

Искусственный выкидыш, как социальное зло, и борьба с этим злом¹⁾.

Проф. В. С. Груздева (Казань).

Имея под собою глубокие экономические и даже биологические основы, борьба с материнством приняла у современной женщины поистине колоссальные размеры. Во всех культурных странах наблюдается прогрессирующее, из года в год растущее понижение процента деторождений и вместе с тем, несмотря на уменьшение смертности,—понижение ежегодного прироста населения. Не говоря уже о Франции, даже в такой стране, как Швеция, которая избежала ужасов империалистической войны и обычно приводилась ранее в качестве примера социально-здоровой страны, рождаемость с 26,3% в 1891 году упала к 1926 году до 12,6%, т. е. за 3½ десятилетия уменьшилась более, чем вдвое. Не представляет в этом отношении исключения и наша родина. Я подытожил к настоящему Съезду данные относительно родовой деятельности лично опрошенных мною 5432 женщин,—здоровых (беременных) и гинекологических больных моей домашней амбулатории. Как можно видеть из прилагаемой таблицы,—между тем, как в 1901—1902 г.г. на каждую замужнюю женщину у меня приходилось 2,82 родов,—в 1918—1919 г.г. эта цифра упала до 1,87, а за последнее пятилетие (1922—1926 г.г.)—до 1,58, т. е. уменьшилась почти вдвое; на каждую беременную в 1901—1902 г.г. у меня приходилось 3,80 деторождений, а в 1918—1919 г.г.—2,70, за последнее же пятилетие—2,24.

Конкретно борьба с материнством выливается в различные формы, но главными из них являются у замужних женщин употребление предохранительных средств против зачатия и искусственное прерывание уже наступившей беременности, искусственный выкидыш, причем этот последний, благодаря своему влиянию на здоровье женщины, привлекает особенно напряженное внимание и государственных деятелей, и социологов, и врачей. Это-то громадной важности социальное явление я и постараюсь尽可能но осветить в настоящем докладе на основании как литературных данных, так и собственных материалов.

Во всем культурном мире давно уже свидетельствует настоящая пандемия выкидышей,—пандемия, размеры которой из года в год становятся все больше. Во Франции ежегодное число выкидышей определяется в 500 тысяч. В Германии Вимм и Волльман определяют это число также круглым счетом в 500 тыс., тогда как по Hansberg'у оно dochit до миллиона. Если в прежнее время, по данным Sellheim'а¹⁾, в Германии 1 выкидыш приходился на 10 срочных родов, то в настоящее время, по крайней мере в больших городах, 1 выкидыш приходится на двое родов. Дейчман²⁾ дает еще более высокую цифру: по этому

¹⁾ Сообщено на II Поволжском Съезде Врачей в Саратове.

Общая сводка данных относительно родовой деятельности 5432 женщин, опрошенных в 1922—1926, 1901—1902 и 1918—1919 г.г.

	1922	1923	1924	1925	1926	Итого за пятилетие 1922-1926 г.г.	1901 и 1902 г.г.	1918 и 1919 г.г.
а) Беременности.								
Общее число замужних женщин	451	467	792	678	887	3275	989	1068
В том числе беременевших	303	341	518	478	665	2305	737	738
в %/о	67,2% 32,2%	73% 27%	65,4% 34,6%	70,5% 29,5%	75% 25%	70,4% 29,6%	72,5% 25,5%	69,1% 30,9%
не имевших "беременостей"	148	126	274	200	222	970	252	330
в %/о	32,2%	27%	34,6%	29,5%	25%	29,6%	25,5%	30,9%
Общее число беременностей	1051	1091	1508	1596	2323	7569	3224	2605
На каждую замужнюю	2,33	2,34	1,90	2,35	2,62	2,31	3,26	2,44
На каждую беременевшую	3,47	3,20	2,91	3,34	3,49	3,28	4,37	3,53
Maximum	25	20	13	15	19	25	20	20
б) Роды.								
Общее число рожавших женщин	239	284	406	376	550	1855	701	612
% по отношению к числу замужних	53% 78,9%	60,8% 83,3%	51,2% 78,4%	55,4% 78,7%	62% 82,7%	56,7% 80,5%	70,9% 93,7%	57,3% 82,9%
% по отношению к числу беременевших	53% 78,9%	60,8% 83,3%	51,2% 78,4%	55,4% 78,7%	62% 82,7%	56,7% 80,5%	70,9% 93,7%	57,3% 82,9%
Общее число родов	750	755	997	1099	1561	5162	2795	1994
На каждую замужнюю	1,66	1,62	1,26	1,62	1,76	1,58	2,82	1,87
На каждую беременную	2,47	2,21	1,92	2,30	2,35	2,24	3,80	2,70
На каждую рожавшую	3,14	2,66	2,45	2,92	2,84	2,78	3,98	3,26
Maximum	19	18	12	12	17	19	17	19
в) Выкидыши.								
Общее число выкидывавших	166	188	286	272	407	1319	258	393
% по отношению к числу замужних	36,8% 54,7%	40,3% 55,1%	36,1% 55,2%	40,1% 56,9%	45,9% 61,2%	40,3% 57,2%	26,1% 35,1%	36,8% 53,2%
% по отношению к числу беременевших	36,8% 54,7%	40,3% 55,1%	36,1% 55,2%	40,1% 56,9%	45,9% 61,2%	40,3% 57,2%	26,1% 35,1%	36,8% 53,2%
Общее число выкидышей	301	336	511	497	762	2407	429	611
На каждую замужнюю	0,67	0,72	0,64	0,73	0,86	0,74	0,43	0,57
На каждую беременевшую	0,99	0,99	0,99	1,04	1,15	1,04	0,58	0,83
На каждую выкидывавшую	1,81	1,79	1,79	1,83	1,87	1,82	1,66	1,55
Maximum	20	8	10	9	15	20	10	11

