

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.

Изучение сократительной деятельности матки под влиянием питуитрина в исследуемой и контрольной группах показало, что в исследуемой группе продолжительность сокращения дна и тела матки увеличилась почти в 4 раза по сравнению с контрольной группой. Так у рожениц, которым питуитрин был введен на фоне сигетина, продолжительность сокращения дна и тела матки увеличилась на 50%, а в контрольной группе — на 12%. Продолжительность сокращения нижнего сегмента увеличилась на 107%, в контрольной группе — на 6%. Существенно увеличилась сила сокращения нижнего сегмента (на 703% в исследуемой группе и на 116% в контрольной). Что касается изменения силы сокращения дна и тела матки, а также частоты схваток, то полученные различия статистически недостоверны и, следовательно, питуитрин на силу сокращения этих отделов матки существенного влияния не оказал.

Таким образом, питуитрин, введенный после сигетина, оказывает более сильное действие на маточные сокращения у рожениц со слабостью родовой деятельности, чем питуитрин без фона. Увеличивается продолжительность сокращений всех отделов матки и сила сокращения нижнего сегмента. Полученные данные позволяют рекомендовать применение питуитрина на фоне сигетина, особенно у тех рожениц, у которых недостаточность родовой деятельности сказывается главным образом в кратковременности сокращения матки в первом периоде родов и при недостаточной активности нижнего сегмента. Последняя форма дискоординации маточных сокращений наблюдается нередко и, по данным Ю. Г. Кременцова, имеет существенное значение в замедлении течения родов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова Е. В. Акуш. и гин., 1966, 1. — 2. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, М., 1961. — 3. Кременцов Ю. Г. Акуш. и гин., 1965, 2. — 4. Мартышкин М. Я. Там же, 1961, 5.

УДК 616.441—008.61

## СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ И НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ ПРОСТЫМ И ТИРЕОТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Н. А. Кандренкова

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко )  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Баланс электролитов регулируется корковыми, подкорковыми, вегетативными и эндокринными факторами. Общеизвестно, что больные тиреотоксикозом теряют вес, у них повышены обменные процессы. При гипертиреоидных состояниях отмечается отрицательный водный баланс с выделением больших количеств воды псчками, кожей, желудочно-кишечным трактом. В литературе вопрос об изменении электролитного баланса у больных зобом освещен недостаточно.

Мы изучали баланс К и Na у больных простым и тиреотоксическим зобом. Обследованы 90 женщин в возрасте от 25 до 59 лет. У 30 женщин был эутиреоидный зоб, у 60 — тиреотоксикоз различной тяжести: у 20 — легкой формы, у 25 — средней, у 15 — тяжелой (классификация по И. Б. Хавину и О. В. Николаевой, 1961). Содержание К и Na мы определяли методом пламенной фотометрии на фотометре ППФ-УНИИЗ. Исследовали плазму крови и эритроциты. За нормальные величины принимали данные, полученные при обследовании 40 доноров: в плазме К —  $4,147 \pm 0,217$  мэкв/л, Na —  $135,08 \pm 12,05$  мэкв/л; в эритроцитах К —  $82,16 \pm 4,76$  мэкв/л, Na —  $25,69 \pm 4,18$  мэкв/л. Эти цифры совпадают с результатами других авторов [1, 3, 6].

У больных эутиреоидным зобом содержание К и Na как в плазме, так и в эритроцитах было в пределах нормы.

У больных легким тиреотоксикозом увеличивается содержание Na в клетках; в плазме уровень Na и К в пределах нормы. С нарастанием тяжести тиреотоксикоза повышается количество Na в эритроцитах и в плазме, снижается содержание К в эритроцитах. У больных тяжелым тиреотоксикозом эти изменения выражены более резко: гипернатриемия у них сочетается со значительным снижением К эритроцитов ( $73,29 \pm 2,7$  мэкв/л;  $P < 0,01$ ). У части из них было снижено содержание К в плазме, но средние цифры не дали отклонений от нормы.

Полученные нами результаты позволяют заключить, что при тиреотоксикозе изменяется прежде всего баланс Na, происходит задержка его в организме. Изменения баланса К выявляются при более тяжелых формах тиреотоксикоза и выражаются в уменьшении внутриклеточных его запасов.

Причина электролитных изменений кроется, по-видимому, в нарушении функциональной активности коры надпочечников. Исследованиями И. В. Комиссаренко (1962),