

ствление этой задачи должно проводиться комплексно с ветеринарной службой, на основе специально разработанной системы обязательных мероприятий по ликвидации тениаринхоза и финноза. Большое внимание уделялось вопросу активного выявления больных (метод опроса, лабораторные исследования, путем соскоба и по определению проглотид). Большую роль при экспертизе мяса убойных животных должен сыграть метод биркования. Тормозящее влияние на ликвидацию тениаринхоза оказывает неполный охват больных дегельминтизацией и диспансерным наблюдением.

Отмечен рост дифиллоботриоза в Поволжье и других районах Союза, обусловленный строительством водохранилищ и глубоководных каналов. В ряде краев и областей СССР дифиллоботриоз занимает большое место в краевой патологии (Г. П. Кондратьева — Таллин, Э. В. Лаврова и И. В. Романов — Горький). В профилактике дифиллоботриоза, помимо лечебных и общесанитарных мероприятий, большую роль приобретает санитарно-гельминтологическая экспертиза рыбы. Необходимо разъяснять населению, что заражение широким лентецом связано с такими бытовыми навыками, как употребление в пищу недостаточно термически обработанной и свежепосоленной икры и рыбы. Благоприятные возможности для загрязнения водоемов и заражения промежуточных хозяев дифиллоботридами создаются спуском необезвреженных нечистот из сельских населенных пунктов, неблагоустроенных уборных, а также из уборных судов, пристаней и барж.

В выступлениях был поднят вопрос борьбы с эхинококкозом, чему не уделяется должного внимания. Больные обращаются за медицинской помощью часто на поздних сроках в иноперабельном периоде. Назрела необходимость плановой борьбы с этим заболеванием совместно с ветеринарной организацией.

Отягощающее влияние гельминтов на течение инфекционного процесса было освещено в ряде докладов. В частности, было отмечено неблагоприятное влияние аскаридоза на формирование иммунитета при дифтерии. Поэтому периоду противодифтерийных прививок следует предпосылать массовую дегельминтизацию (В. Я. Царева, В. И. Качурец — Казань и др.).

Вопросу межвидовых взаимоотношений между карликовым цепнем, простейшими и микрофлорой кишечника был посвящен доклад Т. К. Доценко, Э. Л. Свешникова, В. С. Крамарь, Ф. И. Орлова, Л. И. Певцева (Куйбышев). Авторами было установлено, что при наличии карликового цепня чаще обнаруживаются патогенные штаммы стафилококка и патогенные типы кишечной палочки; чаще выделялись штаммы кишечной палочки с пониженной ферментативной активностью; антагонистическая активность культур кишечных палочек была значительно ниже, чем у культур, выделенных у детей с хронической дизентерией, не имеющих гельминтозной инвазии. Эти наблюдения еще раз подтвердили ту большую роль, которую играют гельминты и простейшие в кишечной патологии.

В целях дальнейшего развития гельминтологии и работ по оздоровлению населения от гельминтозов, конференция сочла необходимым: 1) усилить борьбу с гельминтозами с учетом выявленных особенностей краевой эпидемиологии гельминтозов; 2) в борьбе с аскаридозом расширить плановую дегельминтизацию в очагах, осуществляя ее по микроочагам, особенно в селах, рабочих поселках и небольших городах, с этой целью вводится должность дегельминтизатора со средним медицинским образованием; 3) углубить и расширить исследования по выпуску новых антигельминтиков; 4) организовать при лечебно-профилактических учреждениях дневные гельминтологические стационары.

Расширить мероприятия по борьбе с тенидозами и дифиллоботриозом. Обратить особое внимание на лечение гименолепидоза, трихоцефалеза и др.

Доц. В. Я. Царева и Ц. Д. Матт

(Казань)

ДИСКУССИЯ

В № 4 (1962 г.) журнала «Акушерство и гинекология» опубликована статья Б. К. Кващенко, в которой рекомендуется образовывать искусственные влагалища из сигмовидной кишки.

Обладая некоторым опытом в таких операциях, я пришел к убеждению, что наступило время обсудить вопрос о допустимости дальнейшей пропаганды и производства таких операций в условиях социалистического общества.