	1922	1923	1924	1925	1926	Итого за пятилетие 1922-1926	1901 и 1902 г.г.	1918 и 1919 г.г.
а) Самопроизвольные выкидыши.								
Общее число имевших самопроизвольн. выкидыши	97	95	142	126	203	663	?	275
% по отношению к числу замужних	21,5%	20,3%	17,9%	18,6%	22,9%	20,2%	?	24,8%
% по отношению к числу беременевших	32%	27,9%	27,4%	26,4%	30,5%	28,7%	?	37,2%
Общее число самопроизв. выкидышей	146	149	204	197	273	969	?	390
% по отношению к общему числу выкидышей	48,5%	44,3%	39,9%	39,6%	35,8%	40,2	?	63,8%
На каждую замужнюю	0,32	0,32	0,25	0,29	0,3	0,3	?	0,37
На каждую беременевшую.	0,48	0,44	0,39	0,41	0,41	0,42	?	0,53
Maximum	6	8	4	8	7	8	?	7
б) Искусственные выкидыши.								
Общее число сделавших искусствен. аборты	88	101	172	174	256	791	?	138
% по отношению к числу замужних	19,5%	21,6%	21,7%	25,7%	28,9%	24,2%	?	12,9%
% по отношению к числу беременевших	29%	29,6%	33,2%	36,4%	38,5%	34,3%	?	18,7%
Общее число искусственн. аборотов	155	187	307	300	489	1438	?	221
% по отношению к общему числу выкидышей	51,5%	55,7%	60,1%	60,4%	64,2%	59,8%	?	36,2%
На каждую замужнюю	0,34	0,40	0,39	0,44	0,55	0,44	?	0,21
На каждую беременевшую.	0,51	0,55	0,59	0,63	0,74	0,62	?	0,3
Maximum	20	7	7	10	15	20	?	7

автору в Германии из 100 беременностей 40, в последние годы, оканчиваются выкидышами. То же самое мы видим в Американских Соединенных Штатах, Англии и др. странах.

У нас угрожающее возрастание числа выкидышей стало обращать на себя внимание с последних годов прошлого столетия. Еще Михайлов³⁾ в своей известной диссертации, материалом для которой послужили отчеты русских родовспомогательных учреждений за 50 лет (с 1840 по 1890 г.), определяет число выкидышей по отношению к числу родов,—срочных и преждевременных,—не более, как в 3%. Но уже в 1912 г. Якобсон⁴⁾ отмечает, что за 17 лет процент выкидышей в Петербурге увеличился в 10 раз. Перетц⁵⁾, подсчитав число абортов, бывших в Екатеринбургском Повивально-Гигиеническом Институте за 1910—

1920 г.г., нашел, что за эти 10 лет число их возросло почти в 5 раз. В Саратовском Родильном Доме, по Нахамкиной⁶), количество выкидышей с 1914 по 1923 г. увеличилось более, чем в десять раз. Неуклонное повышение числа выкидышей отмечает и Кузнецов⁷) в Сибири. Для моего материала, относящегося к 1901—1902 г.г., количество выкидышей на каждую замужнюю равнялось 0,43, а на каждую беременевшую 0,58; в 1918—1919 г.г. эти цифры равнялись 0,57 и 0,83, а в 1922—1926 г.г.—уже 0,74 и 1,04.

Особенно быстрым темпом пошло у нас увеличение числа выкидышей в самые последние годы. В Ленинграде в 1924 г. на 100 родов приходилось 21,2 выкидышей, а в 1925 г.—уже 45,3!⁸ В Москве, по Гексу⁸), в родильных домах за 1924 г. аборты составляли 28,6% родоразрешений, а в 1925 г., по тому же автору⁹), в Москве на 100 родов пришлось 31,6 выкидышей—естественных и искусственных. По данным, сообщаемым во „Врачебной Газете“ (1927 г., № 3), в Тверской губ. количество выкидышей за 1926 г. удвоилось. В моем материале коэффициент выкидышей равнялся для каждой замужней в 1922 г. 0,67, а в 1926 г.—0,86, для каждой беременевшей в 1922 г. 0,99, а в 1926 г.—1,15. Здесь кстати замечу, что у Бубличенко и Карлина¹⁰) коэффициент этот значительно выше: 1368 опрошенных ими женщин, оказалось, имели 1955 выкидышей, т. е. на каждую приходилось их 1,43.

Едва ли можно сомневаться, что это возрастание числа выкидышей происходит главным образом,—если не исключительно,—насчет искусственных абортов. И вообще-то самопроизвольные выкидьши составляют у современной женщины очень небольшой процент в общем числе выкидышей: Карлин¹¹) в 1924 г., определяет этот процент, для своего материала, лишь в 25,5. Просматривая цифровые данные, относящиеся к моему материалу, легко видеть, что процент самопроизвольных выкидышей с 1918 г. по 1926 г. не только не повысился, а, напротив, значительно понизился: в 1918—1919 г.г. самопроизвольные выкидьши составляли 63,8% общего числа выкидышей, а в 1926 г.—только 35,8%. В 1918—1919 г.г. на каждую замужнюю женщину пришлось в моем материале 0,37 самопроизвольных выкидышей, а для каждой беременевшей коэффициент этот равнялся 0,53; в 1926 г. числа эти понизились до 0,3 и 0,41.

Напротив, число искусственных выкидышей в моем материале и абсолютно, и относительно обнаруживает за последние годы неуклонную тенденцию к повышению. Если в 1918—1919 г.г. процент женщин, делавших искусственные аборты, равнялся у меня по отношению к общему числу замужних 12,9, а по отношению к общему числу беременевших—18,7, то за пятилетие с 1922 по 1926 г. мы видим прогрессивное повышение первого с 19,5 до 28,9, а второго—с 29 до 38,5. Искусственные аборты, составлявшие в 1918—1919 г.г. лишь 36,2% общего числа выкидышей, за пятилетие 1922—1926 г.г. возрасли в числе с 51,5% до 64,2%, причем коэффициент искусственных выкидышей для замужних, равнявшийся в 1918—1919 г.г. 0,21, за 1922—1926 г.г., неизменно повышаясь, поднялся с 0,34 до 0,55, а для беременевших, вместо 0,3 в 1918—1919 г.г., повысился за годы 1922—1926 с 0,51 до 0,74.

Что прогрессивное возрастание числа выкидышей, наблюдающееся у нас за последнее время, происходит именно насчет увеличения числа

искусственных абортов,—это доказывается и вескими данными других наших авторов. Так, Шутихин¹²⁾ в заседании Уральского Мед. Общества в Свердловске сообщил, что число зарегистрированных искусственных выкидышей увеличилось там за один 1925 г. ни более, ни менее, как на 116%! Не ограничиваясь городами, пандемия искусственных выкидышей,—как об этом свидетельствуют данные Гекса¹³⁾, Флоринской¹⁴⁾, Спирова¹⁵⁾, Приходько¹⁶⁾ и др., и как это я могу вполне подтвердить и на основании личных наблюдений,—начинает проникать и в деревню, притом даже в самую глухую.

