

а появление на большинстве кривых дополнительных дикротических колебаний — о неустойчивости тонуса сосудов.

После курса андрогенотерапии у больных внутренним эндометриозом произошло статистически достоверное уменьшение угла наклона анакроты, амплитуды, наметилась тенденция к удлинению катакроты, статистически достоверно увеличилась продолжительность реографической волны. Наряду с этим реже встречались дополнительные зубцы на катакроте, кривые принимали упорядоченный, стабильный характер. Одновременно у всех больных отмечалось улучшение общего самочувствия, значительно уменьшались болевые ощущения и степень кровопотери во время менструаций.

Все это позволяет высказать мысль, что андрогенотерапия больных внутренним эндометриозом матки не только способствует снижению эстрогенной насыщенности и уменьшению пролиферативных процессов в эндометрии и эндометриодных гетеротопиях, но и оказывает нормализующее влияние на нарушенную гемодинамику органов малого таза, способствуя исчезновению застойного полнокровия в органах малого таза и, в частности, в матке, пораженной эндометриозом.

УДК 618.19

Н. И. Пушкирев (Белебей, БАССР). Добавочная молочная железа на плече

Добавочные соски, прибавочные и добавочные молочные железы, помимо млечных линий, изредка развиваются на спине, плечах и бедрах. Мы наблюдали добавочную молочную железу на левом плече.

Ш., 67 лет, поступила 16/V 1973 г. по поводу опухоли левого плеча, появившейся в детстве. Опухоль увеличивалась при менструациях и беременностях, в последние годы стала болезненной при прикосновении.

Менструация у пациентки с 15 лет; замужем с 19 лет, рожала 4 раза; менопауза 18 лет.

Объективно: на внутренне-задней поверхности корня левого плеча расположено подвижное, слабо болезненное при ощупывании конусовидное образование размером $7 \times 7 \times 4$ см, с ареолой на верхушке, в центре которой находится выступ диаметром 0,2 см (см. рис.).

Диагноз: добавочная молочная железа на левом плече.

30/V под местным обезболиванием железа удалена. Препарат состоит из железистой, жировой и фиброзной ткани. Гистологический диагноз: молочная железа.



УДК 616—036.88:616—053.3

А. П. Пигалов (ТАССР). О некоторых особенностях перинатальной смертности

Мы изучили структуру перинатальной смертности у работниц химического производства за последние 5 лет (1968—1972 гг.), т. е. с момента ввода в эксплуатацию первых цехов химического производства. Детская смертность за эти 5 лет ниже, чем в целом по ТАССР. В структуре ее главное место занимает ранняя смертность новорожденных. Число детей, умерших в первые 7 дней жизни, составляет 32,0% от числа детей, умерших во всех возрастах, и 50% от числа детей, умерших в возрасте до года. Среди женщин города, у которых наблюдалась перинатальная гибель плода, преобладают лица благоприятного детородного возраста. Количество родов и абортот одинаково при перинатальной смертности у женщин в целом по городу и у работниц химического производства.

В перинатальной смертности наиболее часто встречаются преждевременные (41,8%) и запоздалые (9,8%) роды, тогда как в целом по городу преждевременные роды составляют 14,2—15,5%, а запоздалые — 6,3—8,2%.

Перинатальная смертность в городе за эти 5 лет выросла с 1,6 до 2,66% и стала значительно выше, чем в других городах. Если среди доношенных она имеет небольшие колебания (1,4—2,0%), то у недоношенных за последние 4 года она повысилась с 12,8 до 21,2%. Таким образом, смертность среди недоношенных в 10 с лишним раз больше, чем среди доношенных.

Ранняя смертность по материалам родильного отделения за 1968—1972 гг. имеет небольшие колебания — от 0,5 до 0,8%. По другим городам республики этот показатель в 1971 г. составил 0,48%. Ранняя смертность новорожденных, по нашим данным, остается стабильной, но несколько выше, чем по республике.

Мертворождаемость, по материалам родильного дома, за год выросла с 1,49 до 2,06%. Перинатальная смертность среди детей работниц химического производства значительно ниже, чем у женщин других профессий (соответственно 1,38 и 2,21%).

Анализ веса плодов и новорожденных в перинатальной смертности показывает, что у 1/3 из них вес составлял менее 2500 г, т. е. этих детей по весу можно отнести к недоношенным. В группе доношенных 43,1% детей имели вес от 3000 до 4000 г.

