

деления миграции лейкоцитов, капилляроскопии и ряда функциональных проб при стоматитах. Все эти виды исследований справедливо рассматриваются как вспомогательные — основной же для правильной постановки диагноза автор справедливо считает клинические проявления со стороны слизистых оболочек полости рта.

Серьезное значение придается классификации стоматитов. Описывается предлагаемая автором классификационная схема стоматитов, предусматривающая две основные группы: I — стоматиты, обусловленные механической, химической и физической травмой, и II — симптоматические, инфекционные и специфические воспаления слизистой оболочки полости рта. Эта классификационная схема детализируется весьма обстоятельным описанием всех входящих в нее форм стоматитов.

Следует отметить, что классификация автора представляет собой первую попытку систематизировать болезни слизистых оболочек полости рта по этиологическому признаку. Классификация всеобъемлюща. Ее характерной чертой является то, что принадлежность определенного стоматита к той или иной группе предопределяет план и вид его лечения.

Вместе с тем, по нашему мнению, не все звенья классификации достаточно обоснованы. Некоторые нозологические формы стоматитов не могут быть причислены к определенной группе стоматитов, хотя бы по той причине, что их этиология еще не установлена.

Интересна морфологическая характеристика, даваемая элементам поражения при стоматитах. В отличие от других авторов, противопоставляющих поражения одних элементов поражениям других, в книге подробно описываются четыре стадии развития заболевания: продромальная, афтозная, язвенная и стадия заживления. Эти стадии иллюстрируются красочными макро- и микрофотографиями.

В главе IV приводится обзор литературы по лечению стоматитов.

В главе V описываются современные методы лечения стоматитов. На основании большого собственного опыта излагается эффективность лечения стоматитов. Подробно описываются особенности лечения различных форм стоматитов и даются четкие рекомендации для дифференцированной терапии. При лечении травматических стоматитов указывается на решающее значение устранения из полости рта раздражающих факторов, при симптоматических стоматитах акцент делается на санацию полости рта. Лечение афтозных стоматитов не должно проводиться стереотипно. Оно определяется характером общих изменений, обнаруживаемых у больного.

Глава завершается описанием исходов стоматитов, где даются рекомендации по предупреждению рецидивов. Особенно ценным нам представляются указания автора о вредности применения прижигающих веществ и недостаточности одной, так называемой, местной терапии.

Книга, несомненно, принесет пользу практическим врачам.

Доц. Г. Д. Овруцкий (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

II съезд акушеров-гинекологов РСФСР 29/VI—3/VII 1965 г.

(Ростов-на-Дону)

На съезде были заслушаны доклады по следующим пяти проблемам:

1. Гигиена женского труда на промышленных предприятиях

М. А. Петров-Маслаков (Ленинград) отметил, что особого внимания заслуживает изучение воздействия вредных факторов на организм беременных, работающих в химической промышленности и сельском хозяйстве.

Основной задачей при разработке оздоровительных мероприятий является определение нормативов предельно допустимых концентраций для вновь внедряемых химических веществ, разработка ранней диагностики и лечения профессиональных заболеваний. Акушеры и гинекологи должны активно включиться (совместно с гигиенистами) в гигиеническое изучение новых приборов и аппаратов для предотвращения возможного неблагоприятного воздействия их на женский организм, а также в изучении токсикологической характеристики новых веществ, намеченных к внедрению в промышленность. Необходимо проводить хронические эксперименты как имеющие наибольшее практическое значение.

При изучении действия различных веществ на женский организм следует учитывать их влияние на ферментные и гормональные системы: мутагенное, гонадотропное, эмбриотропное, канцерогенное и иммунологическое действие.

Л. А. Решетова (Кемерово), обследовавшая 2000 женщин — работниц химических предприятий, пришла к следующим выводам.

Наиболее неблагоприятное течение беременности наблюдается у женщин, находящихся в контакте с производными бензола и этиленхлоргидрином.

