

ривання вагітності, у 7 (6,1%) — загострення хронічного пієлонефрита.

8 (8,5%) жінок II групи перенесли під час вагітності ГРВІ, 8 (8,5%) — пієлонефрит. У 20 (21,3%) був ранній токсикоз вагітних, у 6 (6,4%) — анемія. У 23 (24,5%) жінок відмічено наявність загрози переривання вагітності, у 46 (48,9%) — гіпоксія плода.

В III (контрольній) групі 8 (8,9%) жінок перенесли ГРВІ під час вагітності. У 14 (15,6%) — вагітність ускладнилась раннім, а у 8 (8,9%) — пізнім токсикозом. У II (12,2%) жінок була загроза переривання вагітності, у 8 (8,9%) — анемія, у 7 (7,8%) — пієлонефрит.

З наведених даних ми бачимо, що всі групи репрезентативні за показниками анамнеза та паритета.

У 186 (62,5%) жінок пологи відбулися своєчасно, у 112 (37,5%) — передчасно (у 54 — з I групи, у 40 — з II, у 12 — з III групи; відповідно 47,4%, 42,6%, 13,3% по групах).

Ускладнення в I та II періодах пологів були у 60% жінок. Найчастіші з них — несвоєчасний вилив навколоплідних вод (30%), слабкість родової діяльності (32%), що у 2/3 випадків була сполучена з передчасним виливом навколоплідних вод, загроза утробної гіпоксії плода (42%).

Всього народилось 298 дітей, 186 доношених, 112 недоношених. Хлопчиків — 150, дівчаток — 148. Всі діти народились через природні пологові шляхи.

Маса тіла новонароджених коливалась від 1200 до 4200 г.

В I групі з масою тіла до 2500 г народилось 54 дитини, від 2501 до 3500 г — 35, більше 3500 г — 25 дітей; у I групі з масою до 2500 г було 40 новонароджених, 2501—3500 г — 30, більше 3500 г — 20 дітей; в III групі — відповідно 12, 48, 30 новонароджених.

Більшість дітей народилось з оцінкою за шкалою Апгар 6—7 балів — 128 (42,9%), з них 54 новонароджених з I групи, 40 — з II, 34 — з III групи. Оцінку 8—10 балів мали 104 (34,9%) дітей (29 — в I групі, 26 — в II, 49 — в III групі). З оцінкою 3—5 балів народилось 66 (22,2%) дітей (в I групі — 31, в II — 28, в III — 7 дітей).

Незрілість відмічено у 50 (12,5%) дітей (у 24 — з I групи, у 20 — з II, у 6 — з III групи).

У 64 дітей пуповина була обвита навколо шиї (28 — в I групі, 22 — в II, 14 — в III групі).

Частота народження дітей в асфіксії складала $21,5 \pm 1,7\%$ (відповідно по групах — 30, 24, 10 дітей). Синдром дихальних розладів спостерігався у 38 (13%) дітей (за групами — 17, 13, 10 дітей), розлад кровообігу мозку — у 30 (10%) дітей (14, 10, 6).

Втрата початкової маси тіла у дітей всіх груп була в межах 10%. Тільки 60% дітей відновили початкову масу тіла до 7 доби життя, 30% — до 10 доби, а решта — 20 дітей (10%) — після 10 доби. Пізнє відновлення

маси тіла спостерігалось у недоношених новонароджених.

У 44 (15%) новонароджених була відмічена кон'югаційна жовтуха, у 15 (5%) — токсична еритема.

Пуповинний канатик відпадав на —7 добу життя.

Термін виписки дітей з відділення новонароджених залежав від стану дитини при народженні і перебігу неонатального періода. 90% дітей було виписано до 10 доби життя, 10% — переведено у відділення II етапу спостереження за новонародженими.

Проведений клініко-статистичний аналіз свідчить про те, що у жінок, які отримували гормонотерапію під час вагітності, висока частота передчасних пологів і у більшості новонароджених дітей відмічено патологію. На підставі тільки клінічних даних не можна сказати, ця патологія обумовлена проведеною гормональною терапією, чи тими розладами, які спостерігались у матерів (обтяжений акушерський анамнез, патологічний перебіг вагітності, ускладнення пологів). Але ці дані спонукали нас до вивчення цього питання, що й проводиться. Результати спеціальних досліджень будуть опубліковані в подальших виданнях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Маркова І. В. Шабалов Н. П. Клиническая фармакология новорожденных. — Л., 1984. — С. 288.
2. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности. — М.: Медицина, 1986. — 170 с.
3. Тревьянко Т. Д., Тимошенко Л. В. Эндокринологические критерии оценки состояния плода//Акуш. и гинекол. — 1982. — 1. — С. 56—58.

ЛІКУВАННЯ ФОНОВИХ ТА ПЕРЕДРАКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Я. Д. Москаленко, В. Я. Голота,
А. Г. Ропотан

Український
Державний медичний університет

Лікування фонівих та передракових захворювань шийки матки у жінок репродуктивного віку відноситься до актуальних проблем сучасної гінекології, так як адекватна терапія доброякісних та передпухлинних процесів жіночих статевих органів є активним методом профілактики злоякісних захворювань.

Вперше на кафедрі акушерства та гінекології № 3 розроблена спільно з КНДІ «Сатурн» і застосована в широку гінекологічну практику кріогенна універсальна автономна установка «Кріоелектроніка-3».

