

2) разрез через переднюю брюшную стенку (субкостальный разрез) и 3) поясничный разрез.

Рекомендовать один какой-нибудь способ невозможно. Выбор его зависит от расположения гнойника. В приводимых нами случаях операция выполнялась трансабдоминально.

Последующее лечение заключается в тщательном дренировании гнойной полости, обеспечивающем свободный отток гноя.

*Исход* поддиафрагмальных нарывов, предоставленных собственному течению, крайне неблагоприятен. Показания к оперативному вмешательству—абсолютны. Они диктуются цифрами смертности в неоперированных случаях, а именно: Orzós указывает 95%, Oswood—до 100% смертности. Для оперированных случаев смертность вдвое ниже, по Mauid'ю 47,2%, по Körte—35,6% и по Финкельштейну—55,5%.

- Литература.* 1) Ланг Поддиафрагмальные нарывы. Диссерт. 1895 г.—  
2) Финкельштейн. К патолог. и терап. поддиафр. абсцес. Диссерт. 1897 г.—  
3) Трофимов. Поддиафр. нарывы. Вест. хир. и п. обл., т. III, кн. 8.—  
4) Труды XVII съезда рос. хир., стр. 400, 1927 г.—5) Fifield und Love. Рефер. по Нов. хир. арх., т. 13, кн. 3, 1927 г.—6) Orzós. Видоизменение чрезплеврального вскрытия поддиафрагмальных абсцессов. Нов. хир. арх., т. 13, кн. 3, 1927 г.—7) Цимхес. К распознав. и патологии поддиафр. нагр. эхинококков. Каз. мед. ж. 1928 г., № 2.—8) Ваза. Нов. хир. арх., т. 7, кн. 8.—  
9) Бессмертные. К патолог. и к-ке поддиафр. нарыв. Н. X. А., т. 15, кн. 4.—  
10) Савков. К вопросу о поддиафр. нарыв. Н. X. А., т. 12, кн. 46. 1927 г.—  
11) Гроссман. Случай поддиафр. нарыв. Н. X. А., т. 7, кн. 2.—12) O'Brien. Z. Organ. Bd 46, N. 6, 1929 г.—13) Russel. Z. Organ. Bd. 47, N. 12. 1929 г.—  
14) Kirschner und Nordman. Chirurgie.—15) Соколов. Н. В. Неотложн. хир. под ред. Боголюбова. Стр. 182, 1931 г.

---

Из родильного отделения Киевской клинической Октябрьской больницы.  
Зав. д-р. В. А. Хатуnceв.

## О мотивах обращения к подпольному аборту.

Д-р М. И. Магид.

Легализация аборта, как известно, вызвала значительное уменьшение числа подпольных абортов. Однако, в скромных размерах подпольный аборт продолжает существовать и до настоящего времени, за что говорит, хотя и резко павшая, но все еще существующая смертность от сепсиса при неполном аборте.

Разумеется, следует стремиться к 100%-му извлечению аборта из подполья. Для этого необходимо изучить те источники, которые питают подпольный аборт. Мы имеем огромное количество работ, изучающих легальный аборт, работы же, посвященные подпольному аборту, насчитываются единицами. Судить о полном аборте на основании неполного аборта разумеется, нельзя, так как у нас, благодаря легализации, большинство неполных абортов—спонтанные (Магид, Казанск. Мед. Ж. 1930, № 10).

Авторы указывают, что существование подпольного аборта зависит у нас частью от недостатка абортных коек, частью—от нежелания беременных терять время в абортных комиссиях; на селе играет роль отдаленность от больницы, желание скрыть беременность и т. д. Однако, точных данных, какую роль играет каждый из этих факторов, в нашем распоряжении нет.

В нашем послеродовом инфекционном отделении, куда стекаются лихорадочные аборты со всего Киева и из ближайших сел, мы, путем тактичного и настойчивого расспрашивания, добились того, что у нас значительный процент больных с подпольным абортом признается во вмешательстве, что побудило нас заняться всесторонним изучением подпольного аборта. Ниже мы приводим одну часть наших наблюдений.

С целью выяснить причины обращения к подпольному аборту мы спросили у 100 женщин, признавшихся в подпольном вмешательстве, почему они не прибегли к легальному аборту. Сведения собирались в порядке поступления больных, без какого бы то ни было отбора, в течение приблизительно 14-ти месяцев, начиная с зимы 1928 года. Во всех случаях аборт был вызван акушеркой, бабкой или самой беременной. 32 женщины предварительно обратились за ордером в абортную комиссию, остальные 68—сразу прибегли к подпольному аборту.

