

ОБЗОРЫ

УДК 618.39—616—089.888.15

О МЕТОДАХ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПОЗДНИХ СРОКОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ЗА РУБЕЖОМ

Канд. мед. наук С. В. Бинемсон

Москва

В предыдущей статье¹ нами были приведены результаты анализа 10 569 прерываний беременности поздних сроков, проведенных большей частью за период с 1923 по 1963 г. различными методами: заоболочечным вливанием, метрэризом, влагалищным кесаревым сечением и малым кесаревым сечением. При каждом из этих методов были те или иные осложнения, а также материнская смертность. Таким образом ни один из применяемых методов не является совершенно безвредным и безопасным. Поэтому необходимо строго учитывать показания и противопоказания к каждому методу в отдельности.

Представляет интерес ознакомление с состоянием этого вопроса за рубежом.

Заоболочечное вливание. Ф. Ковач в 1948 г. предложил вводить за оболочки 10% или 20% раствор глюкозы по 100 мл на каждый месяц беременности, иногда с добавлением 50—100 мл. Раствор вводят через мягкий резиновый катетер. Автор применял заоболочечное вливание гипертонического раствора глюкозы у 119 женщин, из них у 19—10%, а у 100—20% раствора глюкозы. При применении 20% раствора глюкозы отрицательный результат был получен только у 1 женщины. В 85% наблюдений после вливания глюкозы плод рождался самостоятельно. В 14% после вливания глюкозы были применены дополнительные вмешательства. Схватки обычно начинались через 10—12 часов после вливания. Для усиления их назначали хинин, питуитрин. Спонтанный аборт происходил в большинстве случаев в течение 48 часов, но иногда задерживался на несколько дней. При применении 10% раствора отрицательный результат был получен в 5,2%.

Автор считает метод вливания за оболочки 20% раствора глюкозы простым и безопасным. Он рекомендует этот метод и для искусственного вызывания преждевременных родов, так как раствор, вводимый экстравулярно, не вредит плоду. В клинике в Дебрецене теперь практикуется только этот метод.

После опубликования метода его стали применять Арвай, Райч, Чекси (ВНР), Е. Гиндель (ЧССР), С. Стоянов и С. Георгиев (НРБ), А. Гайм (ФРГ).

Все они положительно отзываются о нем. На 398 вливаний был один летальный исход от перитонита и илеуса (описан Чекси). Осложнения в большинстве случаев были нетяжелые. Противопоказанием к применению этого метода, по данным Стоянова и Георгиева, служит диабет.

Полагаем, что этот метод может быть испытан и у нас в клинике, причем должны быть выработаны показания и противопоказания к нему.

Заоболочечное вливание гипертонического раствора поваренной соли применяется за рубежом значительно реже [Сванэ, Амрис, Джепсен (Дания) и др.].

Введение за оболочки мыльных растворов и паст. Мыльные пасты под различными названиями (интеруптин, провокол и др.) с целью прерывания беременности широко применяли в Германии и других странах начиная с 30-х годов этого столетия. В последнее время снова появились работы, пропагандирующие этот метод. Так, в 1959 г. Г. Бертельсен и Е. Остергард (Дания) опубликовали данные о 3869 прерываниях беременности, проведенных по всей Дании за 5 лет (с 1953 по 1957 г.) путем введения за оболочки мыльного крема. На 3869 операций было 2 смертельных исхода. Авторы положительно отзываются об этом методе. Однако вскоре, как и в 30-х годах, появились сообщения о летальных исходах после применения мыльных паст (Б. Бьер, П. Кюнель, П. Бах-Нильсен и соавт., Е. Брандstrup, Федорчук, Будкевич, Гзык). По данным Черноха и Тезара, при применении мыльных растворов в течение нескольких минут может наступить смерть от гемолиза, если большое количество раствора попадает в интервиллезные пространства и оттуда непосредственно в сосудистое русло. Могут возникнуть и явления интоксикации с потерей сознания, рвотой, поносом и судорогами. По данным Бьера, Кюнеля, Брандструпа и др., смерть наступала в их наблюдениях от жировой эмболии.

Следует признать указанный метод прерывания беременности опасным. Роковые последствия этого метода никто не может предотвратить, и поэтому он должен быть отвергнут.

Внутриамниотическое введение гипертонического раствора поваренной соли и других растворов. Этот метод был предложен в 1934 г. Е. Абурулем (Румыния) для возбуждения родовой деятельности с целью прерывания беременности, а также в родах.

¹ Казанский мед. ж., 1968, 3.

