

проф. Р. М. Ахрем-Ахремович с успехом применял никотиновую кислоту, но-шпа, паниверин.

Э. А. Озол (Казань) сделал оригинальное сообщение о значении корригируемых ортогональных отведений ЭКГ в диагностике гипертрофии сердца (будет опубликовано в Казанском мед. журнале).

Доц. В. Ф. Богоявленский и орд. И. Г. Салихов (Казань)

I СЪЕЗД АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ССР

(27—30/VI 1966 г., Баку)

На съезде обсуждались следующие проблемы: рациональное ведение родов при патологии, перинатальная охрана плода, новообразования женских половых органов.

Рациональное ведение родов

Проф. М. Е. Махмудбекова (Баку) в докладе «Экстрагенитальные заболевания и беременность» показала, что своевременная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезни, гипотонических состояний и сахарного диабета у беременных, выявление фона, на котором развивается беременность, профилактика осложнений и рациональное лечение не только сохраняют здоровье матери, но способствуют рождению полноценного потомства.

Проф. А. И. Белубекян (Баку) изучал течение беременности и родов при гипертонической болезни. При I стадии гипертонической болезни прогноз для матери и плода удовлетворительный, при II стадии, особенно при сочетании с токсикозом беременности, вопрос о прерывании беременности должен решаться индивидуально.

Г. Н. Пугачева (Баку) остановилась на ведении беременности и родов при болезни Верльгофа. Она рекомендует комплексное лечение указанной патологии (преднизолон, введение тромбоцитов, рутин, витамины и др.). Необходимо наблюдение за женщиной со стороны акушера и гематолога, особенно в поздние сроки беременности. Опасными моментами являются позднее послеродовое кровотечение (на 40-й день после родов) и первая менструация после родов.

М. Д. Маилова-Касумова (Баку) исследовала состояние вегетативной нервной системы при гипотонии у беременных. Она рассматривает гипотонию как начальное проявление токсикоза первой половины беременности.

Д. Ш. Зейналова (Баку), анализируя материнскую смертность по Азербайджанской ССР, установила, что в общей структуре причин материнской смертности первое место занимает кровотечение (27,8%), второе — разрывы матки (26,9%), третье — экстрагенитальные заболевания (22,1%).

Л. В. Рыбалко (Донецк) ознакомила делегатов с методикой производства кесарева сечения с изоляцией брюшной полости при инфицированных родах [модификация операции Смита (1940) — трансперитонеального кесарева сечения с выключением брюшной полости].

Ф. Г. Мамедова (Баку) поделилась опытом диагностики и терапии переносимости беременности. Ею установлено, что при перенашивании содержание ацетилхолина в крови понижается и наступает некоторое угнетение выработки эстрогенов.

П. З. Гогилев (Сочи) изложил вопросы профилактики атионических кровотечений. Автор наблюдал действие метилэргометрина (препарат «Спофа»), вводимого внутривенно после отделения последа. Из 300 родильниц кровопотеря свыше 300 мл отмечена у 6 (2%).

Доклады К. Я. Фараджиева (Баку), А. Н. Султановой и А. Г. Зейналовой (Баку), Т. Д. Вехтяевой (Баку) были посвящены анализу мертворождаемости и перинатальной смертности в родовспомогательных учреждениях Азербайджанской ССР. Общереспубликанский показатель перинатальной смертности — 1,4%, по некоторым учреждениям г. Баку — 2,9%. Основные причины гибели детей — родовая травма, асфиксия.

Директор НИИ акушерства и гинекологии Минздрава СССР И. П. Иванов осветил современные аспекты антенатальной профилактики перинатальной смертности при позднем токсикозе беременных. Частота врожденной гипотрофии новорожденных при этом осложнении беременности составляет 37,6%. Профилактика и терапия гипотрофии могут быть более эффективными, если они начаты во внутриутробном периоде. Женщины назначают метионин в сочетании с богатой полноценными белками пищей, витамины Е, В₁₂, фолиевую кислоту, вводят плазму и проводят кислородную терапию. Лечение продолжают и в периоде новорожденности (витамин В₁₂, внутривенное вливание плазмы, введение гамма-глобулина, апилака).

