

Ю. В. Цвелев, И. А. Симчера

Кафедра акушерства и гинекологии им.
А. Я. Красовского
Российской Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург**ПРОФЕССОР ВАСИЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ
СТРОГАНОВ И ЕГО НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ**

“Велика заслуга Строганова в лечении эклампсии. Многие тысячи женщин во всем мире обязаны ему своей жизнью, так как он с неутомимой настойчивостью и энергией и с полным убеждением в своей правоте боролся против кесарского сечения при эклампсии. Большим утешением ему было то, что он при жизни добился признания своего метода во всем мире”

Профессор Р. Г. Лурье (1947 г.)

Эклампсия... На протяжении многих веков эта тяжелая патология беременности, крайне опасная как для матери, так и для плода, являлась и до сих пор остается, наряду с кровотечениями и сепсисом, одной из основных причин материнской смертности. Этиологии и патогенезу эклампсии посвящены тысячи опубликованных научных исследований и сотни монографий, выдвигались различные гипотезы и теории, но к раскрытию сути этого осложнения мы существенно не приблизились.

В России одно из первых сообщений об эклампсии принадлежит профессору Медико-хирургической академии С. А. Громову: “О судорогах во время родов, с лишком 24 часа продолжавшихся и наконец через изъятие живого младенца щипцами благополучно прекращенных” (1813 г.). Представляет интерес для акушеров и такой факт, что, по-видимому, вопросами этиологии и патогенеза эклампсии занимался даже знаменитый хирург Н. И. Пирогов, который на заседании Пироговского фрейна [7] доложил работу “Об альбуминурии при эклампсии”. Далеко не всем известно, что весьма распространенный в настоящее время термин – преэклампсия – ввел в клиническую практику приват-доцент кафедры акушерства и женских болезней Военно-медицинской академии С. Д. Михнов в 1898 г. [2].

В конце XIX столетия в печати появились первые работы профессора Петербургского клинического повивального института (ныне НИИАГ РАМН им. Д. О. Отта) Василия Васильевича Строганова о патогенезе и ле-

чении эклампсии [12,13,14]. Именно эту дату – 1899 год, – связанную с публикацией исследований и внедрением основных положений метода В. В. Строганова в практику, указывает в своих воспоминаниях [22] профессор К. П. Улезко-Строганова: “Со времени опубликования метода Строганова (1899 г.) по всем родовспомогательным учреждениям смертность от эклампсии значительно снизилась. Выработав и постоянно совершенствуя метод лечения эклампсии, который был впервые опубликован в 1899 году, В. В. Строганов достиг исключительных успехов, давших ему всемирную известность”.

Позже, в 1931 году, один из старейших и авторитетнейших акушеров-гинекологов Германии А. Мартин написал, что В. В. Строганов трудами и достижениями в акушерстве создал себе вечный памятник. “Ваши исследования по эклампсии, – писал он, – останутся существовать. Ваше имя блещет в истории наших исследований данного вопроса и будет блистать всегда, какие бы ни последовали модификации (метода). Пусть же сказанное Горацием будет служить путеводной звездой в Вашей дальнейшей работе!

“Non omnis moriar, multa que pars mei / Vitabit Labitimum dit...», что в прекрасном переводе Державина звучит так:

“Так, весь я не умру, но часть моя большая,

От тлена убежав, по смерти станет жить...» [22].

Василий Васильевич Строганов родился 29 декабря 1857 года в купеческой семье в городе Вязьме Смоленской губернии, где окончил гимназию. В 1876 г. он посту-



пил в С.-Петербургскую медико-хирургическую академию, которую успешно окончил 16 ноября 1882 г., получив диплом лекаря с отличием.

“Желая отдаться служению земскому делу, он отказался от конкурса на оставление в Академии и направился в Повивальный институт, чтобы изучить акушерство у Баландина - выдающегося акушера того времени, так как считал эту дисциплину весьма важной в деревне.

Как раз в то время в институте открылась вакансия ассистента, которую он и мог бы занять, но его манила деревня и служба народу, и им в начале 1883 г. было принято другое предложение - поехать в село Дроздовку Нежинского уезда Черниговской губернии, где только что открылся врачебный пункт и где земство предполагало в ближайшем будущем устроить больницу.

