

ком брыжжейки. Тщательно удалены все замеченные увеличенные лимфатические железы. Шов кишки конец в конец двухэтажным швом. Опухоль плотная суживающая просвет кишки. Со стороны кишки распад опухоли. *Микроскопическое исследование:* „Слизистая отсутствует, все слои вплоть до серозы пронизаны опухолевой массой. Клетки опухоли мелкие и круглые с небольшим ободком протоплазмы, с темным пикнотическим ядром. Кое-где внизу серозы заметны сдавленные остатки мышечного слоя в виде островков, окруженных опухолевым инфильтратом. Клеточные массивы опухоли лежат густо, почти без интерстициальных прослоек. В отдельных местах среди опухолевых клеток заметны фигуры деления. Круглоклеточковая саркома“ (проф. Неприхин).

Послеоперационное течение гладкое. На 15-й день больной выписан из больницы. В настоящее время сильно поправился, избавился от всяких болей, ест обычную пищу, несет тяжелый физический труд. Регулярно показывается (демонстрирован на засед. ПОК больницы д-ром Потемкиной). Конечно в прогностическом отношении случай представляется очень серьезным. Нельзя быть уверенным в том, что рецидива не будет. Тщательное наблюдение за больным, лечение лучистой энергией—вот все что можем мы сделать с больным после произведенной операции.

Из акушерского отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.
(Завед. д-р В. А. Хатунцев).

К изучению легального и подпольного аборта.

Д-ра М. Магид и д-ра М. Венцовского.

(С 8 табл.).

Проблема аборта продолжает оставаться жгучим вопросом современности. Хотя проекты законодательств некоторых стран и предусматривают возможность ненаказуемости аборта при некоторых условиях и по социальным показаниям, фактически единственным государством, где аборт по социальным показаниям уже легализован,—является СССР. Естественно поэтому, что русские работы вместо бесконечных споров за и против легализации занимаются, главным образом, изучением вопроса о последствиях легализации.

Нужно признать, что вопрос о легальном аборте достаточно изучен. Государственная статистика абортот, проводимая с 1924 года, и обширные статистические исследования, в первую очередь ЦСУ СССР и УССР, а также многочисленные работы других авторов почти полностью исчерпали этот вопрос. Однако, есть и другая сторона этой проблемы, которая до последнего времени оставалась в загоне,—что-же произошло с подпольным абортот? Насколько он до настоящего времени распространен, какие источники его питают, каковы его взаимоотношения с легальным абортот? Далее, как протекал процесс замещения подпольного аборта—абортот легальным?

Каких-либо точных исследований в этом отношении почти нет, и неудивительно, так как подпольный аборт скрывается; женщины, поступающие с подпольным абортот, нередко отрицают вмешательство; наконец, далеко не все подпольные аборты попадают под врачебное наблюдение.

Многочисленные казуистические сообщения об обнаружении у абортотрующих в полости матки различных инородных предметов ничего не дают для статистического изучения этого вопроса. Существуют, правда, многочисленные работы авторов, стремящихся сделать те или иные выводы на основании распространения *неполного* аборта и полагающих,

что, яко-бы, почти все случаи неполного аборта—это подпольные аборты. Однако, как показал один из нас (Магид, Казанск. мед. ж. 1930, № 10), в условиях легализации $\%$ подпольных абортов среди неполных резко снизился. За это говорит также и наблюдающееся за последние годы резкое падение заболеваемости и смертности после неполного аборта. Итак, и этот метод почти ничего не дает для изучения распространения подпольного аборта. Все авторы сходятся лишь на одном: число случаев подпольного аборта резко пало; однако, он еще продолжает существовать; насколько он распространен, ответить весьма трудно. Соответствующие цифровые данные представлены в литературе весьма скудно. Ольшевский (1928), при распросе около 100 стационарных и амбулаторных больных, выяснил, что делали аборт в больнице—42 $\%$, па-дому у больной—23 $\%$, не врач и вне больницы—35 $\%$. Сорока (1927 г.), при опросе 2.710 гинекологических больных, установил, что аборт делал врач в 1.670 случ., не врач—в 272 случ., сама больная—88 раз и аборт был спонтанным—618 раз. Из обеих этих работ не видно, не была ли часть этих абортов произведена до легализации. Рессия, при обследовании крестьянок, установил, что у 1040 женщин было 3.998 родов, 369 спонтанных и 952 искусственных абортов. Искусственно беременность была прервана 333 раза врачом, 416 раз—бабкою и 203 раза—„своими средствами“, т. е. самой беременной. Тер-Габриелян обследовал 1.120 женщины, абортировавших в 1923—1924 году. У 844 из них аборт был вызван искусственно, путем операции—выскабливания; в 79 случаях—аборт был спонтанным и в 197 случ.—имело место какое-либо иное внутриматочное вмешательство или применение плодогонных веществ per os. По Синябрюхову соотношение между легальным и подпольным абортом было в 1920 году таково: сама больная—7,0 $\%$, у бабки—10,0 $\%$, у акушерки—35,0 $\%$, у врача вне больницы—30,0 $\%$, в больнице—18,0 $\%$. В 1926 году соответствующие цифры были равны: сама больная 4,0 $\%$, у бабки—6,0 $\%$, у акушерки—8,4 $\%$, у врача вне больницы—30,3 $\%$, в больнице—51,3 $\%$. Абсолютные цифры автор не приводит. Таким образом, врачебный внебольничный аборт за это время оставался стабильным, но резко упали в числе аборты, вызванные бабками, акушерками и самой больной.

