

Из Акушерск. отделения Киевской клинической Октябрьской больницы
(зав. В. А. Хатунцев).

Плодоизгнание и материнская смертность.

М. И. Магид.

Несомненно, что в группе причин смерти, объединяемых под названием „материнской смертности“, главную роль—от 40 до 70% — играет смертность от сепсиса. Надо, однако, иметь в виду, что эта смертность вызывается двумя совершенно различными причинами: 1) *послеродовой* сепсис осложняет по сути нормальный процесс родов и борьба с ним должна протекать по линии социально-профилактических мероприятий во время беременности, клинического родовспоможения и т. д. и 2) сепсис *после аборта* зависит в подавляющем большинстве случаев от искусственного прерывания беременности, и борьба с ним должна заключаться в борьбе с плодоизгнанием.

Точная дифференциация этих двух групп сепсиса не всегда возможна, т. к. во многих статистиках эти группы рассматриваются совместно. Там же, где они приведены раздельно, видно, что на сепсис после аборта обыкновенно приходится значительно больше смертей, чем на сепсис после родов. В наших условиях число смертей от сепсиса после аборта приблизительно равно или даже меньше числа случаев сепсиса после родов, что, очевидно, является результатом легализации аборта.

Как велика была у нас смертность от сепсиса после аборта до легализации мы не знаем. В Лейпциге до 1913 года смертность от сепсиса после аборта была меньше, а после 1913 года стала больше, чем смертность от сепсиса после родов. Давыдовский на секционном материале установил, что в Москве за 1923—1927 гг. сепсис после аборта составлял 12,7%, а сепсис после родов 25% всех смертей от гинекологических заболеваний.

Представляется интересным установить, нельзя ли было бы понизить смертность от сепсиса после аборта еще более, resp. довести ее до нуля? Для ответа на это необходимо было бы выяснить целый ряд дополнительных обстоятельств, в частности: 1) Всем ли случаям смерти от сепсиса после аборта предшествует попытка плодоизгнания, иными словами, может ли сепсис развиваться и после спонтанного аборта? 2) Ограничивается ли смертность от плодоизгнания одним лишь сепсисом, resp. в каких еще группах заболеваний скрываются случаи смерти от плодоизгнания? 3) Достаточно ли для выявления сепсиса после аборта одного лишь клинического диагноза?

В качестве предпосылки мы допускаем, что государственная статистика смертности ведется на основании врачебных диагнозов, что случаи сепсиса после родов и после аборта резко разграничиваются и, в частности, выясняется связь с генеративным процессом заболеваний как „сепсис, перитонит, пневмония“ и т. д., среди которых, как известно, нередко скрывается сепсис после аборта и родов. Статистические материалы последних лет в этом отношении выгодно отличаются от старых. Однако, и наилучше организованная статистика причин смертности сможет отве-

тить на вышепоставленные вопросы лишь при специальном участии лечащего врача.

У нас в Киеве создались благоприятные условия для ответа на эти вопросы, а именно: а) по Киеву опубликована статистика смертности, основанная на врачебных диагнозах, по полному списку международной номенклатуры за 1918—1927 гг. (П т у х а) и по сокращенному—за 1923—1928 гг.¹⁾ (К о р ч а к - Ч е п у р к о в с к и й); б) ввиду бесплатности акушерской врачебной помощи, все случаи родов и осложнений беременности, за редчайшими исключениями, попадают в больницы; в) все случаи лихорадочных аборт, послеродовых заболеваний и почти все неполные аборты попадают исключительно в наше отделение, являющееся единственным коллегатором для этих больных; г) если в других больницах нашего города роды или аборт (легальный или изредка неполный) осложняются лихорадкой, то они, обыкновенно, переводятся к нам; д) мы с 1923—1924 гг. опрашиваем всех больных с аборт (а иногда и их родных) относительно попыток плодизгнания; е) благодаря легализации аборта, т. е. ненаказуемости, больные не имеют основания скрывать вмешательство; ж) все случаи смерти в нашей больнице подвергаются вскрытию в присутствии лечащего врача.

