

чить кесарским сечением. Когда роженице начали давать наркоз (эфирный), у нее было замечено резкое падение и учащение пульса. Произведенная аускультация показала, что сердцебиение плода, раньше выслушивавшееся хорошо, теперь не определяется. В виду этого было немедленно приступлено к операции. По вскрытии брюшной полости по прежнему растянутому рубцу оказалось, что она наполнена огромным количеством жидкой крови, среди которой свободно лежала плацента; дно матки оказалось разорвавшимся в поперечном направлении, и через разрыв выступали мелкие части плода, за которые последний и был извлечен в состоянии асфиксии, но скоро оживлен. После того были удалены плацента с торчащими из полости матки оболочками и наполнявшая брюшную полость кровь, маточная полость была выскоблена, протерта эфиром и зашита 2-этажным кэт-гутовым швом. В заключении была зашита брюшная рана за исключением нижней ее части, куда был вставлен марлевый дренаж. Послеоперационный период был осложнен воспалением легких, которое, однако, кончилось благополучно, и на 28-й день после операции больная выписалась из клиники здоровой с здоровым ребенком.

В прениях по докладу д-ра Р. пр.-доц. П. В. Маненков указывал, что в виду частых разрывов матки у беременных, однажды перенесших кесарское сечение, в некоторых случаях у них может оказаться необходимым прибегать к этой операции до того, как выступают несомненные признаки угрожающего разрыва.

Возражая против этого, проф. И. Ф. Козлов отметил, что зачастую роды у женщин, перенесших кесарское сечение, проходят совершенно благополучно, без всяких разрывов. Применение при кесарском сечении фундального разреза матки по Fritsch'u проф. К. считает особенно удобным в тех случаях, где одновременно у женщины надо произвести стерилизацию. При заживании разреза матки после кесарского сечения проф. К. советует избегать непрерывного шва, при котором инфицирование уже небольшого участка маточного разреза может повести к значительному расхождению последнего.

Проф. В. С. Груздев указал, что, судя по литературным данным, донный разрез матки при кесарском сечении особенно предрасполагает к разрывам этого органа при последующих беременностях и родах. За это же говорит и личный опыт проф. Г-ва: в одном случае, из его практики, напр., больная, перенесшая кесарское сечение с разрезом по Fritsch'u, при последующей беременности, еще задолго до начала родов, получила разрыв матки под влиянием травмы. Прооперировав ее и вырезав края разрыва, проф. Г., при микроскопическом исследовании их, убедился в глубоком внедрении между ними децидуальной ткани. Такую недостаточность маточного рубца после поперечного разреза в дне проф. Г. объясняет расположением мышечных пучков в области маточного дна, при том не только пучков продольных слоев маточной мускулатуры, субсерозного и субмукозного, но и пучков, составляющих срединный, наиболее мощный слой миометрия. Благодаря такому расположению, мышечные пучки, сокращаясь при обратном развитии опорожненной путем кесарского сечения матки, растягивают свежезащитый разрез в направлении длинника этого органа. В виду значительной опасности разрывов у беременных, раз перенесших кесарское сечение, особенно с Fritsch'eвским разрезом, проф. Г. считает желательным, чтобы все они подвергались госпитализации еще до начала родов или в самом их начале.

Кроме того, в прениях по докладу д-ра Р. приняла участие д-р М. В. Монасыпова.

Заседание 14/XII 1932 г.

Д-р А. В. Алимбек сообщил отчет о командировке в Московский институт переливания крови. В своем отчете А. затронула историю вопроса о переливании крови, разобрала показания и противопоказания к нему, различные способы трансфузии крови, значение ее во время войны, описала организацию Московского института и в заключение продемонстрировала привезенный ею аппарат для переливания крови.

Доклад А. вызвал оживленные прения, в которых, кроме докладчицы, приняли участие профф. В. С. Груздев и И. Ф. Козлов, доцент П. В. Маненков, д-р Б. С. Тарло и присутствовавшие прикомандированные врачи.

Д-р В. М. Федоров сделал доклад о состоянии родовспоможения в ТР и перспективных данных по этому вопросу на вторую пятилетку.

В прениях по докладу приняли участие профф. В. С. Груздев и И. Ф. Козлов, доц. П. В. Маненков, д-ра В. С. Тарло и С. В. Лейбов.

Председатель секции, проф. В. С. Груздев сообщил проэкт плана научно-исследовательской работы секции на предстоящий 1933 г.