Абулье вводил в амниотическую полость трансабдоминальным путем 35% раствор NaCl на сыворотке (путем прокола брюшной стенки и передней стенки матки). После ряда экспериментов он остановился на следующей методике: а) при наличии мертвого или нежизнеспособного плода вводят одновременно 80 мл раствора, иногда инъекцию повторяют через 24 часа в том же количестве; б) при наличии живого и жизнеспособного плода раствор инъецируют дважды по 50 мл или по 40 и 60 мл с интервалом в 4—5 часов; в 3-й инъекции редко приходится прибегать. Рождение плода чаще всего наступает через 12—24 часа после инъекции. Результаты своих исследований Абулье опубликовал в печати в 1934 и 1939 гг., а также доложил об этом методе на конгрессе акушеров-гинекологов в Париже в 1937 г. В своих последующих изысканиях он стал применять изотонический раствор NaCl, вытяжки из плаценты, а также другие средства, вызывающие сокращения матки. Этот метод в дальнейшем стали применять как румынские, так и другие зарубежные авторы (в отечественной литературе работ по применению этого метода мы не нашли).

В 1948 г. об его применении сообщил М. Сиок (Румыния), в 1950 г.— Ватвиль и д'Эрнст (Швейцария), в 1962 г.— Х. Джифин, Ф. Керенин, Е. Вууд (США), Г. Вагнер, Х. Каркер, Ф. Фукс, Ф. Бенгтсон (Дания), в 1963 г.— А. Гээпо, Х. Джифин, Т. Керенин, Е. Маттос де Суза Фильхо (США).

Всего указанными авторами этот метод был применен у 396 женщин. Гээпо и соавт. применяли 20% раствор поваренной соли или 50% раствор глюкозы, а также физиологический раствор NaCl. Перед введением раствора из амниотической полости извлекали от 150 до 300 мл околоплодной жидкости, после чего вводили такое же количество раствора. Г. Вагнер и соавт. вводили гипертонический раствор NaCl (10 и 20%) путем прокола матки не через брюшную стенку, а через передний свод. Предварительно извлекали околоплодные воды насколько возможно, после чего вводили такое же количество солевого раствора, но не более 200 мл. Аборт наступал через 24—48 часов после вливания. Большинство авторов отмечало положительный результат от применения этого метода. Летальных исходов не было. Осложнения заключались в явлениях, связанных с введением соли (ощущение жара в голове и руках, учащение пульса, лихорадка и др.). У 2 больных была олигурия в течение нескольких часов. При применении 20% раствора NaCl результаты были лучше, чем при введении 10% или физиологического раствора.

Хотя данный метод более опасен, чем введение тех же растворов за оболочки, все же ввиду эффективности и отсутствия летальности по опубликованным материалам он может быть испытан в клинике при заболеваниях, не требующих срочного прерывания беременности, в тех случаях, когда в связи с воспалительными заболеваниями нижних отделов половой сферы (кольпиты, цервициты) применение вагинальных методов противопоказано.

В последние годы Е. Абулье, А. Миреску, П. Элиас стали применять 20% гипертонический раствор NaCl путем вливания его за оболочки капельным способом через плотно-эластичный нелатоновский зонд с расширением до 6—7 см в диаметре на конце, который в сложенном виде вводят при помощи щипцов в матку. Предварительно производят пальцевое отделение нижнего полюса плодного пузыря.

Введение в амниотическую полость формалина. Метод внутриматочного введения 40% формалина предложен Е. Бозро (Аргентина) в 1935 г. Хотя некоторые авторы (Г. Нэлле, О. Юргенс и др.) отзываются положительно об этом методе, тем не менее малейшая техническая погрешность может привести при этом вмешательстве к тяжелым осложнениям, вплоть до смертельного исхода. Летальные исходы после применения формалина описали Р. Кох (Германия), К. Люфт (ФРГ). Манштейн в 1951 г. отмечал, что он был вынужден произвести радикальную операцию у женщины, у которой в другом учреждении был введен 40% формалин. Во время операции был обнаружен полный некроз задней стенки матки и тяжелые деструктивные изменения придатков. Экстренное мешательство спасло жизнь больной. Отрицательным моментом при применении этого метода является также затягивающееся на длительный срок плодоизгнание (до 10 дней, а иногда даже на несколько недель и месяцев), что может привести к различным поздним осложнениям. Мы полагаем, что от этого метода следует отказаться, несмотря на то, что в последнее время описаны благоприятные результаты от применения 4% формалина (М. Ач и Б. Тот).