Деревенское захолустье встретило молодого врача нищетой и безграмотностью. После парадного Петербурга совсем убогим предстало перед Строгановым состояние медицинской помощи деревенскому населению. Повивальные бабки, едва обученные “акушерскому ремеслу”, и те были редким явлением. Вот почему в своей дальнейшей деятельности Василий Васильевич уделял большое внимание подготовке акушеров для работы в деревнях” [22].

В 1885 г. В.В. Строганов становится ассистентом Повивального института и с увлечением отдается углубленному изучению и преподаванию акушерства учащимся (повивальным бабкам, студентам, врачам). Затем в течение 7 лет (с 1889 г. по 1896 г.) он работает в Клиническом институте Великой Княгини Елены Павловны (ныне - Медицинская академия последипломного образования) под руководством профессора Д.О. Отта, который предложил В.В. Строганову тему диссертационной работы. “Я охотно принял, - писал об этом впоследствии В.В. Строганов, -

предложенную мне глубокоуважаемым Д.О. Оттом тему для моей диссертации: исследовать в бактериологическом отношении половой канал новорожденных девочек, взрослых женщин во время беременности и старух, а также наиболее слабо изученный в бактериологическом отношении отдел беременности именно, - несвоевременное прерывание ее (выкидыш)” [11].

Хотя имя Василия Васильевича Строганова связано в нашей памяти с выдающимися яркими трудами по эклампсии, не менее значительный вклад, по нашему мнению, он внес в изучение микрофлоры половых путей. 8 мая 1893 года В.В. Строганов защитил докторскую диссертацию: “Бактериологическое исследование полового канала женщины в различные периоды ее жизни. С включением материалов к вопросу о самозащите организма против патогенных микробов со стороны полового канала”. Это было одно из первых отечественных фундаментальных исследований микрофлоры и влагалищной жидкости.

По воспоминаниям К.П. Улезко-Строгановой, “профессор Рейн в ответ на полученный экземпляр диссертации к весьма лестной оценке ее присоединил следующие слова: “Если вы будете продолжать так же работать на научном поприще, то перед вами откроются широкие перспективы”. Профессор же Славянский обратился к нему со словами: “А я вас жду к себе - доцентироваться”. “Добрые слова, которые вечно будешь помнить”, - отмечает Василий Васильевич в своих воспоминаниях. Несомненно, такое лестное отношение со стороны выдающихся профессоров и ученых того времени в известной степени вдохновляли его к дальнейшей научной деятельности” [22].

На основании выполненного на высоком методическом уровне исследования В.В. Строганов сделал важные, сохраняющие значение до наших дней, выводы. Так, при изу-

чении микрофлоры влагалища у новорожденных им было определено, что “реакция отделяемого влагалища очень слабо кислая”. Внедрение микробов происходит уже в первое время после рождения, и чем дальше от родов, тем большее количество микроорганизмов обнаруживается. “Влагалище девочек представляет благоприятную среду для развития микробов” [11].

Исследуя влияние менструации на содержание микроорганизмов во влагалище и шейке матки, он получил следующие результаты: “Влагалище непосредственно перед, после и во время месячных содержит массу микроорганизмов”. Количество их может изменяться в зависимости от видов микробов, находящихся во влагалище. “Кислая влагалищная реакция в своды обыкновенно при месячных отклоняется в сторону щелочности, делаясь нейтральной или щелочной”.

Исследование влагалища и шейки матки у старух позволило установить, что у всех женщин “влагалище содержит громадное количество микроорганизмов. Встречаются представители различных форм микробов: кокки, диплококки, палочки”. Однако палочки выявлялись в значительно меньшем количестве, чем у женщин детородного периода, реакция влагалища была слабобокислой [11].

Изучение микрофлоры влагалища и шейки матки у беременных дало основание В.В. Строганову прийти к заключению: во влагалище у беременных всегда присутствует большое количество микроорганизмов. “Преобладающая форма в нормальных случаях есть палочка, но кроме нее обыкновенно бывают и другие формы. Реакция влагалища в беременном состоянии резко кислая. Шейка матки в нормальном состоянии в большинстве случаев не содержит микроорганизмов. Реакция шейки во всех случаях была щелочной. Наружный зев, следовательно, является в боль-

шинстве случаев границей частей, имеющих микробов, от не имеющих их". При изучении "отношения влагалищных микробов и влагалищной палочки к стафилококкам" им был сделан важный вывод о том, что "продукты жизнедеятельности влагалищных бактерий действуют убивающим образом на гноеродного стафилококка" [11].