Постановлено: план одобрить и внести на рассмотрение правления Н.-мед. ассоциации ТР.

Заседание 14/I 1933 г.

Д-р И. В. Данилов прочитал краткий отчет о деятельности секции на истекший 1932 г.

Произведено избрание президиума секции на наступивший 1933 год, причем избранными оказались: председателем проф. В. С. Груздев, его заместителями проф. И. Ф. Козлов, доц. П. В. Маненков и асс. Х. Х. Мещеров (последний—для заседаний, проводимых на татарском языке), секретарями д-ра И. В. Данилов и О. Г. Аннапу.

Д-р С. В. Лейбов прочитал отчет о деятельности организованых секцией 1/XII 1931 г. курсов по повышению квалификации лиц среднего медицинского персонала. Курсы эти были рассчитаны на 32 2-часовых лекции, по одной в пятидневку. В программу их было введено 7 предметов: 1) профграмота, 2) основа советской медицины, 3) охрана матмлада, 4) анатомия и физиология грудного ребенка, вскармливание, уход за ним и болезни новорожденных, 5) акушерство, 6) гинекология, 7) политчас. Занятия на курсах начались 15/I 1932 г. и закончились 12/VI. Чтение лекций производилось, в порядке общественной нагрузки, ассистентами акушерско-гинекологических клиник Казанского мединститута и института для усов. врачей; для преподавания профграмоты союзом МСГИ был выделен тов. Шакараев. Слушательницами курсов были, в количестве 68 чел., акушерки и фельдшерицы а.гинекологических отделений казанских клиник и больницы, а также сестры РОКК'а, работающие в поликлиниках. Лекции посещались охотно, метод преподавания проводился активный. На состоявшейся по окончании курсов конференции слушательниц было высказано пожелание о продолжении этого дела в дальнейшем, с некоторыми поправками и дополнениями.

По поводу доклада д-ра Л. выступали проф. И. Ф. Козлов, пр.-доц. Е. Д. Рузский и д-р Новиков, причем было постановлено—поручить д-ру С. В. Лейбову войти в переговоры с Наркомздравом ТР об организации курсов в 1933 г.

Заслушан доклад проф. И. Ф. Козлова и д-ра В. В. Дьяконова „Местная инфильтрационная анестезия при брюшинностеночных чревосечениях в акушерстве и гинекологии“. В основу доклада легли данные о 361 брюшинно-стеночном чревосечении, произведенном по различным поводам под местной инфильтрационной анестезией за 1928—31 гг. в акушерско-гинекологических клиниках Казанского мединститута и Казанского и-та для усов. врачей. В этом материале случаев маточной беременности было 42, внематочной—9, рака матки—57, фибромiom матки—31, невраильностей положения матки и рукава—140, кист различного рода—65, воспалений маточных придатков и др. более редких заболеваний—17. Возраст больных колебался от 20 л. и меньше до 50 л. и выше. Продолжный разрез был применен в 82,6% всех случаев, поперечный по Pfannenstiel'ю—в 17,4%. Полный успех анестезия имела место в 77,3% случаев, в остальных же 22,7% потребовалось добавление общего наркоза, причем процент неудач при лапаротомиях, произведенных по поводу маточной беременности, равнялся 11,9, по поводу невраильностей положения—17,1, по поводу рака матки—19,3, по поводу кист—23, по поводу фибромiom—64,5%. Смертельный исход операции, произведенные под местной инфильтрационной анестезией, имели в 13 случаях из 359, нагноения брюшной раны развились в 18,4%.

Доклад вызвал весьма оживленные прения, в которых приняли участие проф. А. В. Вишневский, доц. П. В. Маненков, д-ра В. И. Шеничкинов, Новиков и др. Резюмируя высказанное в прениях, председатель проф. В. С. Груздев, подчеркнул, что местная инфильтрационная анестезия, несомненно, представляет громадное достижение, которым мы обязаны, главным образом, присутствующему в заседании проф. А. В. Вишневскому. С другой стороны, однако, нельзя не считать крайностью высказанное некоторыми из участников прений мнения, что она должна быть применяема в 100% всех операций. Панацей в медицине вообще нет, каждый лечебный метод имеет свои показания и противопоказания, и местная инфильтрационная анестезия не представляет в этом отношении исключения. Наша задача—возможно точно установить эти показания и противопоказания, возможно точно определить круг ее применения.