То же самое явление имеет место и заграницей, причем здесь,—как это было и у нас до декрета 1920 г., разрешающего свободное производство аборта,—огромное большинство искусственных аборты производится нелегально, подпольно, принадлежит к числу т. наз. преступных выкидышей. Впрочем и у нас, несмотря на декрет, подпольные выкидыши далеко еще нельзя считать совершенно искорененными. Чрезвычайно любопытные данные на этот счет сообщает Гекс¹³⁾: по собранным им сведениям в 904 участковых больницах за 1922, 1923 и 1924 г.г. было произведено 55.532 аборта, подпольных же выкидышей за эти годы по 1658 участкам было сделано 66.375! У нас в Казани,—да, вероятно, и во всех других городах,—весьма большое количество выкидышей,—учесть которое, по весьма понятным причинам, невозможно,—до сих пор производится нелегально, неврачами, при помощи таких приемов, как прокол плодного яйца, внутриматочные иодные впрыскивания и т. п.

Между тем, если вообще выкидыши дают гораздо более значительную заболеваемость и смертность женщин, чем срочные роды (по La bhardt'у смертность после выкидышей вдвое выше, чем после срочных родов, а по Якобсону⁴⁾—даже в 7—10 раз, заболеваемость же—в 2½ раза), то особенно опасными для здоровья и даже жизни женщины являются подпольные выкидыши. Допуская даже, что в указаниях Magrige^r, будто смертность после преступных аборты в 100 раз выше, чем после срочных родов, и декрета 1920 г., что из женщин, прибегающих к подпольным выкидышам, „50% заболевают заражением и 4% их умирают”, содержится известная доля преувеличения,—все же нельзя сомневаться, что опасность подпольных выкидышей весьма велика. Это и понятно: подпольные выкидыши производятся зачастую совершенно невежественными абортистами и абортисками, в обстановке, не допускающей проведения даже элементарных правил асептики, нередко кому же второпях, украдкой... Немудрено, что, при этих условиях, даже в культурной Германии, по данным Winkler'a, от последствий аборты ежегодно гибнут от 6 до 10 тысяч женщин, а заболевают более или менее серьезно от 75 до 100 тысяч!

Громадное возрастание числа выкидышей вообще, искусственных в частности и подпольных в особенности, неисчислимые жертвы жизнями и здоровьем женщин, приносимые на алтарь этого современного Молоха во всем цивилизованном мире, не говоря уже о неизбежной массовой гибели зародышей, заставляющей многих,—у нас, напр., В ы г од ск о г о¹⁷⁾ и др.,—рассматривать искусственный выкидыши, как убийство,—все это побуждает видеть в искусственном выкидыше огромное социальное зло, настоящее общественное бедствие, настоятельно требующее энергичной борьбы с ним. Но каковы должны быть рациональные меры, при помо-

щи которых можно было бы с успехом противодействовать этому злу? Вопрос этот не так-то легок для своего разрешения.

Во всех культурных странах, за исключением СССР, борьба с абортами сводилась и сводится главным образом к карательным мерам. Искусственный выкидыш здесь допускается лишь по т. наз. медицинским показаниям,—при тех заболеваниях беременных, на которые бременность оказывает неблагоприятное влияние и которые с устраниением беременности или совершенно проходят, или делаются менее опасными для женщины. Круг этих показаний является недостаточно строго очерченным: в то время, как французская акушерская школа, с Ринардом во главе, крайне суживает его, немецкими, напр., авторами выдвигаются, в качестве показаний к искусственному выкидышу, все новые и новые заболевания беременных. Во всяком случае вне этих показаний искусственное прерывание беременности там не допускается; всякий искусственный выкидыш, произведенный при отсутствии таковых, считается преступным, и как лица, производящие его, так и беременные, сознательно прибегающие к их услугам, караются законом. В Германии, напр., по Дейчману²⁾, за преступный выкидыш полагается от 5 до 10 лет каторжных работ.

Достигают-ли, однако, репрессивные, карательные меры той цели, для которой они введены законом? Колossalное, из года в год прогрессирующее распространение абортов во всех странах, где действуют карательные законы, дает на этот вопрос красноречивый ответ. С другой стороны репрессии эти загоняют искусственный выкидыш в подполье, отдают желающих почему-либо избавиться от нежелательной беременности женщин всемело в руки бессовестных, корыстных, нередко невежественных абортистов и абортисток, избравших производство искусственного выкидыша своей профессией, в руках которых операция прерывания беременности дает ту громадную заболеваемость и смертность, о какой уже было сказано нами выше. По Roessle смертность от родильной горячки, напр., в Берлине в 4 раза выше, чем у нас в Ленинграде, причем $\frac{4}{5}$ смертей от нее приходится на подпольные аборты. Заслуживает, однако, замечания, что, несмотря на такие последствия репрессивных мер, последние до сих пор встречают горячих защитников не только среди юристов, но и среди видных представителей западно-европейской акушерско-гинекологической науки. Сошлюсь хотя бы на совсем недавно вышедшую монографию Kibinu¹⁸⁾, где автор в целях борьбы с распространением аборта настоятельно рекомендует ограничить круг медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности и совершенно исключить социальные показания к нему; о каждом септическом аборте, по К., следует доводить до сведения судебной власти; регистрационные карточки акушерок со случаями абортов должны строго контролироваться; врачебные свидетельства, на основании которых производится прерывание беременности, должны составляться в 2 экземплярах, причем один из них должен храниться в суде; рекомендуются также выявление абортистов, строгий контроль за их деятельностью и примерное их наказание.