Интересуясь вопросом о распространении подпольного аборта и взаимоотношением между ним и легальным абортом, мы в нашей работе прибегли к следующей методике собирания материала. Для того, чтобы избежать случайностей, зависящих от особенностей больничного материала, мы пользовались *анамнестическим* методом. При этом последняя беременность (роды, аборт), с которой, или по поводу осложнения которой больная обращалась в больницу,—*никогда не учитывалась*. Материал собирался одновременно в 5-ти отделениях: 1) в нормальном родильном, 2) в послеродовом инфекционном, 3) в поликлинике, 4) в гинекологическом отделении нашей больницы (зав. проф. Ф. А. Соколов), 5) в родильном отделении 2-й рабочей больницы (зав. д-р П. М. Юфа). Женщины опрашивались всегда нами лично, при соблюдении одной и той-же методики опроса.

Нас интересовало выяснить динамику аборта у женщин, систематически прибегающих к плодонизгнанию. С этой целью мы учитывали лишь те случаи, где в анамнезе имелось 3 и более аборта, так как,

помимо всего, на этом материале мы могли изучить взаимное чередование легального и подпольного аборта, если бы таковое имело место. Кроме того, у многоабортировавших женщин часть абортс приходилась на время до легализации, и мы, таким образом, могли учесть, как женщины реагировали на представившуюся им возможность производить аборт в больнице.

При опросе отмечались: 1) возраст, 2) продолжительность половой жизни, 3) на каком месяце был произведен аборт, 4) кем и как он был вызван, 5) попала ли потом больная непосредственно или в течение ближайших дней в больницу или под врачебное наблюдение, 6) подвергалась ли после аборта выскабливанию, 7) когда был произведен аборт (до или после 1924 года).

Правда, аборт был легализован уже в ноябре 1920 года. Однако, в первые годы легализации, совпавшие с гражданской войной, лечебная сеть была разрушена и фактически больницы могли пропустить, особенно в провинции, лишь небольшую часть абортирующих. Остальная масса была принуждена делать абортс вне больницы. К 1924 году лечебная сеть была восстановлена, были созданы абортные комиссии, введена плата за аборт для более обеспеченных групп населения, создана государственная абортная статистика и, более или менее, урегулирован прием женщин для производства искусственного аборта. Все это дает нам право считать 1924 год своего рода переломным.

Всего нами были опрошены 891 женщина, имевшая в анамнезе не менее 3-х абортс. Общее количество родов у них было равно 2.092, абортс—4.264.

По возрасту они распределялись следующим образом: до 19 лет—1 человек (0,1%), 20—29 лет—392 чел. (44,0%), 30—39 лет—434 чел. (48,0%), 40—49 лет—60 чел. (6,7%), 50 лет и выше—4 чел. (0,4%). По продолжительности половой жизни—0—5 л. 102 чел. (11,4%), 6—10 лет—349 чел. (39,2%), 11—15 лет—225 чел. (25,3%), 16 лет и выше—185 чел. (20,8%).

Абортс были произведены: легально в 1.578 случ. (37,0%), врачс вне больницы в 1.524 случ. (35,7%), акушеркой в 308 случ. (7,2%), бабкой и проч. в 114 случ. (2,7%), самой беременной в 133 случ. (3,1%), спонтанно произошли в 607 случ. (14,3%). Так как мы пользовались анамнестическим методом, то смертные случаи из анамнеза не могли быть учтены. Ввиду того, что наибольшая смертность после аборта падает на абортс, произведенные акушеркой, бабкой и самой больной, то, очевидно, число последних является несколько преуменьшенным.

