

Проф. П. МАНЕНКОВ

## Итоги второго съезда акушеров и гинекологов Украины

Второй съезд акушеров и гинекологов Украинской ССР состоялся в Киеве с 20 по 25 декабря 1938 года. На съезде присутствовало 409 делегатов и 229 гостей из Украины и братских республик.

На повестке дня съезда стояли три практически важных вопроса: 1) организация родовспоможения, 2) обезболивание родов и 3) рак женской половой сферы. Кроме того, было заслушано около 40 докладов по различным другим вопросам акушерства и гинекологии.

Съезд прошел под знаком перестройки направления и характера научных съездов, соответственно требованиям советской науки. Это выразилось в том, что: 1) съезд обсудил самые важные практические вопросы акушерства и гинекологии; 2) обсуждение шло в увязке теории и практики; 3) к обсуждению были привлечены не только старые и признанные руководители науки, но также молодые работники, в том числе участковые врачи; 4) съезд предпринял шаги к согласованию разноречивых взглядов различных советских акушерско-гинекологических школ по основным практическим вопросам с целью создать единую советскую акушерско-гинекологическую школу и тем облегчить деятельность практического врача. Старательно ликвидировалась далее на этом съезде постоянная болезнь прежних акушерско-гинекологических съездов—протаскивание выступающими в прениях своих докладов.

По первому вопросу повестки дня съезда—организация родовспоможения—было заслушано 3 доклада и 11 содокладов. В докладах затронуты общие вопросы организации родовспоможения, а именно: 1) обзор состояния родовспоможения в СССР (д-р Гиодман), 2) обзор состояния родовспоможения на Украине (зам. наркомздрава УССР тов. Калиниченко) и 3) пути и методы дальнейшего развития и повышения качества акушерской помощи (проф. Лурье). В содокладах освещены частные вопросы акушерства, определяющие качество родовспоможения, а именно: 1) врачебные ошибки в акушерстве, 2) послеродовые септические заболевания, 3) эклампсия, 4) акушерские кровотечения, 5) уход за новорожденными и причины их смертности, 6) септический аборт и 7) методы работы женской консультации.

В первых двух докладах обращено внимание на борьбу с материнской и детской смертностью, на борьбу с абортom, на помощь научно-исследовательских институтов в организации родовспоможения, на подготовку кадров акушеров, акушерок и медсестер, на повышение их квалификации, на работу социально-правовых кабинетов при консультациях, на рост и улучшение работы колхозных роддомов и акушерских пунктов.

Проф. Лурье в своем докладе выдвинул очень важную задачу—положить начало развитию единой советской акушерской школы, построенной на опыте лучших отечественных школ с учетом передового опыта Западной Европы и Америки. Докладчик предостерегает от некритического слепого следования всему иностранному, а в особенности от массовых оперативных вмешательств и радикализма в акушерстве, дающих высокую материнскую и детскую смертность. В докладе намечены пути и способы повышения качества акушерской работы.

Выступавшие в прениях отметили, что одним из основных вопросов родовспоможения является борьба с абортами. Единодушно осуждены имевшие место попытки свернуть родкойки и подчеркнута необходимость увеличения количества родкоек и улучшения качества обслуживания рожениц и новорожденных.

В своей резолюции по основным докладом съезд указал, что в настоящее время в Советском Союзе есть полная возможность осуществить мечту лучших мировых ученых и положить начало оформлению и созданию единой научно-обоснованной, проверенной практикой, методики медицинской и организационной работы. Унифицированная методика в акушерской работе даст возможность довести ряд принципов, проводимых в лучших клиниках, до районной больницы. Этим будет положено начало созданию коллективной, а не индивидуалистической школы—единой советской акушерской школы. В основу такой школы, съезд полагает, и будут положены все его постановления, указанные в резолюциях.

Один из содокладов (д-ра Сосенковой, Киев) был посвящен врачебным ошибкам в акушерстве и методам борьбы с ними. Врачебной ошибкой, по мнению докладчицы, следует считать всякое действие врача, причинившее вред больному, если оно не зависит от несовершенства науки. Ошибки делятся на 4 группы: 1) ошибки, зависящие от невежества врача и отставания от современного уровня науки, 2) от чрезмерного увлечения радикализмом, 3) от недостатков общей организации дела в лечебном учреждении и 4) от небрежности и халатности.

