

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### ДЕСЯТЫЙ ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ в МОСКВЕ (11—18 декабря 1957 г.)

Спустя 22 года после 9 Всесоюзного съезда (1935 г.), с 11 по 18 декабря 1957 г. в Москве, в Колонном зале Дома Союзов проводил свою работу 10 Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов. На съезде присутствовало большое количество делегатов и гостей, а среди последних — около 100 зарубежных ученых из Китайской Народной Республики, Чехословакии, Польши, Болгарии, Венгрии, Румынии, Германской Демократической Республики, Корейской Народно-Демократической Республики, Югославии, Индии, Ирана, Турции, Бельгии, Швейцарии, Франции и США. Это придало съезду международный характер. По количеству и составу участников этот съезд явился первым в истории отечественных акушерско-гинекологических съездов.

На пленарных и секционных заседаниях съезда заслушано свыше 120 докладов и прения по следующим темам: 1) асфиксия и травма плода и новорожденного, 2) психопрофилактическая подготовка беременных к родам, 3) воспалительные гинекологические заболевания, 4) рак половых органов женщины, 5) функциональные гинекологические кровотечения, 6) акушерская патология, 7) экспериментальные, морфологические и физиологические работы, гинекология. Кроме того, были обсуждены организационные вопросы: 1) отчет Правления Всесоюзного общества акушеров-гинекологов, 2) отчет ревизионной комиссии, 3) отчет редакции журнала «Акушерство и гинекология»; проведены выборы нового Правления Всесоюзного общества акушеров-гинекологов.

С докладами и в прениях выступило большое количество зарубежных гостей — из США, Индии, Чехословакии, Румынии, Венгрии, Китая, Югославии, Ирана, Франции и других стран. Они благодарили за приглашение на съезд и отметили крупные достижения СССР в области охраны здоровья женщин и детей.

Съезд открылся выступлением министра здравоохранения СССР М. Д. Ковригиной. В своей речи М. Д. Ковригина отметила, что съезд собрался в знаменательную дату — исторический юбилейный год 40-летия Великой Октябрьской социалистической революции, перечислила замечательные достижения Советского государства в деле охраны материнства и детства и остановилась на задачах акушерско-гинекологической науки в области дальнейшего усовершенствования охраны здоровья женщин и новорожденных.

Среди достижений т. Ковригина упомянула огромный рост акушерско-гинекологических учреждений, появление нового типа акушерского учреждения на селе — колхозного родильного дома, рост кадров акушеров-гинекологов, почти 100% охват акушерской медицинской помощью в городах и на 92% — в сельских местностях, снижение материнской смертности в связи с родами — в 14 раз, по сравнению с дореволю-

ционным периодом; снижение в несколько раз мертворождаемости и смертности новорожденных, а также различных осложнений в родах; появление нового советского способа обезболивания родов — психопрофилактической подготовки беременных к родам.

В числе современных задач акушерско-гинекологической науки было указано в качестве первой и главной задачи дальнейшее снижение мертворождаемости, заболеваемости и смертности новорожденных. Для этой цели необходимо улучшить работу женских консультаций, разработать новые мероприятия при беременности и родах против мертворождаемости, повысить квалификацию персонала комнат новорожденных.

Вторая задача — дальше разрабатывать и широко внедрять в практику психопрофилактическую подготовку беременных к родам.

Третья задача — поднять уровень профилактики и лечения гинекологических заболеваний и, в особенности, рака женских половых органов. В этом направлении М. Д. Ковригина обратила особое внимание акушеров-гинекологов на борьбу с абортами путем изыскания новых эффективных противозачаточных средств.

И, наконец, неотложной является задача разработки профилактики и лечения климактерических расстройств у женщин. Ответом на эти поставленные министром задачи и явилась тематика докладов на состоявшемся съезде.