Різноманітність методів кріогенного охолодження, широка область застосування, багатогранність вимог та умов експлуатації зумовили появу великої номенклатури кріохірургічних інструментів різноманітних типів та

конструкцій, таких, як кріоінструменти відкритого та закритого типу.

Ми переконалися на власному досвіді, що найбільш перспективним вирішенням проблеми втілення кріокоагуляції в широку клінічну практику є використання установок замкненого циклу, до яких відноситься апарат «Кріоелектроніка-3». Цей апарат не потребує заправки рідким азотом, бере енергію від перемінного струму і може бути розміщений в будь-якому регіоні, що дозволяє оздоровлювати амбулаторно велику кількість хворих. В той же час кріоустановки замкненого циклу характеризуються великою холодопродуктивністю, що регулюється в широких межах (від 10—60 Вт/см. кв.), широким температурним діапазоном кріодії (від 77 до 273 К), високою точністю підтримання будь-якої температури цього діапазону, широким відтворенням режимів заморожування та відігрівання в діапазоні 173—263 К.

Застосування в даний час медикаментозної терапії, електрохірургічний та фізіотерапевтичний методи лікування паталогічних станів зовнішніх статевих органів (конділоми, крауроз вульви, проста лейкоплакія, проліферуюча лейкоплакія) та внутрішніх (ектопія епітелію шийки матки, субепітеліальний ендометріоз, проста лейкоплакія, дисплазія шийки матки, кондиломи та поліпи шийки матки, гіперплазія ендометрія, поліпоз ендометрія, аденоміоз) статевих органів не тільки недостатньо ефективні, але мають серйозні недоліки.

Так, електрокоагуляція та електроексцизія приводять до порушень менструальної та детородної функції, сприяють загостренню запальних процесів геніталій, провокують розвиток синдрому склерокістозних яєчників. Повторні електрохірургічні втручання є екогенним канцерогенним фактором.

Дослідження, проведені співробітникам нашої кафедри вперше в нашій країні та серед країн СНД дозволили розробити оптимальну методику застосування кріохірургічної установи замкненого циклу «Кріоелектроніка-3» для лікування хворих дитородного віку з доброякісними захворюваннями шийки матки раніш не вагітних та тих, що не народжували.

Ми довели, що найбільш оптимальними параметрами роботи кріоустановки замкненого циклу слід вважати температуру зовнішнього кріозонду 163 К, при поверхневій температурі його наконечника 183 К, час заморожування 3—6 хв., час відтаювання — 1,5—2 хвилини.

Ми провели кріогенне лікування патологічних процесів шийки матки у 2713 жінок. Середній вік хворих становив 30 років. Тривалість захворювання склала від 6 місяців до 10 років. До кріотерапії хворі отримували консервативне лікування з приво-

ду ерозії шийки матки без ефекту. Операцію кріодеструкції проводили в умовах жіночої консультації, так як неболючість, безкровність, мінімальна травматичність роблять кріохірургію методом амбулаторного лікування. Відсутня також необхідність в анестезії та наступному накладанні швів, в госпіталізації хворих.

Наші клінічні дослідження показали, що ефективність кріохірургічного лікування патологічних процесів шийки матки при суворому дотриманні рекомендацій і правильному відборі відповідного контингенту хворих коливається від 94 до 98 відсотків. У більшості жінок після кріодеструкції шийки матки відмічається відновлення фертильності. Так, після реепітелізації шийки матки зачаття у жінок, що бажали народжувати (повторна вагітність) наступало через 6 місяців, у тих, що не народжували — через 3—4 місяці.

Ми спостерігали перебіг вагітності та пологів у 247 жінок, яким була проведена кріодеструкція. Слід відмітити благоприємний перебіг пологів для матерів та новонароджених, відсутність або незначний процент таких ускладнень, як дистоція шийки матки, її травми, патологічний прелімінарний період, дискординованапологова діяльність, що також свідчить про переваги методу кріодеструкції перед традиційними.

На основі проведених нами досліджень ми можемо зробити висновок, що метод кріодеструкції, здійснений на універсальній автономній кріохірургічній установці «Кріоелектроніка-3» легко переноситься хворими і не викликає загальної реакції організму.

Запропонована нами методика ефективна, проста й доступна для широкого впровадження. Метод кріодеструкції є засобом дійової профілактики онкологічних захворювань у жінок, дозволяє покращувати генеративну функцію й може бути рекомендований в практику для роботи в жіночих консультаціях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голота В. Я., Москаленко Л. Д., Школьный Г. Н. Кривохирургическое лечение интраэпителиальных неоплазий матки//Сб.: науч. раб. «Актуальные вопросы биологии и медицины, 1986.— Т. 1.— С. 143—147.
2. Грищенко В. И. Гипотермия и кривохирургия в акушерстве и гинекологии. М., Медицина, 1974.— 280 с.
3. Бычков В. И. Консервативное лечение неспецифического цервицита при фоновых и предракowych процессах слизистой оболочки шейки матки//Акуш. и гинек., 1989.— № 4.— С. 52—55.
4. Шахматова А. П., Дмитриева Л. В., Герасимова А. Д., Кодряя А. А. Возмoжности применения CO₂-лазера в гинекологии//Акуш. и гинек., 1989.— № 4.— С. 39—43.
5. Каунов Л. А. Лечение псевдоэрозий шейки матки методом кривокоагуляции//Акуш. и гинек., 1982.— № 8.— С. 49.