Проф. В. Ф. Матвеева (Харьков) пришла к выводу, что внедрение в практику отсасывания слизи из дыхательных путей плода еще до рождения туловища, аппаратное искусственное дыхание, начатое немедленно вслед за рождением ребенка, и создание оптимальной температуры внешней среды способствуют снижению перинатальной смертности.

З. М. Топчибаева (Баку) остановилась на вопросах профилактики смертности новорожденных от первородящих старше 30 лет. При гормональной подготовке, ранней активации родов окситоцином, введении спазмолитиков значительно улучшаются показатели исхода родов как для матери, так и для плода.

В. Г. Мдивани (Тбилиси) сообщил о результате изучения хромосомных нарушений у новорожденных. Обследовано свыше 5 тыс. новорожденных. Изучен половой хроматин в ядрах эпителия слизистой оболочки рта. Выяснилось, что у мальчиков чаще встречаются аномалии по половым хромосомам (синдром Клейнфельтера), а у девочек — случаи синдрома Шершевского — Тернера, а также трисомия-X по половой хромосоме.

Показаниям к применению акушерских щипцов были посвящены доклады А. Е. Одишария (Тбилиси) и И. М. Мустафаева (Баку). На основании изучения ЭЭГ, ЭКГ, неврологического статуса, исследования глазного дна, ближайших и отдаленных результатов (до 15 лет) авторы пришли к выводу, что использование акушерских щипцов, особенно полостных, часто ведет к травмам; они должны применяться возможно реже. Вакуум-экстракция, по данным докладчиков, является операцией, менее травмирующей плод.

Е. М. Фатеева (Москва) ознакомила делегатов с результатами катamnестических наблюдений над детьми с отягощенным перинатальным анамнезом, страдающими упорной дистрофией. Многолетние исследования позволили подтвердить несомненную связь между отягощенными обстоятельствами раннего анамнеза и нарушением гармонического психо-физического развития ребенка в дошкольном и школьном возрасте. Последовательное, регулярное лечение приводит к выздоровлению ребенка (из 113 детей у 88 отмечено улучшение, у 37 — выздоровление). Катamnестические исследования у 50 детей-гипотрофиков, родившихся от матерей, страдавших нефропатией, подтвердили положительное влияние специальных терапевтических мероприятий в антенатальном периоде.

А. М. Али-Заде (Баку) обратил внимание делегатов на вопросы хирургической помощи новорожденным. Совместная работа педиатра и детского хирурга по выявлению врожденных дефектов, требующих неотложного хирургического вмешательства, способствует значительному уменьшению смертности новорожденных.

Новообразования женских половых органов

Проф. А. Н. Гусейнов (Баку) с успехом применяет при фибромиомах матки миометрэктомия с оставлением слизистой и тонкого слоя мышечной стенки, что сохраняет менструацию с присущим ей значением для женского организма.

М. Е. Папиташивили (Тбилиси) отстаивает консервативно-пластический метод операции при фибромиомах матки как один из факторов борьбы с преждевременным старением женщины. Успех этой борьбы связан с оставлением эндометрия, стимулирующего деятельность яичников.

Х. Г. Канбай (Баку) миометрэктомия по методу А. Н. Гусейнова дополняет оментопексией (подшиванием сальника) с целью усиления кровоснабжения образованной «матки». Менструальная функция сохранилась у 82% женщин.

Г. С. Самойлова и Н. Е. Кротова (Москва) описали особенности клиники и лечения опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек. Они считают необходимым использование дополнительных методов диагностики (урография, рентгенография и др.) у детей.

Е. М. Караева (Баку) сообщила о цитологической диагностике предрака и рака цервикального канала шейки матки. Использована комплексная цитологическая микроскопия: нативные препараты в светопольной микроскопии, люминесцентная микроскопия, окрашенные препараты.

По данным Е. Е. Вишневской (Минск) лимфография позволила получить точные топографоанатомические данные о локализации пораженного регионарного лимфоаппарата и более целенаправленно выбрать лечение.

Ш. Б. Кулиев и Д. Ш. Алескеров (Баку) отметили, что лимфография является ценным дополнительным тестом, позволяющим установить степень распространенности злокачественной опухоли и обеспечить визуальный контроль над эффективностью проведенного лечения.

