

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 клеенкой. 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 отдаленных 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

3140 ед. окситоцина. Снижение же активности окситоциназы при одновременном увеличении уровня эндогенного окситоцина еще до родов повышает сократительную готовность матки. Этот факт использован Смисом для определения срока родов посредством так называемого окситоцинового теста [1, 3, 5, 6]. Гильтон и Джонсон, изучая изменение уровня окситоциназы в крови беременных за 2 недели до родов, а затем родильниц в 1-е сутки послеродового периода, пришли к выводу, что активность окситоциназы в крови снижается с усилением сократительной деятельности матки. В начале 1-х суток послеродового периода (до 2 часов) уровень окситоциназы увеличивается, а в конце их опять значительно падает. Другие авторы [4] не могли установить прямой зависимости между уровнем окситоциназы в крови рожениц и активностью родовой деятельности матки. По их мнению существуют иные, более действенные факторы, стимулирующие роды. Поэтому мы стремились выяснить, происходят ли сдвиги уровня окситоциназы при развитии активной родовой деятельности матки в I и II периодах родов, а затем в 1-ю неделю после родового периода, особенно в связи с лактацией.

Кровь для определения активности окситоциназы мы брали из локтевой вены у 23 рожениц в начале I и II периода родов, а затем в 1, 3 и 5-е сутки послеродового периода. Исследование выполнено методом Туппи, модифицированным Климом, в биохимической лаборатории 1-й клиники акушерства и гинекологии Медицинской Академии в Кракове (зав. лаб.— Петшицка).

Уровень окситоциназы в крови женщин в I и II периодах родов и в 1, 3, 5-е сутки послеродового периода иллюстрирует табл. 1.

Таблица 1

Окситоциназа (в ед.)	Процент женщин				
	р о д ы		послеродового периода		
	I период	II период	1-е сутки	3-и сутки	5-е сутки
до 0,2	—	—	—	26,2	40,0
0,21—0,25	4,3	4,5	27,4	17,5	35,0
0,26—0,30	26,2	13,6	13,6	38,9	10,0
0,31—0,35	8,7	22,8	22,8	17,4	5,0
0,36—0,40	17,4	13,6	31,6	—	10,0
0,41—0,45	17,4	4,5	—	—	—
0,46—0,50	13,0	13,7	—	—	—
0,51—0,55	8,7	18,2	4,6	—	—
Свыше 0,56	4,3	9,1	—	—	—

В I периоде родов 26,2% рожениц имеет в крови 0,26—0,3 ед. окситоциназы, во II периоде у большинства женщин найдено 0,31—0,35 ед. Еще выше уровень окситоциназы в крови (у 31,6% женщин — 0,36—0,4 ед.) в 1-е сутки после родов. Но на 3-и сутки послеродового периода у 38,9% женщин отмечается падение уровня окситоциназы по сравнению с 1-ми сутками. Явление это еще более заметно на 5-е сутки послеродового периода, когда у 40% родильниц уровень окситоциназы падает ниже 0,2 ед.

Активность окситоциназы не строго совпадает с интенсивностью родовой деятельности матки в I и II периодах родов. Ближе к периоду лактации наблюдается значительное падение активности окситоциназы в крови родильниц и уменьшение разброса отдельных результатов от среднего значения. Явление это можно считать подготовкой организма женщин после родов к лактации путем постепенного удаления энзима, тормозящего действие эндогенного окситоцина. С другой стороны это может быть лишь естественным уменьшением излишка окситоциназы после беременности и родов, хотя в 1-ю неделю послеродового периода еще 60% родильниц имеют сравнительно высокий уровень окситоциназы в крови (0,2—0,4 ед.). Уровень этот наблюдается также на 5—7-м лунном месяце беременности. Во время родов у всех исследованных уровень окситоциназы выше 0,2 ед., средний уровень составляет в зависимости от периода родов 0,38—0,41 ед. Таков же уровень энзима и на 7—9-м лунных месяцах беременности. По сравнению с уровнем окситоциназы на 9-м лунном месяце беременности активность этого энзима в I периоде родов уменьшается наполовину у 30,5% рожениц, на одну треть у 26,1%, а у 4,3% уровень этот остается таким же, как на 9-м месяце беременности. В группе женщин, у которых активность окситоциназы в родах довольно высокая (свыше 0,4 ед.), чаще встречаются более продолжительные роды (в среднем на 6 часов), чем в группе рожениц с низкой активностью. Этот факт подтверждает целесообразность регулирования некоторых родов посредством экзогенного окситоцина [9]. Лактация эффективнее у тех женщин, у которых активность окситоциназы до 5-х суток падает ниже 0,2 ед.