По 1-й теме — «Асфиксия и травма плода и новорожденного», которая впервые фигурирует на отечественном акушерско-гинекологическом съезде, был заслушан 21 доклад. В этих докладах затронуты вопросы этиопатогенеза, диагностики, профилактики и лечения данных осложнений.

Из докладов явствует, что асфиксия и внутричерепная травма патогенетически, клинически и морфологически тесно между собой переплетаются. Во многих случаях они имеют общий генез и сходную клиническую и патологоанатомическую картины. Во всех таких случаях ребенок погибает от кислородного голодания. Причинно-следственная связь при этом выглядит так: те или иные осложнения беременности или родов вызывают нарушение маточно-плацентарного кровообращения, которое ведет к кислородному голоданию плода. Это последнее вызывает нарушение общего и мозгового кровообращения и, как следствие такого нарушения, кровоизлияния внутрь черепа и в другие органы. Таким образом, внутричерепные кровоизлияния бывают у плода в большинстве случаев не в результате травмы головки, как мы себе представляли до сих пор, а вследствие нарушения мозгового кровообращения, возникшего на почве кислородного голодания. Само собой понятно, что в происхождении кровоизлияний не исключается и роль травмы, особенно при наличии кислородного голодания и асфиксии.

Среди осложнений беременности и родов, ведущих к асфиксии и травме плода, в докладах указаны токсикозы, инфекции и сердечно-сосудистые заболевания матери, преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, предлежание и отслойка плаценты, а также различные акушерские операции.

В докладах, далее, отнечена важность своевременной диагностики асфиксии и травмы плода и новорожденного. Для этого прежде всего рекомендовано знать все те осложнения беременности и родов и те операции, которые способствуют возникновению асфиксии и травмы, и учредить при таких осложнениях и операциях самое тщательное наблюдение за беременной, роженицей, плодом и новорожденным. Для диагностики асфиксии и травмы плода и новорожденного предложены следующие приемы: определение частоты, ритма и характера сердцебиений плода посредством аускультации или радиоаппаратуры; выяв-

ление усиления движений плода, особенно после отхождения вод; определение мекония в отходящих водах при головном предлежании; оксигеметрические динамические наблюдения за насыщенностью кислородом артериальной крови матери (снижение уровня насыщенности ниже 80% ведет к асфиксии плода — А. И. Булавинцева); электрокардиография плода, электроэнцефалография новорожденного (Г. К. Гафарова) и определение мышечного тонуса у новорожденного.

Профилактику асфиксии и травмы плода и новорожденного, как вытекает из докладов, нужно проводить в женской консультации с начала и до конца беременности, а в роддоме — в течение родов.

Женская консультация должна всесторонне и глубоко изучить состояние беременной; условия труда, быта и питания во время беременности; следить за соблюдением беременной правил гигиены; рано выявлять осложнения беременности (сердечно-сосудистые заболевания, токсикозы и т. п.), ведущие к асфиксии плода, и лечить их; своевременно помещать беременных с такими осложнениями в стационар; проводить психопрофилактическую подготовку к родам. Особенно важна, по Н. Я. Гармашевой, охрана здоровья беременной в ранние сроки беременности до завершения плацентации (первые 2—2½ месяца беременности).

В роддоме необходимо создать благоприятные условия, оберегающие силы роженицы в течение периода раскрытия шейки матки, не допускать затяжного течения родов, выявлять и бороться со слабостью родовой деятельности, не допускать раннего отхождения вод, добиваться устранения препятствий для продвижения головки плода со стороны шейки матки и промежности, применять бережные для плода способы родоразрешения и расширить показания к кесарскому сечению у «старых» первородящих. Для предупреждения раннего отхождения вод проф. И. Ф. Жордания рекомендует кольпейриз.

Для лечения асфиксии и травмы плода и новорожденного рекомендовано применение «триады» А. П. Николаева (кислород, глюкоза и кардиазол), памятуя, что она не является панацеей. Проф. В. Н. Хмелевский видел хорошее действие при лечении асфиксии плода от совместного применения глюкозы, кальция, витаминов С, Р, В<sub>1</sub> и кислорода. Одновременно с назначением этих средств необходимо выяснить и устранить причину асфиксии. Если асфиксия от применения указанных средств не проходит, то следует немедленно применить бережное родоразрешение.