Нарушение менструального цикла и бесплодие наблюдаются преимущественно у женщин, занятых на работе с веществами, неблагоприятно воздействующими на функцию печени, и имевших до поступления на работу в химические предприятия хронические воспалительные заболевания, инфантилизм или гипоплазию половых органов.

Женщины, имеющие отягощенный акушерский анамнез, должны выводиться из вредных цехов с первых недель беременности.

С. В. Вдовин и В. С. Левчук (Кемерово) нашли у женщин, работающих с толуолом и ксилолом, осложнений в течении беременности в 51%. По их мнению, необходимо исключить контакт беременных женщин с гомологами бензола в ранние сроки беременности.

Л. А. Васильева (Куйбышев-обл.) установила, что минимальные концентрации паров углеводородов и сероводорода оказывают влияние на менструальную и генеративную функции. Патоморфологические исследования половых органов экспериментальных животных выявили различной степени выраженности дистрофические изменения в яичниках, матке и влагалище.

В. Г. Матысяк (Ленинград) обследовала работниц резиновой промышленности. Отмечено нарушение менструальной функции и другие расстройства деятельности яичников. Среднее число беременностей оказалось в 2 раза меньше, чем в контрольной группе.

С. Н. Привезенцева и соавторы (Москва) обследовали 1000 работниц заводов, вырабатывающих антибиотики. У значительного числа их обнаружены цервициты, кольпиты, эрозии шейки матки. Во влагалищных выделениях трихомонады были у 13,3%, споры, мицелии грибка и дрожжевые клетки у 5,5%.

С. Я. Иоффе и М. П. Кешокова (Орджоникидзе) установили, что у 41,2% работниц силикотических производств нарушена менструальная функция. Гинекологическая заболеваемость достигает 33,1%. В возникновении патологии существенную роль играет вдыхание силикотических пылей.

По данным В. М. Лотис и соавторов (Москва), у работниц, занятых в цехах, вырабатывающих капроновое волокно, встретились значительные отклонения в течении беременности и родов. У многих возникают токсикозы во второй половине беременности и наступают преждевременные роды, увеличивается продолжительность родов. Наблюдается повышенная кровопотеря в родах и связанные с этим ручные вмешательства. Перинатальная смертность новорожденных значительно выше, больше рождаются маловесных детей, чаще возникает асфиксия плода в родах.

У работниц, занятых производством вискозного волокна, показатели несколько лучше, но все же отмечается ряд отклонений в течении беременности и родов.

Шум и мелкая вибрация способствуют возникновению токсикозов второй половины беременности и преждевременным родам.

II. Сердечно-сосудистые заболевания и беременность

К. Н. Жмакин и Л. В. Ванина (Москва) отметили, что, несмотря на повышение числа беременных, страдающих пороками сердца, материнская летальность таких больных неуклонно снижается (от 6% в 1946 г. до 0,2—1% — в 1963). Это объясняется усовершенствованием диагностики, использованием высокоэффективных кардиотонических средств, совершенствованием тактики ведения родов у этих больных, введением эндотрахеального наркоза с управляемым дыханием.

Большое значение имеет дальнейшее изучение особенностей течения ревматизма во время беременности, особенностей развития беременности с длительно протекающими тяжелыми пороками сердца и влияния на плод патологического процесса матери.

А. И. Котельникова и соавторы (Горький) у рожениц с сердечно-сосудистыми заболеваниями перед родами проводили длительно комплексную терапию (режим, лечебное питание, противоревматические, сердечно-сосудистые и гипотензивные средства, ингаляции кислорода). Непосредственно перед родами вводили внутривенно строфантин или коргликон в глюкозе, подкожно — камфару, кордиамин, давали кислород для дыхания. Во время родов некоторым женщинам вводили внутривенно капельно строфантин или коргликон. В конце периода изгнания проводили медикаментозную профилактику кровотечений. Самопроизвольные роды при этой тактике наступили у 75% рожениц с благоприятным исходом для матери и плода. Искусственное окончание II периода родов произведено у 14,2%, кесарево сечение — у 10,7%.

