

Наш случай интересен не только с клинической стороны. Он заслуживает внимания и с судебно-медицинской точки зрения. В условиях участковой работы врачу много приходится пережить при наступлении такого разрыва. Ему часто в подобных случаях инкриминируется производство прободения матки инструментами, в то время как в действительности разрыв матки происходит вне действия и воли оператора, в силу изменений, происходящих в самих тканях матки. Наш случай оказался одним из тех, когда самопроизвольный разрыв матки, повидимому, нельзя поставить в вину оперирующему врачу. Наличие указанных выше изменений мускулатуры матки сделали возможным наступление этого грозного осложнения. При таких изменениях даже незначительное вмешательство в виде расширения шейки и ее тампонации является достаточным, чтобы произошел разрыв стенки матки. Заранее предугадать и предусмотреть наступление разрыва бывает невозможно.

Амбулаторный аборт.

Д-ра мед. **А. М. Холодковского** (Новоросвийск).

В литературе уже имеется Gellert'овский способ амбулаторного лечения выкидыша. У проф. W. Lahm имеются указания на работы Heimann'a и Arndt'a, разъясняющие способ Gellert'a. Стало быть я не буду одиноким в своем стремлении выяснить вопрос об амбулаторном аборте, сказать о нем то, к чему я пришел путем многолетней работы и наблюдения.

Когда на 2-м Съезде о-ва Рос. акуш. и гинек. я выступил с докладом „О раннем вставании после больших брюшных операций“ и на ту же тему сделал доклад д-р Казанский, Съезд вынес определенную резолюцию: „с судебно-медицинской точки зрения раннее вставание следует считать за научно обоснованную систему ухода за оперированными“. Таковая система проведена мною через тысячи чревосечений, и польза ее для меня несомненна. В этой же плоскости должен, по-моему, стоять и вопрос о раннем вставании после родов, которое проводится мною в жизнь уже более 15 лет, и я не сомневаюсь, что изменение послеродового режима в сторону активного движения необходимо. Активная работа мышечной системы, несомненно, способствует более быстрому восстановлению сил родильницы и более быстрому вывозу накопившихся во время беременности и непущих более тканевых элементов. Инволюция всего организма идет более правильно при движении, чем при покое, каковой нужен лишь тогда, когда произошла инфекция, когда имеется воспалительный очаг.

Теперь я перехожу к вопросу о раннем вставании после операции аборта.

Не сознательно, но вынужденно я пользовался этим режимом уже давно — более 30 лет. Это были юные годы моей врачебной деятельности, когда я был участковым земским врачом. На 110 тысяч жителей моего участка, где я был единственным врачом, в моем распоряжении была лечебница на 15 кроватей. И вот тогда еще я производил много операций амбулаторно в лечебнице или в хатах. В хатах мною произво-

двлись акушерские операции: эмбриотомия, перфорация, поворот, щипцы, ручное отделение последа, зашивание промежности и выскабливание при абортах. Амбулаторно в лечебнице удалял атеромы, липомы, из женских—операция по Нурсу, ампутация шейки и абразю. Эти операции не могли претендовать на стационарное место. Эти оперированные могли лежать, буде хотели, не более 1—2 часов тут же в амбулатории за ширмочкой и затем отправлялись домой—местные обычно пешком, приезжие—на лошади. Так вести дело я был вынужден силой обстоятельств и за 8 лет своей службь участкового врача не видал никакого вреда от такого послеоперационного режима. Успешные после абразю снова беременели и правильно рожали; я их видел, я их знал почти 8 лет, ибо я был у них единственным врачом. Затем я переехал в город гинекологом губернской больницы. И здесь время от времени приходилось делать абразю, так сказать, на ходу, и я не слыхал жалоб, стоящих в какой-либо зависимости от послеоперационного режима. Для меня и тогда было ясно, что все наши страхи (перед отпуском больной сейчас же после выскабливания не имеют прочного основания.