Анализ материнской смертности на Украине за 6 мес. 1938 г. показал, что такие ошибки чаще всего встречались в случаях смерти: 1) от сепсиса—оставление частей последа в матке, неправильное ведение лихорадочных родов и аборт, активное, без показаний, вмешательство при родах, плохая санитарная организация в род-учреждении; 2) от кровоточения—неправильное ведение родов при предлежании плаценты, разрывы матки при неправильных акушерских вмешательствах, нераспознавание разрыва матки и внематочной беременности, несвоевременное принятие мер при кровотечениях, переливание несовместимой крови; 3) от токсемии (токсикоза)—при нераспознанном в консультации и в роддоме токсикозе, недосмотр за экламптикой и 4) от сопутствующих заболеваний—не замеченные в консультации и роддоме тяжелые заболевания сердца, легких и почек.

К ошибкам по небрежности и халатности докладчица относит—выписку из род-отделения с кровотечением без точного диагноза, впрыскивание неназначенных лекарств, оставление инородных тел в брюшной полости, недосмотр за больной (падение экламптики, самоубийство в психозе и пр.)

Для борьбы с такими ошибками д-р Сосенкова рекомендует следующие меры: 1) тщательный разбор ошибок с деловой критикой и самокритикой на конференциях со всем медперсоналом род-учреждения и на заседаниях научных обществ, 2) строгий контроль со стороны органов здравоохранения за всеми случаями смерти и осложнений в связи с беременностью и родами, 3) создание при органах здравоохранения специальных комиссий для рассмотрения каждого такого случая, 4) шефство клиник над районными больницами, 5) введение в курс акушерства главы „об ошибках в акушерстве“ и 6) выяснение всех спорных вопросов акушерства на съезде акушеров и гинекологов.

Съезд в своей резолюции указал, что 1) необходимо создать не только республиканские, но и областные комиссии по родовспоможению, которые должны разбирать каждый случай мертворождения и материнской смертности, причем эти комиссии ни в коем случае не должны подменять административно-судебные органы, а должны быть исключительно школой для врачей, местом, куда бы любой районный врач мог обратиться за медицинским советом по акушерству; 2) нужно требовать от врачей точной записи о течении родов и подробной записи показаний и условий операции. Далее, по отдельным вопросам ведения родов в резолюции съезда предлагается следующее:

- 1) Не расширять показания к кесарскому сечению,
- 2) Избегать абдоминального кесарского сечения при инфицированных и лихорадочных родах; такая операция может быть сделана лишь при категорическом желании матери иметь ребенка и после предупреждения родных о всех опасностях этой операции.
- 3) Там, где врач имеется, осмотр последа обязательно производится лично врачом.
- 4) Не оставлять последа в матке свыше 3 часов после окончания второго периода родов.
- 5) Проводить лихорадочные роды возможно более консервативно.
- 6) В случае надобности, не ограничиваться ректальным исследованием, а производить влагалищное и в консультации для беременных и во время родов.
- 7) В случае сомнения в целостности последа, наряду с тщательным осмотром последа, проводить пробы на его целостность; в случае же подозрения на оставшуюся в матке дольку последа, съезд считает необходимым производить обследование полости матки.
- 8) При двойнях, второй плод, лежащий продольно, извлекается не позже, чем через 2 часа после рождения первого плода.
- 9) Обратит внимание врачей на недопустимость таких „ошибок“, как поворот на ножку при запущенном поперечном положении, наложение высоких щипцов на подвижную головку, просмотр поперечного положения, впрыскивание питуитрина небольшими дозами при высоко стоящей головке.

Вопросу о послеродовых септических заболеваниях было посвящено 3 содоклада. В одном из них (проф. Янкелевич, Киев) затронуты классификация и учет послеродовых инфекционных заболеваний. Докладчик выдвигает пусть несколько условную, но единую классификацию, которую он предлагает признать обязательной для всех лечучреждений.

а) инфекционные заболевания, не связанные с половыми органами, б) местные заболевания влагалища и матки (пуерперальные язвы, putridный эндометрит, септический эндометрит, острый метрит), в) локализованные заболевания, вышедшие за пределы матки (сальпингит, оофорит, параметрит, периметрит, местный перитонит, тромбфлебит), г) общие септические заболевания (диффузный перитонит, септицемия, инемия).