По социальному положению они распределяются: рабочие и жены рабочих—42, служащие и жены служащих—20, селяне—8, жены военно-служащих—4, учащиеся—1, кустари и жены кустарей—16, прочие—9.

Всех женщин с абортом, произведенным в подпольных условиях, можно разделить на 2 основные группы: А) те, что *могли* произвести аборт в обычных условиях, но *не пожелали* этого сделать, и Б) те, что *не могли* по тем или иным причинам получить в абортных комиссиях ордер на аборт и поэтому *были принуждены* произвести выкидыш подпольно.

Так как женщины иногда приводили в пользу подпольного аборта не один, а два мотива, то на 100 человек приходится 120 различных мотивов.

К мотивам, приводимым 1-й группой больных, относятся:

1) *Желание скрыть беременность или аборт* (5,8%). Если женщина забеременела в результате случайной, скрываемой половой связи, то она иногда не решает обратиться в больницу; отсутствие из дому в течение 2-3 дней не может пройти незаметным, в больнице можно встретить знакомую и, вообще, возможны всякие случайности, благоприятствующие раскрытию тайны. Иногда больной неудобно, чтобы на службе знали о произведенном аборте, например, когда она скрывает самый факт замужества. Во всех этих, правда, немногочисленных случаях, как показывает наша таблица, женщина не делает даже попытки обратиться в абортную комиссию.

2) *Недовольство ранее произведенным абортом в больнице* (10,9%). Главный мотив—это болезненность выскабливания, так как аборт производится в больнице без наркоза (разумеется, вполне основательно, так как наркоз благоприятствует перфорации и кровотечению; к этому следует прибавить еще риск смертности от наркоза, составляющий 1:3—5 тыс.). На некоторых влияют аналогичные заявления знакомых, и они, вообще, не обращаются за ордером, тогда как вспрыскивание жид-

костей или введение бужей, по их словам, почти безболезненны; при последующих схватках болезненность иногда тоже бывает невелика. В 4-х случаях больные заявили, что „вычистки им действуют на нервы“ и поэтому они прибегли к помощи акушерок, которые впрямую им в матку ид. В одном случая больная осталась недовольна предыдущим легальным абортom, заболев после него, в одном случае она обратилась к бабке, услышав от врача, что „выскабливания вредны—их надо избегать“; наконец, в одном случае, больная отметила, что после легального аборта она быстро снова беременеет, а после бабки не беременеет до тех пор, пока кровит. Иными словами, она использовала *endometritis post abortum* как противозачаточное средство!

3) *Потеря времени в ожидании ордера*. Мы видим, что эта группа не так многочисленна, как это думают (15,0%), тем более что в сущности на этот мотив указывают не столько те, что обратились в абортную комиссию, сколько те, что в нее не обращались. Объясняется это тем, что в 1929 году количества абортных коек у нас, в общем, уже хватало, но многие женщины, помня о тех „хвостах“, которые были в 1925—1926 году, по старой памяти избегали обращаться за ордером. Отметим, что, по словам обратившихся за ордером больных, ждать надо было не так уже долго, 5—7—10 дней, но они все же боялись запустить беременность до позднего срока. Действительно, чем больше срок абортов, тем операция труднее и опаснее; с другой стороны, женщина знает, что при беременности выше 3-х месяцев ей легального аборта не станут делать и, вообще, чем выше срок беременности, тем труднее найти лицо, соглашающееся произвести аборт. В 4-х случаях остановка была за документами (справкой о зарплате). Это были большей частью домашние хозяйки, которые должны были представить справку о зарплатке мужа, последние же, будучи против аборта, умышленно не брали таких справок.

4) *Малокультурность и легкомысленное отношение к аборту*. Случаи этой группы составляют 13,3%. Несмотря на ведущуюся сан-просветработу, многие женщины чрезвычайно легкомысленно относятся к подпольному аборту, надеясь на то, что „авось все пройдет благополучно“, „соседка делала и все прошло гладко“ и т. д. Такие больные, в случае осложнений, часто высказывают сожаление о том, что не подверглись легальному аборту. В 3-х случаях больные привели в качестве мотива, что „в больнице плохо“. Для характеристики этих больных укажем, что одна из них была беспризорная, одна—селянка, считавшая, что „дома лучше и спокойнее“, а одна не хотела лечь в больницу, так как „на ней будут учиться практиканты“, а посему она обратилась к бабке. Разумеется, что в основе этих случаев лежала та же малокультурность.

Все перечисленные группы фактически *отказываются* от производства аборта в стенах больницы.

