

фицировать номенклатуру сроков отхождения околоплодных вод для большей ясности как в практической, так и в научной работах.

Наиболее точными, легко практически усвояемыми являются классификации, предложенные проф. И. Ф. Жорданиа и проф. Б. С. Пойзнер, причем последняя из них более точна.

В акушерско-гинекологической клинике ГИДУВа (Новокузнецк) в течение последних лет (с 1955 г.) для обозначения срока отхождения околоплодных вод мы пользуемся классификацией проф. Б. С. Пойзнера и убедились в том, что она практически наиболее приемлема, точна и не требует дополнительных разъяснений.

От редакции. Предлагаю читателям высказаться по затронутым автором вопросам, редакция считает целесообразным привести не отраженную в данной статье следующую классификацию, рекомендуемую проф. П. В. Маненковым:

- а) преждевременное отхождение вод до родов;
- б) преждевременное — в первом периоде родов;
- в) своевременное — при полном открытии зева;
- г) запоздалое — во втором периоде родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева К. М. *Вопр. акуш. и гинек.*, Ростов-на-Дону, 1939.— 2. Генгер Г. Г. *Акушерский семинарий*, 1929, т. 2.— 3. Гугенбергер Ф. К. *Мед. вестн.* 1873, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17.— 4. Жорданиа И. Ф. *Тр. Куйбышев. воен. Акад.* 1940, т. I.— 5. Крылова М. Б. *Тр. и матер. Пермского мед. ин-та*, 1933, апрель — май.— 6. Лазаревич И. П. *Курс акушерства*, СПб, 1892.— 7. Липман В. *Акушерский семинарий*, 1912.— 8. Малиновский М. С. *Казанский мед. журн.* 1915, т. XV.— 9. Малиновский М. С. и Кушнир М. Г. *Послеродовая инфекция*, 1927.— 10. Маненков П. В. *Тр. Казанского мед. ин-та*, 1948, 2.— 11. Павловская З. Н. *Тр. Всен.-мед. Акад. им. С. М. Кирова*, 1935, 3.— 12. Петченко А. И. *Физиология и патология сократительной способности матки*. М., 1948.— 13. Скробанский К. К. *Учебник акушерства*, 1936.— 14. Фабр. *Акушерство*, 1929.— 15. Штеккель В. *Основы акушерства*, 1933.— 16. Buben J. *Zbt. Gynäkol.*, 1924, 24.— 17. Greig Donald. J. *Obst. a. Gynaec. Brit. Emp.*, 1943, 55.— 18. King A. *Am. J. Obst. Gyn.*, 1936, 2.

Поступила 18 января 1961 г.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ТРЕХ ФАЗ КЛИМАКСА У ЖЕНЩИН

Б. М. Каминский

Женская консультация (зав. — Т. В. Чайковская) первой житомирской городской больницы (главврач — М. Д. Жила)

Б. Цондек (1930), анализируя гормональную перестройку женского организма в климаксе и менопаузе, различал следующие три фазы климакса: 1) гиперфолликулярную, когда в организме женщины имеется большое количество эстрогенного гормона (гиперэстрогения), 2) гипогормональную, или агормональную, когда имеется крайне незначительное количество как эстрогенного, так и гонадотропного гормона гипофиза, и 3) гипергонадотропную, когда эстрогенного гормона в организме вовсе нет, но есть значительное количество гонадотропного гормона.

Путем определения гормонов, экскретируемых мочой, и методом цитологии вагинальных мазков можно выявить фазу климакса, что очень важно для гормонотерапии патологически протекающего климакса.

На основании нашего опыта и литературных данных мы составили схематическую характеристику трех фаз климакса, включающую: 1) клинику патологического климакса, 2) морфологические изменения в половых органах, 3) функциональные их изменения, 4) данные специальных лабораторных исследований и 5) принципы терапии (см. таблицу 1).