С марта 1986 г. и до последних дней жизни Василий Васильевич Строганов – профессор Петербургского клинического пивального института. Он заведует родильным отделением, ведет интенсивную научную и преподавательскую работу, принимает деятельное участие в работе всех Всероссийских и многих Международных съездов (1900 г. – Париж; 1902 г. – Рим; 1910 г. – Петербург; 1912 г. – Берлин; 1913 г. – Лондон и др.), выступая по актуальным для того времени акушерским проблемам. Так, на I-м Всероссийском съезде акушеров-гинекологов он сделал доклад на тему: "Оценка методов форсированного родоразрешения". В то время этот вопрос широко дискутировался, особенно после предложенного итальянским акушером Босси металлического расширителя для быстрого растяжения шейки матки при показаниях к срочному родоразрешению. В.В. Строганов дал глубокий анализ применяемых способов родоразрешения (пальцевого расширения шейки матки, мейтрейриза, влагалищного и брюшинно-стеночного кесарского сечения) и рекомендовал при частично раскрытой шейке матки отдавать предпочтение ручному её расширению, а при закрытой шейке матки – кесарскому сечению. Применение дилататора Босси требовало, по его мнению, большой осторожности и нуждалось в дальнейшем изучении.

На III-м Всероссийском съезде акушеров-гинекологов в Киеве в 1909 г. В.В. Строганов выступил с программным докладом "Операция пубитомия" (пубио-

томия – расширение лонного кольца путем распила лонной кости; в настоящее время не применяется). Он указывал, что применять это оперативное вмешательство следует с большой осторожностью, отмечая, что пубитомия менее выгодна для жизни плода, чем кесарское сечение. В последующем операция кесарского сечения прочно вошла в практику родовспоможения, вытеснив тазорасширяющие операции.

Профессор В.В. Строганов первым в России пересмотрел вопрос о продолжительности пребывания родильниц в постели после нормальных родов. Вместо 10-14 дней постельного режима он предложил 3 дня как максимальный срок. В 1911 году на IV Всероссийском съезде акушеров-гинекологов в Петербурге В.В. Строганов выступил с докладом "О раннем вставании после родов". Обосновывая пользу своего предложения, он считал, что при вертикальном положении родильницы отток лохий из матки происходит лучше, сокращение матки ускоряется, укрепляются мышцы тазового дна и брюшного пресса. По его мнению, раннее вставание является одним из методов профилактики послеродовых заболеваний. Заканчивая доклад, Василий Васильевич сказал: "Принцип раннего вставания представляет, на мой взгляд, существенный шаг вперед в течение послеродового периода, как это подтверждается нашим наблюдением у постели родильниц". В настоящее время раннее вставание применяется во всех родовспомогательных учреждениях.

Следует выделить ряд других научных работ профессора В.В. Строганова, имевших большое практическое значение: о предлежании детского места; раннем разрыве плодного пузыря при лечении эклампсии; показаниях к наложению акушерских щипцов и преимуществе щипцов отечественного акушера И.П. Лазаревича перед щипцами Куллянда; применении молочной кислоты

для спринцеваний вместо сулемы; использовании ванн как очищающего средства для рожениц и др. [15,17].

О педагогической деятельности В.В. Строганова можно судить по "Сборнику акушерских задач", вышедшему в 4 изданиях [16]. Это был первый, необычный по форме как в русской, так и в иностранной учебной литературе труд – пособие для самостоятельного анализа конкретных акушерских ситуаций, обоснования и выбора тактики и плана лечения. В предисловии к первому изданию (1903 г.) была указана цель – "способствовать более ясному, детальному и основательному знакомству с оперативным и лекарственным лечением в акушерстве", а также "правильной оценке случаев и умению быстро ориентироваться при подобных трудных обстоятельствах, требующих нередко самых скорых и решительных мер...". По общему признанию, эту работу следует отнести к числу важнейших трудов В.В. Строганова, можно считать прообразом современных обучающих и контролирующих программ по акушерству и гинекологии.

Научные исследования Василия Васильевича Строганова характеризуются оригинальностью и новизной, в которых теория гармонично сочетается с практикой. Из 150 опубликованных им научных работ большинство посвящено изучению одного из весьма тяжелых заболеваний – эклампсии. С этим заболеванием в конце XIX в. была связана высокая как материнская (36-50%), так и детская смертность (30-60%).