Нас интересовал вопрос, насколько подпольный и спонтанный аборт могут быть учтены официальной абортной статистикой. Следует при этом заметить, что у нас обязательная абортная статистика распространяется, как известно, лишь на больницы, а не на частных врачс. Однако, в виду бесплатности больничной врачебной помощи, количество больных, обращающихся к частным врачам по поводу неполного аборта, невелико и этой ошибкой, как мы увидим ниже, можно пренебречь.

Как указал один из нас (Магид-Гинек. 1930, № 1), аборт в статистическом отношении можно разбить на 5 групп: 1) легальный аборт, который на больничном материале легко поддается учету; 2) подпольный неполный аборт и ближайшие его осложнения, учитываемый

больницами, как *abortus incomplexus*; 3) подпольный полный аборт, который целиком ускользает от учета, так как женщины, благодаря отсутствию каких-либо осложнений, вообще не обращаются к врачу; 4) спонтанный неполный аборт, который учитывается так же, как и аборт 2-й группы, под видом *abortus incomplexus*, и 5) спонтанный полный аборт, относительно которого имеет силу сказанное в пункте 3-м.

Итак, спонтанный и подпольный аборт могут быть учтены статистикой лишь при обращении в больницу. Те же случаи, когда плодное яйцо выделяется полностью без обращения к врачу, очевидно, статистически не могут быть учтены.

Таблица 1.

Последующая обращаемость к больничной и врачебной внебольничной помощи после различных видов аборта.

Число случаев Вид аборта	Общее число случаев	Поступило в связи с абортом в боль- ницу для:		Всего поступило в больницу:		Произведено после аборта абразий, ре- абразий вра- чем вне боль- ницы
		абразии, реабра- зии	консер- вативн. лечения	абс.	в ‰	
1	2	3	4	5	6	7
Легальный	1578	20	10	30	1,9	2
Врач вне б-цы. . .	1524	10	2	12	0,8	9
Акушерка.	308	36	7	43	14,0	10
Бабка и проч. . . .	114	16	1	17	14,9	2
Сама.	133	24	1	25	18,8	2
Самопроизвольн. .	607	294	35	329	54,2	26
Всего	4264	400	56	456	10,7	51

Как показывает наша таб. 1, самая совершенная абортная статистика может учесть лишь 0,8‰ аборт, произведенных врачом вне больницы, и 14,0‰—18,8‰ аборт, произведенных акушерками, бабками и самой больной. Спонтанные аборты могли быть на нашем материале учтены в количестве 54,2‰, причем, как показали наши специальные наблюдения, степень обращаемости и ‰ „неполности“ спонтанных аборт все время растет.

Интересные выводы получаются из сопоставления граф 3 и 7. Мы видим, что те случаи, где имело место осложнение (кровотечение) после легального аборта, возвращаются обратно в больницу; там, где врач делал аборт вне больницы, и последующее лечение в случае осложнения обыкновенно проводится на дому; после осложнений, имевших место при абортах, вызванных акушерками, относительно часто наблюдается обращение к небольничному врачу; после же бабок и плодонизгнаний, вызванных самой беременной, больная чаще всего обращается непосредственно в больницу.

Итак, наша таблица ясно говорит, что текущая абортная статистика ничего почти не может дать для изучения подпольного аборта

и для его изучения есть лишь одна возможность — *анамнестический метод*.

Указанная таблица интересна и с другой точки зрения. Чем объяснить, что после относительно невинного спонтанного аборта женщины поступают в больницы в значительно большем % случаев, чем после опасного подпольного? С точки зрения осложнения и тяжести заболевания следовало бы, казалось, ожидать противоположного. Относительно врачебных внебольничных абортс это объясняется тем, что при этом почти всегда имеет место выскабливание. Но как это объяснить в отношении абортс, вызванных акушерками, бабками и самой больной, с помощью таких манипуляций, как впрыскивание йода, мыла, введение бу-жей и т. д.? Так как сама больная наказанию никогда не подлежит и при желании всегда может скрыть вмешательство, то боязнь судебного преследования, очевидно, отпадает.

Как одно из возможных объяснений можно было бы предположить, что тут известную роль играет метод плодизгнания и что разнородные предметы и жидкости, вводимые в матку, заставляют мускулатуру матки быстрее и энергичнее изгонять плодное яйцо, чем это имеет место при спонтанном аборте.

Предполагая, что критерием сократительной способности матки является длительность послеабортного кровотечения, мы пытались выяснить, сколько времени кровят женщины, если полное изгнание плодного яйца предоставляется силам природы (таб. 2).

Таблица 2.

Продолжительность кровотечения при различных видах полного аборта (спонтанное излечение).

