

Е. Л. Меламед. Нейро-дисгормональная инволюция вульвы. Крауроз и лейкоплакия. Омск, 1966 г.

Вопросы этиологии и патогенеза крауроза и лейкоплакии вульвы изучены пока недостаточно, и терапевтические меры при этих патологических процессах еще далеко не совершенны. В руководствах по гинекологии, как отечественных, так и зарубежных, краурозу вульвы и лейкоплакии отводится мало места. До сих пор не было опубликовано ни одного специального монографического исследования, посвященного этим вопросам. Монография Е. Л. Меламеда подводит итог его многолетней и, надо сказать, успешной работы в данной области. С 1958 по 1964 г. автор обследовал в Ленинградском онкологическом диспансере 968 больных краурозом и лейкоплакией вульвы. Оказалось, что наиболее часто страдание возникает у жительниц городов (96,3%) — факт, ранее неизвестный. Установлена относительная частота лейкоплакических поражений вульвы у молодых женщин. У лиц пожилого возраста лейкоплакии наружных гениталий встречаются реже. При нейродисгормональной инволюции вульвы кроме чувства жжения и зуда у ряда больных возникают еще и дизурия, диспареуния, нарушения дефекации (боли), т. е. по сути дела для инволютивно-атрофического процесса характерна, как пишет автор, «совокупность анулярных стенозов».

С точки зрения выявления возможных генетических факторов, облегчающих в будущем возникновение крауроза вульвы (конечно, в сочетании с другими причинами), очень интересен установленный Е. Л. Меламедом факт позднего наступления у половины этих больных менструальной функции, некоторого понижения эндокринной функции яичника и проявления той или иной степени инфантилизма внутренних гениталий.

Автору удалось установить целый ряд заболеваний, предрасполагающих к инволютивно-атрофическим поражениям вульвы и сопутствующим им: трихомонадные кольпиты, экзематозные поражения вульвы, нейродермиты, псориаз, латентный диабет, гиповитаминозы, заболевания печени, вторичная анемия, гастриты, субацидные и анацидные, геморрой, трещины анальной области, гельминтозы.

Впервые автором монографии сделана попытка классификации местных макроскопических изменений наружных гениталий у этих больных. Он выделяет: 1) дистрофические изменения (сухость тканей, изменение их обычной окраски, уменьшение волосяного покрова и подкожной жировой клетчатки), 2) атрофические изменения (атрофия больших и малых губ, стенозы) и 3) сопутствующие осложнения (экскориации и трещины, дискератозы, вульводерматиты, лейкоплакии и др.).

При морфологических исследованиях тканей пораженной вульвы в эпидермальной зоне определяется истончение рогового слоя и гнезда гиперкератоза. Эпидермис чаще всего уплотнен: в дерме имеется выраженный отек, эластическая ткань под ней почти полностью отсутствует. Папиллярные и субпапиллярные слои кожно-слизистых покровов вульвы склерозированы. Особенно характерен склероз для конечной атрофической стадии патологического процесса.

Автор предложил нистатиновую пробу для выявления дрожжевых поражений. На участок поражения накладывается нистатиновая мазь. Ликвидация воспалительного процесса ясно указывает на причину его возникновения.

Для исключения возможной малигнизации патологически измененных тканей автор использует диагностические соскобы с поверхности вульвы, флюоресцентную микроскопию и кольпоскопию. Эти методы позволяли ему выявлять преинвазивные и инвазивные формы раковых процессов и следить за изменениями в состоянии тканей на протяжении лечения.

Наиболее важны для практического врача главы работы, посвященные основным принципам лечения. Консервативная терапия предусматривает гигиенический уход за наружными гениталиями, лечебные подмывания с дегтярным мылом, инстилляции во влагалище протаргола, применение антигистаминных средств, прием транквилизаторов (триоксазин), витаминов, снотворных, микстуры Е. И. Кватера. После ликвидации острых явлений (зуда, отека и др.) назначают кольдкрем, состоящий из синестрола, тестостерона, прогестерона, гидрокортизона, витаминов А и Е, ацетилхолина. У ряда больных получен успех от кенакортовой, дексаметазонавой и триамсинолоновой кислот, применяемых местно. Это оригинальные предложения автора монографии.