Карательные меры ставились во главе борьбы с искусственными абортами и у нас в России, в дореволюционную эпоху. Согласно старому законодательству как женщины, сознательно прибегавшие к искусственному выкидышу без медицинских для него показаний, так и лица, про-

изводившие выкидыши, карались ссылкою в Сибирь на поселение. Правда, этот закон, как и многие другие законы царской России, оставил большую частью мертвой буквой. Судебное преследование лиц, производивших преступные abortionы, по понятным причинам возбуждалось лишь в тех случаях, где abortionы эти кончались смертью. Но все же закон этот имел у нас те же последствия, как и всюду на Западе: „не приводя к положительным результатам, он,—скажем словами декрета 1920 г.—загнал операцию искусственного выкидыша в подполье и сделал женщину жертвой корыстных и часто невежественных abortionистов, которые из тайной операции создали себе промысел“.

Видя такие результаты метода репрессий в этой области, еще до Революции у нас многие как отдельные авторы, так и целые общества и съезды настаивали на расширении показаний к искусственному выкидышу за счет социальных условий. Так, на XII Пироговском Съезде в Петербурге, где вопрос об abortionе был „гвоздем“ Съезда, и где он разбирался как раз на заседании, происходившем под моим председательством, и докладчик (покойный профессор Личкус¹⁹), и большинство выступавших в прениях,—кстати сказать, очень страстных,—высказались за такое расширение. Однако вопрос этот до Революции продолжал у нас оставаться на мертвой точке, и лишь Советская Власть, в 1920 г., сделала решительный шаг к его разрешению. Декретом за подписью Наркомздрава Семашко и Наркомюста Курского, опубликованным в № 259 „Известий“ ВЦИКа от 18/XI этого года, было „допущено бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается максимальная ее безвредность“, с строгим запрещением производить ее кому-бы то ни было кроме врача, а равно с запрещением производить ее и врачам „в порядке частной практики с корыстной целью“.

Теперь идет со времени обнародования этого декрета уже 7-й год. За этот немалый срок у русских врачей накопился уже обширный опыт, в нашей медицинской печати опубликован целый ряд статей о последствиях декрета, и мы можем сделать некоторые выводы относительно того, насколько последний достиг своей цели, и какими нежелательными последствиями сопровождалось проведение его в жизнь.

Предварительно, однако, считаю нeliшним отметить, что истолкование декрета на местах, повидимому, было различным и, местами, очень широким. Мне пришлось участвовать в одном совещании по поводу этого декрета, где один видный представитель судебной власти настаивал, что в силу его каждая беременная, на каком бы месяце беременности,—разумеется из тех, в течение которых прерывание беременности является выкидышем, т. е. из первых 7,—она не находилась, вправе требовать от врача, работающего в советской больнице с акушерскими койками, чтобы он сделал ей выкидыш, и врач, из каких бы то ни было соображений отказавший ей при наличии свободных коек в акушерском отделении, подлежит суду.

Обращаясь затем к вопросу о том, насколько этот декрет достиг у нас своей цели, думаю, что прямой своей цели,—искоренения подпольных выкидышей,—он в значительной мере достиг: количество подпольных выкидышей у нас сократилось. Выше я уже указал, что, по данным Röslie, в высоко-культурной Германии, именно, в Берлине, смертность

от родильной горячки в настоящее время вчетверо выше, чем у нас в Ленинграде; это можно об'яснять только сокращением у нас числа подпольных абортов. Вероятно, что этим же следует об'яснять и то понижение смертности при выкидышах, какое устанавливает Гинзбург²⁰⁾ для Ленинградского Надеждинского Родовспомогательного заведения (с 1,18% в 1922 г. до 0,13% в 1924 г.).

Нельзя, однако, сказать, чтобы с проведением декрета в жизнь подпольные выкидыши у нас совершенно исчезли. Выше я уже сообщил о том огромном количестве подпольных выкидышей, которое было установлено Гексом¹³⁾ в деревне за годы с 1922 по 1924, т. е. через довольно долгий промежуток времени после обнародования декрета. Мне лично известно, далее, от своих пациенток, что, напр., у нас в Казани подпольные выкидыши до сих пор широко практикуются при помощи таких мер, как внутриматочные втыскивания иодной настойки, прокол плодного яйца и т. п.

Главное, однако,—можно думать, что, ионизив число подпольных выкидышей, декрет зато повел к значительному увеличению у нас числа искусственных абортов вообще. Целый ряд авторов отмечает, что возрастание этого числа пошло у нас особенно быстрым темпом именно после опубликования декрета, притом насчет выкидышей, производимых по социальным показаниям. Именно за счет этого сорта абортов произошло несомненно, то колоссальное возрастание числа выкидышей вообще за последние годы, которое было уже нами отмечено выше. Перефразировав²¹⁾, указывает, что из 608 искусственных абортов, произведенных в Екатеринбургском Повивально-Гинекологическом Институте в 1921 и 1922 гг. 459 были сделаны по социальным показаниям, т. е., проще говоря, по желанию беременных. Гинзбург, в уже цитированной нами работе²⁰⁾, отмечает, что процент выкидышей, производимых по социальным показаниям, в Надеждинском Родовспомогательном Заведении с 53,5 в 1922 г. достиг 85,7 в 1924 г. По Гексу⁸⁾ из общего числа 13.000 абортов, бывших за 1924 г. в Московских городских родильных домах и больницах, лишь 370, т. е. менее 3%, были сделаны по медицинским показаниям.

Просматривая прилагаемую таблицу, легко видеть, как быстро стало возрастать у нас число искусственных выкидышей после 1920 г.: процент их по отношению к общему числу выкидышей, неуклонно возрастаю, с 51,5 в 1922 г. поднялся в 1926 г. до 64,2; на каждую замужнюю в 1922 г. у меня приходилось 0,34 искусственных аборта, а в 1926 г.—уже 0,55, на каждую беременевшую—0,51 в 1922 г. и 0,74 в 1926 г. А в мой материал входят не только искусственные выкидыши, производимые за пятилетие с 1922 по 1926 г., но и все аборты, бывшие у опрошенных мною больных. Заслуживает внимания, что пациентки, опрошенные мною в 1918 и 1919 годах,--т. е. в годы крайне тяжелые для местного населения (гражданская война, голод, общая разруха), но когда декрет еще не был издан,—дали гораздо меньший процент искусственных абортов, чем пациентки, явившиеся за годы с 1922 по 1926—гораздо более благоприятные в отношении жизненных условий, но бывшие уже после опубликования декрета: процентное огношение искусственных абортов к общему числу выкидышей в 1918—1919 г.г. выражалось цифрою 36,2, а за пятилетие с 1922 по 1926 г., в среднем,—59,8; на

каждую замужнюю в 1918—1919 г.г. приходилось 0,21 искусственных выкидышей, а в 1922—1926 г.г.—0,44, на каждую беременевшую—0,3 и 0,62.