П. Я. Лельчук и Л. Б. Соловьева (Ростов-на-Дону) у женщин с заболеваниями сердца наблюдали срочные роды у 89,6%, переношенную беременность — у 1,5%, преждевременные роды — у 4,4%, поздние аборты — у 0,2%, произведено

кесарево сечение у 2,1%. Материнская смертность составила 0,62%. Мертворожденных — 1,5%. Перинатальная смертность 1,24%, ранняя детская — 0,09.

О. В. Макеева и соавторы (Москва) отметили, что все беременные должны быть осмотрены терапевтом в возможно ранние сроки беременности при первом же обращении в женскую консультацию.

Для уточнения диагноза и выявления возможности сохранения беременности при сердечно-сосудистых заболеваниях следует госпитализировать больных женщин в ранние сроки беременности.

Беременных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, необходимо помещать в акушерский стационар не позже чем за 2 недели до предстоящих родов.

Вполне целесообразно в крупных городах организовать специализированный акушерский стационар для беременных и рожениц с тяжелой сердечно-сосудистой патологией, а при нем поликлиническое отделение как консультативный центр для больных беременных города и области.

Н. Ф. Рыбкина (Горький) у здоровых женщин во второй половине беременности гашла на ЭКГ смещение оси сердца влево, на ВКГ признаки небольшой гипертрофии желудочка, на ФКГ у 35% систолические функциональные шумы (больше — в точке Боткина), БКГ — в норме.

Докладчица поделилась опытом лечения беременных с приобретенными (ревматическими) пороками сердца. Лечение осуществлялось терапевтом совместно с акушером.

При первых признаках недостаточности кровообращения больная стационарируется. Ограничивают углеводы, даются продукты, богатые витаминами, солями К и Са. Назначается противоревматическая терапия, аденозинтрифосфорная кислота, витамины В₁, В₁₂, хлористый калий, мочегонные и сердечно-сосудистые средства.

Роженицам с неактивной фазой ревматизма без недостаточности кровообращения в начале I периода родов вводили камфару, а во II периоде давали увлажненный кислород.

При недостаточности кровообращения I ст. в начале I периода родов вводили внутривенно строфантин или коргликон в глюкозе, во II — кордиамин или коразол и давали увлажненный кислород.

При недостаточности кровообращения II ст. в I периоде родов вводят камфару, строфантин или коргликон и папаверин, при пониженном АД — мезатон.

При явлениях острой левожелудочковой недостаточности вновь вводят строфантин, кордиамин, коразол, эуфиллин, CaCl₂, морфен и дают увлажненный кислород.

В результате проведенных мероприятий материнская смертность с 1,2% в 1952 г. снизилась до 0,2% в 1963 г.

М. А. Гвоздева и Н. В. Оноприенко (Саратов) у рожениц с ревматическими пороками сердца рекомендуют своевременное и регулярное (по показаниям повторное) применение анальгезирующих и спазмолитических веществ с обязательным использованием их в конце первого периода родов. Это способствует быстрому восстановлению реципрокных отношений благодаря релаксации мышц нижнего сегмента, шейки матки и мышц таза, быстрому и плавному продвижению головки по родовым путям.

Необходимо сокращать продолжительность второго периода родов или путем введения спазмолитических средств или местной новокаиновой анестезией. Снижение тонического напряжения мышц нижнего отрезка родового канала в значительной степени уменьшает напряжение роженицы во время потуг, а следовательно, и нагрузку на сердце.

У ряда рожениц (более 20%) приходится во II периоде родов выключать лотуги наложением акушерских щипцов или вакуум-экстрактора.

Э. Р. Могилевский и соавторы (Волгоград) полагают, что при комбинированном митральном пороке с преобладанием стеноза и мало выраженными признаками нарушения кровообращения беременность может быть сохранена, но эти больные нуждаются в совместном наблюдении терапевта и акушера.

Если у этих больных с первых месяцев беременности наблюдается недостаточность кровообращения, то показаны не только госпитализация, но у большинства — прерывание беременности.

Если симптомы нарушения кровообращения появляются на 26—28 неделе беременности, то авторы не рекомендуют прибегать к кесареву сечению, так как это резко ухудшает прогноз.