Введение в амниотическую полость охлажденных растворов. Метод введения в амниотическую полость охлажденных до 0—2° растворов риванола, триофлавина и др., предложенный Б. Манштейном в 1951 г. (ФРГ), не имеет преимуществ перед методом введения риванола за оболочки, который был предложен Э. М. Каплуном в Советском Союзе в 1938 г. Хотя Манштейн придает особое значение в механизме наступления аборта фактору охлаждения, а не химическому составу вводимого раствора (rivanol), это положение им не было доказано. Надо полагать, что если фактор охлаждения и играет, возможно, некоторую роль, основное значение в механизме наступления аборта принадлежит риванолу. Влияние риванола на сократительную деятельность матки и значение его в возникновении аборта доказаны в эксперименте и в клинике как самим автором, предложившим этот метод, так и в многочисленных работах других советских авторов, которые применяли его не в охлажденном виде, а при обычной комнатной температуре. Поэтому приоритет в применении риванола с

целью прерывания беременности принадлежит Э. М. Каплуну. При вливании риванола за оболочки эффективность этого метода не меньше, методика — проще.

Капельные внутривенные вливания окситоцина. При прерывании беременности поздних сроков (до 28 недель) дозировки окситоцина, применяемые в родах для возбуждения или стимуляции родовой деятельности, недостаточны и не приводят к цели. Поэтому капельные вливания окситоцина на 5% глюкозе применяются у нас как дополнительные мероприятия в сочетании с другими методами прерывания беременности поздних сроков (заоболочечным вливанием, метре́йзизом и др.). Между тем за рубежом применяют окситоцин для возбуждения схваток при прерывании беременности, а также при задержавшихся выкидышах, в значительно больших дозировках, которые приводят к цели, причем не отмечается каких-либо тяжелых осложнений, если не применять очень больших доз. Учитывая отрицательные результаты, полученные рядом авторов (О'Дрисколль и Лавель) от применения малых доз окситоцина — от 0,5 до 1,0 мл (в 1 мл содержится 5 М. Е. окситоцина) при лечении несостоявшегося выкидыша, Лоудон (Англия) в 1959 г. предложил применять окситоцин в высоких концентрациях. Автор применил этот метод у 18 женщин. Общая дозировка препарата колебалась от 10 до 350 ед. Из осложнений автор отмечает сужение кожных сосудов у одной больной (АД у нее не изменилось) и легкую головную боль у 2. Снижения диуреза не наблюдалось. Автор считает данный метод удобным и бережным методом оказания помощи при несостоявшемся выкидыше.

Тоаф и Айлон в 1962 г. применили капельные вливания окситоцина в высоких концентрациях у 23 женщин (у 20 — при несостоявшихся выкидышах и у 3 — при пузырном заносе). У 5 больных общая дозировка окситоцина была менее 32 ед., продолжительность аборта составляла от 2 час. 30 мин. до 6 часов. У остальных больных общая дозировка окситоцина была от 110 до 140 ед., продолжительность аборта — от 44 до 48 часов. Во всех случаях удалось вызвать сокращения матки и самопроизвольное изгнание плода. Из осложнений следует отметить нарастание АД у 2 больных, которое возвращалось к норме спустя 2 дня после окончания лечения. У 1 больной было общее недомогание и сужение кожных сосудов. Диурез ни у одной больной не изменился. Авторы приходят к выводу, что этот метод эффективен при несостоявшемся выкидыше. Осложнения незначительны. Г. Лиггинс (Новая Зеландия) в 1962 г. опубликовал результаты применения капельных вливаний синтоцинона (окситоцина) в больших дозах у 30 женщин при несостоявшемся выкидыше. Положительный результат был получен у 27, у 3 женщин с небольшой беременностью (до 8 недель) результат был отрицательный. У 1 из них диагноз несостоявшегося выкидыша был поставлен ошибочно. У нее оказалась нормальная беременность. Несмотря на применение больших доз окситоцина, женщина доносила беременность и родила в срок живого ребенка. Автор применял следующую методику: в начале вливания концентрация окситоцина составляла от 10 до 20 ед. на 540 мл. Дозировка — от 20 до 800 миллиедиц окситоцина в минуту. Через каждый час концентрацию окситоцина увеличивали на 20 ед. до тех пор, пока не начинались схватки или пока концентрация не достигала установленного автором предела в 100 ед. на 540 мл. Вливание продолжали пока не происходил аборта. Если же аборта не наступал в течение 8—10 часов, то вливание прекращали, а затем на следующий день снова возобновляли. Общая доза синтоцинона (окситоцина) составляла от 5 до 925 ед. Длительность вливания колебалась от 0,5 до 21,5 часа (в среднем 11 часов). У половины больных лечение пришлось повторить на следующий день. Исследования автора показали, что со стороны сердечно-сосудистой системы не наступало каких-либо существенных изменений. При применении концентрации окситоцина в 350 миллиедиц в минуту или выше у больных наблюдалось побледнение кожи, но оно не сопровождалось изменением АД. На ЭКГ отклонений не было даже при применении 800 миллиедиц в минуту. Автор отметил антидиуретическое действие синтоцинона у всех больных. У одной больной задержка жидкости была резко выражена и вызвала явления интоксикации. После окончания лечения диурез восстановился. Автор приходит к выводу, что метод является высокоеффективным и безопасным при соблюдении мер предосторожности в связи с антидиуретическим действием синтоцинона (исключение приема жидкости во время вливания).