Разбирая вопрос об абorte по материалам Акушерско-Гинекологической клиники Омского Мед. Института в связи с декретом 1920 г., Смирнов²²⁾ указывает, что „внутрибольничное увеличение количества абортов не свидетельствует еще о росте абортов вообще и тем самым не дает права заключать, что декрет об абorte является одним из условий этого роста“. На первую половину этого указания могу возразить, что ни моя статистика, ни статистики некоторых других авторов, свидетельствующие о быстром возрастании у нас числа искусственных абортов после издания декрета 1920 г., не являются „внутрибольничными“. Что касается второй половины, то и я далек от того, чтобы видеть в декрете единственную причину роста искусственных абортов у нас за последние годы. Нет сомнения, что здесь играют роль и многие другие условия, тяжелое экономическое положение населения, упадок семейных устоев, изменение моральных и религиозных взглядов и пр. Я убежден, что эти факторы, к которым мы еще вернемся немного ниже, оказывают гораздо большее влияние на повышение числа искусственных абортов за последние годы, чем декрет. Но что и разрешение свободного производства абортов по социальным показаниям,—или, повторю, говоря проще, по желанию женщины,—до известной степени способствует увеличению числа искусственных выкидышей вообще,—в этом едва ли можно сомневаться уже а priori.

Между тем операция искусственного прерывания беременности, даже если она производится с строгим соблюдением требуемых декретом условий, т. е. врачем, даже врачом-специалистом, и в больничном учреждении, сопряжена с опасностью не только для здоровья, но иногда и для самой жизни женщины. Степень этой опасности является различной в зависимости от срока беременности, способа ее прерывания и др. условий, но, во всяком случае, она всегда имеется налицо.

В частности, если операция эта производится путем вычерпывания плодного яйца, притом в более поздней стадии беременности (после 3 месяцев), то она может сопровождаться таким кровотечением, которое может сделаться угрожающим. Мне известен случай, где гинеколог-специалист при этих условиях потерял больную от кровотечения. Сильные маточные кровотечения атонического характера могут иметь место и после удаления плодного яйца. Ульяновский²³⁾ описал недавно случай, где ему пришлось по поводу повторных аточеских кровотечений после операции искусственного выкидыша прибегнуть к надвлагалищной ампутации матки.

Еще более частым и грозным осложнением операции искусственного выкидыша является прободение матки употребляемыми при операции инструментами (зондом, кюреткой, корнцантом и пр.)—нередко с выпадением и опасными повреждениями брюшных внутренностей, особенно кишечек. В отечественной медицинской литературе мы находим длинный ряд подобных случаев, красноречиво свидетельствующих о значительной опасности операции искусственного выкидыша. Таковы случаи, описанные Майзелем²⁴⁾ (где оператором было вытянуто и отрезано 4 аршина тонкой кишки), Выдриным²⁵⁾ (где была захвачена и повреждена кишка), Парижским²⁶⁾ (3 случая, из которых в одном тонкая кишка на протяжении аршина была оторвана от брыжейки), Бересневи-

чем²⁷⁾ (где, кроме матки, были повреждены мочевой пузырь и в двух местах толстая кишка), Кауфман-Китроссер²⁸⁾ (где введенный в матку буж проник в брюшную полость, перфорировал прямую кишку и вышел *per anum*), Окинчицем²⁹⁾, Хажинским³⁰⁾, Безебеком³¹⁾, Завьяловым³²⁾ (2 случая, из которых в одном имела место перерезка тонкой кишки, в другом—тягивание в матку и странгуляция *S. romani*), Воскресенским³³⁾, Васильевым³⁴⁾ (где имел место отрыв тонкой кишки от брыжейки), Буниным³⁵⁾ (где была повреждена толстая кишка), Перетцом³⁶⁾, Гайсинской³⁷⁾, Кучковым³⁸⁾ и мн. др. В некоторых из этих случаев, так в случае Кауфман-Китроссер, повреждение было произведено акушерками, но в некоторых—врачами, даже врачами-специалистами. В большинстве этих случаев для спасения больных потребовались чрезвычайно серьезные виды оперативной помощи, как резекция кишечек, экстирпация матки и т. п., причем в случаях Выдрина²⁵⁾, одном Окинчица²⁹⁾, двух Безебека³¹⁾, Перетца³⁶⁾, Кучкова³⁸⁾ и др. дело кончилось смертью. Завьялов³²⁾, основываясь на материале Акушерско-Гинекологической клиники бывш. Женского Мед. Института в Петербурге, находит, что при выскабливании беременной матки в 1^{20/0} всех случаев имеет место перфорация матки, причем в 1/2 всех случаях повреждение производится крючком. И это наблюдается не только у нас в России, но и заграницей, напр., в Германии: Sellheim, констатируя возрастание здесь числа случаев повреждения матки, ставит это в связь именно с техникой аборта, с производством их при помощи вычерпывания плодного яйца. Именно ввиду опасности перфорации матки при выскабливании многие современные гинекологи,—и я в том числе,—предпочитают опораживать беременную матку, особенно в более поздних месяцах беременности,—путем гистеротомии, или абдоминальной, или влагалищной. Но операция эта, как всякому понятно, имеет свои невыгодные стороны.

Наиболее опасным осложнением операции искусственного выкидыша является, однако, сепсис. Именно на это осложнение и падает огромное большинство жертв подпольного аборта. Конечно, при этом последнем, благодаря несоблюдению абортистами иногда элементарнейших правил асептики, сепсис наблюдается чаще и чаще выливается в смертельные формы. Однако нельзя сказать, чтобы и женщины, подвергающиеся операции искусственного прерывания беременности в больничной, даже клинической обстановке, при выполнении операции опытным врачом-специалистом, были вполне застрахованы от септического заражения. Особенно опасным в этом отношении является вызывание позднего аборта путем метрэриза. Мне самому пришлось потерять от сепсиса в клинике двух беременных при этом способе в прежнее время, пока он не был заменен более безопасными хирургическими способами. Помимо смертельных септицемий, и гораздо чаще, операция искусственного аборта,—даже, повторяю, производимая с соблюдением требуемых декретом 1920 г. правил,—может вести к местным воспалительным заболеваниям женской половой сферы на почве септической инфекции,—заболеваниям, правда, менее опасным, но тем не менее надолго подрывающим здоровье женщины и делающим ее бесплодной.