Во втором содокладе (проф. Николаев, Сталино) фиксируется внимание на профилактике послеродовой септической инфекции и предлагаются с этой целью следующие обязательные меры для родучреждений: а) строгое соблюдение санитарно-пропускной системы, б) устранение капельной инфекции применением защитных масок, в) очищение воздуха распылением хлорной воды, г) периодический бактериологический контроль рук, материалов, воздуха помещений и пр., д) дача за 2—3 дня до родов (или даже с момента поступления в роддом) стрептоцида (стимулирует ретикуло-эндотелий), симпатомиметина (продукт кислотного гидролиза фибрина) и витаминов А и С. Кроме того, проф. Николаев рекомендует стерильные индивидуальные пакеты для рожениц, состоящие из косынки, сорочки, чулок и подстилки; повторную в течение родов очистку наружных половых органов смесью следующего состава—ас. lactici 1,0, Spig. vini rect.—70%—100,0, ruocastani 0,1 и обработку суден кипячением с последующим периодическим погружением в 1—2% хлорную воду.

Третий содокладчик (проф. Шмундак, Днепропетровск) осветил вопросы лечения септических заболеваний. Метод лечения должен быть комплексным: покой, питание (витамины,) уход (помещение, кожа), лекарства (стрептоцид, соли серебра, уротропин, хлористый кальций), автогемотерапия, сыворотка, глюкоза под кожу и в клизме. К лечению нужно приступать как можно раньше.

В прениях по этим трем содокладам особенно затронут содоклад проф. Николаева. Поддерживая, в основном, предложения докладчика, выступившие рекомендовали применение защитных масок не только персоналом, но и матерями.

В резолюции съезд вынес следующее решение по вопросу о послеродовых септических заболеваниях:

1) В целях учета материнской заболеваемости и смертности и правильного анализа каждого случая, необходимо дополнить существующие отчеты роддомов классификацией септических заболеваний.

2) Съезд рекомендует институтам и научно-исследовательским учреждениям начать изучение и применение стрептоцида в консультациях, как профилактического средства против септических заболеваний; результаты этого мероприятия обсудить на следующем съезде акушеров-гинекологов Украины.

3) Съезд рекомендует ввести в тематику институтов на 1939 г. вопрос о сепсисе.

4) Производить исследование влагалищной флоры у беременных во всех сомнительных случаях, выявлять среди беременных и лечить больных гонореей, лечить беременных с гнойными белями.

5) Производить санацию рта всем беременным женщинам.

6) Осуществлять изоляцию всех лихорадящих рожениц и родильниц немедленно по выявлении их.

7) Ввести во всех родучреждениях обязательную систему проведения родов в масках и на стерильном белье; для каждого новорожденного заготавливать стерильный пакет.

8) Обязательно проводить раннюю терапию у женщин с подозрением на септическое заболевание. С целью ранней диагностики септических заболеваний производить как можно раньше соответствующие исследования (кровь, флора влагалища и пр.)

9) В случае продолжительного нахождения разложившегося последа или его дольки в полости матки, а также при наличии септических послеродовых кровотечениях, врачу предоставляется право выбора метода лечения.

10) Недопустима выписка родильниц с субфебрильной температурой до выяснения причин субфебрильности;

11) Родильниц, перенесших длительное септическое заболевание, рекомендуется выписывать не раньше, чем через 10 дней от начала нормальной температуры.

12) Родильниц, перенесших 2—3-кратное повышение температуры выше 38°, рекомендуется выписывать не раньше, чем через 3—5 дней от начала нормальной температуры.

Проф. Сахарова (Одесса) в содокладе на тему „Эклампсия и современное состояние методов лечения ее“ рекомендует индивидуализировать и комбинировать лечебные средства. В прениях рекомендовалась осторожность с применением больших доз сернокислой магнезии—лучше всего вводить pro dosi 2,0 сернокислой магнезии с глюкозой.

В резолюции по вопросу о токсемиях съезд рекомендует: 1) обязательно произ-



водить исследование мочи, измерение кровяного давления у каждой беременной, взвешивание ее при посещении консультации; 2) проводить консервативный метод лечения эклампсии, как наиболее безопасный и бережный; 3) как можно раньше госпитализировать и лечить больных токсикозами; 4) обязательный разбор каждого случая эклампсии в роддомах совместно с врачами консультаций; 5) ограничить количество выпускаемой при эклампсии крови 800—1000 см<sup>3</sup> в один прием.

