

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“<sup>1)</sup>.

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.

<sup>1)</sup> Казанский мед. журн. 1931, № 2.

Основным и самым существенным вопросом, подлежащим разрешению, является вопрос о том, действительно ли возможно на основании данных и наблюдений А. М. Холодковского считать, что *аборт можно производить в массовом масштабе в амбулаторных условиях при создании соответствующей санитарной обстановки.*

Действительно ли справедливо также мнение о том, что это не только безвредно, но даже более полезно для женщины и что в силу этого *постельное содержание в громадном большинстве случаев не требуется!* Справедливы ли и последующие категорические заключения А. М. о том, что пребывание в стационаре после операции аборта совершенно не нужно и что связанная с ним затрата материальных средств *„не вызывается необходимостью“ „и не оправдывается никакими рассуждениями, ибо, ведь, не в лежании спасение женщины и ее здоровья, а в движении“.*

На все эти вопросы, по нашему глубокому убеждению, может быть только один ответ—отрицательный; в практической жизни надо придерживаться совершенно противоположной установки и считать, что *амбулаторно аборт производиться не должен, так как это не вызывается необходимостью и не оправдывается никакими рассуждениями.* Амбулаторный аборт ни с какой точки зрения не выдерживает критики; затрачиваемые органами здравоохранения суммы на этот предмет (как и на другие аналогичные профилактические статьи) расходуются совершенно правильно, рационально, так как в постельном режиме преследуется и проводится *определенная профилактическая цель избежать как непосредственных и ближайших осложнений, так и отдаленных,* возможных при самых высоких качествах хирурга и при самой идеальной „санитарной личной обстановке“. Не говоря про то, что „массовое“ (даже, пожалуй, можно сказать „кустарно-хирургическое“) амбулаторное производство аборта в корне подрывает тот прочный профилактический фундамент, те основные принципы профилактики в отношении женщины и особенно женщины-работницы, которые насаждались в последние годы и которые неустанно углубляются в связи с изменяемыми условиями жизни и реконструкцией здравоохранения—оно чревато своими серьезными последствиями и отдаленными результатами. И с экономической точки зрения эти амбулаторные экскурсии и „несколько движений кюрокки при начальной беременности“ обходятся государству значительно дороже. Нет оснований выделять искусственный аборт в какую-то рубрику каких-то особых операций—операций, которые возможно производить „на ходу“. Гораздо правильнее считать, что операция эта, фактически производящаяся „в темную“, представляет собой, и не так редко, операцию более сложную, чем обычное чревосечение. Упрощенный же подход к искусственному аборту, массовое его амбулаторное производство, вульгаризация самой операции будут иметь своим прямым и логическим следствием вполне реальный большой % осложнений, большой % заболеваемости и неизбежно связанную с этим не меньшую, а большую оторванность женщины от производства, пониженную работоспособность. И в конечном итоге будет не экономия средств, а перерасход, так как полученная при „амбулаторном методе“ экономия ведомствами здравоохранения сторичей будет переплачена стра-

ховыми ведомствами перманентными взносами на ликвидацию возникших хронических заболеваний „на экономической базе“.

Едва ли правильны и предпосылки А. М., стремящиеся путем сравнения обосновать и защитить новую „реформу“ в терапии искусственного аборта.

Прежде всего по поводу раннего вставания.