По мнению авторов, при нарушении кровообращения в малом круге (II ст.) в первой половине беременности сохранение ее и роды жизненно опасны.

Е. Ф. Украинцева (Куйбышев-обл.) роды у женщин с пороками сердца проводила через естественные родовые пути в полусидячем положении, стараясь их максимально облегчить, ускорить и обезболить (введением лидазы в шейку матки. 1—2% раствора новокаина, промедола, рассечением промежности).

Наиболее выраженные изменения в сердечно-сосудистой системе у таких больных появляются в конце периода изгнания и после рождения ребенка. С профилактической целью во II периоде родов вводили внутривенно 0,5 мл строфантина в 10 мл 40% раствора глюкозы, а после рождения ребенка — 1 мл 10% раствора

кофенна в 10 мл 40% раствора глюкозы, давали кислород для дыхания, вводили окситоцин или пахикарпин для уменьшения кровопотери.

Для предупреждения обострения ревматизма с первого дня послеродового периода назначаются сердечно-сосудистые средства, антибиотики, аспирин.

М. И. Анисимова (Саратов) наблюдала женщин с поздним токсикозом беременности и органическими заболеваниями сердца.

Тщательное медикаментозное родообезболивание в сочетании с применением гипотензивных средств обеспечило консервативное ведение родов в 61%. В 39% были произведены родоразрешающие операции (в 8% — кесарево сечение).

И. И. Бенедиктов и А. М. Шевченко (Свердловск) применили исследование белков сыворотки крови как дополнительный тест для диагностики гипертонической болезни и дифференциальной диагностики чистого и сочетанного токсикоза. При гипертонической болезни характерно увеличение общего белка и α_1 -глобулина. При чистом токсикозе беременности наблюдается снижение общего белка (до гипопротемии у беременных с тяжелым токсикозом), снижение альбуминов, γ -глобулина при увеличении α_1 , α_2 и β -глобулинов.

Б. В. Кушников и соавторы (Чита) считают, что беременные, страдающие гипертонической болезнью, должны браться на учет в ранние сроки беременности и постоянно наблюдаться акушером и терапевтом.

Обострение гипертонической болезни в связи с наступившей беременностью отмечено авторами у 51% больных, в 43,7% наслаивался поздний токсикоз. У 14,8% произошло самопроизвольный выкидыш и у 23,7% преждевременные роды. У 18,8% была патологическая кровопотеря в родах. Потеря детей составляет 28,1%. Родоразрешение следует проводить через естественные родовые пути. Следует прибегать к выключению потужной деятельности при нарастании в родах неврологических и церебральных симптомов гипертонической болезни, наслоении токсикоза и наличии глубоких изменений глазного дна.

В. К. Пророкова (Ленинград) установила, что у женщин, страдающих гипотонией, частота осложнений беременности и родов повышена (поздние токсикозы в 18,9%, преждевременные роды — в 6,1%, слабость родовой деятельности — в 16,5%, угрожающая асфиксия плода — в 14,4% и перинатальная смертность — в 5,5%). Эти осложнения наиболее часты при наличии нейроциркуляторных расстройств (соответственно — 25,3%; 12,6%; 31,7%; 20,2%; 6,3%).

Л. Э. Вайсман и М. В. Крачковская (Ленинград) установили, что артериальная гипотония матери крайне неблагоприятно сказывается на детях: 20% родится недоношенными, асфиксия наблюдается у 30,2% детей, внутричерепная травма — у 26,4% и летальные исходы — у 7,7%.

О. Ф. Ануфриева (Куйбышев-обл.) изучала у беременных состояние сердечно-сосудистой системы при артериальной гипотонии.

АД (максимальное, минимальное и среднее), пониженное на протяжении всей беременности. Несколько повышается к ее концу и в родах. Уменьшение пульсового давления идет параллельно с ухудшением общего состояния беременных и степенью артериальной гипотонии. Значительно повышено при артериальной гипотонии венозное давление (130 мм в. ст.), замедляется скорость кровотока (17 сек), снижается уровень насыщения артериальной крови кислородом (88%), возникают изменения ЭКГ и ФКГ функционального характера.