Наиболее частой непосредственной причиной гибели плодов и новорожденных является асфиксия, которая составляет 68,8%. Родовые и акушерские травмы занимают второе место в структуре перинатальной смертности (9,8%). На третьем месте стоят пороки развития (8,5%). На внутри- и внеутробные инфекции приходится всего лишь 2,6%. Среди причин ранней смертности новорожденных асфиксии также занимают первое место, составляя 51,2%. Пороки развития разделяют второе место с послеродовой инфекцией (по 13,3%). Родовые и акушерские травмы в ранней смертности новорожденных, по нашим данным, занимают третье место (11,1%).

Структура перинатальной смертности у работниц химического производства мало отличается от таковой в целом по городу.

УДК 616.441—008.61

В. Н. Таракаева (Москва). Гиперпаратиреоз в детском и подростковом возрасте

Гиперпаратиреоз у детей, особенно в возрасте до 10 лет, представляет собой исключительную редкость. Мы наблюдали 10 больных, у которых заболевание началось в возрасте 10—19 лет.

Чаще всего первым признаком заболевания служила мышечная слабость и быстрая утомляемость. Иногда слабость была столь выраженной, что больной не мог стоять и сидеть. Гипотония мышц нижних конечностей приводит к изменению походки («утинная походка»). Больные «везут ноги», спотыкаются при ходьбе, с трудом поднимаются по лестнице. У 5 из них с самого начала возникли боли в стопах и было установлено плоскостопие. Этот признак мы отмечали чаще всего именно при развитии заболевания в молодом возрасте. Некоторые жалуются на жажду и выделение большого количества мочи, иногда белого цвета. Таким больным устанавливают диагноз «несахарного диабета» и безуспешно лечат адипурекрином. Другие больные отмечают быструю значительную потерю веса, расшатывание и выпадение здоровых на вид зубов. Таким образом, у лиц молодого возраста гиперпаратиреоз имеет в основном те же характерные черты, что и у взрослых. Однако заболевание у них протекает легче, чаще поражаются кости, нежели другие внутренние органы. У молодых больных гиперпаратиреозом не было даже функциональных почечных расстройств, в то время как у взрослых эта патология наблюдалась всегда.

У 8 из 10 больных была костная форма заболевания, что подтверждает более выраженное действие паратиреоидного гормона на кости в растущем организме. Для этой формы характерны ноющие, тянущие боли в костях, длительно заживающие безоскольчатые, несимметричные, так называемые банановые переломы, образование деформаций, ложных суставов, эпюлидов.

При рентгенологическом исследовании у 1 больного была установлена остеопоротическая стадия. На рентгенограмме мягкие ткани казались более плотными, чем кости. Кость определялась лишь по тонкому кортикальному слою. У 7 больных на фоне остеопороза отмечались типичные кистозные изменения, чаще всего в костях бедра, голени, плеча или в тазовых.

Почти у всех больных (за исключением 3) обнаружено снижение концентрационной способности почек, повышение pH мочи, а у 2, кроме того, и нефрокалькулез. Часто отмечалась гиперкальциемия, гипофосфатемия, повышение активности щелочной фосфатазы крови, а выделение кальция и фосфора с мочой колебалось в значительных пределах.

Нам приходилось дифференцировать гиперпаратиреоз молодого возраста с синдромом Фанкони, несовершенным остеогенезом, фиброзной дисплазией.

Гиперпаратиреоз у детей нередко расценивается как рахит, хотя исследование кальция сыворотки должно скорее навести на мысль об интоксикации витамином «D». Гипервитаминоз «D» и идиопатическая гиперкальциурия — только эти два состояния протекают у детей с повышением концентрации кальция в сыворотке, но наличие гипофосфатемии и уровень щелочной фосфатазы позволяют дифференцировать гиперпаратиреоз от этих страданий.

Все 10 больных оперированы: у 7 обнаружено по одной аденоме, у 2 — две аденомы, у 1 — три аденомы; у 1 больного выявлена гиперплазия околощитовидных желез. В настоящее время из 10 человек 8 практически здоровы, но как и все перенесшие паратиреоаденомэктомию они отличаются пониженным настроением и быстро утомляются.

УДК 616.981.25

Л. А. Литяева (Саратов). Биологические свойства энтеральных стафилококков, выделенных у детей раннего возраста

На носительство патогенных стафилококков обследован 81 ребенок в возрасте до 3 лет (до года — 49, до 2 лет — 20, до 3 лет — 12). За 3 месяца наблюдений заболеваний стафилококковой этиологии среди детей не зарегистрировано.