

# О НОМЕНКЛАТУРЕ, ПРИМЕНЯЕМОЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ВРЕМЕНИ ОТХОЖДЕНИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Доц. Р. И. Мовшович

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. Р. И. Мовшович)  
Новокузнецкого института усовершенствования врачей

В акушерстве еще нет единой, принятой всеми номенклатуры, определяющей время отхождения околоплодных вод.

До начала XX века не существовало различия в понятии, вкладываемом в определение «преждевременное» и «раннее» отхождение околоплодных вод.

Как видно из работ Ф. К. Гугенбергера и И. П. Лазаревича, и то и другое определяло отхождение околоплодных вод до полного открытия зева шейки матки, независимо от того, происходило ли это до начала родовой деятельности или в первом периоде родового акта.

Понятие «преждевременное» и «раннее» отхождение вод акушерами-гинекологами дифференцируется, но различными авторами вкладывается неодинаковое содержание в каждое из этих определений.

Большинство авторов (К. К. Скробанский, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, З. Л. Карась, В. Л. Рафалович, М. Т. Пршедромирский, З. Н. Павловская, М. Т. Любимова, А. И. Петченко, В. Штеккель, В. Липман, И. Бубен, Яшке и др.) называют отхождение вод «преждевременным» в том случае, когда оно происходит до начала родовой деятельности или с первой родовой схваткой, и «ранним» — при отхождении их в первом периоде родов при неполном открытии шеечного канала матки.

М. В. Дубнов, Е. П. Губанова и В. Д. Кучаидзе, М. Б. Крылова, наоборот, «ранним» называют отхождение околоплодных вод, происшедшее до начала родового акта, то есть то, которое вышеуказанные авторы определяют как «преждевременное».

А. И. Шейнман вносит свое определение — «несвоевременное» отхождение околоплодных вод, включая в него и «преждевременное» и «раннее» отхождение вод.

Ряд авторов (Г. Г. Гентер, И. Яковлев и В. Петров, Б. М. Равинская, Б. Рессин, А. В. Ланковец, Фабр и др.) не разграничивает понятия «преждевременное» и «раннее» вкладывая в определение «преждевременное» также и «раннее».

Некоторые акушеры-гинекологи в основу определения «раннее» вносят не степень открытия шеечного канала, а время, прошедшее от момента вскрытия плодного пузыря до начала периода изгнания (К. М. Васильева, Е. П. Губанова и В. Д. Кучаидзе).

Е. Я. Ставская с сотрудниками называют «ранним» отхождение околоплодных вод за 6 ч. до начала потужной деятельности.

А. Кинг вносит следующее определение: 1) «сухие роды» — в случае отхождения вод до родов и 2) «частично сухие роды» — при искусственном вскрытии плодного пузыря в первом периоде родов до полного открытия.

Дональд Грейг из Кембриджского госпиталя (1943 г.) разделяет преждевременное отхождение околоплодных вод на «первичное» в том случае, если сразу после отхождения вод начинается родовая деятельность, и «истинное преждевременное отхождение вод», когда родовая деятельность наступает через несколько часов и больше после отхождения околоплодных вод.

П. В. Маненков в статье «Номенклатура и классификация в акушерской физиологии» находит, что термин «ранний» разрыв плодного пузыря является ненужным. По его мнению, «такое построение классификации, когда два термина (преждевременный и ранний) применяются по отношению к одному признаку (начало родов), а два других (своевременный и запоздалый) по отношению к другому (моменту полного открытия зева) является неправильным».

Проф. И. Ф. Жордания указывает, что терминология «преждевременное» и «раннее» отхождение вод смутная, и рекомендует в отношении срока отхождения внести следующие определения: 1) «дородовое» отхождение вод, то есть отхождение вод до начала родовой деятельности, 2) «преждевременное» отхождение вод — отхождение вод в первом периоде родов при неполном открытии маточного зева и 3) «запоздалое» для случаев, когда плодный пузырь вскрывается позже наступления полного открытия маточного зева.

Проф. Б. С. Пойзнер (Томск) рекомендует классификацию сроков отхождения околоплодных вод, близкую к предложенной И. Ф. Жордания, а именно: 1) дородовое отхождение околоплодных вод (до начала родовой деятельности или с первой родовой схваткой); 2) раннее отхождение околоплодных вод (в первом периоде родов при неполном открытии маточного зева); 3) своевременное отхождение околоплодных вод (при полном открытии маточного зева); 4) запоздалое отхождение околоплодных вод (во втором периоде родов, включая и рождение плода «в сорочке»).