Таким образом, в нашем распоряжении имеются исчерпывающие истории болезни на большинство больных, умерших в Киеве за последние 12 лет от сепсиса после родов и, особенно, после аборта, причем почти всех больных, начиная с 1924 г., мы наблюдали лично.

Для ответа на вышепоставленные вопросы мы разработали, применительно к последней международной номенклатуре, четко отличающей сепсис после родов от сепсиса после аборта, все случаи материнской смертности и смерти от плодизгнания, имевшие место в нашей больнице за 1921—1932 гг. По этим материалам смертность от сепсиса составляла 75,8‰ материнской смертности, в том числе 47,2‰—от сепсиса после аборта и 28,6‰ от сепсиса после родов.

Для того, чтобы убедиться, насколько материал нашей больницы дает право делать выводы о материнской смертности по всему Киеву, мы, не имея возможности по техническим условиям, сличить удостоверения о смерти с нашими историями болезни, прибегли к сопоставлению общего числа случаев по различным заболеваниям за те годы, где это представлялось возможным. Наш материал показывает, что 76,6‰ всех случаев материнской смертности были в нашей больнице, в том числе 78,8‰ случаев от сепсиса после родов и 112,3‰ (вместо теоретических 100‰) от сепсиса после аборта.

Последняя цифра нуждается в объяснении. Как известно, случаи сепсиса после абортов особенно часто не улавливаются статистикой. Так, недавно V a t e r n a h n, при сличении клинических диагнозов с патолого-анатомическими, обнаружил, что недоучет смертности от сепсиса после аборта составляет 26‰. Так как мы по техническим условиям удостоверения о смерти с историями болезни не сличали, то мы можем лишь предположительно сказать, что разница получилась вследствие того, что 1) удостоверения о смерти выставлялись на основании клинического диагноза, а в основу нашей разработки положен диагноз патолого-анатомический; 2) за 1921—1923 гг. в историях болезни иногда проставлялся неполный диагноз, например, „сепсис“, „перитонит“, без указания на связь с беременностью; он, вероятно, попадал и в удостоверение о смерти и мог привести к недоучету септических абортов; 3) несколько случаев сепсиса от аборта в 6—6½ м-цев, отмеченные в историях болезни, как *sepsis p. partum immaturum*, мы после проверки отнесли к аборту.

¹⁾ Данные за 1929 год по краткому списку номенклатуры и суммарные за 1930—1932 гг. (болезни беременных, рожениц и родильниц) мы получили в Киевском городском отделе НКУ.

Вероятно за счет этого и образовалась разница в 12,3%. Практически мы можем сказать, что на нашем материале по Киеву за 1921—1932 гг. представлены около 80% сепсиса после родов и все 100% сепсиса после аборта.

Из 170 женщин, умерших от сепсиса после аборта, был тщательно опрошен относительно вмешательства 121 человек. В попытках плодонизгнания призналась 101 больная (82,6%). Во всех случаях, за исключением семи, смерть наступила после нелегального аборта. Большое число неопрошенных в смысле вмешательства больных—49 чел. зависит от того, что за старые годы (1921—1923), когда количество смертей от аборта было значительно выше, чем теперь, врачи обыкновенно не опрашивали больных относительно вмешательства. За 1925—1932 гг. на непрерывной серии в 87 больных не было опрошено лишь 5 (поступили в бессознательном состоянии или в агонии); 65—признались во вмешательстве, 17 б-х его отрицали.