Для лечения асфиксии новорожденного всеми признан физиологический метод оживления по И. С. Легенченко (питомец Казанского университета). В случае неуспеха в дополнение к нему рекомендовано введение новорожденному через артерии или вену крови и лекарственных средств — хлористого кальция (Л. С. Персианинов), глюкозы, аскорбиновой кислоты, цититона или лобелина (В. Н. Хмелевский). Для отсасывания слизи и проведения искусственного дыхания при тяжелой асфиксии В. А. Неговский предложил специальный аппарат. Важно предложение проф. И. И. Грищенко — применять при уходе за родившимися в асфиксии новорожденными кислородные палатки.

По заслушанным докладам прошла острая оживленная дискуссия, в которой приняли участие и зарубежные ученые из Чехословакии, Румынии и Польши.

По 2-й теме — «Психопрофилактическая подготовка беременных к родам» состоялись 6 докладов и прения. Среди них доклад проф. Р. Эрсилы (Франция). В них освещены физиологические основы этого метода, формы организации проведения его и значение.

Важное значение этого метода в акушерстве признано всеми высту-

павшими. С трибуны съезда убедительно прозвучал призыв покончить со скептицизмом некоторой части акушеров-гинекологов в отношении профилактической подготовки беременных к родам. Она должна стать обязательной в каждой женской консультации и роддоме не только при нормальной, но и осложненной беременности. Она благотворно влияет на течение беременности и родов, снижает количество осложнений при них, дисциплинирует роженицу, улучшает родовую деятельность (Н. И. Туркин), уменьшает болезненность в родах и повышает культурный уровень родильных учреждений. Она таит в себе далеко не исчерпанные возможности улучшения качества акушерско-гинекологической помощи.

Важна организация проведения этого метода, часть вопросов которой еще недостаточно разработана. Многие высказались за необходимость единого организующего и методического центра для руководства делом профилактической подготовки беременных, что осуществлено на Украине. Подготовка эта может проводиться или самим участковым акушером-гинекологом, или специально выделенным для этой цели лицом — врачом или акушеркой под руководством врача. Съезд пришел к единодушному мнению о необходимости дальнейшей разработки и внедрения в практику этого метода. Высокую оценку ему дал зарубежный ученый — президент Международной федерации акушеров-гинекологов де Ваттевиль (Женева).

Большое внимание уделил съезд воспалительным гинекологическим заболеваниям. Признано, что воспалительные заболевания продолжают занимать ведущее место в патологии женской половой системы. Большинство высказалось за комплексное консервативное лечение гинекологических воспалительных процессов. Однако, в ряде случаев как острой, так и хронической стадии процесса, может понадобиться и оперативное лечение. Это — случаи угрожающей и наступившей перфорации гнойников в брюшную полость, а также при неуспехе консервативного лечения. При оперативном лечении воспалительных гинекологических заболеваний следует соблюдать консерватизм. Проф. А. Э. Мандельштам предостерегает от кольпотомии при остром пиосальпинксе из-за возможности образования незаживающего гнойного свища. Многие отмечали эффективность применения при осумкованных гнойниках в тазу отсасывающих пункций с введением в полость гнойника антибиотиков. Проф. Д. Н. Атабеков отрицает полезность пункций при пиосальпинксах и tuboовариальных абсцессах. Признано недопустимым отпускать из стационара женщин, перенесших острое воспаление, в недоленном состоянии. Не следует забывать при не поддающихся лечению придатковых образованиях об истинных новообразованиях придатков, особенно злокачественных.

