

при внутривенном введении окситоцина спазм зева встречался чаще и был выражен сильнее, чем при других методах, что подтверждается статистически ($P < 0,05$).

Применялись различные спазмолитические препараты (атропин, промедол, дибазол, пентамин и др.). Самый лучший результат получен от пентамина. Мы вводили его 40 женщинам из 57 внутримышечно, внутривенно (в составе стимулирующей смеси) или непосредственно в шейку матки по 1—2 мл 5% раствора. Об эффективности препарата судили по динамике изменения в состоянии шейки матки и укорочению периода раскрытия. После введения пентамина в толщу шейки матки действие наступало через 3—5 мин. и было особенно выражено при спазме зева. Положительный результат получен у 31 женщины, слабо положительный у 5 и отрицательный у 4. Применение у последних 9 рожениц других спазмолитических средств (атропин, промедол и др.) при наличии ригидности зева также не дало эффекта, а у 4 рожениц произведена насадка зева. В то же время из 17 женщин, не получавших пентамина, насадка зева произведена у 4.

Наши данные позволяют рекомендовать пентамин в родах, осложненных шеечной дистонией.

УДК 616—002.446—618.145

Р. Ю. Ахмадеева (Альметьевск). Опыт применения диатермокоагуляции при эрозиях шейки матки

Эрозия шейки матки — наиболее частое гинекологическое заболевание, с которым сталкиваются гинекологи.

В онко-гинекологическом кабинете Альметьевского нефтеносного куста Татарской АССР лечение эрозий шейки матки с 1965 г. проводится методом диатермокоагуляции.

За 1965—1967 гг. под нашим наблюдением было 1562 женщины, которым была произведена диатермокоагуляция эрозированной поверхности шейки матки.

Больных с эрозией шейки матки мы лечим консервативно не более 2—3 недель. При отсутствии эффекта делаем биопсию. Если при гистологическом исследовании рака не обнаружено, то производим диатермокоагуляцию.

Показанием для диатермокоагуляции у наших больных служили следующие гистологические данные биопсии: железисто-сосочковая гиперплазия шейки матки и железисто-кистозная гиперплазия шейки матки — у 1387 (88,07%) женщин, истинная эрозия — у 85 (5%), лейкоплакия — у 36 (2%), эрозированный эктропион — у 53 (3%), эритроплакия — у 1 (0,06%).

Противопоказанием для применения диатермокоагуляции эрозии являются: беременность, острые и подострые воспалительные заболевания гениталий, подозрение на злокачественную опухоль, кольпиты.

Диатермокоагуляцию эрозий мы производим в условиях женской консультации аппаратом ЭН-57 моноактивным электродом на 2—3-й день после окончания менструации, определив предварительно степень чистоты влагалищных выделений. Приходя в соприкосновение с активным электродом, участки эрозированной поверхности шейки матки подвергаются коагуляции и приобретают серовато-белый цвет. Коагулируют вначале периферию эрозии, а затем область наружного отверстия цервикального канала. При этом необходимо помнить, что передозировка при коагуляции слизистой цервикального канала шейки матки может привести к его заращению.

За 3 года у нас был один случай заращения цервикального канала после диатермокоагуляции у больной М., потребовалось бужирование цервикального канала.

После коагуляции мы рекомендуем больной гигиеническое подмывание и воздержание от половой жизни в течение 2 месяцев.

Во время первого контрольного осмотра (через 3—4 недели) после коагуляции мы назначаем спринцевание под небольшим давлением 0,5% раствором марганцовокислого калия с последующим вставлением тампона, подводя последний к шейке матки. Мы применяли тампоны с оксикортовой, преднизолоновой мазями, 10% синтомициновой эмульсией.

Заживление эрозированной поверхности обычно наступало через 8, реже через 12 недель. В исключительно редких случаях требовалась повторная диатермокоагуляция небольших «островков» незаэпителизированной поверхности эрозии, после которой наступала хорошая эпителизация.

Повторно диатермокоагуляция произведена у 34 больных (2,2%).

Контрольный осмотр после диатермокоагуляции мы проводим ежемесячно в течение первых 3 месяцев, затем через три месяца и в дальнейшем 2 раза в год.

Следует отметить, что заживление эрозированной поверхности после диатермокоагуляции происходило более медленно у тех больных, которые болели трихомонадным кольпитом.

УДК 618.31—611.651.1

Н. И. Пушкарёв (Белебей). Яичниковая беременность

Больная 28 лет поступила 20/XI 1967 г. с диагнозом «частичная кишечная непроходимость».