

0,75 л выше живота больного. Для промывания кишечника мы пользовались специальными резиновыми наконечниками. Промывание делали один раз в 3—5 дней. Курс лечения глубокими промываниями кишечника состоял из 5 сеансов.

Во время лечения глубокими промываниями кишечника больные получали витамин (С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>12</sub>, РР), кислород, аппликации парафина и симптоматическое лечение, если в нем возникала необходимость.

Лечение глубокими промываниями кишечника мы провели 100 больным хроническим колитом, повторный курс — 28. Мужчин было 40, женщин — 60. В возрасте до 20 лет было 3 чел., от 21 до 40 лет — 36, от 41 до 60 лет — 56 и старше — 6. С давностью заболевания до года было 4 чел., до 2 лет — 24, от 2 до 5 лет — 34 и более 5 лет — 38.

Ректороманоскопически у 58 больных выявлена умеренная гиперемия, у 13 — эрозии, у 4 — атрофия слизистой сигмы и у 42 — нормальное состояние.

При поступлении запор был у 48 больных, нормально оформленный стул у 19, кашицеобразный — у 18 и жидкий у 15.

Метеоризм был резко выражен у 77 больных. Боли в животе тоже у 77 больных.

После первого курса лечения хороший терапевтический эффект получен у 77 больных: нормализация стула, резкое уменьшение метеоризма, исчезновение болей, улучшение аппетита и настроения. У 19 больных было явное улучшение и у 3 — незначительное улучшение. Одному больному лечение промываниями из-за острой боли прекратили. Ему назначили иной метод лечения.

Для проведения одного курса лечения глубокими промываниями кишечника потребовалось от 20 до 30 дней пребывания в больнице. В столь относительно короткий срок консервативным методом лечения нельзя добиться полного выздоровления больных, страдавших многие годы.

После повторного курса лечения глубокими промываниями кишечника хороший лечебный эффект получен у 16 больных. У 11 больных, поступивших с обострениями, прекратились боли, уменьшился метеоризм, улучшился аппетит. У одного больного было небольшое улучшение.

Для выяснения роли так называемых «патогенных» типов кишечных палочек и состояния дисбактериоза в этиологии хронических колитов О. Н. Белякова и Т. И. Пономарева провели детальное исследование микрофлоры кишечника у 10 больных в процессе их лечения.

У обследованных нами больных до лечения преобладали кишечные палочки 3—5-го ферментативного типа. Общекишечная палочка составляла 40—100%. Гемолитические штаммы кишечной палочки встречались у больных непостоянно. У 8 из 10 больных обнаружены представители гнилостной флоры.

После первых промываний у половины больных произошел сдвиг в сторону увеличения гнилостных штаммов. Количество гемолитических общекишечных палочек увеличилось у 2 больных.

У больных, прошедших курс лечения промываниями, резких сдвигов в содержании бактерий кишечной группы по сравнению с исходными данными не отмечено.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Берлин Л. Б. Хронические колиты. Медгиз, М., 1951.
2. Гук а с я н А. Г. Запоры и их лечение. Медгиз, М., 1959.
3. Калинина А. М., Лисьянская С. М., Резенфельд Б. Ф. Сб. науч. работ ГИДУВа им. Кирова. Л., 1944.
4. Коренчевский В. Г. К учению о желудочно-кишечном самоотравлении. Диссертация, 1909.
5. Смотров В. Н. Хронические колиты. Медгиз, М., 1934.
6. Стражеко Н. Д. Тр. II Всеукраинского съезда терапевтов. Одесса, 1928.

УДК 616—002.446—618.146

## ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ДОЛГО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ ЭРОЗИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Р. Н. Серова

Зеленодольский родильный дом (главрач — К. Ф. Буртасовская)

Наша женская консультация проводит тщательный осмотр каждой женщины, обращающейся по любому вопросу к врачу. До приема врачом любой специальности женщину осматривает акушерка в смотровом кабинете. Широко проводятся профилактические осмотры женщин, работающих на предприятиях и в учреждениях. На выявленных при осмотрах больных женщин в консультации заполняют диспансерную контрольную карту, которую передают участковому врачу. Врачи осуществляют интенсивное консервативное лечение эрозии. Сначала исследуют флору влагалищного содержимого, берут мазки на гонорею. При выявлении гонореи, трихомониаза,

молочницы проводят соответствующее лечение, после чего приступают к непосредственному лечению эрозии шейки матки. При эрозии с подозрением на злокачественное перерождение предпринимается надлежащее исследование вплоть до биопсии. Если гистологический анализ и данные цитогаммы исключают злокачественность, проводится лечение эрозии в женской консультации, сначала консервативное, не более 5—6 недель. При отсутствии эффекта от этого лечения мы прибегаем к диатермокоагуляции.