По мнению Л. С. Персианинова и Г. П. Умеренкова (Москва), у женщин с нерезко выраженной сердечно-сосудистой патологией (без нарушения кровообращения) при кесаревом сечении хороший результат дает местная анестезия по А. В. Вишневному, которая предпочтительнее масочного наркоза. При нарушении же кровообращения II—III ст. методом выбора является эндотрахеальный наркоз с управляемым дыханием. При этом в качестве вводного наркотика используются малые дозы барбитуратов (до 250 мг) или закись азота с кислородом в отношении 3:1. Из мышечных релаксантов рекомендуются деполярирующие средства короткого действия (листенон и др.), введение которых прекращается за 5 мин до извлечения ребенка. В качестве главных наркотиков можно применять эфир или закись азота с кислородом в соотношении 2:1 или 1:1. В любом случае на всем протяжении наркоза необходимо подведение достаточного количества кислорода. Глубина наркоза I—III ст. по Гведелу. За 1—2 мин перед извлечением ребенка подача наркотической смеси прекращается и производится насыщение больной чистым кислородом, что не только удаляет наркотик из крови плода, но и создает для него необходимый резерв кислорода.

При наложении акушерских щипцов у женщин без выраженной недостаточности кровообращения можно обойтись местной (пудендальной) анестезией. При декомпенсации накладывают щипцы под эндотрахеальным наркозом с использованием эфира или закиси азота с кислородом.

При экстракции плода за тазовый конец только в легких случаях сердечно-сосудистой патологии допустим эфирный наркоз простой маской (с обязательным подведением под маску струи кислорода). При явной недостаточности кровообращения эту операцию целесообразнее производить под эндотрахеальным наркозом.

Общее обезболивание при родоразрешении беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями должно производиться анестезиологом, владеющим современными методами обезболивания и реанимации.

В. С. Белова (Волгоград) считает, что операция кесарева сечения как метод разрешения при тяжелых формах расстройства кровообращения не является благоприятной.

К. М. Федермессер (Москва) установил закономерное перераспределение крови сразу после опорожнения матки при кесаревом сечении у рожениц с сердечной патологией. Давление в нижней полой вене падает с 200—500 мм в. ст. до 100—240 мм, а в верхней повышается в среднем на 50 мм. При этом хороший корригирующий эффект дают следующие мероприятия: дыхание под повышенным давлением на вдохе, наложение жгутов на нижние конечности, введение сердечно-сосудистых средств и глюкокортикоидов, ингаляция спирта и др.

У рожениц с патологией сердца интратрахеальный наркоз с управляемым дыханием создает наилучшие условия для родоразрешения живым плодом и позволяет в значительной мере компенсировать дыхательную и сердечно-сосудистую недостаточность.

Г. И. Довженко (Ленинград) наблюдал течение беременности и родов после митральной комиссуротомии у 62 женщин. У 26 женщин вскоре после выписки из клиники наступила беременность. 10 женщинам по их просьбе беременность прервана в ранние сроки. 4 женщинам беременность была прервана в сроки от 10 до 20 недель по медицинским показаниям. У 16 женщин развитие беременности и роды протекали без осложнений. Все дети родились здоровыми.

Е. П. Романова и М. М. Шехтман (Москва) изучали течение беременности, родов и послеродового периода и состояние сердечно-сосудистой системы у 100 женщин, перенесших митральную комиссуротомию. Восьми женщинам пришлось прервать беременность по витальным показаниям. Тяжелая декомпенсация наблюдалась длительно у 13 женщин, сохранивших беременность вопреки советам врачей.

У 63% оперированных наступает недостаточность кровообращения в период беременности.

Авторы полагают, что женщин, перенесших митральную комиссуротомию, целесообразно родоразрешать в специализированных родильных домах.

По данным Л. М. Фитилевой (Москва), примерно у 20% женщин после митральной комиссуротомии была беременность, закончившаяся нормальными родами.