"В 1893 г. я получил, - пишет В.В. Строганов, - в заведование Александро-Невский родильный Приют (позднее переименованный в приют имени проф. Красовского), который в то время имел 8 кроватей для родильниц, но с течением времени расширился до 30 кроватей. Нередко, однако, он бывал переполнен сверх "нормы" [18]. Именно здесь

“было положено начало его главнейшим трудам по акушерству, давшим ему не только европейское, но и мировое имя” [22].

Среди них, несомненно, важнейшее значение представляет разработка В.В. Строгановым “профилактического метода” лечения эклампсии, основанного на соблюдении особого лечебно-охранительного режима, бережных способах родоразрешения, назначении наркотиков, обезболивающих и противосудорожных лекарственных препаратов (морфин, хлоралгидрат и др.). Заслуга В.В. Строганова и сущность “профилактического метода” заключаются в том, что он предложил вводить наркотики как противосудорожное средство по определенной схеме независимо от припадков, которые он считал наиболее опасными для жизни.

Во второй половине XIX века как за границей, так и в России большинство ученых считало эклампсию проявлением интоксикации организма беременной. Профессор В.В. Строганов [12,13] разделял подобные взгляды и трактовал эклампсию как самоотравление женского организма веществами, образующимися в плодном яйце (плаценте).

В лечении эклампсии в те годы преобладали два основных направления. Первое – применение активного метода, т.е. срочное родоразрешение, сторонники которого исходили из положения, что токсикоз прекращался после прерывания беременности. В.В. Строганов (1928) придерживался иной позиции: “В настоящее время имеется большое увеличение операций. Ими хотят поправить такие заболевания, которые с не меньшим, а некоторые даже и с большим успехом излечиваются терапевтическими и гигиеническими средствами.

Еще большее увлечение наблюдается при лечении эклампсии, при котором кесарское сечение давало печальные результаты на большом материале. А между тем профессор Stoeckel рекомендует

его делать в каждом случае эклампсии уже в течение первых 15 минут по поступлении в клинику, если больную нельзя разрешить так же скоро более бережными операциями – щипцами, поворотом, извлечением. К счастью, большинство участвовавших в прениях по этому вопросу в Берлинском акушерском обществе довольно решительно высказались против такого образа действий, находя, что кесарское сечение далеко не столь бережная операция...” [17].

Профессор В.В. Строганов был не только сторонником, но и убежденным пропагандистом консервативного направления в терапии эклампсии, в основе которой лежало воздействие на ЦНС и поддержание основных функций организма. Лечение эклампсии по его методу привело к заметному улучшению результатов. Например, в родильном приюте им. А.Я. Крассовского смертность матерей снизилась с 22,2% до 1,5%. Столь же убедительные результаты наблюдались и в других родовспомогательных учреждениях Петербурга. Однако прошел длительный период, пока метод завоевал признание в России, в европейских странах, в США. Так, потребовалось внедрение метода лично В.В. Строгановым при командировках в Вену (1907), в Берлин (1911), Лондон (1924), публикации, дискуссии и ожесточенная полемика на съездах и в печати. Не без основания в 1916 г. в “Журнале акушерства и женских болезней” В.В. Строганов упрекал русские клиники в том, что они не пользуются его методом не потому, что он плох, а ожидают “немецкой одобрительной марки”. На заседании Московского научного общества акушеров-гинекологов 26 сентября 1928 г. предложенный В.В. Строгановым предельно простой метод лечения эклампсии был даже осужден. Интересно, что в том же 1928 г. заседание Эдинбургского акушерского общества дало методу В.В. Строганова высокую оценку. Вот уж воистину

в своем отечестве пророков нет [4].

Мимо В.В. Строганова, очевидно, не прошло опубликованное в 1931 г. в “Журнале акушерства и женских болезней” предварительное сообщение Д.П. Бровкина о применении сернокислой магнезии для лечения эклампсии. В 1933 г. В.В. Строганов пишет: “Все же сернокислая магнезия, по видимому, обладает сильно успокаивающим действием на нервную систему, и следовательно, должна быть полезна при эклампсии. Вопрос только в том, может ли она превзойти в этом отношении хлоралгидрат, хлороформ и морфий. Я в этом сильно сомневаюсь и посему отношусь к этим опытам сдержанно. Невольно возникает вопрос, не лучше ли вводить предупредительно ту же или несколько меньшую дозу через определенные интервалы или руководствуясь предшественниками припадков, как это делается в профилактическом методе” [19]. А в 1934 г. В.В. Строганов заявил, что сернокислый магний является могучим средством для борьбы с судорогами, в связи с чем магнезия заменила с тех пор хлоралгидрат в его схеме лечения эклампсии.