Продолжительность кровотечения Вид аборта	Несколь- ко дней	Около одной недели	Около 2-х не- дель	Около 3-х не- дель и свыше
Спонтанный:				
абс.	35	75	77	175
в %/о/о . . .	9,6	20,7	21,3	48,4
Искусственный, вызванный всеми ме- тодами, кроме выскабливания:				
абс.	33	73	107	153
в %/о/о . . .	9,0	20,0	29,2	41,8

Следует иметь в виду, что соответствующая таблица 2 была состав-лена на основании анамнеза и данные ее поэтому лишь приблизительны. Однако, будучи собраны по одинаковой методике, они все же хорошо сравнимы. К тому же, чисто случайно, число случаев аборта в обеих группах оказалось почти одинаковым—362 спонтанных и 366—под-польных.

Как показывает эта таблица, продолжительность кровотечения при спонтанном аборте вполне совпадает с таковою при подпольном. Несколько дней кровят—9,6%, resp. 9,0%; около недели—20,7%, resp. 20,0%;

около 2-х недель—21,3%, гесп. 29,2% и около 3-х недель и выше—48,4%, гесп. 41,8%. Таким образом, подпольный аборт помимо непосредственной опасности для жизни не представляет никаких преимуществ, по сравнению со спонтанным, в смысле продолжительности кровотечения.

Почему же, в таком случае, женщины обращаются после него в больницу реже, чем после спонтанного?

Таблица 3.

Обращаемость к врачу для искусственного прерывания беременности и % неполных спонтанных абортов.

У женщин, которые для искусственного прерывания беременности:	Число женщин	Общее число спонтанных абортов	Число неполн. спонт. абортов	% неполн. спонтанных абортов
а) обращались к врачу во всех случаях . . .	198	314	215	68,5
б) обращались к врачу в некоторых случаях	56	83	45	54,2
в) к врачу не обращались	26	68	32	47,1

Повидимому, причина лежит в социально-культурном уровне женщины и в ее отношении к кровотечению в том и другом случае. Действительно, когда мы (таб. 3-я) разбили наших женщин на 3 группы: 1) тех, которые беременность *всегда* прерывали у врача, 2) тех, которые обращались к врачу за прерыванием беременности лишь в *некоторых* случаях и 3) тех, которые прерывали беременность *у не врача*, то выяснилось, что 1-я группа обращалась к врачу по поводу кровотечения в 68,5% всех случаев спонтанного аборта, 2-я—в 54,2% и 3-я—в 47,1%, т. е., чем выше социально-культурное положение женщины, чем лучше она сознает повышенные опасности подпольного аборта, тем раньше она обращается за врачебной помощью, даже при спонтанном аборте (как и при всяком заболевании).

Таблица 4.

Обращаемость к врачу по поводу спонтанного аборта и % неполных подпольных неврачебных абортов.

У женщин, которые по поводу спонтанного аборта:	Число женщин	Общее число искусствен. неврачебн. абортов	Число неполн. искусст. неврачебных абортов	% неполных искусствен. неврачебных абортов
а) обращались к врачу во всех случаях . . .	30	82	24	29,3
б) обращались к врачу в некоторых случаях.	10	36	8	22,2
в) к врачу не обращались	32	74	7	9,5

То же самое, в еще более яркой степени, показывает таб. 4. В этой таблице помещены лишь те женщины, которые частично или полностью вызывали аборт у акушеров, бабок и самостоятельно (т. е. группа „б“ и „в“ из таб. 3). Из этих женщин те, которые обращались к врачу во всех случаях *спонтанного* аборта, обратились к врачу по поводу кровотечения после подпольного аборта в 29,3% случаев; те, у которых часть спонтанных абортов закончилась самоизлечением без врачебной помощи, обратились к врачу с неполным подпольным абортом в 22,2% случаев, и те, у которых *все* спонтанные аборты закончились без врачебной помощи, обратились с неполным подпольным абортом к врачу лишь в 9,5% случаев.