Из других инфекционных заболеваний, развивающихся у женщин после искусственного аборта, производимого даже руками врача в боль-

ничной обстановке, заслуживает особенного внимания gonorrhœa ascendens. Как известно, гонорройное заражение встречается у женщин чрезвычайно часто, причем установить его наличие несогда бывает легко даже при тщательном исследовании женщины,—между прочим и бактериоскопическом. Всякая травма, в том числе и операционная, может вызывать обострение такой латентной гонорреи. Гнездившиеся до операции искусственного аборта в нижних отделах полового тракта гонококки после операции могут проникать в верхние отделы, поражая полость тела матки, трубы, яичники, тазовую брюшину и делая нередко женщину страдалицей на всю жизнь, а также на всю жизнь лишая ее способности быть матерью.

Самое важное, однако, в данном вопросе—это то, что искусственный выкидыш, даже обошедшийся, повидимому, совершенно благополучно для женщины, на самом деле не остается без тяжелых последствий для здоровья последней. Громадной практической важности факт этот, отмеченный в литературе проф. Н. М. Какушкиным³⁹), проф. Цомакионом⁴⁰), Орловой⁴¹), проф. Бондаревым⁴²), мною⁴³) и др., обясняется отчасти непосредственным влиянием оперативного вмешательства,—именно, столь часто применяемого с целью прерывания беременности высекливания,—на матку, вызываемыми в последней анатомическими изменениями (Цомакион) и нарушением внутрисекреторной деятельности матки (Бондарев), отчасти неблагоприятным влиянием насилиственного прерывания беременности на яичники (понижение фолликулярной деятельности и внутрисекреторной способности их—по Какушкину, угнетение и нарушение внутрисекреторных взаимоотношений различных отделов полового аппарата женщины—по Цомакиону).

В частности,—как в этом я мог убедиться на основании личных наблюдений, и как это отмечено в литературе, напр., Ланковиц⁴⁴),—такие „благополучные“ искусственные аборты весьма часто ведут за собою заболевание матки, которое Scanzonⁱ назвал хроническим метритом, но которое в современной гинекологии известно под названием метропатии и клинически дает такую же картину, как и настоящее хроническое воспаление матки (бели, расстройства менструации, расстройства родовой деятельности и пр.). Именно этой-то метропатией Ланковиц и обясняет то неблагоприятное влияние, какое искусственные выкидыши оказывают на течение последующих родов и послеродовых периодов.

Повидимому, одной из главных причин развития метропатии после аборотов следует считать порочное обратное развитие матки (involutio uteri vitiosa), которое после искусственных выкидышей, даже протекших без всяких непосредственных осложнений, наблюдается гораздо чаще, чем после срочных родов. А эта разница, в свою очередь, обясняется тем, что при искусственном прерывании беременности и сама маточная мышца, и влияющие на нее органы внутренней секреции,—яичники, грудные железы, может быть,—гипофиз и др.,—являются анатомически и физиологически гораздо менее подготовленными к опорожнению беременной матки, чем это имеет место при нормальном окончании беременности в срок. В других случаях метропатия после искусственных аборотов, возможно, имеет оофоргенное происхождение—в смысле развития ее в зависимости от возникающего после аборта оофорита и периоофорита.

Вообще из опроса гинекологических больных с клиническими и часто анатомическими признаками хронических воспалительных заболеваний

женской половой сферы легко убедиться, какой огромный процент этих заболеваний возникает после искусственных абортов и, повидимому, в не-посредственной связи с ними. В моем материале женщины, у которых анамнестически можно было установить такую связь, за пятилетие 1922—1926 г.г. составляли ни больше, ни меньше, как 75,2% всех пациенток, делавших себе искусственные abortionы. Чрезвычайно любопытно, что в 1918 и 1919 г.г., т. е. когда abort еще не был легализован, и громадное большинство искусственных выкидышей производились подпольно, процент этот оказался не только не выше, чем в пятилетие после декрета 1920 г., т. е. когда значительная часть искусственных выкидышей стала уже производиться врачами в надлежащей обстановке, а на-против, даже немного ниже—74,6%. Невольно при сопоставлении этих цифр приходит на ум мысль, уже так-ли легальный выкидыш в данном отношении выгоден для здоровья женщины, сравнительно с нелегальным, как это обычно принято думать?!

Другим крайне неблагоприятным последствием искусственных выкидышей, даже протекших безуказиленно, является бесплодие. Бесплодие в широком понимании этого слова, т. е. в форме или полного отсутствия зачатия у женщин, ранее бывших способным к нему, или в форме недонашивания последующих беременностей, resp. самопроизвольных выкидышей, наблюдается после искусственных abortionов весьма часто. В моем материале 56,4% делавших abortionы женщин в 1922—1926 г.г. и 47,8%—в 1918—1919 г.г. стали после искусственных abortionов бесплодными. Обусловливается это весьма нередко воспалительными изменениями, возникающими в половой сфере женщины в связи с abortionами. Но это—далеко не исключительная причина бесплодия после abortionов. Как убедился и я, и целый ряд других авторов (проф. Качушкин, Орлова и др.), оно наблюдается и у таких женщин, у которых нет никаких ни анатомических, ни бросающихся в глаза функциональных отклонений от нормы в половой сфере,—в частности, матка имеет нормальный об'ем, лежит правильно, трубы при пертубации проходимы, яичники не увеличены, нет ни белей, ни болей и пр. Орлова причину бесплодия при таком полном, повидимому, здоровье половой сферы усматривает в вызываемых abortionом изменениях миометрия, но я более склонен, вместе с проф. Качушкиным, искать эту причину в понижении фолликулярной деятельности и внутрисекреторной способности яичников. По моим наблюдениям такое бесплодие особенно часто наблюдается у женщин с аномалиями конституции,—инфантilek и астеничек,—притом в тех случаях, где искусственным выкидышем прерывается первая беременность. У таких женщин, впрочем,—как я подметил,—искусственный abortion, даже произведенный *lege artis*, относительно часто ведет и к воспалительным заболеваниям половой сферы, выражющимся если не анатомически, то клинически.