“В июне 1938 г. профессору Василию Васильевичу Строганову была присуждена международная премия имени Непотау за лучшую работу из числа написанных на протяжении истекших 4 лет в области акушерства и гинекологии. Таким научным трудом была признана его работа “Профилактический метод лечения эклампсии”, вышедшая в 7 изданиях (5 – на русском, 1 – на английском и 1 – на французском языках)”. Полученную премию он “представил в распоряжение жертв агрессии со стороны империалистических государств” [22].

Уже после смерти В.В. Строганова его схема подверглась дальнейшим изменениям [1]. Однако, по мнению профессора М.С. Беккера [6], независимо от взглядов разных авторов на происхождение

ние токсикоза второй половины беременности, его лечение по существу построено на тех же принципах, которые были предложены В.В.Строгановым. Профессор Р.Г.Лурье, анализируя эффективность терапии эклампсии в Центральном институте акушерства и гинекологии МЗ СССР с начала применения его метода до 1946 года, отмечала: “За этот промежуток времени материнская смертность снизилась от 36% до 1,4%, детская смертность — с 32% до 5,4%” [10].

Как и 100 лет тому назад, в настоящее время одной из основных проблем современного акушерства остается изучение этиологии и патогенеза гестоза, частота которого колеблется от 7 до 16%. Частота тяжелых форм гестоза у умерших в России беременных женщин в 1996 г. составила 13%: преэклампсия диагностирована у 45,2% умерших, а эклампсия — у 41,9% [21]. При этом 83,9% умерших были родоразрешены путем кесарского сечения, произведенного во всех случаях в экстренном порядке. Показаниями к операции являлись повторяющиеся приступы эклампсии, отсутствие эффекта от консервативной терапии гестоза, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Считая гестоз “общей и серьезной проблемой как для матери и ее младенца, так и для общества в целом”, многие крупные исследователи, как, например, Х.С.С. Валленберг, задают сегодня вопрос: “Профилактика преэклампсии: возможно ли это?” [3]. И с сожалением констатирует: “Пока мы не знаем, почему у некоторых женщин возникает мезальянс между трофобластом и децидуальной тканью. По этой причине первичная профилактика преэклампсии возможна лишь путем предохранения от беременности”. Предложены многочисленные меры вторичной профилактики преэклампсии, направленные на “остановку или задержку развития заболевания, кото-

рое уже началось, до появления клинических признаков и симптомов” [3].

Действительно, за это время было испробовано огромное количество терапевтических и хирургических способов предупреждения и лечения преэклампсии и эклампсии. Так, беременные с эклампсией подвергались “обкладыванию пластырями, кровопусканиям, очистке кишечника, обертываниям, промываниям, орошениям, уколам, голоданию, покою, обезболиванию, обездвиживанию, воздействию транквилизаторов, переводу в состояние гипотензии, погружению в воду, форсированному диурезу, дегидратации, стимулированию родов и вообще ничему” [8], но решение проблемы далеко до завершения [5].

Отношение к сульфату магния как средству для предупреждения и лечения эклампсических судорог весьма противоречиво. Если в Северной Америке его считают почти идеальным антиконвульсантом и, следовательно, средством выбора для лечения преэклампсии и эклампсии, то в Европе и других странах света магnezияльную терапию назначают сравнительно редко, считая ее эмпирической, догматической и рассматривая ее лишь как дань традиции [4,8].

Анализируя аргументы в пользу и против использования при гестозе сульфата магния, А.П.Зильбер и Е.М.Шифман (1997) считают, что “все же аргументов в пользу сульфата магния гораздо больше, и они представляются нам более весомыми... сульфат магния еще рано ставить на полку лекарственных средств в музеях истории медицины. Очевидно, комплекс интенсивной терапии тяжелых форм артериальной гипертензии, обусловленной беременностью, должен включать сочетание магnezияльной терапии, антигипертензивных и противосудорожных средств с обязательной коррекцией гиповолемии. Главное — это индивидуальный выбор комплекса лечебных и профилактических мер,

основанный на клинко-физиологическом анализе состояния каждой беременной и роженицы” [4].