Итак, причина повышенной обращаемости со спонтанным неполным абортом по сравнению с подпольным неполным абортом лежит в следующем. Подавляющая масса женщин прерывает беременность в больнице или, по крайней мере, у врача, хотя бы и внебольнично. Эта же подавляющая масса в случае кровотечения после спонтанного аборта немедленно обращается к врачу, т. е. спонтанный аборт у них почти всегда „неполный“. С другой стороны, есть очень немногочисленная группа женщин, которые так мало обращают внимания на свое здоровье, что при спонтанном аборте кровоточат неделями, не обращаясь к врачу. Эта же группа не обращается поэтому к врачу и с неполным подпольным абортом и *в этой-то маленькой группе продолжают до настоящего времени существовать самые некультурные виды подпольного аборта*. Так как эта группа мала и имеет тенденцию к дальнейшему падению, то процент спонтанных неполных абортов, заканчивающихся самоизлечением без врачебной помощи, продолжает падать. Равным образом продолжает падать % нелегальных неврачебных абортов, но так как все подпольные неврачебные аборты приходится на эту группу, то именно тут, в этой абсолютно маленькой группе, % полных подпольных абортов велик. Культурная женщина не доверит свое здоровье бабке, а малокультурная—и после бабки будет неделями ходить с кровотечением, не обращаясь к врачу. К этой группе относятся, главным образом, крестьянки и наименее культурные слои городского населения.

Таким образом, один из методов борьбы с подпольным абортом лежит в борьбе с общей санитарной некультурностью. И действительно, как показывает таб. 1, на нашем материале—3.102 аборта были произведены врачом (в больнице и вне больницы) и лишь 555 абортов—не врачом. Если взять это же соотношение за период времени 1925—1930 г.г., то эта разница выступает еще более ярко—2.218 врачебных и 196—неврачебных абортов (таб. 6).

Материальные факторы играют в смысле различной обращаемости после спонтанного и подпольного аборта меньшую роль, так как больничная помощь при неполном аборте оказывается бесплатно всему населению, к тому же менее обеспеченное население принимается в больницу для прерывания беременности бесплатно.

С другой стороны, было бы неправильно относить пониженную обращаемость после подпольного аборта среди известных групп населения *исключительно* за счет социально-культурных причин. Некоторое объ-

яснение можно было бы, вероятно, найти, изучая *мотивы* подпольных абортов.

Мы постарались также выяснить вопрос о том, при каком сроке беременности производится подпольные аборты. Этот вопрос в литературе почти не освещен, и мы нередко встречаемся с самыми противоречивыми мнениями. При опросе мы убедились, что женщины, как правило, хорошо помнят срок бывших абортов.

Таблица 5.

Вид аборта и срок прерванной беременности.

Срок беременности	До 2-х мес. вкл.	До 3-х мес. вкл.	До 4-х мес. вкл.	До 5-ти мес. вкл.	До 6-ти мес. вкл.	До 7-ми мес. вкл.	Срок неизвест.	Внезапч. берем.	Беремен. отсут.	Соотношен. между абор- том: 4—7 м. 2—3 м.
Вид аборта										
Легальный	1266	251	24	6	—	1	28	—	2	1 : 48,9
Врач вне больницы . . .	1206	261	32	3	3	—	18	1	—	1 : 37,7
Акушерка	217	58	11	9	—	1	12	—	—	1 : 13,1
Бабка и проч.	68	34	3	2	—	—	7	—	—	1 : 20,4
Сама	101	25	4	—	1	—	2	—	—	1 : 25,2
Самопроизвольн.	269	149	46	41	38	30	34	—	—	1 : 2,7
Всего	3127	778	120	61	42	32	101	1	2	1 : 15,3

Как показывает таб. 5, легальные аборты делаются почти исключительно при сроке беременности до 3-х месяцев, т. е. в рамках декрета. Среди немногочисленных абортов сроком выше 3-х месяцев, главная масса приходится на 4-х месячные. По словам больных, некоторые из этих абортов (главным образом в 5 мес. и выше) были произведены по строго медицинским показаниям; в некоторых случаях врач сознательно прерывал беременность при сроке лишь незначительно превышавшем (1—1½ недели) 3 месяца; в некоторых же случаях врач приступал к операции, считая, что беременность 3-х месячная, и лишь *sub operatione* выяснял, что она несколько превышала этот срок.

Врачебный внебольничный аборт точно так же, как мы видим, чаще всего производится при сроке до 3-х месяцев, однако число абортов свыше этого срока в этой группе несколько больше.

Что же касается абортов, вызываемых акушеркой, бабкой и самой больной, то там количество поздних абортов еще выше. Однако, и среди этих категорий большинство приходится на ранние сроки аборта. Таким образом, совершенно неправильно предположение, что подпольные аборты производятся при поздних сроках беременности; наоборот, подавляющая масса абортов, независимо от того, легальны они или нет, производится до 3-х месяцев.

Некоторые авторы представляют вопрос так, что женщина делает подпольно аборт лишь тогда, когда срок беременности превышает 3 ме-

сяца и когда ей поэтому отказывают в легальном аборте. Однако, когда мы взяли случаи подпольного аборта, вызванные акушеркой, бабкой и самой больной, за промежуток 1925—1930 г.г., то и тогда ранние аборты значительно превалировали над поздними и отношение между ними было равно 16,8 : 1. Таким образом, женщины обращаются к подпольному аборту не только потому, что им отказывают в приеме в больницу из-за позднего срока беременности, но и по другим мотивам.