Но вот пришел 1905-й год, который резко повысил количество выскабливаний. Эксперимент вырос до большого масштаба, который после 1917 года сделался колоссальным. И здесь явилось широкое поле для наблюдения: гинекологические и родильные отделения заполнились abortирующими женщинами, около больниц образовались очереди, бесконечные там, где оперированные оставались пару и больше дней. И здесь-то совершенно выяснилась необходимость пересмотреть послеоперационный режим abortивных, каковой не получил ясности и определенности от проведения „Врачебным делом“ дискуссии. „Оперированная остается в покое несколько часов, приблизительно до суток“—пишет проф. Губарев. „Больная после аборта выписывается из моей клиники на 7-ой день“ заявляет проф. Сердюков. Разница уже получается громадная, а если таковую разницу суметь учесть с точки зрения материальных затрат, да еще во всесоюзном масштабе, то мы получим громадные суммы, ощутимые суммы, которые мы должны истратить только потому, что мы выступим в данном вопросе на путь проф. Сердюкова, а не проф. Губарева. Все остальные участники дискуссии „Врачебного дела“ в этом же вопросе пришли к традиционной, символической цифре три.— Но оснований ни у кого не указано. А между тем жизнь, дав нам, врачам, громадный материал для наблюдения, позволяет сделать новые выводы.

В чем состоит операция аборта? Расширяется шейный канал и извлекается поселившееся в матке яйцо. Проф. Брауде говорит: „При начальной беременности достаточно несколько движений кюретки, чтобы извлечь все яйцо, после чего матка, быстро сократившись, становится плотной и устойчивой.“ Проф. Какушкин там же пишет: „В самый ранний срок распознавания беременности операция немногим отличается от обычной операции выскабливания небеременной матки. Нарушение эндокринового равновесия не может быть еще чувствительным, ибо мобилизация защитительных желез не зашла еще далеко“. Если это так, как пишет проф. Брауде и заявляет проф. Какушкин, а с этим нельзя не согласиться, то зачем так остро относиться к этой операции? Почему такие жесткие требования к послеоперационному режиму? Почему жен-

щина непременно должна лежать, когда и после родов и после больших брюшных операций проповедуется раннее вставание? Нужно признать, что оснований для держания женщины после операции аборта в постели не только семь дней, но и сутки не имеется. Нужно признать, что трата средств на продолжительное пребывание в больнице в первые два месяца их беременности не оправдывается никакими рассуждениями, ибо ведь не в лежании спасение женщины и ее здоровья, а в движении, которое дает больший стимул к правильной и быстрой инволюции матки. Я наблюдаю уже тысячи абортов, после которых я разрешаю и ходить, и гулять, и не имею ни одного случая, где я бы пожалел о разрешении активных движений. Это относится к беременности 8—10 недель, но более поздние беременности я считаю не подлежащими выскабливанию и делаю только малое кесарево сечение через влагалище с разрезом шейки выше *orificii externi*. Таковая операция требует больничного содержания, таковые больные садятся на следующий день и встают на 3-й день. Выписываются таковые больные на 10-ый, 12-ый день, после снятия швов. Кесарево сечение мною производится по медицинским показаниям, а по социальным не считаю возможным делать.