При формировании влагалища из отрезка кишки мы наносим женщине большую физическую травму, которая не всегда проходит бесследно, а некоторые женщины, как описано в литературе, при таких операциях погибают (по Рабиновичу, смертность — от 5 до 14%). Кроме того, данная реконструктивная операция при отсутствии функционирующей матки не восстанавливает менструальную и детородную

функции женщины. Безусловно, мы не вправе ставить под угрозу здоровье человека и самую его жизнь. Единственно, что допустимо — это поиски безопасных, достигающих той же цели операций по созданию искусственного влагалища.

Желательно, чтобы советские акушеры-гинекологи высказали свое мотивированное мнение по затронутому вопросу.

Проф. П. В. Маненков
(Казань)

ЕЩЕ О ТЕРМИНОЛОГИИ

В № 4 за 1962 г. журнала «Акушерство и гинекология» опубликована статья В. С. Парина «Ягодичные роды». Как известно, нет никаких «ягодичных родов», а есть «роды в ягодичном предлежании». Автор пишет, что ручное влечение, использование крючка, петли при ягодичном предлежании являются методами оказания «ручного пособия». Но дело в том, что все это будет «экстракция плода за ягодицы», а не «ручное пособие по Цовьянову», так как при способе Цовьянова извлечение не допускается.

Проф. П. В. Маненков
(Казань)

О КЛАССИФИКАЦИИ (НОМЕНКЛАТУРЕ) ВРЕМЕНИ ОТХОЖДЕНИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Время отхождения околоплодных вод во многом определяет нормальное течение родового акта. Несвоевременное излитие вод нарушает раскрытие цервикального канала, затягивает роды, способствует возникновению восходящей инфекции, асфиксии плода, то есть создает предпосылки для патологии родов. Практическая значимость времени отхождения околоплодных вод очевидна и не подлежит сомнению. Поэтому затронутый доцентом Р. И. Мовшовичем (Казанский мед. ж., 1962, 3) вопрос о классификации, или, как он называет, номенклатуре отхождения плодных вод, несомненно, заслуживает пристального внимания и обсуждения.

Большинство существующих классификаций недостаточно четки, сбивчивы, особенно в толковании раннего и преждевременного отхождения вод. Последние термины толкуются по-разному и вносят путаницу в номенклатуру.

Большинство классификаций, как правильно отмечает проф. П. В. Маненков, грешат тем, что в основе их лежит неправильное деление понятия, когда определяющие признаки относятся то к началу родов (преждевременный и ранний), то к моменту полного открытия шейки (своевременный и запоздалый).

Нам представляется наиболее отвечающей правилам разработки классификаций и в достаточной мере удовлетворяющей запросам практики классификация, предложенная проф. П. В. Маненковым. В основу ее положено время течения родов, то есть признак, определяющий сроки отхождения вод. Она унифицирует терминологию, использует наиболее приемлемый термин — преждевременный, устраняющий необходимость каких-либо дополнительных разъяснений и разноречивых толкований. Она проста, легко усваивается и хорошо ориентирует практического врача у постели роженицы.

Классификация проф. П. В. Маненкова предполагает четыре срока отхождения вод: преждевременное — до родов, преждевременное — в первом периоде родов, своевременное — при полном открытии зева и запоздалое — во втором периоде родов. Для выдержанности классификации следовало бы во втором сроке — своевременное при полном открытии зева — заменить: своевременное, в конце первого периода родов. Это расширит диапазон понятия «своевременное отхождение вод».

Объективности ради мы не можем считать и классификацию проф. П. В. Маненкова завершенной. Но из всего, что на сегодня предложено, она наиболее приемлема.

Проф. Н. Е. Сидоров
(Казань)

В НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ

ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

После завершения организации филиалов в городах ТАССР Общество в истекшем году окончательно оформилось как республиканское. В районных филиалах Общества (гг. Зеленодольск, Чистополь, Бугульма, Лениногорск, Альметьевск) членами состоят 160 человек. В среднем ежемесячно по филиалам проводились заседания с постановкой демонстраций, рефератов, обобщения опыта и докладов оригинальных работ. 30 июня — 1 июля в Бугульме была проведена научно-практическая конфе-