Совершенно иначе (таб. 5) распределяется срок беременности при спонтанном аборте: до 2-х месяцев (вкл.)—47%, до 3-х—26%, до 4-х—8%, до 5—7%, до 6—7%, до 7—5%.

Поэтому, если взять отношение абортов сроком от 4-х месяцев и выше к числу абортов сроком до 3-х месяцев включительно, то для каждой группы мы получим различное соотношение: для легального—1 : 48,9, для врачебного внебольничного—1 : 37,7; для аборта вызванного акушеркой—1 : 13,1, бабкой—1 : 20,4; самой беременной—1 : 25,2, а для спонтанного 1 : 2,7 и для общей массы наших абортов—1 : 15,3.

Отсюда можно сделать вывод, что чем больше отношение 1 : 2,7 меняется в сторону увеличения второго члена, т. е. увеличения числа абортов ранних сроков, тем более на данном материале преобладает искусственный аборт. Этот вывод касается, впрочем, лишь данных, полученных анамнестическим путем. Мы высчитали, что на клиническом материале спонтанный аборт дал бы отношение 1 : 2,4 (ввиду того, что спонтанные аборты поздних сроков попадают в больницу чаще), а весь наш материал—1 : 3,0.

Переходим дальше к вопросу о том, что произошло с подпольным абортом и как он стал замещаться легальным абортом. Как показывает таб. 6, на материале до 1924 г., легальный аборт составлял 21,9%,

Таблица 6.

Соотношение между легальным и подпольным абортом до и после 1924 г.

Число случаев Вид аборта	Общее число случаев	До 1924 г. вкл.		1925—1930 г.	
		абс.	в %/о/о	абс.	в %/о/о
Легальный	1436	225	21,9	1211	50,2
Врач вне больницы	1524	517	50,2	1007	41,7
Акушерка	260	162	15,8	98	4,1
Бабка и проч.	99	62	6,0	37	1,5
Сама больная	124	63	6,1	61	2,5
Всего	3443	1029	100,0	2414	100,0

врачебный внебольничный—50,2%, аборт, вызванный акушеркой—15,8% и т. д. Следует при этом иметь в виду, что в эту группу включен ряд абортов, имевших место еще до легализации. За промежуток 1925—30 г. с абортом наступили следующие изменения. Аборт, вызванный акушеркой и бабкой, т. е. наиболее опасный, уменьшился в 4 раза (с 15,8% и

6,0% до 4,1% и 1,5%), аборт, вызванный самой больной—в $2\frac{1}{2}$ раза (с 6,1% до 2,5%); врачебный внебольничный аборт пал на 20%. Все это уменьшение шло за счет увеличения легального аборта, поднявшегося с 21,9% до 50,2%, т. е. легализация благоприятствовала исчезновению, в первую очередь, наиболее опасных форм подпольного аборта.

Мы коснулись также вопроса о взаимном чередовании легального и подпольного аборта. При этом перед нами стал вопрос, к какой же группе отнести врачебные внебольничные аборты? Декрет 1920 г. санкционировал аборт лишь в больничной обстановке и с этой точки зрения их следовало бы считать подпольными. Однако, У. К. 1922 г. и последующих редакций говорит о запрещении врачу производить аборт в „ненадлежащих условиях“ или в „противосанитарной обстановке“. Пленум Верх. Суда в 1926 г. разъяснил, что „производство аборта в противосанитарной обстановке понимается в смысле отсутствия условий, допускающих производство хирургических операций с надлежащей подготовкой пациентки до операции и соответствующим послеоперационным уходом. При наличии этих и прочих условий производство аборта врачом не подпадает под соответствующую статью У. К.“.

