного яйца по каналу фаллопиевой трубы замедляется, и, благодаря происходящим в яйце процессам сегментации, оно успевает достигнуть ближайших к матке отрезков трубы настолько увеличенным в своем объеме, что не в состоянии бывает попасть в матку и прививается в трубе, т. е. возникает graviditas tubaria.

Наконец, попадая в трубные каналы, впрыснутая жидкость может вызвать в яйцеводе антиперистальтические сокращения, которые могут опять-таки замедлить передвижение яйца по трубе и этим путем вызвать развитие внематочной беременности.

Помимо априорных соображений, в пользу такой именно роли предохранительных впрыскиваний в возникновении внематочной беременности до известной степени говорят и некоторые, наблюдавшиеся мною и проф. Тимофеевым, случаи развития эктопической беременности у женщин, применявших подобные впрыскивания, причем клиническое наблюдение и патолого-анатомическое исследование показали, что у этих больных срок прививки яйца в трубу можно было с известной вероятностью считать соответствующим времени впрыскиваний. Приведу вкратце некоторые из таких случаев.

I. М. Д.; 32 л., поступила 29/I 1918. Замужем 14 л., беременна была 5 раз, первые 4 беременности окончились срочными родами, пятая — выкидышем. Последние *meneses* пришли в срок, 26/XI 1917, но были короче обычного, вследствие чего больная, опасаясь беременности, прибегла к внутриматочному впрыскиванию. После впрыскивания крови или еще 1 день, затем до 3/XII их не было, а с 3/XII они опять пошли, сгустками, и продолжались до 12/I. Через 6 дней после их окончания, т. е. 18/I, у Д. начались сильные боли в животе, за которыми последовали зноб и лихорадочное повышение t° . При поступлении была найдена маточная кровяная опухоль, 31/I оперированная *per colpotomiam anteriorem*; освидетельствовать состояние трубы, в которой имела место беременность, *sub operatione* не удалось, но, повидимому, она была увеличена лишь очень незначительно. Послеоперационный период без осложнений.

II. О. Б., 24 л., поступила 27/XI 1922. Замужем 5 л., беременна была 2 раза, — сначала родила в срок, потом абортировала. Последние *meneses* с 22/X по 26/X. 10/XI было сделано внутриматочное впрыскивание, после которого начались крови, тянувшиеся вплоть до поступления больной, и боли справа. При поступлении было обнаружено увеличение правой трубы; повторные исследования в Клинике установили, что увеличение это прогрессирует, почему 6/XII была предпринята операция *per abdomen*. При операции была установлена *graviditas isthmica* в правой трубе, прервавшаяся в очень ранней стадии путем наружного разрыва плодовместилища, но давшая лишь очень небольшое кровоизлияние не только в трубу, но и в брюшную полость, — вследствие закупорки места разрыва кровяным сгустком. Гладкое выздоровление.

III. Е. Е., 25 л., поступила 7/XII 1922. Замужем 8 лет, беременна была 2 раза, обе беременности окончились ранними выкидышами (искусственными?). После 2-го выкидыша сальпинго-оофорит. Систематически применяла предохранительные впрыскивания. Последние *meneses* 21/X; 4/XII небольшое кровотечение и боли в паху, через 2 дня крови и боли сильнее, обморок. При поступлении картина внутреннего кровотечения: резкая бледность, пульс 120, t° 36,8°, брюшная полость наполнена свободной жидкостью. Экстренная операция 7/XII. При вскрытии брюшной полости *per laparotomiam* най-

дена *graviditas tubaria isthmica dextra* с наружным разрывом плодово-мембран. Удаление беременной трубы, частичная резекция воспаленных правых придатков, вычерпывание наполнившей всю брюшную полость крови. Гладкое выздоровление.

IV. О. Л., 33 л., поступила 25/III 1923. Замужем 16 л., беременна была 1 раз, родила в срок, ребенок извлечен щипцами мертвым. Через 5 л. после родов воспаление матки и яичников. Последнее *menzes* 28/I, через месяц предохранительное впрыскивание, после которого кровотечение втечении 3 недель, а затем, 25/III, сильные боли в правом паху и обморок. Исследование при поступлении позволило установить наличие справа скопления крови в трубе (*haematosalpinx*) и около трубы (*haematocoele peritubaria*) с мандарин величиною. Лечение неоперативное.

Я далек от того, чтобы считать эти случаи безусловно доказательными и категорически утверждать, что во всех их внутриматочные впрыскивания были непосредственною причиною развития внематочной беременности. Для этого приведенные случаи являются, с одной стороны, недостаточно изученными как клинически, так и особенно патолого-анатомически; с другой стороны у всех этих больных в анамнезе имеются указания на такие заболевания половой сферы, которые и без всяких впрыскиваний могли создать почву для возникновения эктопической беременности. Некоторые особенности приведенных случаев позволяют, однако, думать, что, по крайней мере, начало внематочной беременности в них приблизительно совпало со временем впрыскиваний, и хотя *post hoc* еще вовсе не значит *propter hoc*,—уже одно это обстоятельство дает нам известное право ставить первую в этиологическую связь со вторыми. Во всяком разе случаи эти побуждают к дальнейшему накоплению казуистического материала для выяснения данного вопроса, и я позволяю себе здесь обратиться ко всем казанским сотоварищам по специальности с просьбою—в каждом, встретившемся им, случае внематочной беременности выяснять, прибегала ли больная к предохранительным впрыскиваниям, и, если да, то в каком отношении по времени стояли у нее эти впрыскивания к последним *menzes* и времени первого обнаружения внематочной беременности.

Этим путем, я надеюсь, мы быстро накопим достаточный фактический материал для решения данного вопроса в ту или другую сторону. А добиться такого решения для нас крайне важно, ибо, если будет доказано, что предохранительные впрыскивания,—как это с значительною степенью вероятности можно предполагать,—действительно могут хотя-бы в ограниченном числе случаев служить причиною возникновения внематочной беременности, то этот способ предохранения от зачатия раз навсегда должен быть изгнан из практики: *graviditas extrauterina*—слишком серьезное осложнение, чтобы им можно было рисковать в каких-бы то ни было целях.