Отсутствие точной и общепринятой номенклатуры сроков отхождения околоплодных вод создает затруднение в повседневной практической работе. Необходимо уни-

фицировать номенклатуру сроков отхождения околоплодных вод для большей ясности как в практической, так и в научной работах.

Наиболее точными, легко практически усвояемыми являются классификации, предложенные проф. И. Ф. Жордания и проф. Б. С. Пойзнер, причем последняя из них более точна.

В акушерско-гинекологической клинике ГИДУВа (Новокузнецк) в течение последних лет (с 1955 г.) для обозначения срока отхождения околоплодных вод мы пользуемся классификацией проф. Б. С. Пойзнера и убедились в том, что она практически наиболее приемлема, точна и не требует дополнительных разъяснений.

От редакции. Предлагаю читателям высказаться по затронутым автором вопросам, редакция считает целесообразным привести не отраженную в данной статье следующую классификацию, рекомендуемую проф. П. В. Маненковым:

- а) преждевременное отхождение вод до родов;
- б) преждевременное — в первом периоде родов;
- в) своевременное — при полном открытии зева;
- г) запоздалое — во втором периоде родов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева К. М. *Вопр. акуш. и гинек.*, Ростов-на-Дону, 1939.— 2. Ген-тер Г. Г. *Акушерский семинарий*, 1929, т. 2.— 3. Гугенбергер Ф. К. *Мед. вестн.* 1873, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17.— 4. Жордания И. Ф. *Тр. Куйбышев. воен. Акад.* 1940, т. I.— 5. Крылова М. Б. *Тр. и матер. Пермского мед. ин-та*, 1933, апрель — май.— 6. Лазаревич И. П. *Курс акушерства*, СПб, 1892.— 7. Липман В. *Акушерский семинарий*, 1912.— 8. Малиновский М. С. *Казанский мед. журн.* 1915, т. XV.— 9. Малиновский М. С. и Кушнир М. Г. *Послеродовая инфекция*, 1927.— 10. Маненков П. В. *Тр. Казанского мед. ин-та*, 1948, 2.— 11. Павловская З. Н. *Тр. Воен.-мед. Акад. им. С. М. Кирова*, 1935, 3.— 12. Петченко А. И. *Физиология и патология сократительной способности матки*, М., 1948.— 13. Скробанский К. К. *Учебник акушерства*, 1936.— 14. Фабр. *Акушерство*, 1929.— 15. Штеккель В. *Основы акушерства*, 1933.— 16. Buben J. *Zbtt. Gynäkol.*, 1924, 24.— 17. Greig Donald. *J. Obst. a. Gynaec. Brit. Emp.*, 1943, 55.— 18. King A. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1936, 2.

Поступила 18 января 1961 г.

## К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТРЕХ ФАЗ КЛИМАКСА У ЖЕНЩИН

Б. М. Каминский

Женская консультация (зав. — Т. В. Чайковская) первой житомирской городской больницы (главврач — М. Д. Жила)

Б. Пондек (1930), анализируя гормональную перестройку женского организма в климаксе и менопаузе, различал следующие три фазы климакса: 1) гиперфолликулярную, когда в организме женщины имеется большое количество эстрогенного гормона (гиперэстрогения), 2) гипогормональную, или агормональную, когда имеется крайне незначительное количество как эстрогенного, так и гонадотропного гормона гипофиза, и 3) гипергонадотропную, когда эстрогенного гормона в организме вовсе нет, но есть значительное количество гонадотропного гормона.

Путем определения гормонов, экскретируемых мочой, и методом цитологии вагинальных мазков можно выявить фазу климакса, что очень важно для гормонотерапии патологически протекающего климакса.

На основании нашего опыта и литературных данных мы составили схематическую характеристику трех фаз климакса, включающую: 1) клинику патологического климакса, 2) морфологические изменения в половых органах, 3) функциональные их изменения, 4) данные специальных лабораторных исследований и 5) принципы терапии (см. таблицу 1).

Часто границы между фазами стираются. В схеме не учтена тяжесть климактерических расстройств. Большинство авторов различает 3 степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую. В основу деления по степени тяжести обычно кладется частота и сила «приливов» — наиболее ощутимого симптома климактерических расстройств. Схема эта хоть и не всеобъемлюща, но она, несомненно, может служить практическому врачу ориентиром для правильного назначения терапии, и в частности гормональной, и для контроля ее эффективности.

В заключение хочу подчеркнуть, что назначение гормонов — очень ответственное мероприятие. Гормоны не должны составлять основу терапии. К ним следует прибегать при отсутствии эффекта от других терапевтических методов и только при обоснованных показаниях. В лечении больных с патологией климакса ведущая роль принадлежит гинекологу, но он должен консультироваться с терапевтом и невропатоло-