Ряд авторов получал положительные результаты и при введении препарата в значительно меньших концентрациях. Так, Р. Акерман (Югославия) в 1960 г. опубликовал свои наблюдения по применению капельных внутривенных вливаний синтоцинона (окситоцина) в сравнительно невысоких концентрациях у 78 женщин. Он установил следующие дозировки синтоцинона в зависимости от срока беременности: при 4-месячной беременности — 30 ед., при 5-месячной — 25 ед., при 6-месячной — 20 ед. и при 7-месячной — 15 ед. Более низкие дозы эффекта не давали. Количество капель — от 20 до 60 в минуту в зависимости от эффекта. Обычно вначале вводили 50 капель в минуту, а затем количество капель либо увеличивали, либо уменьшали в соответствии с характером появляющихся схваток. При ранних сроках беременности раствор следует вводить быстрее, чем при более поздних сроках. У 4 женщин из 78 эффекта не было. Сравнительно невысокие дозы при лечении несостоявшегося выкидыша применили Д. Дессарцин и О. Штамм (Швейцария). Количество расходуемого синтоцинона колебалось от 5 до 85 ед. (в среднем 20,6 ед.). Средняя продол-

жительность аборта после начала вливания составляла 34 час. 41 мин. Послеабортное течение во всех случаях было гладкое.

Мы полагаем, что при прерывании беременности по медицинским показаниям и при задержавшихся выкидышах следует применять средние дозировки, которые не вызывают осложнений, но в то же время дают, как правило, положительные результаты. Однако и эти средние дозировки во много раз превосходят применяемые у нас для стимуляции в родах. Возможность введения больших доз окситоцина следует особенно учитывать в борьбе с атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде, когда малые дозы не дают положительного результата. Вопросы дозировок окситоцина при внутривенном введении капельным способом требуют дальнейших исследований и уточнений.

Метранойктер Шаца — Гене. Метранойктер был изобретен в 1881 г. в Германии Ф. Шацом и предназначался для постепенного и бережного раскрытия шейки с целью последующих манипуляций в матке. Раскрытие шейки достигается благодаря наличию в инструменте пружины, растягивающее действие которой имеет силу от 2 до 5 кг. Шац применил метранойктер в 150 случаях при искусственных абортах с целью прерывания беременности по медицинским показаниям и при задержавшихся выкидышах, а также для удаления внутриматочных опухолей. Сначала метранойктер не получил широкого распространения, и лишь с 1920 г. он снова был введен в практику Гене в гинекологической клинике Грейсвальдского университета. Гене несколько модифицировал этот инструмент. С. Штефан из клиники Гене в 1923 г. опубликовал материалы по применению метранойктера у 70 женщин, причем подверг тщательному гистологическому исследованию (путем серийных срезов) шейку матки после экспериментального применения метранойктера у больных перед операцией экстирпации матки. При гистологическом исследовании шейки матки после применения метранойктера (за 14, 18, 24, 36, 48 часов и 7 суток перед операцией экстирпации матки по поводу миоматоза или метропатии) только в области внутреннего зева и вблизи от него (в месте наибольшего давления) были обнаружены узуры или асептические дефекты слизистой, в зависимости от продолжительности действия метранойктера и мелкие кровоизлияния в слизистую шейки и в подслизистый слой. По краям дефекта слизистой на 7-й день после применения метранойктера отмечалась уже регенерация эпителия. Наружные отделы шейки (в области наружного зева и вблизи от него) совершенно не были изменены. Никаких воспалительных изменений не было обнаружено. Касаясь механизма действия метранойктера, Штефан считает, что оно основано на физиологическом принципе рефлекторного сокращения матки и зависит от давления инструмента на шеечное сплетение. До некоторой степени расширение происходит и под действием растягивающей силы пружины. На основании клинических результатов, а также гистологических исследований Штефан горячо рекомендует метранойктер для практического применения.