С. А. Колесников и соавторы (Москва) сообщили о 30 больных пороками сердца, оперированных во время беременности со сроками от 4 до 32 недель. Были произведены следующие операции: митральная комиссуротомия — у 21, митрально-аортальная — у 1, вторичная митральная — у 3, трансвентрикулярная вальвулотомия у 2, перевязка артериального протока — у 2, резекция суженного участка аорты с последующим протезированием — у 1. Все больные живы, у 27 беременность закончилась родами, все дети живы. Самопроизвольные аборт наступили у 2 (на 12 и 25 неделе беременности). Одной произведен искусственный аборт без показаний со стороны сердца.

По материалам А. Б. Гиллерсон и соавторов (Омск), умерло 8 женщин (0,73%) из числа тех рожениц, у которых роды были осложнены болезнями сердца. Основными причинами смерти явились острая сердечная недостаточность и тромбоемболия при наличии у больных митрального стеноза или комбинированного клапанного порока сердца с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия.

А. Я. Тарасевич и В. А. Борзов (Москва) изучили 100 историй родов женщин, умерших во время беременности, в родах и послеродовом периоде от сердечно-сосудистых заболеваний. Недостаточность митрального клапана и стеноз левого атриовентрикулярного отверстия были у 47, недостаточность митрального клапана — у 7, недостаточность клапанов аорты — у 4, стеноз устья аорты — у 4, гипертоническая болезнь — у 11, врожденные пороки — у 5, инфаркт миокарда — у 4, аневризма аорты с последующим разрывом — у 3, стеноз левого венозного отверстия — у 5, разрыв сосудов почек — у 2, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, стеноз устья аорты, недостаточность митрального клапана — у 5 женщин. После операции на сердце были 4 женщины.

Патологоанатомические данные не оставляют сомнения, что причиной летальных исходов у большинства беременных с органическими заболеваниями сердца была прогрессирующая сердечная недостаточность. Необходимо усилить мероприятия, направленные на выявление больных с недостаточностью кровообращения, их своевременную госпитализацию и энергичное лечение. Рано возникающая при беременности и трудно поддающаяся терапии недостаточность кровообращения должна рассматриваться как показание к прерыванию беременности.

III. Гинекология детского возраста

П. Я. Лельчук (Ростов-на-Дону) подчеркнул, что основной задачей гинекологии детского возраста является профилактика нарушений правильного полового развития. Соответственно этому кабинеты детской гинекологии наиболее целесообразно организовать в системе детской поликлиники. При осмотрах практически здоровых девочек до 8 лет гинекологическая патология выявлена у 12,2% (В. П. Юровская), с 8 до 16 лет — у 9,5% (А. С. Заводова).

Б. С. Пойзнер и Т. Б. Альбицкая (Томск) также считают, что профилактические осмотры следует проводить: 1) у новорожденных; 2) в возрасте от 1 до 6 лет для выявления воспалительных заболеваний влагалища и вульвы; 3) в возрасте

10—12 лет и 4) 13—18 лет — для выявления и предупреждения нарушений менструального цикла и полового созревания.

На педиатрических факультетах и в ГИДУВах следует организовать курсы лекций по детской гинекологии.

По данным Н. В. Кобозева и Н. Д. Красько (Ленинград) среди гинекологических заболеваний у девочек первое место по частоте занимают ювенильные кровотечения, второе — воспалительные заболевания, третье — травмы наружных половых органов.

По данным Н. К. Березиной и соавторов (Ставрополь) среди гинекологических заболеваний девочек первое место занимают вульвовагиниты различной этиологии, второе — нарушения менструального цикла, третье — нарушения полового созревания, пороки развития и опухоли половых органов.

Л. Д. Заяц (Москва) привел следующую структуру гинекологической заболеваемости детей. На первом месте воспалительные процессы вульвы и влагалища, на втором — нарушения менструального цикла, на третьем — опухоли, пороки развития половых органов и на четвертом — нарушения полового созревания.

Гематологическое исследование больных с ювенильными кровотечениями показало, что у 20% девушек имеются нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови и у 5% кровотечения обусловлены заболеваниями крови.