Часто границы между фазами стираются. В схеме не учтена тяжесть климактерических расстройств. Большинство авторов различает 3 степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую. В основу деления по степени тяжести обычно кладется частота и сила «приливов» — наиболее ощутимого симптома климактерических расстройств.

Схема эта хоть и не всеобъемлюща, но она, несомненно, может служить практическому врачу ориентиром для правильного назначения терапии, и в частности гормональной, и для контроля ее эффективности.

В заключение хочу подчеркнуть, что назначение гормонов — очень ответственное мероприятие. Гормоны не должны составлять основу терапии. К ним следует прибегать при отсутствии эффекта от других терапевтических методов и только при обоснованных показаниях. В лечении больных с патологией климакса ведущая роль принадлежит гинекологу, но он должен консультироваться с терапевтом и невропатоло-

Фазы климакса

	I фаза	II фаза	III фаза
1. Клиника	Редкие, только перед менструацией, "приливы", повышенное либидо, раздражительность, бессонница, учащенное сердцебиение, одышка, жалобы на боли в области сердца, головные боли, головокружения, шум в ушах, красный стойкий дермографизм; повышение сухожильных рефлексов. Матка увеличена, мягкая.	Очень частые "приливы" (через 15—20 минут) сопровождаются обильным потом, лицо "пылающее", либидо не выражено; общие неврогические жалобы, Артрозы. Ожирение. Зуд вульвы.	Вазомоторные явления постепенно исчезают; либидо резко понижено; общие неврогические жалобы выражены слабо. Артрозы. Ожирение. Зуд вульвы.
2. Морфология		Умеренная инволюция гениталий: матка атрофирована, плотная; яичники резко уменьшены, недоступны пальпации.	Резкая инволюция гениталий: влагалище (особенно своды) узкое. Матка маленькая, плотная, яичники резко атрофичны, не пальпируются.
3. Функциональные изменения	Эстрогенный гормон продуцируется в избытке, склонность к маточным кровотечениям или усиленным, часто нерегулярным менструациям.	Эстрогенный гормон выделяется в малом количестве; менструация отсутствует или бывает скудная, через 6—12—18 месяцев.	Эстрогенный гормон вовсе не выделяется, менструация отсутствует (менопauза).
4. Специальные исследования	IV реакция мазков; количественное содержание эстрогенов от 600 до 900 γ; резкое снижение прогестерона; гонадотропный гормон в моче отсутствует; выделенный "симптом папоротника" в цервикальной слизи. а) Общая терапия: общие гигиенические мероприятия, режим дня и питания, общеукрепляющее лечение, лечебная физкультура, гидротерапевтические процедуры, физио- и психотерапия; б) медикаментозная терапия: транквилизаторы (нервина) (бромиды, препараты валерианы, микстура Павлова, микстура Квагера, аклима); новоклин по Пархону (И. Б. Хавин); витамин; в) гормонотерапия: прогестерон, андрогены, гонадотропины.	II и III реакции мазков; количественное содержание эстрогенов до 150 γ; отсутствие прогестерона; биологическая проба на содержание гонадотропного гормона в моче положительная.	I реакция мазков; половые гормоны отсутствуют вовсе; биологическая проба на содержание гонадотропного гормона резко положительная (до 110 м. е. в 1 л утренней мочи).
5. Терапия		Общая терапия та же. Медикаментозная терапия та же.	Общая терапия та же. Медикаментозная терапия та же.
		Гормонотерапия: эстрогены, прогестерон, андрогены (комбинация их).	Гормонотерапия: эстрогены, андрогены (комбинация их).