Для термокоагуляции применяем обычный хирургический электронож (хирургическая диатермия). Коагуляцию тканей (не только эрозии, но и граничащей части здоровой ткани, а также стенки шеечного канала) проводим на значительную глубину до образования беловато-серого струпа на месте прикосновения активного электрода к ткани. Операция длится несколько минут, а само прижигание — секунды; проходит оно бескровно. Электрокоагуляцию мы проводим амбулаторно. Ввиду этого больные дома предварительно спринцуются в течение 6—7 дней 2% раствором соды; половые сношения исключаются. Операция проводится через 8—10 дней после менструации. После коагуляции назначается двукратный туалет наружных половых органов и воздержание от половых сношений в течение 6—7 недель, до полного выздоровления. Если работа женщины связана с физическим напряжением, она освобождается от работы на 3—4 дня.

Мы проводим коагуляцию с 1962 г. До приобретения аппарата хирургической диатермии проводили коагуляцию примитивным способом: накаляли докрасна приспособленный корнцанг и прикосновением к ткани вызывали глубокую коагуляцию. Таким образом в 1962 г. мы сделали 25 коагуляций. В 1963 г. приобрели хирургическую диатермию и провели 74 электрокоагуляции, в 1964 г. — 124 и в 1965 г. — 163. Осложнений во время амбулаторной коагуляции не было.

Постоянное наблюдение за больными показало высокую эффективность метода диатермокоагуляции, полную и стойкую эпителизацию эрозии шейки матки.

УДК 6185

## ВЛИЯНИЕ НА МАТКУ ПИТУИТРИНА, ВВЕДЕННОГО ПОСЛЕ СИГЕТИНА, ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В. Н. Черный

*Акушерское отделение (зав. — проф. Я. С. Клеицкий) Института акушерства  
и гинекологии АМН СССР*

В плане изыскания возможности дифференцированного лечения женщин со слабостью родовой деятельности нами проведено изучение влияния на сократительную деятельность матки питуитрина после предварительного введения сигетина. С этой целью мы исследовали методом многоканальной наружной гистерографии 40 рожениц в первом периоде родов со слабостью родовой деятельности.

Гистерографическое исследование проводили в течение 30 мин до и после введения сигетина и 4 инъекций питуитрина. Сигетин вводили внутривенно в количестве 2 мл 2% водного раствора, питуитрин — подкожно по 0,25 мл на инъекцию 4 раза с интервалом 15 мин. Применяли питуитрин «Р» одной серии завода эндокринных препаратов (Москва), с активностью 5 ед. в 1 мл.

При анализе гистерограмм на каждой кривой измеряли в миллиметрах продолжительность и интенсивность схватки. Вычисляли среднеарифметическую величину из числа зарегистрированных схваток по каждому каналу и процент, на который увеличивались или уменьшались среднеарифметические показатели по сравнению с исходными.

20 рожениц, получивших питуитрин через 30 мин. после внутривенного введения 2 мл 2% водного раствора сигетина, составили исследуемую группу. Другие 20 рожениц сигетин и эстрогенные вещества не получали, питуитрин им вводили без эстрогенного фона. Эти роженицы составили контрольную группу.

Из 20 рожениц, получивших питуитрин на фоне сигетина, первородящих было 14, повторнородящих — 6. 14 рожениц были с целыми водами, 6 — без вод. Средний возраст первородящих — 24 года, повторнородящих — 32 года. Средняя кровопотеря в родах составила 215 мл. Все дети родились в удовлетворительном состоянии.

Из 20 рожениц контрольной группы первородящих было 18, повторнородящих — 2. 12 рожениц были с целыми водами, 8 — без вод. Средний возраст первородящих — 25 лет, повторнородящих — 28 лет. Средняя кровопотеря в родах — 225 мл. Все дети родились в удовлетворительном состоянии.

Последовый и послеродовой периоды у рожениц и контрольной, и исследуемой групп протекали без осложнений. Родильницы были выписаны на 7—8-й день после родов в удовлетворительном состоянии.