

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-

ванием. Таких случаев было 26, из них 10 с аномалиями развития центральной нервной системы, 9 — с патологией развития сердца и 7 — с другими пороками развития.

Значительное место среди причин смерти новорожденных занимают пневмонии — 29 случаев; из них 15 ателектатических, главным образом у недоношенных (13); у 14 умерших детей были бронхопневмонии, из них доношенных было 10.

Ателектатические пневмонии связаны с ателектазом легких и нередко сочетаются с внутричерепными травмами или кислородным голоданием, или аспирацией околоплодных вод.

Бронхопневмонии развиваются в результате инфицирования в родах, аспирации околоплодных вод или как проявление инфекционно-токсического заболевания. Не исключается влияние охлаждения из-за неудовлетворительной температуры воздуха в акушерском отделении в зимнее время. Поэтому указанная группа смертности новорожденных является плохим показателем в работе акушерского стационара.

В 3 случаях смерть новорожденных наступила от гемолитической болезни, в одном — от позднего пупочного кровоизлияния и в одном — от сепсиса.

Три случая гемолитической болезни подтверждают необходимость антенатальной профилактики, ранней диагностики этого страдания и своевременного лечения гемотранфузиями.

Самой частой причиной смертности детей остается недоношенность; отсюда и главная задача акушера — профилактика недоношенности.

Низкая реактивность у недоношенных маскирует начало и развитие инфекционно-септических процессов, поэтому устранение дефектов в обслуживании новорожденных и ранняя диагностика у заболевших — важнейшие звенья в работе медперсонала палат новорожденных.

Травмированные дети с внутричерепными кровоизлияниями нуждаются в особом уходе и организации правильного лечения: покой, пеленание в кроватке, вдыхание кислорода, питье глюкозы, назначение ви-касола, аскорбиновой кислоты и другие мероприятия. Профилактическое назначение антибиотиков у этих детей предупреждает развитие пневмонии.

Связь акушерского стационара с детской консультацией в смысле взаимной осведомленности о состоянии здоровья новорожденных, ранний активный патронаж выписанных из роддома детей — необходимые элементы общих усилий акушеров и педиатров в борьбе за жизнь детей.

Поступила 2 апреля 1960 г.

О ДИАГНОСТИКЕ ХОРИОНЭПИТЕЛИОМЫ МАТКИ

Асс. М. А. Давыдова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В данной статье мы ставим целью еще раз напомнить практическим врачам о необходимости проведения комплексного исследования больных с подозрением на хорионэпителиому матки.

Не так давно гистологическое исследование соскоба из полости матки считалось единственным и решающим методом для исключения или подтверждения хорионэпителиомы. Практика показала, что этот метод, несмотря на свою ценность, по ряду причин не всегда позволяет дать определенное заключение. Затруднения в гистологическом диагнозе встречаются в особенности в ранних стадиях новообразования.