В дальнейшем многие авторы положительно отзывались об этом методе. Так, П. Вольф (Германия) в 1930 г. применял метранойктер у 70 женщин, главным образом с целью прерывания беременности по медицинским показаниям, причем ни в одном случае не наблюдалось каких-либо осложнений в виде травмы или повышения температуры. Г. Шнайдер (Германия) в 1931 г. сообщил о применении метранойктера за 10 лет у 750 женщин с хорошими результатами, без осложнений. В 1933 г. опубликовал свои наблюдения Кэстэр, затем Штарк (Германия), также с хорошими результатами.

В 1959 г. И. Шыркалев и Г. Илиев (НРБ) применили метранойктер у 150 женщин с беременностью от 3 до 7 мес. Из осложнений отмечались повышение температуры у 11 женщин и эндометрит у 1. Авторы приходят к выводу, что метод расширения шейки при помощи метранойктера Шаца — Гене вполне себя оправдывает и может широко применяться в клинической практике при прерывании беременности. Применение метранойктера, по данным авторов, наиболее целесообразно с конца 3-го месяца до начала 5-го.

На основании данных зарубежных авторов по применению метранойктера более чем в 1000 случаев (в отечественной литературе мы не нашли работ по его использованию) надо полагать, что этот метод дает довольно благоприятные результаты без каких-либо серьезных осложнений, и поэтому его следует испытать в клинике, особенно для целей прерывания беременности по медицинским показаниям, причем должны быть уточнены показания и противопоказания к нему.

Хирургические методы прерывания беременности (влагалищное и малое абдоминальное кесарево сечение). Из хирургических методов прерывания беременности в последние годы чаще применяется малое кесарево сечение, хотя оно дает больше осложнений, чем влагалищное кесарево сечение. Операции чревосечения давали значительно больше осложнений, причем тяжелых и со смертельным исходом, чем вагинальная гистеротомия. Поэтому многие авторы [Ф. Рот, Е. Гельд (Швейцария), Г. Б. Бертельсон и Е. О. Остергард (Дания)] рекомендуют ограничить абдоминальную гистеротомию, относиться к ней как к серьезной операции и применять в тех случаях, где показана попутно и стерилизация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализируя опубликованные в иностранной литературе за последние десятилетия данные относительно прерывания беременности как консервативными, так и хирургическими методами, следует отметить, что в большинстве стран чаще всего используются консервативные методы прерывания беременности, хирургические же (влагалищное и малое кесарево сечение) применяются значительно реже, главным образом в экстренных случаях, а также при надобности произвести попутно стерилизацию (в последних случаях применяется малое кесарево сечение).

Из консервативных методов заслуживают внимания заabolочечное вливание гипертонического раствора глюкозы, предложенное Ковачем, и капельные внутривенные вливания окситоцина в более высоких концентрациях, чем в родах. Эти методы, судя по опубликованным работам, дают благоприятные результаты с небольшим количеством осложнений. Основное преимущество метода Ковача заключается в том, что гипертонический раствор глюкозы не обладает токсичностью. Поэтому эти методы следует испытать и у нас в клинике. Что касается метода внутриамниотического введения гипертонических растворов трансабдоминальным путем (способ Абураеля), то, по-видимому, он не имеет преимуществ перед введением этих растворов за оболочки, что технически значительно проще. Возможно, этот метод может иметь значение в тех случаях, где применение заabolочечного вливания противопоказано в связи с воспалительными процессами в нижних отделах половой сферы.