Из числа последних 17 случаев, в 4 случаях, одновременно с абортom, наблюдались клинические явления гриппа (почему они отнесены к сепсису после аборта будет речь ниже), один раз перед абортom существовал хронический гнойный сальпингит, один раз мы перфорировали при абортe, в двух случаях от, якобы, спонтанного аборта до смерти прошло 1 и 2 месяца, т. е. септический процесс протекал весьма вяло. В этих 8 случаях весьма правдоподобно, что смерть от сепсиса наступила в результате спонтанного аборта. В остальных 9 случаях исключить с несомненностью попытку плодонизгнания, конечно, нельзя, хотя она представляется весьма мало вероятной. Против подпольного аборта здесь говорят—наш крайне тщательный опрос по специальной методике¹⁾, обнаружение каких-либо повреждений на секции.

При беременности до 2—4 месяцев вмешательство признается почти в 90%, а при абортах второй половины беременности лишь в 60—75%. Между тем все абортирующие опрашивались одинаково и при большом сроке установить вмешательство легче. Итак, разница может зависеть лишь от того, что спонтанный аборт, особенно поздних сроков, когда он по своему течению приближается к родам, может изредка закончиться сепсисом, подобно тому, как иногда даже нормальные роды (без внутреннего исследования, операции или предшествовавших гнойных очагов в организме) изредка заканчиваются смертельным сепсисом (т. н. эндогенная инфекция).

Ограничивается ли смертность от плодонизгнания одним лишь сепсисом? В 4 случаях смерти от кровотечения при абортe (последний был вызван искусственно), в 2 случаях внематочной беременности перитонит развился в тесной связи с попыткой плодонизгнания, в 3,9% всех случаев сепсиса после родов (преждевременных) точно также больные признались в попытке плодонизгнания и, наконец, из 5 случаев смертельного отравления беременных, в одном—имело место самоубийство, в 4—попытка плодонизгнания (в 2 случаях сулема рег ос, в 1—сулема р. vaginae, в 1—пикриновая кислота). На 170 случаев смерти от септического аборта эти 14 случаев составляют дополнительно 8,2%.

¹⁾ См. Казанский мед. ж., № 10, 1930.

При сличении клинических диагнозов с патолого-анатомическими расхождение было обнаружено в 15 случаях из 170 (8,8%).

Аборт и перитонит мы диагностировали правильно; перитонит исходил в 3 случаях из аппендикса, в 1 — из фаллопиевой трубы, в 1 — из прободной язвы тонких кишок при одновременно протекавшем брюшном тифе. Наоборот, один раз мы приняли за перфоративный аппендицит случай аборта с перфорацией матки (больная отрицала беременность и вмешательство). В 2 случаях, диагностированных как септический аборт, смерть наступила от сепсиса после попыток плодизгнания при отсутствующей беременности. Формально их надо отнести к смерти от внешних причин, хотя логичнее их было бы рассматривать как „сепсис после аборта“.

В 5 случаях аборта и гриппа, где мы клинически диагностировали смерть от *гриппозной* пневмонии, секция гласила — аборт, *септическая* пневмония. Кладя в основу нашей разработки патолого-анатомический диагноз и рассматривая эти случаи, как сепсис после аборта, мы думаем, однако, что клинический диагноз был бы тут правильнее. За это говорят клиническая картина (аборт предшествовал или присоединился к общему лихорадочному заболеванию, отсутствие стрептококков в крови, частая связь с эпидемией гриппа *resp.* одновременные гриппозные заболевания среди других больных и ухаживающего персонала), отсутствие каких-либо указаний на вмешательство со стороны больной или ее родных и т. д. Правда, на секции обнаруживалась лобулярная пневмония, умеренное увеличение селезенки, в матке находился обыкновенно грязноватый налет. Однако, первые два симптома типичны и для гриппа, а налеты на шейке, следовательно, и в теле матки, обнаруживаются нередко и при абортах, заканчивающихся излечением, *resp.* при смерти от общих причин во время незакончившегося даже легкого эндометрита. Как клиницисты, мы эти случаи все же считаем гриппом, который, повидимому, протекает во время беременности особенно злокачественно и, может быть, благоприятствует генерализации септических начал, обнаруживаемых в матке и при нормальных родах, и при спонтанном аборте. Во всяком случае, если руководствоваться смертностью от септического аборта, как показателем распространения плодизгнания, то к случаям сепсиса после аборта, совпадающим по времени с гриппозной эпидемией, следует относиться особенно осторожно.

