

ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ С ЦЕЛЮ ВЫЗЫВАНИЯ РОДОВ

Г. М. Воронцова, В. С. Степанов, В. М. Быков

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. Г. М. Воронцова), кафедра патофизиологии (зав.— проф. М. И. Ундрицов) Чувашского государственного университета им. И. Н. Ульянова

Реферат. Изучены результаты применения акупунктуры для вызывания родов при переносной беременности и для досрочного родоразрешения у 52 женщин с серьезными осложнениями беременности и тяжелой экстрагенитальной патологией. Эффект наступал после 1—5 сеансов. У 14 беременных регулярные схватки появились при целом плодном пузыре, у 7 — в течение 1—2 час. после вскрытия плодного пузыря и у 31 — после повторного сеанса акупунктуры, который проводили при отсутствии схваток в течение 2 час. после амниотомии. У 48 из 52 женщин роды закончились без дополнительных вмешательств.

В руководствах по иглоукалыванию (Чжу-Лянь, 1959, и др.) указаны биологически активные точки, в которые можно воздействовать при слабой родовой деятельности (цуй-гу, гуань-юань, чжун-цзи, хен-гу). Однако в отечественных трудах по иглотерапии (В. Г. Вогралик, 1961; И. И. Русецкий, А. Х. Терегулов, 1962, и др.) беременность рассматривается как противопоказание к акупунктуре. В связи с этим иглотерапия в акушерской практике до разработки М. С. Соловьевой и В. С. Степановым (1973) способа родовозбуждения и родостимуляции в нашей стране не применялась.

Учитывая физиологическую сущность иглоукалывания и достаточно сильное влияние его на сократительную деятельность матки (5), мы стали применять данный способ для родовозбуждения при переносной беременности и для прерывания беременности поздних сроков по специальным показаниям.

Задачей настоящей работы являлось исследование воздействия иглоукалывания на процесс созревания шейки матки, определение эффективности этого метода в родовозбуждении при переносной беременности и досрочном родоразрешении и изучение его влияния на состояние матери и плода.

Акупунктура применена у 52 беременных (возраст: до 20 лет — 7 женщин, от 21 до 30 лет — 25, от 31 до 40 лет — 16, старше 40 лет — 4; первородящих — 27, повторнородящих — 25). 41 из них одновременно получала медикаментозное лечение, включавшее эстрогены, витамины, глюкозу, препараты кальция. У 11 женщин была переносная беременность, у остальных — серьезные осложнения беременности и заболевания, послужившие показанием к досрочному родоразрешению: тяжелая затяжная нефропатия беременных (АД 170—250 мм рт. ст., протеинурия — 1,65—33 г/л, преэклампсия и эклампсия) у 25 женщин, в их числе сочетанная нефропатия на фоне органических заболеваний сердца, пиелонефрита и гломерулонефрита у 9; врожденные и ревматические пороки сердца с нарушением кровообращения 1—2-й степени — у 9; резус-конфликт (прогрессирующее нарастание явлений резус-конфликта) — у 6; бронхиальная астма — у 1. У 6 женщин была установлена антенатальная гибель плода.

У 11 женщин срок беременности составлял 42—44 недели, у 16 — 36—38 недель, у 21 — 28—35 недель и у 4 — 26—27 недель.

С целью подготовки организма беременной к родам проводилась акупунктура в 5—6 биологически активных точках в разных сочетаниях: цуй-гу — 2 XIV; гуань-юань — 4 XIV; чжун-цзи — 3 XIV, хен-гу — 11 VIII; сань-инь-цзяо — 6 IV. Из них 4 основные точки находятся в зоне Захарьина — Геда матки, связаны с маткой через соматические

и вегетативные нервы на уровне спинальных сегментов D₁₀ — L₁ и используются при лечении иглоукалыванием заболеваний женской мочеполовой сферы. Для усиления эффекта от воздействия на основные точки, используемые для стимуляции сократительной деятельности матки, мы воздействовали на точки сань-инь-цзяо, расположенные на 3 пропорциональных цуня выше внутренней лодыжки на нижних конечностях.

После определения локализации указанных активных точек и обработки кожи спиртом вводили в 4 активные точки (хен-гу с обеих сторон, цюй-гу, чжун-цзи) вращательными движениями строго перпендикулярно по одной стерильной игле на глубину 1,5—3 см до глубоких мышц передней брюшной стенки. В точку гуань-юань иглу вводили под углом 30° на глубину от 2 до 4 см в зависимости от степени выраженности подкожной жировой клетчатки, в точку сань-инь-цзяо — перпендикулярно к коже на глубину от 1,5 до 3 см. Через каждые 10—15 мин. после введения игл производили вращательные движения ими до появления предусмотренных ощущений беременных в виде онемения, чувства распирания или прохождения электрического тока. Общая продолжительность сеанса акупунктуры колебалась от 30 мин. до 2 час. Как правило, сеансы акупунктуры проводили 1 раз в сутки. Перед сеансом иглоукалывания посредством влагалищного исследования проверяли «созревание» шейки. Всем женщинам акупунктуру делали при «незрелой» шейке матки (сохраненная, плотная, длиной до 3—4 см, отклоненная от проводной оси таза, с закрытым внутренним зевом), при целом плодном пузыре.

Предпринимавшееся наряду с клиническим обследованием беременных изучение состояния холинэргической и серотонинэргической систем крови до и после акупунктуры выявило значительную активацию их после иглотерапии, проведенной с целью родовозбуждения [3].

