

К концу 1964 г. через кабинет прошло 100 девочек в возрасте от нескольких месяцев до 18 лет, 8 из них оказались здоровыми.

Из 92 больных у 46 были вульвовагиниты, 9 страдали ювенильными кровотечениями, 15 — аменореей, причем 5 из них в возрасте от 14 до 18 лет оказались беременными. У 3 девочек была гинатрезия, у 9 оказались: алгодисменорея, синехии наружных половых органов, слоновость больших половых губ, генитальный инфантилизм и преждевременное половое созревание, у 7 девочек были экстрагенитальные заболевания.

Гонорея была у 2, у 5 девочек — трихомониаз. Катаральными вульвовагинитами страдали 11 девочек, у 10 они были вызваны глистной инвазией (острицы) и у 1 — инородным телом.

В первой гинекологической клинике ГИДУВа с 1962 г. по июль 1964 г. (включительно) находилось на стационарном лечении 100 девочек с заболеваниями половых органов.

50 девочек страдали ювенильными кровотечениями. Вульвовагиниты различной этиологии были у 18. Опухоли половых органов оказались у 5 девочек.

Травматические поражения половых органов наблюдались у 6 девочек, пороки развития — у 8, у 9 девочек в возрасте от 13 до 18 лет оказалась беременность.

Ювенильные кровотечения были в основном ановуляторными. Расстройства менструаций наблюдались в виде гиперполипроменореи или метроррагии. Анатомических изменений со стороны половых органов не отмечалось.

Для остановки кровотечений, наряду с обычными кровоостанавливающими и сокращающими матку средствами, мы применяли с хорошим результатом раствор нибуфина 1 : 3000 по 3 мл внутримышечно 1—2 инъекции в день и протаминсульфат 1% — 5 мл (50 мг) внутривенно 1—2 инъекции. При длительно продолжающихся кровотечениях проводилась электростимуляция рецепторов стенок влагалища и шейки матки импульсным током. И только при безуспешности указанных методов лечения применялась гормонотерапия. Лечение проводилось главным образом прогестероном при наличии персистирующего фолликула или эстрогенами при выявлении гипоэстрогенемии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богоров И. И. Гинекология детского возраста. Медгиз, М., 1960. — 2. Лескова А. С. Тр. X Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Медгиз, М., 1961. — 3. Малиновская С. Я. Тр. X Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Медгиз, М., 1961 — 4. Маурина М. П. Акуш. и гинек. 1959, 6. — 5. Петченко А. И. Там же. 1959, 6. — 6. Степанов Л. Г. Там же. 1961, 1.

УДК 618.1—613.95

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

В. Г. Дунаева и Н. С. Плешкова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Х. Х. Мешеров)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
и объединение родильного дома № 6 (главврач — В. Г. Дунаева)

Задачей настоящей работы является анализ деятельности вновь организованного кабинета детской гинекологии на базе объединения родильного дома № 6 г. Казани за период с июня 1963 г. по 1965 г.

Амбулаторный прием ведется три раза в неделю в отдельном кабинете женской консультации в часы, свободные от приема женщин.

Проводились циклы лекций по школам для девочек и их матерей, индивидуальные беседы с ними, были оформлены тематические стенды в женской консультации и школах. Демонстрировались в консультации фильмы по гигиене девочки и девушки.

Всего за 17 месяцев было 1149 посещений: первичных — 538, повторных — 611 (5,7% к общему числу гинекологических обращений в женскую консультацию). У 288 девочек (44,4%) обнаружены гинекологические заболевания, девять девочек оказались беременными. Беременные девочки в возрасте 15—16—17 лет — учащиеся, из семей разных общественных прослоек. Все беременности прерваны до 12 недель.

Больных девочек до 5 лет было 51, до 10 лет — 100, до 15 лет — 87, до 18 лет — 59.