Падение материнской смертности по Киеву и его связь с взаимоотношением между смертностью от сепсиса после родов и после аборта на нашем больничном материале ясно выражены. Материнская смертность в Киеве была очень высока и доходила почти до 9‰ в 1920—1921 гг., резко пала в 1922 г., а в последнее время, особенно за последние 3—4 года, приблизилась к 3‰. В то время как в 1921—1923 гг. у нас в больнице умирало от септического аборта в 3—4 раза больше, чем от септических родов, в последующем это соотношение стало постепенно меняться, и за последние годы смертность от сепсиса после аборта даже меньше смертности от септических родов. Оба эти обстоятельства объясняются тем, что за это время все родовспоможение (почти на 100%) перешло в клинику, а также и тем, что в настоящее время почти изжит подпольный аборт.

За 1923—1929 гг. материнская смертность по Киеву составляла (в круглых цифрах): от сепсиса после аборта 1,5‰, от сепсиса после родов

1,0 — 1,1‰ и все прочие группы материнской смертности около 1,5‰. Больничные данные за 1930—1932 гг. говорят, что и в дальнейшем снижение смертности шло вероятнее всего тоже путем падения септических родов, особенно числа септических аборт.

До какой степени пала бы смертность от сепсиса от аборта при допущении, что плодизгнание будет полностью изжито геср. заменено контрацептивами? Мы в свое время указывали¹⁾, что спонтанный аборт составляет приблизительно 7,5‰ всех зачатий со спонтанным исходом, т. е. если откинуть случаи искусственного аборта, то из 100 случаев беременности 92,5—заканчиваются родами, а 7,5—самопроизвольным аборт. Если допустить, что сепсис при спонтанном аборте развивается столь же часто, как при родах, что можно допустить при поздних абортах от 5 до 7 месяцев и значительно реже при абортах до 4 месяцев, то тогда процент сепсиса от аборта относился бы к таковому при родах как

$\frac{7,5}{92,5} = 8\%$, т. е. сепсис после аборта должен был бы составлять всего около 10‰ всей материнской смертности от сепсиса и около 0,1 на 1.000 родов. Общая материнская смертность составляла бы при этом не более 2‰, а с увеличением наших знаний и профилактически терапевтических возможностей могла бы пасть и ниже.

Выводы:

1) До 90‰ случаев сепсиса после аборта при беременности сроком до 4-х месяцев и до 75‰ сроком от 5 до 7 месяцев должны быть отнесены за счет плодизгнания; изредка возможен сепсис и после спонтанного аборта, особенно при поздних сроках беременности.

2) Случаи смерти от плодизгнания следует прежде всего искать среди сепсиса после аборта, кроме того, среди случаев сепсиса после родов, аборта с кровотечением (не септического), внематочной беременности и „самоубийства“ беременных путем отравления.

3) Для правильного определения размеров материнской смертности во всех случаях смерти от сепсиса, перитонита, пневмонии и аналогичных заболеваний у женщин в возрасте 16—45 лет необходимо, помимо установления связи заболевания с беременностью, производить и вскрытие.

4) Грипп в комбинации со спонтанным аборт. благоприятствует развитию септической инфекции, с неблагоприятным прогнозом *quoad vitam*. При эпидемиях гриппа следует поэтому ожидать увеличения материнской смертности от сепсиса после родов и после аборта.

5) Благодаря сильному уменьшению числа подпольных абортов смертность от сепсиса после аборта резко уменьшилась. Снизилась общая материнская смертность.

6) При полном исчезновении подпольного аборта и замене легального аборта контрацептивами, смерть от сепсиса после аборта должна составлять приблизительно 10‰ всех случаев материнской смертности от сепсиса и около 0,1 на 1.000 родов.

¹⁾ Zbl. Gynäk. № 9, 1931.