Для достижения полного лечебного эффекта, главным образом для стойкого устранения зуда автор предлагает медикаментозную паравульварную денервацию путем введения в глубь вульвы по хорошо разработанной несложной методике 20—30% раствора спирта (20—30 мл) на 0,5% растворе новокаина (70—80 мл). Денервация осуществляется в ишиоректальной ямке, в области задней спайки, клитора, половых губ, лобка. В результате зуд уменьшается или даже полностью исчезает, гиперкератоз регрессирует, кожа становится мягкой и эластичной.

У ряда больных автор с успехом производил различные виды невротомии. Он предложил оригинальный вариант паравульварной диатермо-денервации с помощью сконст-

руированных им электродов. Операция оказалась очень эффективной и совершенно безвредной. Она имеет преимущества перед тотальной вульвэктомией, дающей, как известно, рецидивы и осложнения.

Проф. А. М. Фой (Саратов)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616—053.2

КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ, ПОСВЯЩЕННАЯ 50-ЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

20—24/VI 1967 г., Саратов

Конференция была организована Министерством здравоохранения РСФСР, Всероссийским научно-медицинским обществом детских врачей и Саратовским областным отделом здравоохранения.

На конференции были обсуждены организационные проблемы, физическое воспитание и развитие детей, физиология и патология периода новорожденности, острые и хронические пневмонии, вопросы гормональной терапии в педиатрии.

Доклад заместителя Министра здравоохранения РСФСР проф. Н. С. Кисляк был посвящен актуальным проблемам охраны здоровья детей. В настоящее время следует сосредоточить внимание на борьбе с ранней детской смертностью, составляющей от 30 до 50% общей детской смертности, улучшить обслуживание новорожденных, особенно недоношенных, развертывать для них специальные отделения в детских больницах.

Для совершенствования специализированной помощи детям нужны подготовленные невропатологи, эндокринологи, гематологи, отоларингологи, офтальмологи, стоматологи детского профиля. Нуждается в развитии неотложная помощь детям, хирургическая и реанимационная служба.

Необходимо развертывать строительство многопрофильных детских больниц, какие имеются в Воронеже, Петрозаводске, Новосибирске и других городах.

Организующим звеном помощи детям в сельской местности должно быть детское отделение районной больницы, а методическим центром — областная детская больница. Докладчица подчеркнула важность постоянного повышения квалификации врачей и средних медицинских работников с использованием для этого в первую очередь базовых учреждений.

А. Л. Струцовская (Московская область) поделилась опытом работы по повышению специальных знаний педиатров. Наиболее ощутимые результаты в отношении показателей состояния здоровья детей в соответствующих городах и районах области приносит участие практических врачей в научно-исследовательской работе.

З. А. Юсупова (Ишкар-Ола) доложила о состоянии охраны здоровья детей в Марийской АССР. Этот материал опубликован в настоящем номере Казанского медицинского журнала.

Б. Н. Бондарев (Ленинград) сообщил о специфической профилактике детских инфекционных болезней. Каждая прививка вакцины должна рассматриваться как весьма ответственная биологическая операция. Следует постоянно учитывать не только ее полезное защитное действие, но и возможность развития побочных вредных влияний на организм.

Однократная прививка вызывает менее напряженный и стойкий иммунитет к применяемому антигену по сравнению с повторной. Вторая прививка будет эффективной в том случае, если она осуществляется по истечении срока, необходимого для завершения иммунологических сдвигов после первой. Чрезмерное введение того или иного антигена обуславливает ослабление иммунитета. В среднем промежуток между первой и последующими прививками должен быть не менее двух месяцев (если ребенок за это время ничем не болел и у него не было инкубационного периода инфекционного заболевания).

Иммунизацию следует проводить вместе с общими санитарно-эпидемиологическими мероприятиями и непременно в период полного здоровья ребенка.

В. Г. Кисляковская (Москва) подчеркнула, что женское молоко не всегда бывает полноценным. На его качестве отражается состояние здоровья, питание и общий режим кормящей матери. Поэтому даже при естественном вскармливании ребенок иногда нуждается в коррекции питания. При вскармливании детей свежие продукты, не всегда доступные, могут быть заменены высококачественными консервированными.

А. В. Аболенская и сотр. (Горький) указали на процесс акцелерации детей. Это подтверждается антропометрическими данными, морфологическим составом крови, а также реакциями вегетативной нервной системы. В морфологическом составе крови