

тита и кори; его могут оказывать бактериальные инфекции, а также токсоплазмоз); б) в раннем фетальном периоде (до седьмого месяца внутриутробной жизни) возможны воспалительные процессы, в результате чего возникают разные фетопатии и некоторые пороки развития (микроцефалии, микрофтальмии, микрогирии и др.), а также водянка мозга, циррозы печени, эластофиброз сердца и др.; стрептококковые метастатические гнойники у плода (фетальная септикопиемия), листериоз, генерализованная инклюзионная цитомегалия, сифилис, токсоплазмоз; бруцеллез; возможен и вирусный гепатит с последующим циррозом печени; в) в антенатальном периоде (в последние месяцы до родов) при наличии у матери инклюзионной цитомегалии, листериоза, токсоплазмоза, сифилиса, туберкулеза, бруцеллеза, проказы, гриппа, коклюшных инфекций, эпидемического паротита, полиомиелита, кори, вируса Коксаки, тифов, сибирской язвы, малярии, трипанозомиаза и др.—возможна смерть плода; г) в интранатальном периоде наиболее частой является аспирационная пневмония; д) в неонатальном периоде происходит заражение младенца чаще всего через дыхательные пути, кожу, слизистую пищеварительной трубки, половых путей и конъюнктиву. Наиболее частыми и тяжелыми инфекциями этого периода являются пневмония и сепсис.

Гемолитическая болезнь выявляется в 4,2% к общему числу перинатальных вскрытий (Э. Е. Штыцко, Минск), а иногда и в 6,1% (П. С. Гуревич, Ульяновск). Имеются указания на участие инфекции в возникновении гемолитической болезни новорожденных (Ю. В. Гулькевич и М. Д. Агейченко).

В части случаев причиной мертворождений являются пороки развития — в 4,4% (Г. П. Ельяшевич), в 0,3% от общего числа рождений и в 8,5% всей перинатальной смертности (Г. И. Лазюк, Минск). Часто инфекции являются смертельным осложнением многих пороков развития (Ю. В. Гулькевич и М. Д. Агейченко).

Опухоли встречаются в 0,01—0,3% от общего числа перинатальных вскрытий (Ю. В. Гулькевич, Т. С. Рабцевич, И. Н. Мирончик, А. Н. Сержанина, К. Ю. Гулькевич, Г. Н. Марук, М. Д. Агейченко — Минск). У детей до 3 лет они найдены в 2,5% (А. И. Воротилкин, Челябинск).

Проф. Г. Г. Непряхин

(Казань)

## ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГОВ

(11—15/XII 1961 г., Москва)

В работе съезда участвовало около 500 делегатов. Было заслушано 142 доклада по следующим программным вопросам: 1) состояние дермато-венерологической помощи в СССР и очередные задачи по ее улучшению; 2) лечение сифилиса и гонореи; 3) гемодермии.

Зам. министра здравоохранения РСФСР А. В. Сергеев проанализировал итоги борьбы с кожными и венерическими болезнями в РСФСР. Полностью ликвидированы мягкий шанкр и четвертая венерическая болезнь. Фактически ликвидирован ранний врожденный сифилис. Не стало бытовых заражений сифилисом. Количество активных форм сифилиса за 1950—1960 гг. снизилось более чем в 13 раз. Неуклонно снижается заболеваемость фавусом. К недостаткам работы относятся замедление темпа снижения сифилиса, местами — рост гонореи, недостаточное снижение грибковых заболеваний и некоторых дерматозов. Во многих краях, областях и АССР борьба с кожными и венерическими заболеваниями в основном возлагается только на дермато-венерологические учреждения, к участию в ней не привлекаются акушерско-гинекологические и педиатрические учреждения, участковая сельская медицинская сеть. Докладчик изложил основные задачи по борьбе с кожными и венерическими болезнями, которые получили отражение в решении съезда.

Причинами недостаточного снижения гонореи, по данным докладчиков, в частности, являются слабое выявление источников заражения и обследование контактов, слабая работа акушерско-гинекологов по выявлению хронической гонореи у женщин; неудовлетворительная работа смотровых кабинетов по выявлению гонореи, отсутствие коек для госпитализации больных гонореей, особенно женщин; слабая постановка преподавания гонореи в медицинских институтах; недостаточная санитарно-просветительная работа, главным образом среди молодежи и др.

Заболеваемость фавусом снижается во многих областях и республиках РСФСР, в частности в Татарской АССР (А. В. Максютова и Г. Г. Нуреев). В ряде областей имеется рост заболеваемости дерматомикозами.

Докладчики и выступившие в прения отметили, что для снижения дерматомикозов и ликвидации фавуса необходимо всемерно расширить диспансерные формы работы, привлечь к массовым профилактическим мероприятиям педиатров, школьных врачей, медицинских работников общеобразовательной сети; требуется настойчивая работа дерматологов, эпидемиологов и ветеринарных врачей по разработке и проведению совместных мероприятий по борьбе с дерматомикозами.