Высказываемый д-ром Холодковским взгляд на раннее вставание как после чревосечений, так и после родов, и проведение аналогии между ним и „амбулаторным абортom“ с обязательным отдыхом в течение 1—2 часов, является в корне неправильным, не отвечает совершенно смыслу и самому понятию раннего вставания и даже является как бы профанацией идеи, доктрины и научно-обоснованной системы реформированного ухода за оперированными и за родильницами. Я также являюсь большим сторонником раннего вставания (особенно после родов) уже в течение многих лет, считаю его на основании долголетних наблюдений (с учетом отдаленных результатов) большим шагом вперед, но под понятием „раннее вставание“ разумею нечто совсем иное. Целесообразны и проводимые попутно с ним активные движения, особенно отдельные гимнастические приемы для укрепления мышц тазового дна, брюшной стенки, но и они достигают цели только при известных, определенных условиях и при соответствующей обстановке. И если вполне справедливы заключения А. М. Холодковского, разделяемые всеми сторонниками раннего вставания, о его пользе, профилактическом значении, о рациональности ранних активных движений (конечно, в известной последовательности), то настолько же неправильно проведение А. М. аналогии между „ранним вставанием“ и „амбулаторным абортom“. Конечно, амбулаторный аборт не есть раннее вставание и даже не „ранняя выписка“ родильницы или больной после чревосечения, с которой так единодушно и неуклонно борются сторонники раннего вставания, а просто амбулаторное проведение определенной операции, производство ее „на ходу“. С ранним вставанием это ничего общего не имеет и не может иметь — и думаю, что это понятно без дальнейших объяснений особенно для тех авторов, к-ые не только проводили в жизнь раннее вставание, но и принимали участие в его научной разработке.

Не совсем убедительными (в качестве доказательства целесообразности амбулаторного аборта) представляются и воспоминания А. М. об юных годах врачебной деятельности и участковой работе более 30 лет тому назад. Если, понятно, раньше в силу необходимости, вынужденно и приходилось производить абразию, ампутацию шейки матки и другие операции амбулаторно, то едва ли в этом есть необходимость в данное время при улучшении организации здравоохранения и при расширенной сети стационарных коек. И такие операции лучше производить стационарно, амбулаторное же их проведение вряд ли может служить доказательством рациональности и целесообразности амбулаторного производства аборта. Аргументом для этой же цели не являются и акушерские случаи в хате, чревосечения на дому. Если же и в настоящее время в отдельных местностях (особенно на отдаленных окраинах) с недостаточным охватом стационарной акушерской помощи и приходится проводить поликлиническое родовспоможение, то во всяком случае эта акушерская помощь ни в какой мере не может быть приравнена к амбула-

торному аборту. В хате и многими другими проводились серьезные акушерские вмешательства вплоть до влагалищного кесарева сечения с вполне успешными результатами, но едва ли между этими операциями (в указанных условиях) и абортом может быть проведена какая-либо аналогия.

Не демонстративен в дальнейшем приводимый „для демонстрации“ и для подтверждения высказываемого взгляда на проведение аборта и личный материал д-ра Холодковского. Уже отмеченные две перфорации, конечно возможные всегда и везде, совершенно определенным и категорическим образом говорят против амбулаторного метода. Отмечен, кроме того, на 4000 абортов, проведенных лично А. М. (амбулаторно), определенный % повторных выскабливаний, последующих кровотечений (число не указано), обострений „латентной“ гонорреи, рецидивов малярии.... Признать, хотя бы даже в некоторой степени, этот материал убедительным для доказательства „полезности“ для женщины „амбулаторного аборта“, конечно, нельзя. Остается не выясненным, все ли случаи попадали в дальнейшем под наблюдение автора, все ли показывались, проводилась ли диспансеризация, были ли кроме „латентной“ гонорреи и другие осложнения воспалительными заболеваниями (которые, конечно, имеют большее значение, чем рецидивы малярии). Наконец, нет никаких указаний о менструальной функции и не указано, как продолжительны были осложнения и каковы же конечные результаты! А ведь эти данные имеют для здоровья и для работоспособности женщины не меньшее значение, чем первичный успех операции и наблюдения в течение 1—2 часов после нее!