Значительную роль тут, повидимому, играет и способ прерывания беременности, причем особенно вредным оказывается, по моим наблюдениям, к сожалению, весьма распространенный у нас в Казани способ вызывания выкидыша при помощи внутриматочных впрыскиваний *t-gae jodi*. Я вполне согласен с Лебедевым⁴⁵⁾, наблюдавшим при этом способе вызывания abortionа на 37 случаев 2 смертельных септицизмий, что он является и не обоснованным научно, и опасным.

Вызываемые операцией искусственного аборта изменения в половой сфере женщины легко об'ясняют, почему после нее так относительно часто наблюдается у женщин внематочная беременность,— обстоятельство, которое я наблюдал на своем материале в целом ряде случаев.

К числу неблагоприятных последствий искусственного выкидыша даже в „благополучных“ случаях следует отнести, далее, нередко наблюдающуюся после него аменоррею. Здесь, повидимому, мы имеем дело опять-таки частично с влиянием насильственного прерывания беременности на яичники, частично с влиянием выскабливания, особенно через чур усердного, на эндометрий. Отметим, что в литературе описаны случаи даже полного зарождения матки после выскабливания беременной матки; у нас, напр., 2 таких случая оцубликованы в печати Лебедевым⁴⁶). Влиянием на эндометрий можно об'яснить и нередко наблюдающееся после искусственных выкидышей, при последующих родах, приращение илаценты.

Наконец, Цанов⁴⁷) мог установить после искусственного выкидыша довольно резкие изменения крови в сторону значительного нейтрофилоза, а Дрентельн⁴⁸) обратила внимание на то влияние, какое искусственный аборт оказывает на психику женщины.

Если подвести итог всему сказанному, то неизбежно придется прийти к выводу, что искусственный аборт, даже производимый при строгом соблюдении условий, требуемых декретом 1920 г., и даже протекший, повидимому, без всяких осложнений, в большом проценте случаев все же вредно отражается не только на половой сфере, но и на всем организме женщины. Раз это так, то, принимая во внимание колоссальное увеличение числа абортов у нас за последние годы, мы действительно вправе признать его крупным социальным злом, если даже он и не является в форме подпольного выкидыша. Таковым признает его вирочем и декрет 1920 г.

Отсюда станет понятным, почему у нас в последние годы время от времени раздаются голоса в пользу ограничения искусственных выкидышей или медицинскими показаниями (Александров⁴⁹), Скробанеckiy⁵⁰), или медицинскими и исключительными социальными условиями (Цомакин⁵¹). Понятно будет и то, почему и наше правительство за последнее время решилось принять меры против слишком широкого понимания декрета 1920 г.: как известно, в 1926 году Наркомздравом было запрещено⁵¹) производство искусственных выкидышей позже 3 месяцев при отсутствии серьезных, жизненных медицинских показаний. Еще ранее при наркомздравах автономных республик Союза и губздравах были организованы специальные комиссии для распределения абортных мест в советских больницах. Последняя мера вызвана была, впрочем, главным образом тем обстоятельством, что больничных коек не сталохватать на всех желающих прервать беременность, хотя некоторые акушерские отделения больниц и превратились в настоящие абортории.

Не запрещениями и ограничениями надо, одвако, бороться с тем крупным социальным злом, какое представляет собою искусственный аборт. Тут нужны, конечно, другие меры, более целесообразные. Окинич и ци⁵²) в качестве лучшего средства против этого зла выставляет применение средств, предупреждающих зачатие, причем рекомендует научное изучение этих средств и широкое ознакомление общества с ними.

Отвечая принципам профилактики, проводимым у нас в области здравоохранения, мера эта, однако, имеет и свою опасную сторону, на которую совершенно справедливо указывает Скробанский. Дело в том, что применение презервативов—мера гораздо более доступная, чем производство выкидыща; женщина, которая не решится на прерывание уже наступившей беременности, с легким сердцем может решиться на применение предохранительных средств, и таким образом можно опасаться, что широкое применение последних гораздо более отразится на понижении рождаемости в стране, чем аборт. Не говорю уже о том, что и применение многих предохранительных средств против зачатия сопряжено с известными опасностями для здоровья и самой жизни женщин (последнее относится главным образом к оперативным мероприятиям, имеющим своею целью стерилизацию женщины).

Наиболее целесообразными мерами для борьбы с искусственными абортами являются бесспорно те, которые сводятся к устраниению социальных условий, побуждающих женщину прибегать к вытравлению плода. Презвычайно интересные в этом отношении данные опубликованы в текущем году Шифлингером⁵³), разработавшим 200 анкет по разбираемому вопросу. Среди опрошенных женщин 35% указали, в качестве побудительной причины к abortu, тяжелые материальные условия, 22%—такие семейные условия, как разлад с мужем, внебрачное состояние, развод и т. п., 10%—болезнь, 7½%—учение и пр. Мои пациентки, которых я опрашивал о побуждениях, заставивших их прибегать к искусственным абортам, большею частью давали аналогичные ответы: „кормить детей нечем“, „муж без работы“, „сама безработная“, „разводится с мужем“, „муж того гляди бросит“, „надо учиться“ и т. п. Многие прибавляли, что „трудно детей воспитать и вывести в люди“, а также—что „дети теперь приносят мало радости родителям“. Заслуживает быть отмеченным, что ответы последнего рода мне пришлось слышать и от деревенских жительниц, крестьянок, где дети исконали ценились высоко, как будущая рабочая сила: очевидно, разложение семьи проникает и в нашу деревню.

Отсюда одним из главнейших условий успешности борьбы с искусственными выкидышами надо признать поднятие экономического благосостояния широких масс. В анкете Шифлингера на это поднятие, как на главнейший фактор успешной борьбы с абортами, указали 24% из общего числа 85% ответивших. Не следует, однако, и переоценивать значение этого фактора. Мы знаем, что, напр., во Франции к абортам чаще прибегают вовсе не представительницы наименее обеспеченного, рабочего класса, а как раз наоборот. Из прибегавших к искусственному прерыванию беременности женщин, ответивших на анкетные вопросы Шифлингера, у 50% ежемесячный заработка был от 25 до 100 руб., что при нашей современной бедности нельзя назвать очень малым.