Л. Я. Блуштейн (Ростов-на-Дону) установила, что наиболее интенсивный рост таза во всех размерах происходит в первый год жизни; от 1 до 3 лет наблюдается отставание в росте прямых размеров при сохранении быстрого роста поперечных размеров — таз растет в ширину, оставаясь плоским. После 3 лет таз приобретает обычную форму, но размеры его уменьшены соответственно возрасту. Интенсивный рост наблюдается в период полового созревания (12—15 лет). Нормальных размеров таз достигает к 18—19 годам.

В. П. Юрковская и А. С. Заводова (Ростов-на-Дону) установили, что при средних и высоких показателях физического развития средний возраст начала менструаций на 1,5—2 года меньше, регулярные менструации устанавливаются быстрее и нарушения менструального цикла встречаются реже, чем у девочек с низкими показателями физического развития. Необходимо своевременно выявлять детей с отставанием физического развития и проводить целенаправленные мероприятия по его ликвидации.

Л. П. Загрядская (Горький) наиболее низкое выделение эстрогенов нашла у девочек с продолжительным периодом аменореи. Выделение эстрогенов при ювенильных кровотечениях ни у одной девочки не достигало цифр, характерных для женщин с функциональными кровотечениями в репродуктивном периоде и климактерическом возрасте. Уровень выделения эстрогенов у большинства девочек в период аменореи и кровотечения был одинаковым. При постоянном уровне выделения эстрогенов отмечался постоянный низкий уровень выделения прегнадиола.

А. И. Минкина (Ростов-на-Дону) установила выделение гонадотропинов с мочой у девочек: 2—3 лет — 7—8 м.м. е., 4—7 лет — 4—6; 7—10; 10—12 лет — 4,5—8,5; 12—13 лет — у 50% — 0, у 50% — 10—20; 13—14 лет — 35 и 14—15 лет — 58.

В возрасте 7—10 лет количество эстрогенов в моче — 1,3—2,3 мкг в сутки (85% — неактивная фракция). С 11 лет выделение эстрогенов увеличивается до 11,7 мкг, количество эстриола снижается до 65—68%, а содержание активных фракций — эстрона и эстрадиола — возрастает. Количество выделяемых эстрогенов ниже, чем у женщин, и не превышает 25 мкг в сутки.

Г. М. Лешинок (Ленинград) установила, что ювенильные кровотечения носят ановуляторный характер и возникают чаще на фоне гипоэстрогении. Для остановки кровотечения и регуляции менструальной функции применялись: плацентарная кровь, препараты эстрогенов, прогестерона и хориогонина.

З. Д. Старостина (Горький) выделила следующие группы воспалительных заболеваний вульвы и влагалища: 1) кандидозные поражения в результате применения антибиотиков; 2) поражения патогенным стафилококком, не чувствительным к антибиотикам; 3) трихомонадные поражения; 4) гонорейные поражения; 5) воспаления от введения во влагалище инородных тел.

А. С. Заводова и Т. А. Сариева (Ростов-на-Дону) нашли, что причиной вульвовагинитов у девочек были трихомоноз у 27,8%, глистная инвазия — у 5%, микотическое поражение — у 5,9%, гонококк Нейссера — у 1%.

Н. Е. Кретова (Москва) установила, что опухоли яичников у детей чаще всего наблюдаются в периоде полового созревания. Наиболее характерными симптомами кист и опухолей являются боли, увеличение размеров живота, симптомокомплекс перекута ножки и разрыва капсулы кисты или опухоли. Среди опухолей яичников наиболее часты тератомы, а среди опухолевидных образований — параовариальные кисты. В материале докладчика кистаденомы составили четвертую часть всех опухолей яичников. Злокачественного перерождения кистом не наблюдалось. Все злокачественные опухоли яичников были первичными. Тератобластомы наблюдались у девочек до, рак и дисгерминомы — после 12 лет.

А. М. Мажбиц (Новокузнецк) при недержании мочи при гипоспадии считает методом выбора уретропоез с использованием брюшков-леваторов для создания сфинктера.

