

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшт Г. А. Сов. мед., 1946, 1. — 2. Зильберман С. С. Акуш. и гинек., 1949, 1. — 3. Малиновский М. С. Акуш. и гинек., 1946, 1. — 4. Рысс С. М. Сов. мед., 1948, 1. — 5. Титаев А. А. Биохимия, 1948, 13. — 6. Цирюльников М. С. В кн.: Рефер. научн.-исследоват. работ за 1946 г., АМН СССР, 1947, 2. — 7. Шуб Р. Л. Сб. тр. ЦИАГ, 1947, т. X. — 8. Он же. Витамины при беременности и лактации. Л., 1940.

Поступила 25 марта 1960 г.

## К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Асс. Л. И. Завершинская*

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. Я. Е. Кривицкий)  
Оренбургского медицинского института

Вульвовагиниты у девочек встречаются довольно часто и, по мнению большинства авторов, вызываются теми же возбудителями, что и у женщин, но могут наблюдаться и при скарлатине, дифтерии, тифах, дизентерии. На роль энтеробиоза и трихомонад в этиологии вульвовагинитов указывали А. Л. Кочурова и Л. Г. Соболев и др. Частота негонорейных вульвовагинитов, по разным авторам, различная (от 40—45% до 80%).

Разноречивость данных можно объяснить неодинаковыми методами обследования. Одни использовали все методы исследования, другие ограничивались только бактериоскопическим методом.

Гонококки в мазках могут симулировать грамотрицательные палочки, грамотрицательные стрептококки и стафилококки и даже коккобациллярные формы кишечной палочки. Методы провокации не всегда дают возможность расшифровать бактериоскопическую картину. Для дифференциальной диагностики между гонококковыми и негонококковыми вульвовагинитами необходимо производить посев выделений из уретры и вагины на специфические питательные среды (асцит-агар, пелтон-агар).

Учитывая трудности и специфику исследования детей, во многих городах созданы специальные кабинеты детской гинекологии с хорошо оснащенными лабораториями. С 1958 г. мы организовали прием по детской гинекологии при центральной женской консультации.

Под нашим наблюдением находилось 72 6-летних вульвовагинитом. Из них от года до 3 лет — 14, от 4 до 7 лет — 47, от 8 до 11 лет — 9 и старше — 2 чел.

По нашим данным, вульвовагиниты чаще встречаются в возрасте от 4 до 7 лет.

В прошлом перенесли детские инфекционные заболевания 55 больных: корь — 34, коклюш — 6, скарлатину — 15, дифтерию — 2 чел.

Незадолго до заболевания вульвовагинитом вирусный грипп был у 12 больных.

Острый процесс наблюдался у 55 больных, хронический — у 17.

Всем больным до лечения проводились бактериоскопическое и бактериологическое исследования влагалищного секрета, посев на питательную среду и установление чувствительности к антибиотикам. При бактериоскопии влагалищных мазков кокковая флора обнаружена у 31, диплококковая — у 19, смешанная — у 15, палочковая — у 5, отсутствие флоры — у 2, трихомонады — у 1. Случаев гонорей не было.

У 28 6-летних с большим числом лейкоцитов в мазках проводилась двух- и трехкратная провокация с последующей бактериоскопией мазков. Во всех случаях гонококк не был обнаружен, а количество лейкоцитов уменьшалось. В 14 случаях, кроме девочек, обследовались матери и няни.

У 4 выявлен трихомониаз. 58 человек обследовано на энтеробиоз, острицы — у 12. Все подвергнуты дегельминтизации по схеме.

Бактериологическому исследованию подвергнуто 22 чел. У 8 выращен стафилококк, у 6 — диплококк, чувствительный к левомицину, у 4 — грамположительная палочка, у 1 — стрептобацилла, и у 3 роста не было.

Лечение было местным и общим. 47 больным проводились обмывания наружных половых органов и влагалищные души марганцовокислым калием 1:7000 или фурацилином 1:5000.

6 больным 1 раз в день через детский катетер вводилось во влагалище по 100 000 пенициллина и 250 000 стрептомицина. 15 больным проведено специфическое лечение (пенициллин на курс лечения 1 200 000 и синтомицин из расчета 0,02 на кг веса ребенка). 3 больным, кроме местного лечения, был назначен синтомицин и 4 — стрептоцид.

Полное излечение наступило у 67, быстрее излечиваются острые вульвовагиниты, не осложненные сопутствующим заболеванием (энтеробиоз). Во всех случаях полного излечения в последующих мазках уменьшалось количество лейкоцитов до 0—5 в поле зрения. Флора из смешанной переходила в кокковую. У 5 больных наступил рецидив заболевания через  $\frac{1}{2}$ —1 месяц. Двое из них страдали эксудативным диатезом, трое—энтеробиозом.

#### ВЫВОДЫ:

1. Для выяснения этиологии вульвовагинита необходимо тщательное и комплексное обследование девочек у гинеколога и педиатра. Поэтому весьма целесообразно выделение специальных приемов по детской гинекологии.
2. Лечение вульвовагинитов негонорейной этиологии благоприятно, однако не редки случаи рецидива заболевания у девочек с сопутствующим заболеванием (диатез, глистная инвазия).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кочурова А. Л. и Соболев Л. Г. Тр. Пермского мед. ин-та, 1935.—
2. Улезко-Строганова К. П. Микроскопическая диагностика в гинекологии, 1926.—
3. Шихобалова Н. П. и Немировский А. М. Педиатрия, 1940, 1.—
4. Sersiron M. D. Реф. мед. журн., раздел 3; 1959, 5.

Поступила 23 января 1960 г.

## О ПРИЧИНАХ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ И ПУТЯХ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

Доц. А. Я. Марков

(Харьков)

Прогноз для жизни и здоровья новорожденного, помимо состояния зрелости плода, определяется течением родового акта, антенатальной профилактикой, характером оперативных вмешательств, качеством ухода и обслуживания в палатах новорожденных, то есть всем комплексом работы родовспомогательного учреждения и его санитарно-гигиеническим уровнем. Борьба же с заболеваемостью и смертностью новорожденных — задача совместных усилий акушеров с педиатрами.

Настоящее сообщение охватывает материалы за последние 6 лет (1953—1959 гг.) одного из роддомов г. Харькова.

За это время родились живыми 14 963 чел., из них недоношенных — 745 (около 5%), доношенных — 14 218. Общая детская смертность (178) составляет 1,18% к числу родившихся живыми, из них доношенных было 70 (0,5%), недоношенных 108 (14,5%). Смертность недоношенных составляет 60,7% общей детской смертности (178).

Смерть новорожденных в 65 случаях наступила от ателектаза легких, причем 58 из них приходится на долю недоношенных. Поскольку ателектаз легких является следствием нарушения функции центральной нервной системы в результате родовой травмы или кислородного голодания при глубокой недоношенности, отсюда и вытекают мероприятия по предупреждению этого осложнения.

В связи с осложненным течением родового акта умерло 53 новорожденных, из них от внутричерепного кровоизлияния 20, от родовой травмы в прямом значении этого слова — 18, от кровоизлияния в надпочечники — 6 (дважды был разрыв надпочечника), от отека мозга с асфиксией — 9 новорожденных (4 недоношенных и 5 доношенных).

Следующую большую группу причин летальности новорожденных составляли пороки развития, несовместимые с внеутробным существо-