Суд для выяснения вопроса о „надлежащих условиях“, как правило, запрашивает мнение экспертов. Однако, и взгляды экспертов в этом отношении сильно расходятся. Так, Аврутин считает, что надлежащие условия возможны не только в больнице. Вроблевский и Утевский считают, что врач может производить аборт и на-дому у больной: „ненадлежащей обстановкой следует считать такую домашнюю обстановку, при которой была занесена или могла быть занесена внешняя инфекция“. Глебов, приводя несколько случаев осуждения врачей за производство абортов, указывает на неточность понятия „санитарная обстановка“ и на необходимость конкретизации того минимума требований, который совместим с понятием „надлежащих условий“. Для того, чтобы условия были „надлежащими“, необходимо, по Глебову, наличие приспособленного помещения, ассистент, соответствующая регистрация в органах здравоохранения и т. д. Наоборот, Гусев толкует понятие „санитарной обстановки“ несколько шире и приводит случай, когда на суде мнения экспертов по этому поводу разошлись. Он приводит также казуистическое сообщение, где в результате аборта, произведенного врачом на-дому, у больной наступила смерть от сепсиса. В первой инстанции врач был осужден, но У. К. К. Верховсуда признала, что в данном случае обстановка была надлежащей и прекратила дело. Павлов понимает под надлежащими условиями только больничные, хотя и признает, что надлежащие условия можно создать на-дому. По Бычкову под „санитарной“ обстановкой следует понимать условия близкие к больничным. Лейбович считает, что производство аборта на-дому не удовлетворяет требованию „надлежащих условий“; если же эти условия есть, то квартира представляет нечто вроде лечебного заведения, и аборт может быть выполнен. По Мионову—соответственную обстановку можно создать в любой чистой комнате; однако, в клинической обстановке производство аборта всегда менее рискованно.

Поскольку „надлежащие условия“ есть вопрос факта, вопрос о них разрешается применительно к данному случаю, путем изучения всех сопутствующих обстоятельств. К легальному abortу врачебный внебольнич-

ный приближается по методу прерывания беременности (как правило, выскабливание), по соблюдению во многих случаях основных требований асептики; с нелегальным его роднит в статистическом отношении то, что он ускользает от учета и что асептика и послеоперационный уход нередко заставляют желать лучшего. Врачебный внебольничный аборт стоит на границе легального, он *факультативно легальный*.

Так как мы от наших больных узнавали лишь *кто* делал аборт, но, разумеется, они ничего не могли сказать о том, были ли условия „надлежащими“, то можно лишь полагать, что какую-то часть врачебных внебольничных аборт следует отнести к нелегальным. Изучая чередование легальных и нелегальных аборт, мы поэтому поступили так, что один раз противопоставили все больничные аборты внебольничным (таб. 7), другой раз — все врачебные аборты — неврачебным (таб. 8).

Всех женщин мы разбили на 3 группы: тех, которые абортiroвали лишь до 1924 года; тех, которые абортiroвали до и после 1924 года, и тех, которые абортiroвали лишь после 1924 года. Период 1925—30 г.г. мы рассматривали, как однородное целое, хотя, конечно, внутри этой группы происходили более тонкие процессы дифференциации. Например, % подпольных аборт был для 1925 г. выше, а для 1930 г. ниже наших данных, являющихся средними за весь этот промежуток времени. Случаи одного лишь спонтанного аборта мы отсюда исключили. Так как мы брали женщин с числом аборт не менее 3-х, то во всех случаях мы могли установить то или иное чередование искусственных аборт.

Таблица 7.

Чередование больничных и небольничных аборт.

В и д а р т а	Число женщин, абортiroвавших искусственно:					
	Лишь до 1924 г. вкл.		До и после 1924 г.		Лишь с 1925 г.	
	абс.	в %/о	абс.	в %/о	абс.	в %/о
Только небольничный	31	57,4	124	35,8	87	23,0
Только больничный	10	18,5	55	15,9	156	41,1
Раньше небольничный, потом больничный	7	13,0	98	28,3	82	21,6
Раньше больничный, потом небольничный	4	7,4	12	3,5	28	7,3
Беспорядочное чередование небольничных и больничных	2	3,7	57	16,5	26	7,0
Всего	54	100,0	346	100,0	379	100,0

В таб. 7, где врачебный небольничный аборт рассматривается вместе с нелегальным, мы видим, что % женщин, применяющих лишь небольничный аборт, пал с 57,4% до 23,0%; только больничный аборт с 18,5% в начале несколько упал — до 15,9%, чтобы затем резко повы-

ситься до 41,1%. Это временное падение зависит от того, что в этот момент рост абортотворения шел не столько за счет увеличения абсолютного числа абортирующих женщин, сколько за счет перехода аборта из внебольничного состояния в больницу. Действительно, для этого периода аборт „раньше не-больничный—потом больничный“ составлял значительную величину—в 28,3%, затем павшую до 21,6%, когда дальнейший рост числа абортов продолжался уже за счет тех женщин, которые раньше, вообще, к аборту не прибегали, а затем стали сразу прибегать к больничному аборту. Рецидив к не-больничному аборту составлял до 1924 г. 7,4%, пал затем до 3,5% и снова поднялся за период 1925—1930 г. до 7,3%. На причинах этого повышения мы остановимся ниже. Наконец, беспорядочное чередование больничных и не-больничных абортов составляло 3,7%—16,5%—7,0%.