При эктопии добавочных мочеточников успешно применялась пересадка добавочного мочеточникового устья в мочевоую пузырь.

При неполном выпадении слизистой уретры успешно применялась электрокоагуляция, при полном выпадении — резекция слизистой.

Докладчик считает возможным оперировать девочек с мочеполовыми свищами в любом возрасте.

IV. Современные методы терапии в акушерстве

А. М. Фой (Саратов) считает, что применение эстрогенов в целях родовозбуждения нерационально. Докладчик использовал с высоким эффектом андрогены в небольшой дозировке с целью возбуждения родовой деятельности и борьбы с гипотонической формой слабости родовой деятельности. Создание андрогенного фона в значительной степени повышает эффективность последующего применения средств типа окситоцина.

В. В. Черная (Краснодар) для лечения кровотечения в родах на почве гиповитаминоза, а также с профилактической целью при снижении концентрации фибриногена и резком повышении фибринолитической активности крови, помимо внутривенного введения средств, содержащих большое количество фибриногена (свежая и сухая плазма, свежая донорская кровь), с успехом применяла эписилан-амино-капроновую кислоту (внутри по 6—8,0 на прием), кортизон, АКТГ, CaCl_2 , аскорбиновую кислоту. Через 1—1,5 часа повышается концентрация фибриногена и в 3—4 раза снижается фибринолитическая активность крови.

V. Современные методы терапии в гинекологии

Г. К. Парафейник (Саратов) доложил о применении фуразолидона.

При воспалительных заболеваниях придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки малого таза можно вводить раствор фуразолидона пункцией заднего свода (25 мл 0,5—1% раствора новокаина и 25 мл раствора фуразолидона 1:20000). Такой же раствор фуразолидона по 250—300 мл можно вводить в брюшную полость во время операции, давать внутрь в порошке по 0,15 раз в день в послеоперационном периоде.

Н. Е. Сидоров и И. Г. Клименкова (Казань) доложили о применении ультразвука в гинекологии.

В. Д. Сизонов (Ленинград) с успехом применил метод одномоментной двусторонней новокаиновой блокады верхних шейных симпатических ганглиев (по 20 мл 1/2% раствора новокаина) у женщин, страдающих дисфункциональными маточными кровотечениями в климактерическом периоде, протекающими по типу персистенции фолликула.

Ф. А. Сыроватко с соавторами (Москва) поделились опытом проведения внутривенного новокаинового наркоза. К 180 мл 5% раствора глюкозы добавляют 20 мл 10% раствора новокаина. Вводят внутривенно капельно в темпе 60—120 кап. в мин. В среднем на операцию длительностью 1,5—2 часа расходуется 5—7,0 новокаина. Возвращение сознания наступает через 2—4 мин после прекращения введения новокаина.

Осветить в отчете все доклады не представляется возможным. Интересующихся отсылаем к тезисам съезда (9 печатных листов).

Ф. А. Мифтахова (Казань)

АТЕРОСКЛЕРОЗ, ИНФАРКТ МИОКАРДА И КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

(по материалам IV Всесоюзного съезда патологоанатомов)
20—24/IX 1965 г., г. Кишинев

На съезде присутствовало около 1000 делегатов и гостей.
Было заслушано более 100 докладов.

I. Проблема атеросклероза

И. В. Давыдовский (Москва) выступил с докладом «Атеросклероз как проблема возраста». Атеросклероз, по его представлению, в отличие от теории Н. Н. Аничкова, природно-видовое явление, связанное с возрастом.

Структурная перестройка интимы, инфильтративные процессы, обусловленные повышенной проницаемостью интимы для белков и липидов плазмы, непрерывающийся синтез холестерина в разрастающейся интимае — таковы частные стороны в механизме развития атеросклероза.

Отложение фибрина в толщу интимы и на ее поверхность (интрамуральный и пристеночный тромбоз) является существенной предпосылкой для развития пластических и склеротических изменений интимы диффузного и бляшечного характера. Раз-