

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».

В анамнезе 1 роды и 4 выкидыша; последняя менструация 13/IX, 21/X — выскабливание матки по поводу криминального аборта; в дальнейшем амбулаторное лечение воспаления матки и правых придатков.

Матка несколько увеличена, тело ее в антефлексии; левый свод свободен, через правый определяется болезненная опухоль с утиное яйцо. Диагноз кишечной непроходимости отвергнут.

Проведена околопочечная блокада; назначены антибиотики, глюкоза, гидрoлизат.

24/XI у больной возникли сильные боли в животе. Бледность кожных покровов, тахикардия, АД 60/30; резкая болезненность справа внизу живота.

Предоперационный диагноз: нарушенная внематочная беременность. Срочное чревосечение. В брюшной полости — жидкая кровь и сгустки; матка мягкая; правый яичник с утиное яйцо, на нем разрыв с продолжающимся кровотечением, в глубине его плод длиной 4 см. Правая труба и левые придатки не изменены. Удалены правые придатки матки.

Послеоперационный диагноз: правосторонняя яичниковая беременность.

Больная выписана 6/XII.

#### **Я. Ю. Малков и А. Я. Капчинская (Саратов). Пузырный занос у женщины 52 лет**

Мы наблюдали пузырный занос у женщины после 10-летнего вторичного бесплодия.

П., 52 лет, обратилась к гинекологу поликлиники по поводу беспокоящих ее в течение последних 2 дней схваткообразных болей, локализующихся над лоном, а также сукровичных выделений из влагалища. В течение последних 3 месяцев у больной аменорея. До этого времени менструальная функция была нормальной. Беременностей было 5, из них 3 закончились срочными родами и 2 — самопроизвольными выкидышами. Последняя беременность — 10 лет назад. Половой жизнью живет. 2,5 месяца назад в течение недели ее беспокоили тошнота и отвращение к пище. К врачу не обращалась. Беременной себя не считает. Гинекологических заболеваний не было.

Общее состояние вполне удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Пульс 68, ритмичный. АД 130/80. Тоны сердца чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика отчетливо прослушивается. Мочеиспускание безболезненное, неучащенное. Стул оформленный.

Диагноз влагалища. Шейка матки цилиндрическая, размягчена. Движения ее не вызывают болезненности. Тело матки в правильном положении, увеличено соответственно 11—12-недельной беременности, мягковатое, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются. Своды глубокие. Выделения скудные, сукровичные.

Диагноз: внеблочный начинающийся аборт при беременности 11—12 недель. В тот же день больной произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки. Содержимое имело вид ткани с наличием большого количества пузырьков, наполненных прозрачной жидкостью в виде гроздей винограда (типичный пузырный занос). Гистологическое исследование подтвердило наличие у больной пузырного заноса.

В удовлетворительном состоянии больная выписана на 11-й день. К этому времени тело матки хорошо сократилось. Кровянистых выделений из влагалища не было, сперматурическая реакция стала отрицательной. При выписке из стационара рекомендовано дальнейшее наблюдение в консультации.

Необходимо отметить, что вакуум-аспирация пузырного заноса технически проста. Операция протекает почти безболезненно, не требует анестезии и сопровождается очень небольшой кровопотерей. После операции наблюдается вполне удовлетворительное сокращение тела матки.

#### **Н. Н. Тер-Карапетянц (село Сос Азербайджанской ССР). Применение пиротерапии и антибиотиков при варикозных язвах нижних конечностей**

Мы наблюдали 7 больных с варикозными язвами обеих голеней. Шести больным мы вводили через день внутримышечно стерильное молоко в возрастающих дозах с 2 до 7 мл, а также делали аутогемотерапию (10—12 инъекций) и инъекции витамина В<sub>12</sub>. Внутрь давали настойку йода по обычной схеме. Язвы присыпали окситетрациклином и накладывали на них стерильные повязки.

Больные находились на стационарном лечении от 28 до 61 дня. За это время заканчивалось рубцевание язв. В течение двух лет рецидивов не наблюдалось.

Один больной, 73 лет, с длительно существующей язвой, провел в больнице 114 дней. Ему давали йод, вводили витамин В<sub>12</sub> и язвы присыпали тетрациклином и окситетрациклином. У него также наступило рубцевание.

УДК 616—08—06

#### **А. П. Зубов (Краснодар). Побочное действие пирогенала**

За 3 последних года мы изучали лечебный эффект пирогенала у 135 больных, в том числе у 102 с инфекционным неспецифическим полиартритом, у 10 с инфекционно-аллергическим полиартритом, у 18 с дистрофическим полиартритом и у 5 с