Ф. А. Сыроватко и А. А. Нестерова (Москва) привели данные о радиоизотопной диагностике злокачественных опухолей женских половых органов. В целях радиоиндикации применялись P^{32} и сцинтилляционный бета-датчик. Радиоизотопный метод может быть использован как метод прицельной радиоиндикации для распознавания рака шейки матки, для контроля эффективности проведенного лечения лучами Рентгена и для экспресс-диагностики злокачественных опухолей яичников во время операции. Поглощение изотопа опухолевой тканью (до 160—200%) свидетельствует о злокачественном характере образования.

А. Г. Наджаров, Э. Д. Радибекова, М. Г. Сухинина (Баку) доложили об опыте комплексного лечения злокачественных новообразований яичников и матки. При лечении использовались хирургический, лучевой, гормональный и химиотерапевтический (тио-тэф) виды терапии. Авторы обратили внимание на тио-тэф как на один из важных компонентов комплексной терапии.

Г. М. Гершкович (Баку) ознакомила делегатов с новым видом лечения эрозий шейки матки — применением ферментов химиотрипсина и ронидазы. Ферменты воздействовали только на пораженную ткань, не оказывая литического действия на здоровые клетки. Метод лечения, по данным автора, оказался достаточно эффективным: полная эпителизация эрозии наступила у 50 из 61 женщины.

К. В. Воронин (Казань)

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 616—089.888.15

О ЗАМЕНЕ ТЕРМИНОВ «РОДОСТИМУЛЯЦИЯ» И «РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ» СЛОВАМИ «ВЫЗЫВАНИЕ» И «УСИЛЕНИЕ» РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

При изучении вопроса о вызывании и усилении родовой деятельности в случае преждевременного отхождения вод и слабости родовой деятельности мы испытываем немалое затруднение в связи с тем, что в акушерстве прочно укрепились термины «стимулировать» и «стимуляция», которые разными авторами воспринимаются по-разному и применяются с различными целями.

Одни под этими терминами разумеют как усиление слабой родовой деятельности, так и вызывание родов (Р. И. Калганова, Л. С. Зейванг и Т. Н. Мороз, 1958; А. П. Черная, Л. М. Колегаева, М. А. Гранильщикова, 1958; А. С. Толстых, 1958). Р. И. Калганова пишет, что «при установлении слабости родовой деятельности назначается стимуляция»; «при преждевременном излитии вод, если родовая деятельность не развивается, ...применяются родостимулирующие средства» (Тр. I Всеросс. конф. акушеров и гинекологов, 1958, стр. 34). И. Ф. Жордания, касаясь вопроса о тактике акушера при преждевременном отхождении вод у женщин с недоношенной беременностью, пишет: «...Другое дело, если преждевременное отхождение вод происходит при неправильном положении плода, узком тазе, при наличии признаков инфекции и других дополнительно осложняющих беременность обстоятельств. В таких случаях должна быть проведена стимуляция родовой деятельности по вышеизложенным принципам...» (Учебник по акушерству, 1964, стр. 338).

Другие авторы для обозначения усиления родовой деятельности применяют термин «стимуляция», а вызывания родов — «родовозбуждение» (И. И. Яковлев. Тр. I Всеросс. конф. акушеров и гинекологов, 1958, стр. 21).

Такая путаница в применении термина «стимуляция» вносит затруднение в практическую и научную деятельность акушера, не позволяя порой понять, что производил автор, когда он говорит о стимуляции, — усиление ли слабой родовой деятельности или вызывание отсутствующей родовой деятельности. А это не одно и то же. И мероприятия, проводимые для той и другой цели, и возможности достижения эффекта в том и другом случае далеко не одинаковы. Термин «родовозбуждение» также подлежит критике, ибо в термин «родовозбуждение» можно вкладывать понятие и вызывания, и усиления родовой деятельности.

Для устранения неясности в этом вопросе мы предлагаем отказаться от терминов «родостимуляция» и «родовозбуждение» и заменить их понятными русскими терминами «вызывание» и «усиление» родовой деятельности.

Особенно важно разделение этих понятий в случаях, когда речь идет о беременности с преждевременным отхождением вод до родов при недоношенной беременности. Вызывание родовой деятельности в этих случаях, на наш взгляд, не мотивированно, если нет особых показаний (эндометрит в родах, тяжелые токсикозы беременности и др.).

Проф. П. В. Маненков (Казань) и Т. А. Миронова (Пермь)