С другой стороны, есть группа женщин, которые, отнюдь не желая производить аборт в подпольных условиях и стремясь попасть в больницу, в силу тех или иных условий поступить не могут и поэтому *принуждены* делать аборт в условиях подполья.

Какие же обстоятельства препятствуют им поступить в больницу?

1) Наиболее значительную группу составляют случаи, где *абортная комиссия отказала или могла отказать* в выдаче ордера на аборт (25,8%). Как известно, при беременности свыше 3-х месяцев аборт по социальным показаниям, как правило, не производится, между тем следящие за сроком последних месячных, нередко обращаются и позднее. Если в течение первых 2—3 месяцев беременности месячные приходят, то даже интеллигентная женщина может „запустить“ беременность. Иногда решение совершить аборт появляется лишь потом (смерть мужа, развод). Большую роль играет незнакомство женщин с контрацептивами, неумение или нежелание их применять, благодаря чему беременности следуют одна за другой с 3—4 месячными промежутками, тогда как такие частые выскабливания являются противопоказанными. Установление факта беременности при неблагоприятных условиях (полнота, метрит, регрессия и т. д.) может затянуться до 8—9 недель, что опять-таки задерживает получение ордера.

Анализ случаев этой группы показывает, что *абортная комиссия* руководствовалась при отказах почти исключительно медицинскими противопоказаниями. В 5-ти случаях имелась беременность свыше 3-х месяцев, в 3-х случаях—воспалительный процесс в придатках, в 2-х случаях—частое повторение абразий, в 4-х случаях—врач сомневался в беременности и, повидимому, основательно, так как наше дальнейшее клиническое наблюдение в части случаев подтвердило, что тут имела место попытка подпольного аборта при отсутствии беременности. Лишь один раз больной было отказано из-за отсутствия социальных показателей. Это весьма существенно, если учесть, что данные получены от больных, которые не прочь взваливать все на *абортные комиссии*, и дает право признать, что *абортные комиссии* руководствовались не формальными соображениями, а медицинскими противопоказаниями.

Мы видим также, что женщины очень хорошо знакомы с мотивами отказа *абортных комиссий* и, зная о наличии у себя противопоказаний, сразу обращаются к подпольному аборту. Отметим тут, что в группу женщин, прибегших к подпольному аборту без обращения в *абортную комиссию* и сомневавшихся в беременности, входят 4 случая, где больные заявили, что они своими манипуляциями хотели вызвать не аборт, а лишь „задержавшиеся месячные“. Говорить об успешности или безуспешности отказов в ордере, наоборот, на основании нашего материала, разумеется, трудно, так как мы знаем лишь о неудачах, но не знаем, в скольких случаях после отказа женщины донесли беременность до срока.

В тех 7-ми случаях, где женщины обратились к подпольному аборту, минуя *абортную комиссию*, считая, что та не найдет у них социальных показаний, обыкновенно речь шла о неосведомленности;—например, они думали, что разрешения даются лишь членам профсоюзов и т. д., и в случае обращения, они, вероятно, могли бы получить ордер.

2) *Платность легального аборта*.—В 13,3% больные указывали, что были принуждены отказаться от легального аборта в виду его платности. Действительно, лишь часть абортов производится бесплатно, большинство уплачивало 8 рублей (1929 г.), включая в эту сумму и 3-4-дневное пребывание в больнице (в настоящее время у нас применяется дифференциальный тариф 3—18 руб., в зависимости от ставки). Является

ли вопрос платности решающим? Мы затрудняемся это сказать. Иногда этот мотив приводят больные с довольно высокой ставкой зарплаты, для которых эта сумма вряд ли является обременительной. Были и такие случаи, когда женщины, даже получив ордер, обращались к бабке, которая делала им аборт за 5—7 руб. Иногда больным, при наличии удостоверения, — аборт мог быть произведен бесплатно или за невысокую плату, но муж, будучи против аборта, умышленно не брал справки о своем заработке или не давал денег на аборт. Среди тех женщин которые, не имея возможности уплатить за аборт, даже не обращались в больницы, были и такие, которым вероятнее всего был бы произведен аборт-бесплатно; как выяснилось, они не знали, что могут просить о бесплатном аборте. Нередко мы имеем проявление малокультурности и неразумного „режима экономии“, где женщина не столько нуждалась в деньгах, сколько „жалела“ их тратить.