гом. У каждой больной необходимо учитывать ее индивидуальные особенности. Гормонотерапия должна составлять одно из звеньев в цепи комплексного лечения, направленного к восстановлению нарушенных функций нейрогуморальных систем (Е. И. Кватер). Применяя гормоны, необходимо периодически проверять эстрогенную насыщенность организма. Всегда надо также помнить о противопоказаниях к назначению гормонов. Больных с патологией климакса нельзя лечить по упрощенной схеме. Наша схема, повторяю, является только ориентировочной. Не надо забывать и об общеукрепляющей терапии и физических методах, хорошо зарекомендовавших себя при лечении патологии климакса: гальванический воротник по Щербаку, шейно-лицевая гальванизация и трансназальный новокаиновый ионофорез по Г. А. Келлату — М. Д. Черняховской.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсеньева М. Г. Пробл. эндокринол., 1960, 2.— 2. Благосклонная Я. В. Там же, 1957, 1.— 3. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии, М., 1956.— 4. Лесной С. К. Акуш. и гинек., 1958, 4.— 5. Хавин И. Б. Пробл. эндокринол., 1959, 6.— 6. Цирульников М. Л. Акуш. и гинек., 1947, 5.— 7. Graff E. Klimakterische Beschwerden. Wien. 1924.— 8. Hoffmann F. Die Sexualhormontherapie in der Gynäkologie. Leipzig, 1959, III Aufl.

Поступила 2 февраля 1961 г.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОБЫ ГИДРОФИЛЬНОСТИ ТКАНЕЙ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Проф. Е. Н. Короваев и Н. Н. Гимадеев

Детское отделение Республиканской клинической больницы ТАССР (главврач — Ш. В. Бикчурин) и кафедра госпитальной педиатрии (зав.— проф. Е. Н. Короваев) Казанского медицинского института

Проба на гидрофильность тканей по Мак-Клюру, сводящаяся к внутрикожному введению 0,2 физиологического раствора и наблюдению за временем рассасывания образовавшегося при этом волдыря, уже применялась при ревматизме у детей (О. К. Скучайте), причем было показано ее ускорение в остром периоде ревматизма до 15—40 минут, тогда как в норме время ее колеблется от 30 мин. у грудных детей до 52 мин. — в старшем возрасте (М. С. Маслов). Наиболее значительное ускорение ее наблюдалось при бурном ревматическом полиартрите и при тяжелом течении острого периода с выраженными явлениями недостаточности сердца.

Учитывая данные Колтыпина и его школы, полученные при некоторых аллергических заболеваниях у детей, и недостаточное изучение этого вопроса при ревматизме, мы провели наблюдения по этой методике у 47 детей в возрасте от 6 до 15 лет по следующим формам ревматизма: сердечная (7), сердечно-суставная (19), суставная (3), нервная (18). Нервная форма у 2 больных сочеталась с поражением сердца и суставов и у одного — с поражением сердца.

Подавляющее большинство больных (40 из 47, или 85,2%) имело при первичном исследовании значительно ускоренную пробу Мак-Клора (не дольше 30 мин.), причем резкое ускорение (от 10 до 20 мин.) наблюдалось более чем у половины (26 из 47, или 55,3%).

Значительное ускорение этой пробы наблюдалось при всех формах ревматизма, причем степень ускорения была большей у поступивших в первые дни болезни, чем с более длительным сроком заболевания и подвергавшихся лечению до поступления в клинику.

Проба эта длительно сохраняется ускоренной у больных с активной фазой поражения сердца не только при декомпенсации сердечной деятельности, но и при отсутствии последней.

При суставной форме ревматизма без заметного поражения сердца рассасывание волдыря уже при поступлении больного в стационар протекало медленнее, чем при сердечно-суставной форме.

При нервной форме ревматизма проба Мак-Клора была выражена не одинаково, в зависимости от наличия или отсутствия поражения сердца или суставов. В тех случаях, когда хорея протекала без поражения сердца и суставов, проба Мак-Клора была менее отклонена от нормальных цифр и скорее нормализовалась. При сочетании же хореи с полиартритом или ревмокардитом проба Мак-Клора давала резкое отклонение от нормы, которое длительно сохранялось.

Суммируя наши наблюдения, можно отметить, что ускорение этой пробы является одним из чутких показателей нарушения жизнедеятельности организма больных ревматизмом, а нормализация ее позволяет судить о положительной динамике болезненного процесса и наступлении клинического выздоровления.