Не затронутым совершенно остался вопрос и об условиях производства самой операции. Все ограничивается только „личной санитарной обстановкой“, но этого еще совершенно недостаточно. Выдвигая вопрос весьма серьезный, разрешая его уже окончательно в положительном смысле, автор обошел молчанием ряд приходящих, весьма существенных факторов. Проводится ли аборт в стационаре, но только „амбулаторно“ или же производство его возможно и в обычной амбулатории при больнице или даже, наконец, в амбулатории и без больницы. Все эти вопросы совершенно естественно возникают, так как автор усиленно подчеркивает „что есть санитарная обстановка помещения и есть санитарная обстановка самой больной и поля операции“ и что „последняя самая важная и необходимая принадлежность операции“. Но вопросы эти не разрешаются автором, а между тем пропагандируя „новый режим“ и тем более весьма и весьма спорный, надо было учесть, что понятие „амбулаторный аборт“, принимая во внимание „личную санитарную обстановку“—есть понятие весьма растяжимое. Это может дать повод к различным толкованиям, а между тем при отрицательном отношении вообще к „амбулаторному аборту“, надо считать абсолютно недопустимым без всяких рассуждений производство аборта в амбулатории без больницы, так как при вполне возможных осложнениях это естественно может вести и к дальнейшим осложнениям.

Но, повидимому, этим вопросам, как и некоторым другим А. М. Холодковский не придавал особого значения, точно также и не коснулся некоторых необходимых деталей, входящих в понятие и „санитарной обстановки помещения“ и „личной санитарной обстановки“, так как считает аборт операцией простой и приравнивает ее даже к вылушению



лиомы или атеромы. С взглядом А. М. на операцию аборта ни в коем случае согласиться нельзя, нельзя разделить и его описания самой операции. Едва ли можно согласиться и с приведенными цитатами и, считать, что будто бы в ранние сроки беременности операция немногим отличается от выскабливания небеременной матки.

Никакие рассуждения, нам думается, не могут изменить тот вполне установленный уже взгляд, что аборт есть операция серьезная и, как всякая другая операция, требует определенной предоперационной подготовки и послеоперационного ухода. Совершенно неправильно, если не сказать больше, женщину прямо чуть ли не от ставка, или во всяком случае из бытовых условий, класть на гинекологическое кресло, „расширять шейный канал“ и „извлекать поселившееся в матке яйцо“, оставлять после на кушетке на 1—2 часа и снова возвращать сейчас же в домашнюю обстановку..... Не уверен, чтобы в этом заключалось бы „спасение женщины и ее здоровья“.... Конечно, не в этом, а в более покойном, стационарном положении после операции и в соответствующих активных движениях в зависимости от каждого отдельного случая. И поэтому установленный (хотя бы и „традиционный“, „символический“) органами здравоохранения (при неоднократном обсуждении и с видными специалистами) срок пребывания женщины после аборта в 3 дня является совершенно правильным и нет абсолютно никаких данных, необходимости уменьшать их или сводить к 1—2 часовому отдыху. Я лично полагаю, что женщина должна быть подготовлена к операции, должна отдохнуть перед операцией и таковая должна производиться на следующий день по поступлении беременной в учреждение. Практика и жизнь вполне оправдали значение этого профилактического предоперационного дня, который во всех отношениях способствует лучшему проведению операции и гарантирует от многих реальных осложнений.

Принять „амбулаторный аборт“ ни в коем случае нельзя, он не должен иметь места и не только в массовом масштабе, но и в единичных случаях. Для многих и, думаю, для большинства это бесспорно. Но в виду высказанного А. М. взгляда, может быть, действительно желательна была бы дискуссия с широким привлечением врачебной общественности, представительниц женотделов, заведующих отделами охраны материнства и младенчества для окончательного обсуждения этого ненужного и вредного метода.

---

Из акушерско-гинекологической клиники Государственного ин-та для усовершенств. врачей им. В. И. Ленина (консультант проф. В. С. Груздев).

## **К вопросу о самоизлечении хорио-эпителиомы.**

Ассистентов клиники М. А. Дыхно и Б. С. Тарло.

С тех пор как Sängner в 1889 году обратил внимание на свою образную опухоль—хорио-эпителиому, отличающуюся крайней злокачественностью и некоторыми ей одной присущими особенностями, вопрос о данном заболевании сделался предметом многочисленных сообщений и горячих споров. Однако и до сего времени генез данного заболевания остается невыясненным. Известно только, что хорио-эпителиома развивается у женщин главным образом в чадородном возрасте и находится