От применения мыльных растворов, а также формалина следует отказаться, так как эти методы являются опасными, а при применении формалина к тому же плодонизгнание иногда задерживается на длительный срок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aburel E. Gynéc. et Obstét., 1937, 36, 4, 398—399; Revue medico-chirurgicale. Bull. de la Societe des medecins et des naturalistes de Jassi. 1939, 3—6, 172—174.—2. Aburel E., Mirescu A., Elias P. Obstet. si Ginec., 1956, IV, 283—289.—3. Acz M., Toth B. Ginecologia, 1959, 148, 3, 149—156.—4. Akerman R. Ibid., 1960, 149, 1, 71—77.—5. Amris C. J., Jepsen O. B. Danish med. Bull., 1962, 9, 5, 143—148.—6. Arvay A., Raics J. Zbl. Gynäk., 1959, 81, 4, 119—134.—7. Bach-Nielsen P., Wilhjelm A., Wilhjelm B. Ugeskrift for Læger, 1958, 120, 31, 1009—1012.—8. Berthelsen H. G., Ostergaard E. Danish med. Bull., 1959, 6, 4, 105—109; 110—112.—9. Bjerre B. Ugeskrift for Læger, 1958, 120, 2, 46—50.—10. Boero E. Gynéc. et Obstét., 1935, 32, 502—504.—11. Brandstrup E. Ugeskrift for Læger, 1958, 120, 52, 1745—1746.—12. Budkiewicz J., Gzik J. Ginek. pol., 1959, 30, 1, 15—30.—13. Buttenberg D., Sackreuter W. Med. Welt (Stutig), 1963, 41, 2070—2076.—14. Cernoch A., Tesar J. Csl. Gynaek., 1963, 1—2, 95—102.—15. Cioc M. Gynéc. et Obstét., 1948, 47, 2, 224—225.—16. Cohen. Neue Zeitschrift f. Geburtshunde, 1846, X, XXI, 116; Mschr. f. Geburtshunde und Frauenkrankheiten. 1853, 11, 321—329.—17. Dessarzin D., Stamm O. Gynecologia, 1963, 156, 5, 266—271.—18. Fiedorczuk Z. Pol. Tyg. lek., 1954, 27, 845—847.—19. Gindl E. Csl. Gynaek., 1960, 9, 657—660.—20. Gsapo A. J., Jaffin H., Kerényi T., Mattos E. E. R. de., Jousa Filho M. B. Am. J. Obstet. Gynec., 1963, 87, 7, 892—905.—21. Heim A. Zbl. Gynäk., 1954, 43, 1911—1914.—22. Held E. Gynecologia, 1956, 142, 5, 290.—23. Hudcovic A. Csl. Gynaek., 1960, 9, 650—657.—24. Jaffin H., Kerényi F., Wood E. C. Am. J. Obstet. Gynec., 1962, 84, 5, 602—608.—25. Jürgens O. Zbl. Gynäk., 1951, 73, 484—487.—26. Koch R. Ibid., 1947, 7, 720—725.—27. Köster. Ibid., 1933, 28, 1664—1668.—28. Kovacs F. Ibid., 1948, 11, 1097—1103.—29. Kühnel P. Ugeskrift for Læger, 1958, 120, 10, 321—322.—37. Liggin G. C. J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth., 1962, 69, 2, 277—281.—31. Loudon J. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1959, 66—277.—32. Luft K. Dtsch. Z. ges. Gericht. Med., 1954, 43, 270—272.—33. Manstein B. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1951, 11, 2, 141—147; 1956, 16, 5, 388—396.—34. Nölle H. Zbl. Gynäk., 1948, 1, 62—69.—35. Roth H. Zur Frage des Salbenabortes mittels Provokol und Interruptin, 1934. Diss.—36. Roth F. Gynecologia, 1956, 142, 5, 285—290.—37. Schatz F. Arch. Gynäk., 1881, 18, 3, 445—463.—38. Schehl E. Zbl. Gynäk., 1953, 37, 1464—1468.—39. Schneider H. Arch. Gynäk., 1931, 146, 28—40.—40. Stark H. Zbl. Gynäk., 1933, 45, 2734—2736.—41. Stephan S. Arch. Gynäk., 1923, 116, 161—170.—42. Stojanov S., Georgiev S. Dtsch. Gesundheitswes., 1963, 40, 1734—1739.—43. Svane H. Danish med. Bull., 1960, 7, 2, 51—54.—44. Szecsi K. Zbl. Gynäk., 1955, 13, 514—516.—45. Toaff R., Ayalon D. Obstet. a. Gynec., 1962, 19, 1, 81—86.—46. Шъркалев И., Илиев Г. В'пр. педиатр. акуш. и гин., 1959, 6, 58—66.—47. Vinti J., Sava N. Obstet. si Ginec., 1963, 10, 4, 321—328.—48. Wagner G., Karker H., Fuchs F., Bengtsson Ph. Danish med. Bull., 1962, 9, 137—142.—49. Watteville H., Ernst J. P. Gynecologia, 1950, 130, 6, 425—428.—50. Wolff P. Zbl. Gynäk., 1930, 11, 684—687.