Очевидно, наряду с поднятием экономического благосостояния населения для успеха борьбы с абортами требуются и мероприятия иного порядка и в первую голову—самое широкое и всестороннее проведение в жизнь принципов охраны материнства и младенчества. Как известно, это и делается в настоящее время Советской Властью, и нельзя не приветствовать достаточно горячо ее шагов в этом направлении. Сюда должно, конечно, прежде всего входить оздоровление брачных и супружеских

отношений, в котором многие (8%) из ответивших на анкету Шифлингера женщин видят даже главное условие успешной борьбы с абортами, а также установление нормальных отношений между родителями и детьми. Прежние устои, на которых веками стоял наш семейный быт, теперь расшатались, а новые, более соответствующие современным условиям, еще не окрепли, да и не разработаны достаточно. В этом отношении громадная роль должна принадлежать школе, и нельзя не пожелать возможно более скорого и совершенного разрешения у нас школьного вопроса.

В высшей степени важным является здесь и распространение в обществе здравых принципов морали. Статистика свидетельствует, что в тех странах, где сохранилось еще влияние религиозной морали,—в католических странах, напр., Италии и Испании,—к абортам прибегают меньше, чем в странах, где влияние религии ослабело. У нас оно также за последнее время сильно пошатнулось. Необходимо, чтобы в сознании нашего общества утвердился какой-либо достаточный эквивалент религиозной морали, особенно в отношении взглядов на брак и деторождение.

Говоря короче, искусственный аборт только тогда исчезнет, когда в нашем обществе создадутся такие социальные отношения, при которых положение женщины-матери будет во всех отношениях не хуже, а лучше положения женщины только любовницы, и это с избытком компенсирует для женщины и муки деторождения, и заботы, связанные с воспитанием ребенка.

Но это, конечно,—дело отдаленного будущего, пока же для борьбы с тем громадным социальным злом, какое представляет из себя искусственный аборт, придется обходиться паллиативными, временными мерами. В качестве таковых мы указали бы, с одной стороны,—вместе с Окинчицем—применение предохранительных мер против зачатия женщинами, для которых деторождение почему-либо является нежелательным, а с другой—широкое ознакомление их с вредными последствиями искусственного выкидыша, при каких бы условиях он ни производился.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Sellheim. Münch. med. Woch., 1926, № 12.—2) Дейчман. Профилакт. Мед., 1926, № 2.—3) Михайлов. Средние русские акушерские итоги за 50 лет по мат. печатных отчетов родовспомогательных учреждений (1840—1890). Дисс. Новг. 1895.—4) Якобсон. Журн. Ак. и Ж. Б., 1912.—5) Перегр. Уральское Мед. Об., 1922, № 1.—6) Нахамкина. Сарат. Вестн. Здравоохр., 1924, № 9—12.—7) Кузнецов. Тр. I С'езда Врачей Вост. Сиб.—8) Гекс. Вест. Совр. Мед., 1925, № 4.—9) Гекс. Там же, 1926, № 10.—10) Бубличенко и Карлин. Журн. Ак. и Ж. Б., 1924, № 3—4.—11) Карлин. Журн. для усов. врачей, 1924, № 6.—12) Шутихин. Отч. в Каз. Мед. Ж., 1926, стр. 1195.—13) Гекс. Аборт в деревне. М. 1925.—14) Флоринская. Гигиена и Эпидем., 1926, № 3.—15) Спирров. Сиб. Мед. Ж., 1926, № 2.—16) Приходько. Сиб. Мед. Ж., 1927, № 1.—17) Выгодский и др. Отчет о ХII Пироговском С'езде. Рус. Врач, 1913.—

- 18) Kubin u. Ber. über die ges. Gyn., Bd. XI.—19) Личкус. Рус. Врач, 1913.—20) Гинзбург. Ленингр. Мед. Ж., 1926, № 2.—21) Перетц. Уральское Мед. Об., 1923, № 2—3.—22) Смирнов. Омский Мед. Ж., 1926, № 6.—23) Ульяновский. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1926, № 6.—24) Майзель. Отч. в Журн. Ак. и Ж. Бол., 1908.—25) Выдрина. Отч. в Рус. Вр., 1909.—26) Париjsкий. Рус. Вр., 1909.—27) Бересневич. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1914.—28) Кауфман Китроссер. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1915.—29) Окинчиц. Журн. Ак. и Ж. Б., 1910, 1912.—30) Хажинский. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1911.—31) Безебек. Отч. Пр. Вр., 1909.—32) Завьялов. Пр. Вр., 1916.—33) Воскресенский. Сиб. Вр., 1915.—34) Васильев. Журн. Ак. и Ж. Б., 1916.—35) Бунин. Ж. Ак. и Ж. Б., т. XXXIV, кн. 1.—36) Перетц. Вр. Газ., 1925, № 17—18.—37) Гайсинская. Мед. Мысль, 1924, № 5—7.—38) Кучков. Сиб. Арх. Теор. и Клин. Мед., т. I, кн. 5—6.—39) Какушкин. Сборник, изд, в честь проф. В. Н. Орлова.—40) Цомакион. Днепропетр. Мед. Ж., 1926, № 7—8.—41) Орлова. Врач. Дело, 1926, № 20.—42) Бондарев. Тр. VI Съезда Рос. Ак., Журн. Ак. и Ж. Бол., 1924, № 3—4.—43) Грудев. Тр. VII Съезда Р. Ак.—44) Ланковиц. Журн. Ак. и Ж. Бол., 1926, № 1.—45) Лебедев. Сар. Вест. Здрав., 1924, № 1—2.—46) Лебедев. Моск. Мед. Ж., 1925, № 2.—47) Шанов. Журн. Акуш. и Ж. Б., 1924, № 3—4.—48) Дрентельн. Клин. Мед., 1924, № 4.—49) Александров. Гин. и Ак., 1922, № 4—5.—50) Скрабанский. Журн. Ак. и Ж. Б., 1924, № 1.—51) Бюллетень НКЗ, 1926, № 4.—52) Окинчиц. Журн. Ак. и Жен. Бол., 1912.—53) Шифлингер. Гин. и Ак., 1927, № 1.
-