Акушерским кровотечениям посвящен содоклад проф. Ольшанецкого (Киев). Последний указывает, что 30% случаев материнской смертности зависит от кровотечений. Для контроля за кровопотерей нужно пользоваться определением количества Ег. и процента Нв. Измерение кровяного давления—менее надежный способ контроля. При вхождении рукой в матку докладчик рекомендует пользоваться, вместо рукава Окинчица, рукавом из тонкой резины.

В резолюции по этому вопросу съезд указал: 1) обязательно а) во всех родучреждениях измерять или взвешивать теряемую в родах кровь и б) производить переливание крови в послеродовом периоде при кровопотере с явлениями анемии; 2) невозможность в настоящих условиях установить действительные показания к удалению матки при атонических кровотечениях врач, в случае гибели больной при этом не может быть обвинен, если он не сделал подобной операции; 3) необходимость помещать в стационар всех больных с кровотечениями во время беременности.

Вопрос о новорожденных затронут в трех содокладах. Доц. Зеленский (Днепропетровск) остановился на организации работы в палатах для новорожденных. Из того факта, что 80% умирающих новорожденных—недоноски, вытекает, по мнению докладчика, значение ухода за недоносками.

Доц. Новик (Киев) обрисовал механизм и клинику повреждений двигательного аппарата у новорожденных. Самый частый вид таких повреждений—перелом ключицы.

Проф. Буйко (Киев) в своем содокладе коснулся вопроса о мертворождаемости и мерах борьбы с нею. Среди этих мер главной является—правильное ведение периода изгнания. Немалое значение имеют: 1) устранение наркотиков во втором периоде родов, 2) оказание ручного пособия врачу; 3) устранение при оживлении новорожденного травмирующих способов.

В прениях имелись возражения против отклонения проф. Буйко таких общепринятых способов оживления новорожденного, как способ Сильвестра.

В резолюции по этим содокладам съезд постановил:

1) рекомендовать институтам изучить вопрос о потребности беременных в витаминах и на следующем съезде принять по этому вопросу решение.

2) Широко применять р. Вассермана у беременных, а беременных, болеющих сифилисом, как можно раньше лечить.

3) Для борьбы с недоношенностью рекомендовать применение в консультациях, в зависимости от случая, препаратов йода, желтого тела, витамина С, сыворотки крови беременных, тиреоидина и пр.

4) Считать необходимым, чтобы роды при тазовом предлежании, дающие большой процент мертворождаемости, проводились врачом (где он есть).

5) Рекомендовать клиникам, в качестве опыта, провести наблюдение за родами без поддержания промежности.

6) Считать недопустимым применение способа Шульце при оживлении новорожденных.

7) Оживлять новорожденного должен врач (там, где он есть), и притом, бережными способами.

8) Осторожно относиться к применению питуитрина во втором периоде родов.

По поводу септического аборта содокладчиком выступал проф. Цомакион (Одесса), отметивший, что в лечении такого аборта ни активный, ни консервативный методы не являются исчерпывающими. Применение этих методов следует индивидуализировать. В резолюции съезд высказался за консервативное ведение лихорадочного аборта до падения температуры, но в отдельных случаях признал допустимым применение и других методов лечения аборта, установленных наукой.

Методике работы женской консультации был посвящен последний содоклад (проф. Константинов, Харьков).

По второму программному вопросу—обезболивание родов—было заслушано 2 доклада и 5 содокладов.

В докладах и содокладах затронуты вопросы организации обезболивания родов (проф. Лозинский, Киев), клинической фармакодинамики обезболивающих средств (проф. Хохлов, Петровский, из Днепропетровска), обезболивания веселящим газом (доц. Венцковский, Киев), обезболивания внушением (проф. Платонов, Харьков, и Вигдорович, Ленинград) и родоускорения (проф. Щербина, Харьков).

Из доклада проф. Лозинского видно, что за 1937 г. на Украине обезболено 28% всех родов. Дальнейшая разработка обезболивания родов должна быть направлена



по пути изыскания простых средств, безвредных для матери и плода. Для обезбоживания родов необходима соответствующая обстановка, в крупных родучреждениях желателен отдельный персонал—врач, акушерка. Доклады по фармакодинамике обезболивающих средств дают представление о вредном и полезном действии последних. Блокирование зон Геда (по Вишневскому, Лурье) усилит сокращения матки. Морфий замедляет окислительные процессы в тканях. Барбитуровые препараты и морфий переходят в молоко. При обезбоживании родов нужно руководствоваться не степенью открытия, а наличием болей.

