

ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ЭНДОЦЕРВИЦИТАМИ И ЭРОЗИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ ГЛУБОКОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ

Н. А. Шапкина

Гинекологическое отделение II Пермской областной больницы
(главврач — А. Г. Балыкина)

Для лечения женщин с эрозиями шейки матки и хроническими эндоцервицитами мы применяли глубокую электрокоагуляцию шаровыми или дисковыми (4 мм) моноактивными электродами при силе тока 0,4—0,5 а (аппарат ЭН-57). Неактивный пластинчатый электрод подкладывали под крестцовую область больной, закрывая клемму клеевой лентой. Процедуру производили в 2—3 приема с интервалами в 1—2 мин., чтобы не вызвать перегрева и повреждений окружающих тканей. Во время перерыва электрод очищали от крови и ткани марлевым шариком. В первую очередь мы коагулировали кровоточащие участки и область цервикального канала, а затем — всю остальную поверхность в пределах здоровой ткани. Сразу после электрокоагуляции и в дальнейшем каждые 4—5 дней струп обрабатывали 5% раствором марганцевокислого калия. Лечение начинали на 3—5-й (не позднее 7-го) день после прекращения менструации. После электрокоагуляции запрещали половую жизнь в течение 2 месяцев и рекомендовали проводить туалет наружных половых органов кипяченой водой с мылом не менее 2 раз в день. Женщины, которые выполняют физический труд, освобождали от работы сроком на 10—15, иногда до 20 дней.

Противопоказанием к электрокоагуляции служат следующие заболевания: острые и подострые воспаления придатков матки; лихорадочное состояние; гнойные заболевания кожи; наличие беременности; близость менструации.

С января 1963 г. мы произвели электрокоагуляцию у 467 женщин, результаты прослежены у 456. Отторжение некротического струпа происходило постепенно, с 10—12 по 15—18-й день, редко на 20-й день. Заживление раневой поверхности прослежено у 456 больных. У 442 (97%) женщин полное заживление наступило после однократной электрокоагуляции (у 429 в течение 6 и у 13 — в течение 8 недель). Не наступило первичной полной эпителизации у 14 (3%) больных, вследствие чего им была произведена повторная электрокоагуляция в различные сроки.

После повторной электрокоагуляции быстро наступила полная эпителизация.

У 40 больных из отделенных северных районов систематическое наблюдение за отторжением струпа не проводилось. Струп был обработан 5% раствором марганцевокислого калия однократно сразу после электрокоагуляции. При повторном осмотре (через 6—8 недель после электрокоагуляции) у этих больных обнаружено полное заживление эрозий шейки матки. Поэтому мы вправе считать, что все дополнительные обработки струпа после электрокоагуляции можно не проводить.

У 31 (7%) больной было небольшое кровотечение во время отторжения струпа.

Отдаленные результаты (от 1 года до 4 лет) прослежены у 456 больных. Рецидивов эрозий не наблюдалось.

УДК 612.63

АКТИВНОСТЬ ОКСИТОЦИНАЗЫ В КРОВИ РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

К. Древняк, А. Балаш и А. Беняш

1 клиника акушерства и гинекологии (зав. — проф. Стефан Шварц) Медицинской Академии в Кракове

По литературным данным, в крови беременных женщин активность окситоциназы увеличивается параллельно с развитием беременности. Так, на 3-м месяце беременности имеется 0,05 ед. этого энзима, на 5-м — 0,2 ед., на 7-м — 0,4, на 9-м — 0,6 ед. [2]. У беременных старших возрастов уровень окситоциназы значительно выше. То же самое наблюдается у беременных с гестозом. Во второй половине 10-го лунного месяца беременности уровень окситоциназы падает с приближением к родоразрешению, в результате начинается родовая деятельность благодаря эндогенному окситоцину, который ранее разрушался окситоциназой. По-видимому, предшествующее родам снижение уровня окситоциназы делает возможным возбуждение родовой деятельности беременной матки даже небольшими дозами экзогенного окситоцина, в то время как в более ранние сроки беременности попытка возбуждения родов остается в большинстве случаев безуспешной. Хотя некоторым авторам [7] и удавалось иногда прервать беременность в первой ее половине, но им пришлось в таких случаях вводить до