Таблица 8.

Чередование врачебных и неврачебных абортов.

В и д а б о р т а	Число женщин, абортировавших искусственно:					
	Лишь до 1924 г. вкл.		До и после 1924 г.		Лишь с 1925 г.	
	абс.	в %/о	абс.	в %/о	абс.	в %/о
Только неврачебный.	11	20,4	16	4,6	11	3,0
Только врачебный	32	59,2	225	65,0	339	89,4
Раньше неврачебный, потом врачебный	4	7,4	61	17,6	16	4,2
Раньше врачебный, потом неврачебный	3	5,6	6	1,8	4	1,0
Беспорядочное чередование врачебных и неврачебных.	4	7,4	38	11,0	9	2,4
Всего.	54	100,0	346	100,0	379	100,0

Из таб. 8, где врачебный не-больничный аборт рассматривается вместе с легальным, мы видим, что при только неврачебном аборте осталось вконец 20,4% лишь 3% женщин; только врачебный рос непрерывно с 59,2% до 65,0% и, наконец, дошел до 89,4%. Любопытно отметить, что в этой группе мы не наблюдаем временного падения „только врачебных“ абортов. Объясняется это тем, что в первое время падал, главным образом, неврачебный аборт с 20,4 до 4,6%. Далее, в этом периоде наблюдался усиленный переход от неврачебного аборта к врачебному (от 7,4% до 17,6%, падающий в 3-м периоде, когда подавляющая масса неврачебных абортов была уже ликвидирована до 4,2%).

Рецидивы от врачебного аборта обратно к неврачебному, составлявшие до 1924 г. 5,6%, упали после 1925 г. до 1,0%. Отсюда понятно, чем объясняется вышеприведенное повышение % перехода от больничного аборта к не-больничному, доходящего до 7,3%. Следует

иметь в виду, что мы опрашивали женщин, имеющих в анамнезе не менее 3-х аборт. Так как женщины, имевшие за 1925—30 г. не менее 3-х аборт, относятся к многоабортирующим, то им консультации стремятся не выдавать разрешений на аборт, что влечет обращение к небольничному, но уже врачебному аборту. Это, в частности, подкрепляет тот взгляд, что борьба с абортом должна проводиться не путем голого отказа в выдаче ордера на аборт, а в рекомендации одновременно с выдачей разрешения на аборт контрацептивов, имеющих целью предупредить аборт в будущем.

И, наконец, беспорядочное чередование врачебных и неврачебных аборт, наблюдавшееся довольно часто в первое время легализации — 11,0%, пало затем до скромной величины в 2,4%.

Выводы. 1) Переход аборта из подпольного состояния в легальное представлял собою довольно длительный процесс, лишь теперь, поведомому, приближающийся к своему концу. В первую очередь, после легализации стали резко уменьшаться аборты, вызываемые акушерками и бабками. Аборты, вызванные самой беременной, точно также сильно упали, однако, в силу легкой доступности в несколько меньшей степени. Врачебный внебольничный аборт, который оставался в первые годы после легализации стабильным, в последующем точно также обнаружил значительную тенденцию к падению.

2) Женщины, начавшие прибегать к аборту после 1925 года, обращаются к неврачебному аборту лишь в редких случаях. Количество женщин, оставшихся при неврачебном аборте, перешедших от врачебного к неврачебному или применяющих их взаимное чередование, составляло для 1925—30 г.г.—6,4%.

3) Неврачебный аборт продолжает гнездиться в самых отсталых в культурно-бытовом отношении слоях населения. К подпольному неврачебному аборту прибегают те женщины, которые и при спонтанном часто обходятся без врачебной помощи.

4) За время 1925—30 г.г. врачебный аборт составлял 91,9% всех аборт, в том числе проведенный в больнице—50,2%, неврачебный аборт составлял 8,1%.

5) Подпольный, как и легальный аборт, чаще всего производится при беременности сроком до 3-х месяцев.

6) Известная часть роста числа легальных аборт является мнимой и зависит лишь от перехода аборта в легальное состояние.

По поводу статьи д-ра мед. Н. М. Холодковского „Амбулаторный аборт“¹⁾.

Проф. С. А. Селицкого (Москва).

Несмотря на многолетний опыт и наблюдения А. М. Холодковского, на которых основывается его статья „амбулаторный аборт“, едва ли можно разделить его принципиальную установку в этом вопросе и едва ли можно согласиться с обоснованиями этой установки и отдельными выставляемыми положениями.

¹⁾ Казанский мед. журн. 1931, № 2.