С вульвовагинитами различной этиологии было 164 (54, 9%), с жалобами на бели и неустановившиеся менструации в препубертатном и пубертатном периодах — 71 (23,9%), с ювенильными кровотечениями — 18 (6%), с прочими заболеваниями (задержка полового развития, травмы половых органов, неправильные положения матки, инфантилизм и др.) — 35 девочек (12%).

Из числа больных вульвовагинитами в возрасте до 5 лет было 63, до 10 — 87, до 13 — 14.

У 66 девочек была вульгарная флора в мазках из влагалища, у 68 найдены острицы, у 12 — трихомоны, у 6 были заболевания носоглотки, у 5 — мастурбация, у 3 — инородные тела, у 3 — острая гонорея и у одной — молочница.

При обнаружении остриц назначалось лечение пиперазином по схеме в зависимости от возраста и давности заболевания.

Лечение бактериальных вульвовагинитов начиналось с назначения теплых сидячих ванн из раствора ромашки (2 столовые ложки на литр воды), затем инстилляций во влагалище через резиновый катетер различных дезинфицирующих средств (фурацилин 1:5000, 1/4% раствор азотнокислого серебра или 30% раствор альбумида). Процедуры проводились через день. Курс лечения составлял десять сеансов. В случаях, не поддающихся лечению, проводился посев на чувствительность микробов к антибиотикам, после чего назначались инстилляции, влагалищные палочки с соответствующим антибиотиком и внутрь — сульфаниламидные препараты. При трихомонадных вульвовагинитах назначались инстилляции во влагалище рыбьего жира, вдувание порошковдувателем осарсола или введение последнего в виде влагалищных палочек и, наконец, назначался метродонизоль внутрь.

В препубертатном и пубертатном периодах девочки обращались с жалобами на усиливающееся выделение из половых путей или с жалобами на неустановившийся характер менструаций. Назначение соответствующего режима, калорийного питания, богатого витаминами, и соблюдение правил гигиены помогли справиться с названными нарушениями.

С ювенильными кровотечениями были госпитализированы четыре девочки, где они получили комплексную терапию (гормонолечение, гемотрансфузию, витамины и т. д.) с положительным эффектом.

Четырнадцать девочек лечились амбулаторно. При отсутствии эффекта от медикаментозной терапии назначался курс гормонотерапии и тоже с хорошим результатом.

Из прочих заболеваний выявлены следующие: адено-генитальный синдром — у 1, задержка полового развития — у 1, аномалии развития половых органов (заращение гимениального отверстия, атрезия вагины — отсутствие матки) — у 3, травмы наружных половых органов — у 5, неправильные положения матки (загибы кзади) — у 3, остроконечные кондиломы — у 2, киста влагалища — у 1, киста Бартолиновой железы — у 1, дисменорея — у 7, хронические воспаления придатков матки — у 2, инфантилизм — у 8, гнойный инфильтрат в уретре — у одной девочки.

Вопросам детской гинекологии должно быть уделено самое пристальное внимание специалистов.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 616—09 1

К СТОЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ КАЗАНСКОГО ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

(1865—1965)

Г. Г. Непряхин и Н. Ф. Порываев

Кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Непряхин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Самостоятельная кафедра патологической анатомии на медицинском факультете Казанского университета оформлена в декабре 1865 г., через 61 год после открытия Казанского университета и через 51 год — после организации медицинского факультета.

Преподавание основ патологической анатомии включалось сначала в план клинических кафедр, а затем кафедры нормальной анатомии. С 1839 г. Е. Ф. Аристов (1806—1875) — профессор кафедры нормальной анатомии — организовал чтение курса лекций по патанатомии. В дальнейшем он считал необходимым выделить патологическую анатомию в самостоятельный предмет. Один из молодых учеников проф. Е. Ф. Аристова — А. В. Петров (1837—1885) проявил интерес к патологической анатомии; ему в 1861 г. медицинским факультетом была предоставлена научная командировка в Дерптский университет. В 1862 г. А. В. Петров выполнил и защитил докторскую диссертацию. На основе нового университетского устава 1863 г. А. В. Петров