ВЫВОДЫ

1. Продолжительность родов несколько больше у тех беременных, у которых активность окситоциназы в крови выше 0,4 ед.
2. Для действенной стимуляции родов в некоторых случаях требуется предварительное определение активности окситоциназы в крови рожениц.
3. Лактация эффективнее у тех родильниц, у которых активность окситоциназы в крови падает в первые 5 дней послеродового периода ниже 0,2 ед. Это указывает на целесообразность применения окситоцина после родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Balasz A., Klimek R. *Akusz. i Ginek.*, 1963, 3, 99. — 2. Borow A., Carol W., Wachtel S. *Zbl. Gynäk.*, 1963, 85, 43, 1573. — 3. Drewniak K. *Gin. Pol.*, 1964, 35, 1, 27. — 4. Fylling P. *Acta Obstetr. Gyn. Scand.*, 1963, 42, 3227. — 5. Hussein H., Baumgarten K. *Gebursth. u. Frauenheilkunde*, 1961, 12, 1166. — 6. Klimek R. *Oksytocyna i jej analogony*. Krakow, 1964, 27, 15. — 7. Kumar D., Russel J. J. *Bull. Johns Hoph. Hosp.*, 1961, 109, 4, 141. — 8. Tuppy H. *Biochem. Pharm.*, 12, Supl. 141, 1963. — 9. Zambello J. *Oksytocyna i jej Analogony*. Krakow, 1964.

УДК 612.63

ВЛИЯНИЕ ОКСИТОЦИНАЗЫ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ КРОВИ РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

А. Балаш, А. Беняш и К. Древняк

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

Проблема одновременного исследования многих параметров у женщин одной и той же группы, пребывающих в одинаковых условиях во время родов и после родового периода, находит признание в современной мировой литературе. Такой подход является особенно ценным в трактовке биохимических сдвигов, констатируемых в период родов и первой недели послеродового периода с начинающейся лактационной функцией.

Хотя во многих случаях удается стимулировать гиподинамические сокращения матки в родах посредством окситоцина, все-таки иногда даже значительные дозы окситоцина не приводят к ожидаемым результатам [4, 6]. Эти и другие наблюдения привели многих авторов [2, 4, 6, 7, 9, 13] к выводу, что кроме окситоцина и разрушающего его энзима окситоциназы в стимулировании родовой деятельности матки немалое значение принадлежит и другим факторам, которые лишь во взаимодействии с окситоцином приводят к физиологическим родовым сокращениям беременной матки. При отсутствии корреляции эти же факторы могут приводить к торможению родового акта.

Видная роль в физиологической сократимости матки в родах принадлежит электролитам, в особенности К, участвующему в процессе высвобождения энергии в течение дефосфорилирования [6, 10] и необходимому для синтеза гликогена [6]. Установлено также важное значение анионов и катионов в проводящей системе импульсов в матке [6, 13].

Можно полагать, что правильная сократимость матки детерминирована взаимозависимостью многих составных факторов: энергетической, возбуждающей и сократительной систем [4, 6, 13]. Лишь полное согласование этих систем может вызвать координированное сокращение мышечных волокон беременной матки.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы убедиться в предполагаемом существовании корреляции между уровнем К, Na, Са, глюкозы, белков и их отдельных фракций и окситоциназой. Активность же окситоциназы в сыворотке крови повышается параллельно с развитием беременности [1, 2, 3, 11] и в то же время пропорционально нарастает концентрация эндогенного окситоцина, который вызывает родовую сократительную деятельность беременной матки при значительном падении активности окситоциназы. Более или менее острое расхождение уровня эндогенного окситоцина и окситоциназы, по-видимому, приводит к родовой деятельности беременной матки. Со- поставление уровня окситоциназы и других факторов в течение родов и первой недели послеродового периода мы производили посредством корреляционной статистики.

Материал и методика. Исследована кровь 23 женщин (возраст — от 19 до 37 лет) в начале I и II периода родов, а затем в 1, 3 и 5-е сутки послеродового периода. Первородящих было 15, многородящих — 8. Продолжительность родов до 12 часов была у 12, до 24 часов — у 11 женщин. Все роды закончились спонтанно, и лишь одни — наложением акушерских щипцов.