По поводу обезбоживания родов веселящим газом (закись азота) Венцовский указывает, что чистая закись азота и закись азота в смеси с кислородом, в виду их токсичности, не годятся для обезбоживания родов. Хорошим обезболивающим средством, однако не самостоятельным, а только подсобным, является смесь закиси с воздухом. Докладчик считает его противопоказанным при токсикозах.

Проф. Платонов и д-р Вигдорович представили большой материал по обезбоживанию родов индивидуальным и коллективным внушением и рекомендуют этот метод для массовой подготовки беременных к родам. Положительные результаты получены в 60—80% случаев.

Проф. Щербина тесно связывает вопрос обезбоживания родов с вопросом ускорения родов и рекомендует ускорение родов по методу Штейна не только в акушерских отделениях, но и в колхозных роддомах.

В резолюции съезд сделал по болеутолению при родах следующие предложения:

- 1) считать первоочередной задачей всех врачей акушеров-гинекологов широкое болеутоление при родах.
- 2) Следует обезбоживать нормальные роды, сопровождающиеся ясно выраженной болью.
- 3) Среди различных способов болеутоления должно быть уделено надлежащее внимание внушению.
- 4) Дальнейшую разработку болеутоления при родах направить по пути изыскания методов, безвредных для матери и плода и в то же время простых. Сюда относится болеутоление при помощи тепла, холода, света, сухих банок, компрессов и пр.
- 5) Создать в родучреждениях условия, благоприятные для болеутоления (тишина, изоляция, затемнение), в больших роддомах желателен для проведения болеутоления отдельный персонал—акушерка, врач.
- 6) Требовать отчеты по болеутолению при родах от всех родоучреждений, включая колхозные роддома.
- 7) Закись азота рекомендовать для применения в крупных роддомах под наблюдением врача.
- 8) Вопрос об ускорении родов подвергнуть изучению в институтах и научно-исследовательских учреждениях.

По третьему программному вопросу—о раке женской половой сферы—выступили два докладчика (проф. Какушкин и Архангельский) и четыре содокладчика (проф. Чудновский и д-ра Лехтман, Матвеев и Колегаев).

Проф. Какушкин (Харьков), изложивший клинику рака матки, различает при этом заболевании 3 стадии: 1) предрасполагающая, 2) предраковый период эрозии, лейкоплекии) и 3) рак (бессимптомный период и период с симптомами). Лечить нужно не только рак, но и предраковое состояние. Лучше всего—хирургическое удаление предракового очага. Лечение рака заключается в комбинации радиотерапии, радикальной операции и профилактической рентгенотерапии. Современная методика радиотерапии рака матки имеет много существенных недостатков и требует серьезной переработки.

Проф. Архангельский (Москва) в докладе „Борьба с раком матки“ считает основными разделами а) санитарно-просветительную работу, б) улучшение ранней диагностики, в) правильный статистический учет форм рака и эффекта лечения и г) разработку наиболее современных форм хирургической и лучевой терапии. Мерами по улучшению ранней диагностики рака матки являются: а) подготовка врачей и студентов, б) улучшение диагностических приемов. Проба Шиллера на рак ненадежна. Оттеняет диагностическую ценность способа Сиредея для распознавания рака тела матки и цервикального канала (появление крови из матки при резком сгибании ее вперед), и своей модификации этого способа (появление крови при разминании матки). Наилучшим способом ранней диагностики рака матки является гистологическое исследование биопсированного кусочка.