Раку женских половых органов было посвящено свыше 20 докладов, из них 9 — представителями зарубежных стран (Югославии, Чехословакии, Китая, Польши, Индии, Ирана, ГДР, КНДР). В них затронуты вопросы организации противораковой борьбы, диагностики и хирургического лечения рака матки. К сожалению, не было поставлено ни одного доклада о лучевой терапии. Острой дискуссии между гинекологами (проф. А. Ю. Лурье) и онкологами (профессора А. И. Савицкий и А. И. Серебров) подвергся вопрос об организации борьбы со злокачественными новообразованиями женской половой системы. В то время как А. Ю. Лурье предлагал изъять всю работу по борьбе с гинекологическим раком из поликлиник онкологических диспансеров и передать ее женским консультациям, амбулаториям и поликлиникам общей сети под ответственность главных акушеров-гинекологов, что сделано на Украине, А. И. Савицкий и А. И. Серебров полагают сохра-

нить ее в стенах онкодиспансеров под ответственностью онкологов, но с активным привлечением к этой работе акушеров-гинекологов. Заслуживает внимания опыт Украины по привлечению акушеров к массовым профилактическим осмотрам женщин и по организации в поликлиниках «женских смотровых кабинетов».

Затронут был также вопрос о предраковых состояниях и начальной (нулевой) стадии рака — интраэпителиальном или преинвазивном раке. Признано, что диагностика такого рака представляет большие трудности и требует дальнейшего изучения. В лечении предрака и рака нулевой стадии некоторые (А. Ю. Лурье) рекомендовали радикальные способы, другие (А. И. Серебров, К. Н. Жмакин) призывали к более осторожной тактике.

Большому обсуждению подвергся на съезде и вопрос о функциональных гинекологических кровотечениях, которому было посвящено около 15 докладов. При обсуждении выявилось разногласие в наименовании этих кровотечений — функциональные и дисфункциональные; в определении самого понятия «функциональное кровотечение», в объяснении их патогенеза и в лечении. Лечение таких кровотечений должно быть комплексным и включать такие общие мероприятия, как гигиенический и трудовой режимы; правильное чередование сна и бодрствования, труда и отдыха; общеукрепляющие средства — железо, фосфор, мышьяк. В обсуждении этой темы приняли участие зарубежные ученые из Болгарии, Румынии и Чехословакии.

На двух секционных заседаниях заслушано около 60 докладов по различным вопросам акушерства и гинекологии.

В организационном заседании обсуждены отчеты Правления Всесоюзного общества акушеров-гинекологов, ревизионной комиссии и редакции журнала «Акушерство и гинекология». Работа Правления общества, а особенно редакции журнала, подверглась серьезной критике. Затем произведены выборы членов Правления общества, в количестве 77 человек, и ревизионной комиссии. В Правление вошли представители акушеров-гинекологов всех Союзных республик. Председателем Правления избран член-корр. Академии медицинских наук, проф. П. А. Белошапко.

На съезде были избраны почетными членами Всесоюзного общества акушеров-гинекологов видные деятели советской акушерско-гинекологической науки и охраны материнства и младенчества, в количестве 9 человек (М. С. Малиновский, Ф. Н. Ильин, И. Л. Брауде, Л. И. Бубличенко, М. А. Колосов, Н. А. Цовьянов, А. И. Лагутяева, В. П. Лебедева и С. П. Виноградова).

В конце съезда состоялся прием министром здравоохранения СССР М. Д. Ковригиной делегатов и зарубежных гостей, прошедший в теплой дружеской обстановке.

Съезд был хорошо организован. К недостаткам можно отнести только перегрузку темами и докладами, мешавшую развернуть широкую дискуссию, но и это оправдывается длительным перерывом между съездами.

Прошедший съезд показал, что советская акушерско-гинекологическая наука находится на передовых позициях мировой науки, и отечественные акушеры-гинекологи готовы выполнить задачи, поставленные перед ними Коммунистической партией и правительством.

*Проф. П. В. МАНЕНКОВ*

31 декабря 1957 года.