По мнению Г.М. Савельевой и Р.И. Шалиной [12], “терапия гестозов должна быть комплексной и включать нормализацию функции ЦНС (анальгетики, психотропные, снотворные, седативные препараты); тонуса сосудистой стенки (гипотензивные препараты), волевых показателей, реологических и коагуляционных свойств крови (деагреганты, гепарин), структурно-функциональных свойств клеточных мембран (антиоксиданты, мембраностабилизаторы), метаболизма (комплекс витаминов, панангин), а также профилактику и лечение внутриутробной гипоксии и синдрома задержки развития плода”. Мы разделяем эту точку зрения.

Прошедшие десятилетия после кончины Василия Васильевича Строганова (24.09.1938 г.) не только не умили его роли в акушерстве, напротив, свидетельствуют о непреходящем значении его научных трудов для практики, ярче раскрывают достойные для подражания черты личности этого человека — гуманиста, интеллигента, патриота. Он похоронен на Смоленском кладбище Санкт-Петербурга. На надгробном памятнике высечены справедливые слова, раскрывающие смысл всей его жизни и деятельности: “Неутомимый борец за здоровье и жизнь матери и ребенка”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бровкин Д.П. Эклампсия. М., Медгиз. — 1948. — 62 с.
2. Бурдэ Б.И. О приоритете русских акушеров-гинекологов // Акуш. и гин. — 1949. — № 6. — С. 23-27.
3. Валленберг Х.С.С. Профилактика преэклампсии: возможно ли это? // Акуш. и гин. — 1998. — № 5. — С. 52-54.
4. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск: - Изд-во ПГУ, 1997. — С. 176-186.
5. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е.

- Новые подходы к терминологии, профилактике и лечению гестоза // Акуш. и гин. – 1998. - № 5. - С. 3-6.
6. Многоотомное руководство по акушерству и гинекологии. М., Медицина. – 1964. - т. III, кн. I. - С. 229.
7. Николай Иванович Пирогов и его наследие. Пироговские съезды. Юбилейное издание. СПб., - 1911. – Библ. X.
8. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / под ред. Э. Энкин. СПб.: Нордмед – Издат. – 1999. – С. 126-127.
9. Савельева Г.М., Шалина Р.И. Современные проблемы этиологии, патогенеза, терапии и профилактики гестозов // Акуш. и гин. – 1998. - № 5. – С. 6-9.
10. Сто пятьдесят лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР. – Л. Изд. ЦНИИ АиГ МЗ СССР. – 1947. – т. II. – С. 33-40.
11. Строганов В.В. Бактериологические исследования полового канала женщины в различные периоды ее жизни. С включением материалов к вопросу о самозащите организма против патогенных микробов со стороны полового канала. Диссертация на степень доктора медицины. – СПб., 1893. – 166 с.
12. Строганов В.В. О патогенезе эклампсии. Труды врачей клинического повивального института. Вып. VII. - СПб. – 1898. – 119 с.
13. Строганов В.В. Дальнейшие данные к вопросу о патогенезе эклампсии. СПб. – 1899. – 113 с.
14. Строганов В.В. Лечение эклампсии. Терапевтический вестник журнала "Современная медицина и гигиена", 1899. – № 12-13.
15. Строганов В.В. Есть ли ванна наилучший способ очищения тела роженицы? // СПб. Товарищество художественной печати. – 1906. – 11 с.
16. Строганов В.В. Сборник акушерских задач. – М.-Л., Госиздат. – 1926. – 236 с.
17. Строганов В.В. Важнейшие осложнения беременности и родов. М.-Л., Госиздат. – 1928. – 254 с.
18. Строганов В.В. Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии. М.-Л., Госиздат. – 1928. – 135 с.
19. Строганов В.В. Старое и новое в лечении эклампсии // Гинекология и акушерство. – № 1-2. – 1933. – С. 1-10.
20. Строганов В.В. Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии. Л., Изд. Гос. центр. науч. иссл. ак.-гин. ин-та НКЗ СССР. – 1940. – 100 с.
21. Токова З.З., Фролова О.Г. Материнская смертность при гестозах // Акуш. и гин. – 1998. - № 5. – С. 9-11.
22. Улезко-Строганова К.П. Биография автора. Строганов В.В. Усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии. Л., Изд. Гос. центр. науч. иссл. ак.-гин. ин-та НКЗ СССР. – 1940. – С. 3-16.