Для правильного статистического учета необходимо придерживаться требований международной статистики, принятой Лигой Наций. По требованию этой статистики рак матки классифицируется по 4 группам: 1) раковые поражения только шейки матки; 2) поражения шейки матки с окружающими ее тканями, причем здесь различается 3 формы—а) параметральная, когда раковая опухоль проникает в параметрий,

не достигая стенок таза, б) влагалищная—опухоль переходит на влагалище, не доходя нижней трети и в) маточная—рак распространяется с шейки на тело матки; 3) поражение шейки матки с окружающими ее тканями в 3 формах: а) параметральная—поражение параметрии до стенок таза, б) влагалищная—захватывается и нижняя треть влагалища и в) с метастазами в железы и 4) рак шейки с поражением соседних и отдаленных органов в 3 формах: а) везикальная—переход раковой опухоли на мочевой пузырь, б) ректальная—на прямую кишку и в) распространение метастазов по всему организму. По этой же статистике следует учитывать абсолютную операбильность (отношение количества оперированных раковых б-х к количеству обратившихся в амбулаторию) и относительную операбильность (отношение количества оперированных к количеству принятых для лечения). Излеченными считаются только те больные, у которых спустя 5 лет после лечения рецидива не обнаружено.

Лечение 1 группы раков заключается или в применении только лучистой энергии или в радикальной операции+лучистая энергия; в случаях 2 и 3 группы раков матки показана лучевая терапия. При выборе способа лечения имеют значение данные гистологического исследования раковой опухоли. Зрелые формы рака дают лучший результат при хирургическом лечении, незрелые—при лучевой терапии.

Из содокладов по вопросу о раке женской половой сферы следует отметить содоклад д-ра Колегаева (Киев) на тему: „К вопросу о лейкоплакиях слизистой шейки матки“. Лейкоплакия—гиперкератоз. Это изменение, по мнению докладчика, должно рассматриваться как прекарциноматоз. Лейкоплакии (38 случ.) встретились докладчику в соотношении 1 сл. лейкоплакии на 187 первичных гинекологических больных; в 2,6% они перешли в рак. При лечении эрозий и лейкоплакий необходимо ограничить столь распространенное применение раздражающих и прижигающих средств. Свой содоклад д-р Колегаев сопровождал демонстрацией прекрасных фотографий, которые, между прочим, убеждают в важности применения кольпоскопа для диагностики лейкоплакий. В связи с этим возникает необходимость массового изготовления кольпоскопов.

В оживленных прениях по вопросу о раке выступавшие коснулись: 1) неясности определения понятия „предраковое состояние“, 2) необходимости сочетать при диагностике ранних форм рака гистологическую картину с клинической, не полагаясь только на гистологическое исследование. Много споров вызвал вопрос о профилактических операциях, об оставлении шейки матки при операции по поводу фибромы, о дренаже при операции и др.

В резолюции по вопросу о раке женской половой сферы съезд признал, что 1) участковому врачу посылить своевременная диагностика рака, 2) для диагностики рака половых органов необходимо исследование влагалищными зеркалами, 3) необходимо отбирать всех подозрительных по раку больных и тщательно наблюдать за ними, 4) при подозрении на рак матки нужно применять биопсию, 5) нужно увеличить количество радия, рентгеноустановок и коек для раковых больных, 6) раковых больных следует принимать вне очереди, 7) необходимы обещания для инкурабельных и лечащихся больных, 8) нужно обеспечить бесплатным проездом раковых больных, 9) на онкологическом пункте должен быть гинеколог, 10) необходимо наладить точную статистику рака, придерживаясь требований международной статистики, 11) в борьбе с раком важна широкая пропаганда о ранних симптомах рака и 12) следует осудить лечение раковых больных непроверенными средствами.

Особо следует выделить доклады, посвященные вопросу о бесплодии женщин (проф. Брауде, проф. Живатов). Проф. Брауде (Москва) указывает, что мужское бесплодие, как причина бесплодных браков, встречается, приблизительно в 10% случаев. В бесплодии, кроме общезвестных факторов, могут играть известную роль: слизь шейки матки и авитаминозы. Бесплодным следует считать такой брак, когда нет детей в течение трех лет брака. При отсутствии детей в течение двух лет—брак является подозрительным на бесплодие. Оба докладчика лучшим методом лечения бесплодия признают консервативный метод.

Заслуживает внимания доклад проф. Третьякова (Ашхабад), который предлагает для пластических целей при операции использовать человеческую плаценту. Демонстрация свежего препарата с трансплантатом плаценты на кишке у кролика подтверждает ценность предложения докладчика.

Наконец, упомяну о предложении проф. Сердюкова (Москва)—применять при операции кесарского сечения поперечный цервикальный разрез и о попытке проф. Лейбчика (Свердловск) использовать закись азота для анестезии при гинекологических операциях.