3) *Незнание о существовании абортных комиссий* и куда надо обратиться. Вряд ли мы найдем на 12-м году легализации много женщин, не знающих о существовании абортных комиссий. Действительно, эта группа ничтожна—1,7%. В одном случае это была 17-ти-летняя девушка, во 2-м—крестьянка. Попадая в город и желая там произвести аборт, крестьянка не зная, куда обратиться, не имеет часто при себе соответствующих документов и иногда обнаруживает полную беспомощность.

4) *Отдаленность от больницы.* Мотив, приводимый исключительно селянками (6,7%). При расстоянии 25-30 км до больницы, при отсутствии уверенности в немедленном приеме, создаются условия, благоприятствующие подпольному аборту. Интересно отметить, что эти случаи наблюдаются чаще летом, когда часть больниц, в связи с отпускной кампанией, закрывается.

5) *Не на кого оставить детей на время лежания в больнице* (5,0%). Для теперешних семей типична малочисленность. Если муж служит, особенно на разъездной службе, то детей на время аборта приходится оставлять у знакомых, соседей и т. д. В результате 3-4-дневное пребывание в больнице, т.-е. одно из главных *положительных* свойств легального аборта, рассматривается больной как тягость, и она, не желая оставлять детей, прибегает к подпольному аборту.

Чаконец, в 3-х случаях мотивы обращения к подпольному аборту оказались неясными.

Каковы же меры борьбы с остатками подпольного аборта?

Борьба с подпольным абортом является частным случаем борьбы с абортом вообще и в этом отношении меры борьбы заключаются в широких социальных мероприятиях и в замене аборта контрацептивами. Что же касается средств, могущих превратить остатки подпольного аборта хотя бы в легальный, то разнообразию причин, благоприятствующих существованию подпольного аборта, должно соответствовать и разнообразие методов борьбы.

Аборт, совершаемый в подполье из-за желания сохранить в тайне беременность, коренится в условиях старого быта.

Части подпольных абортов, совершаемых при наличии медицинских противопоказаний к легальному аборту, можно будет избежать при более широком применении контрацептивов. Было бы, однако, ошибкой, при

наличии серьезных медицинских противопоказаний, делать аборт только потому, что женщина „угрожает“ обратиться к бабке. Во-первых, не всегда эти „угрозы“ осуществляются, а во-вторых—„легальный“ перитонит нисколько не лучше „подпольного“.

Из других методов борьбы главными являются:

1) Санитарно-просветительная работа с подчеркиванием опасностей аборта, производимого вне больницы акушеркой, бабкой, самой беременной. Одновременно следует указывать и на вред легального аборта, однако, последнее не должно переходить в запугивание, иначе может получиться обратный эффект—обращение в подполье.

2) Расширение числа абортных коек до полного устранения очередей. Прием должен производиться возможно скорее, с доведением всяких формальностей до минимума. В этом отношении вполне целесообразно постановление НКЗ УССР об уничтожении абортных комиссий, предоставляющее врачам консультаций Ох-Мат-Дета право непосредственного направления на аборт.

3) Некоторое увеличение числа бесплатных коек и дальнейшее применение системы дифференциальной оплаты абортной помощи.

4) Предоставление возможности абортирующей, на время ее пребывания в больнице, поместить детей в соответствующее учреждение Ох-Мат-Млада.

---

Из Акушер.-гинеколог. клиники Днепропетровского института для усовершенствования врачей (при 2-й рабочей больнице)  
(Директор— проф. Д. Е. Ш м у н д а к).

## **К профилактике послеродовых заболеваний аутогемотрансфузией.**

**Ассистент М. Я. Рубинштейн.**

За последние годы аутогемотерапия приобрела право гражданства, как один из лечебных методов, почти во всех областях медицины и в частности—в акушерстве и гинекологии. Она явилась прямой наследницей, если можно так выразиться, предыдущих методов лечения—серотерапии, вакцинотерапии и протейнотерапии, содержа в себе сущность того, другого и третьего. Применение аутогемотрансфузии технически значительно проще, чем вакцинотерапия, и особенно аутовакцина.

С другой стороны, влияние аутогемотрансфузии на весь организм более нежное, чем влияние вакцинотерапии; и она может быть применяема в целом ряде тех случаев, где применение вакцины противопоказано.

Применение аутогемотерапии в акушерстве подробно разработано доктором Литваком, но он ее применял исключительно при послеродовых заболеваниях местного и общего характера, хотя большое место и внимание в своем труде уделил и вопросу применения аутогемотрансфузии с целью профилактической.

„Мы должны стремиться поставить каждый индивидуум в такие условия, чтобы он мог уничтожить микроорганизмы в самом начале их появления, либо вышел бы победителем, если все же заболел. В первом слу-