Докладчики (П. Н. Кашкин и Д. Н. Аравийский и др.) и выступившие в предыдущих делегаты отметили, что задача ликвидации в ближайшие годы фавуса и резкого снижения других трихомикозов вполне осуществима.

А. М. Ариевич с соавторами (Москва) и Е. Д. Тимофеева (Уфа) сообщили о применении гризеофульвина — нового эффективного средства для лечения дерматомикозов.

Съезд в своем решении по этому вопросу указал на необходимость прекратить свертывание дермато-венерологических учреждений, расширить стационарную сеть, развернуть отделения в детских больницах для госпитализации детей, больных кожными болезнями; укомплектовать в 1962—1963 гг. врачами должности заведующих кожно-венерическими кабинетами; организовать в городах крупные серологические кожно-венерическими кабинетами; организовать в областных и республиканских диспансерах культуральную лабораторию; организовать в областных и республиканских диспансерах культуральную диагностику гонорей; организовать микологические кабинеты во всех краевых, областных и республиканских кожно-венерологических диспансерах, усилить проведение массовых обследований населения для выявления больных грибковыми болезнями, обеспечить деловой контакт дермато-венерологических учреждений с ветеринарной службой и коммунальными предприятиями по разработке и проведению совместных мероприятий по борьбе с грибковыми заболеваниями; значительно усилить работу СЭС по проведению противоэпидемических мероприятий в очагах грибковой инфекции; ускорить производство отечественного гризеофульвина для медицинского применения; добиваться максимального выявления источников инфекции сифилисом и гонореей; повысить ответственность главных акушеров-гинекологов за работу акушерско-гинекологических учреждений по выявлению больных гонореей среди женщин, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовых органов, расширить и повысить качество санитарно-просветительной работы, значительно расширить и повысить качество диспансеризации больных кожными болезнями, улучшить работу по борьбе с лепрой; усилить в дермато-венерологических учреждениях комплексность с научными учреждениями других профилей, обеспечить более широкое внедрение в практику полученных достижений.

М. А. Розентул изложил основные положения к составлению новых схем лечения сифилиса, включающих 1) безмышьяковистое лечение: а) бициллином-1, бициллином-3, в соответствии с инструкциями, утвержденными фармакологическим комитетом АМН СССР, б) пенициллином (только); в) пенициллином (экмоновоциллином, бициллином, феноксиметилпенициллином) в комбинации с препаратами висмута и 2) комбинированное лечение с помощью мышьяка и других специфических средств.

Съезд в своем решении указал, что препараты мышьяка, сыгравшие большую роль в лечении сифилиса, в будущем не должны иметь широкого применения: несмотря на положительную в общем оценку действия бициллина-1 и 3 при заразных формах сифилиса, необходимы дальнейшие изыскания более эффективных вариантов этого препарата; надо изучать вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения перемежающегося лечения при свежих формах сифилиса или о переходе на перманентный метод при более высоких дозах пенициллина; на данном этапе необходимо сохранить применение висмута, йодистых препаратов и ртути, уточнив показания к их применению при различных формах сифилиса.

Н. М. Овчинников (Москва) проанализировал диагностическое значение при сифилисе основных стандартных и новых серологических реакций (реакции иммобилизации, иммунофлуоресценции, прилипания и исчезновения, агглютинации). Новые серологические реакции имеют большую ценность, но, несмотря на это, значение старых стандартных реакций остается положительным. Стандартные и новые специфические реакции при сифилисе одни не могут решать вопрос, а имеют значение только вместе со всем комплексом клинических и анамнестических данных.

На съезде был представлен проект новых схем лечения гонорей, разработанный с учетом предложений, поступивших из 37 кожно-венерологических учреждений. В новые схемы, в отличие от старых, включены антибиотики: феноксиметилпенициллин, бициллин, левомицетин, тетрациклин, биомидин, тетрациклин. Признано целесообразным повышение курсовых доз пенициллина в лечении гонорей. В случае неэффективности при гонорее одного из антибиотиков рекомендуется прибегать к другим. Лечение гонорей должно базироваться на сочетании использовании антибиотиков, иммуно-физиотерапии и местных воздействий. В решении съезд отметил, что существующие схемы и инструкции по лечению гонорей должны быть переработаны в соответствии с полученными за последние годы новыми данными.

Н. С. Смелов с соавторами, В. А. Арутюнов и др. изложили данные о ретикулезе кожи с характеристической их клинических форм, гематологических и гистоморфологических изменений. Вопрос требует дальнейшего совместного изучения дерматологов и терапевтов (гематологов). На съезде была представлена выставка муляжей с различными клиническими проявлениями ретикулезе кожи (ЦКВИ), к которым делегаты съезда проявили большой интерес.

Проф. Г. Г. Кондратьев

(Казань)