Теперь еще вопрос: какая должна быть обстановка для производства данной операции? Когда-то я писал вообще „о хирургической помощи в земстве“ (Мед. Беседа 1900 г.). Еще тогда я убеждал в том, что хирург должен при каждой данной обстановке суметь создать такие условия, которые могли бы обезопасить исход операции. Поставить хирургическую помощь в зависимость от обстановки—значит не быть хирургом. Я произвел чревосечение при внематоч. беременности в квартире больной, причем не позволил трогать и убирать ни одной вещи, и я получил выздоровление и *primam intentionem* брюшной раны. Я участвовал в операции на дому при завороте кишок, я делал выскабливание матки беременной и небеременной в амбулатории, на квартирах и в хатах, и ни разу не сожалел о содеянном. Есть санитарная обстановка помещения и есть санитарная обстановка самой больной и поля операции. Вот эта последняя и представляет самую важную и необходимую принадлежность операции. Без этой обстановки никакая другая обстановка, самая блестящая, белая или черная, не может спасти дела. Ни белая мебель, ни крашенные стены обезопасят операцию, а только техника операционная с соблюдением „личной санитарной обстановки“: руки, белье, материал, инструменты и смазывание *t-ra jodi* наружных половых органов, влагалища и шейки матки—вот те элементы, которые вместе с хорошей техникой и составляют санитарную обстановку, дающую определенные результаты независимо от окружающей обстановки. Не надо забывать, что в воздухе операционной по исследованию *de Ryutjev'a* и *Buchholz'a* патогенных бактерий и родственных им оказалось более, чем в секционной зале, и операционная больницы не даст желанных результатов, если выпадет один из элементов—я сказал бы—„личной санитарной обстановки“. Таким образом успех операции заключается только в соблюдении „личной санитарной обстановки“, каковую может хирург провести в любом помещении, и ставить успех операции в зависимость от комнаты и мебели нет никаких оснований. Проф. *Ségon*d демонстрировал чревосечение в той же аудитории, где мы только что занимались по акушерству на трупиках (см. „Научная поездка

в Париж" — Мед. Беседа, 1902 г.). Было время, когда хирурги боялись воздушной инфекции и сооружали остроумные, дорогостоящие операционные с стерилизацией самого воздуха; например, известна попытка в этом направлении проф. Рейна в Киеве. Но все это прошло и нет смысла возвращаться обратно.

Теперь еще вопрос: нужен ли наркоз при операции аборта. Здесь на основании своего опыта я могу сказать так: у нерожавших операция без наркоза может быть только в исключительных случаях, у рожавших операция должна производиться почти всегда без наркоза. Здесь наркоз излишнее осложнение операции.

Для демонстрации результатов операции аборта при проведении вышеуказанного режима укажу, что мною таким образом проведено более 4000 аборт, из них 2 случая перфорации матки с последующей лапаротомией и выздоровлением. Осложнения в виде повторных выскабливаний наблюдались менее, чем в 1% всех случаев, причем кровотечения останавливались обычно после употребления кровоостанавливающих (чаще Ext. fluid Polygon. hydriper.). На весь материал наблюдалось менее 1/2% обострений заболевания придатков на почве латентной гонорреи и менее 1/2% репидива матэрии. Смертпости и септических заболеваний не было ни разу.

Мои выводы таковы: 1) Амбулаторный аборт может быть проведен без вреда для здоровья женщины с обязательным отдыхом, непосредственно следующим после операции, в течение 1—2 часов.

2) Постельное содержание после операции аборта от 1 до 7 дней в громадном большинстве случаев не требуется.

3) Активные движения оперированных вызывают более быстрое сокращение матки и способствуют нормальной инволюции всего организма.

4) Затрата материальных средств на постельное содержание от 1 до 7 дней оперированных абортивных не вызывается необходимостью.

5) Относительно санитарной обстановки при операции важнейшее значение, если не единственное, имеет лишь „личная санитарная обстановка“.

6) В каждой данной обстановке хирург может создать „санитарную личную обстановку“, обеспечивающую нормальный исход операции.

7) Наркоз почти всегда необходим у нерожавших беременных и почти всегда излишен у рожавших.

8) Индивидуализация и здесь необходима, как везде.

9) Выскабливание может не оказать вредного влияния на организм женщины, если оно производится при беременности не более 8—10 недель.

10) Более поздняя беременность может быть только оперирована либо *per vaginam*, либо *per abdomen*.

11) Малое кесарево сечение, влагалищное или брюшное, возможно только при медицинских показаниях.