Формирование готовности к родам (появление признаков, указывающих на «зрелость» шейки и положительный окситоциновый тест) после 1 сеанса иглоукалывания наступило у 10 беременных, после 2 сеансов — у 13, после 3 — у 18, после 4 — у 8 и после 5 — у 3.

У 14 беременных с началом процедуры иглоукалывания регулярные схватки появились при целом плодном пузыре, у 7 — в течение 1—2 час. после амниотомии. У 31 женщины при отсутствии схваток в течение 2 час. после амниотомии проведен повторный сеанс акупунктуры с целью вызывания родовой деятельности. Для родовозбуждения иглоукалывание проводили в 4 точки: цюй-гу 2 XI (1), гуань-юань 4 XIV (1), хен-гу 11 VIII (2) с периодическим раздражением рецепторов биологически активных точек. Продолжительность сеанса составила 1,5—3 часа. К концу процедуры иглоукалывания сила, длительность и регулярность схваток нормализовались, что способствовало завершению родов без дополнительных вмешательств у 48 из 52 рожениц.

У первородящих роды продолжались от 3 час. до 21 час. 25 мин., средняя продолжительность — $11,42 \pm 1,84$ часа. У повторнородящих продолжительность родов с начала сеанса акупунктуры колебалась от 4 час. 35 мин. до 10 час. 41 мин.; средняя продолжительность родов составила $6,25 \pm 1,23$ часа. 2 роженицам с органическими пороками сердца и нарушением кровообращения I—II степени для исключения потужной деятельности наложены полостные акушерские щипцы; краниотомия плода произведена у одной женщины, имевшей тяжелую форму сочетанной нефропатии при внутриутробной гибели плода, наступившей до акупунктуры; у одной роженицы проведена операция метрейриза в связи с наступившей слабостью родовой деятельности в конце I периода родов.

Родились доношенными (по массе тела) 27 детей, недоношенными

(масса тела от 1000 до 2499 г) — 21 ребенок, у 4 женщин беременность была прервана до наступления жизнеспособности плодов, на 26—27-й неделях беременности. Масса тел этих плодов составляла менее 1000 г при длине 31—32 см. У 6 из 52 женщин акупунктура проведена после антенатальной гибели плода.

У 34 детей из 46 родившихся живыми масса тела была более 1700 г, оценка по шкале Апгар у 24 составляла 8—10 баллов, у 5 — 6—7 баллов, у 3 — 5 баллов и у 2 — 3 балла; у 12 живых детей, родившихся с массой тела от 1000 до 1700, оценка по Апгар не проводилась. Один ребенок с массой тела 1300 г умер в первые часы после рождения от нарушения внутричерепного кровообращения, 5 переведены в детскую больницу, из них 4 недоношенных — на второй этап выхаживания, а один ребенок, родившийся у старой первородящей от переносимой беременности, на 10-й день переведен в связи с ателектатической пневмонией. Остальные дети выписаны на 6—26-й дни после рождения в удовлетворительном состоянии.

Несмотря на то, что у всех 52 женщин была предрасположенность к кровотечению в родах, патологическая кровопотеря наблюдалась только у 2 из них, имевших признаки выраженного инфантилизма и многократные аборт. Причиной кровотечения явилась задержка долики плаценты. Средняя кровопотеря составила 175 ± 26 мл.

Течение послеродового периода у 51 женщины было нормальным, у одной развился тромбоз вен нижних конечностей. 5 родильниц через 8—10 дней после родов переведены в терапевтическое отделение для продолжения лечения основных заболеваний, по поводу которых было проведено досрочное родоразрешение. До начала сеансов акупунктуры у 3 из них был тяжелый пиелонефрит, у 2 — ревматические пороки сердца с нарушением кровообращения II степени. Остальные женщины в удовлетворительном состоянии выписаны под наблюдение врачей женской консультации. Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории родов.

Ф., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности 26/V 1976 г. при беременности 41—42 недели. Болезнь Верльгофа. Перенесенные ранее заболевания: болезнь Боткина, грипп, ангина.

Менструации с 15 лет, установились сразу по 3—4 дня, очень обильные, безболезненные. Настоящая беременность 2-я, роды 1-е. 1-я беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 8—9 недель. В течение настоящей беременности были частые носовые кровотечения; проводились многократные переливания взвеси тромбоцитов и консервированной крови, гемостатическое и гемостимулирующее лечение, в результате чего количество тромбоцитов увеличилось с $20 \cdot 10^9$ до $180 \cdot 10^9$ в 1 л.

При поступлении обнаружены небольшие гематомы на теле в местах произведенных инъекций и наложения жгутов. Длительность кровотечения 8 мин. 30 сек., время свертывания — 1 мин. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Головка плода подвижна над входом в таз. Влагалищное исследование: шейка матки длиной 2,5 см, плотная на всем протяжении, наружный зев пропускает кончик пальца.

26/V 1976 г. одновременно с началом введения эстрогено-витаминоглюкозо-кальциевых препаратов с целью подготовки шейки к родам введены иглы в точки цюй-гу, чжун-цзи, гуань-юань, хен-гу вторым вариантом метода торможения. 27/V при вагинальном исследовании установлено, что шейка укорочена до 1,5 см, шеечный канал пропускает 1 палец, определяется валик плотной ткани в области внутреннего зева. Повторный сеанс акупунктуры проведен 28/V в течение 2 час. по той же методике. 29/V в 2 часа женщина проснулась от регулярных схваток, которые повторялись через каждые 7—8 мин. по 20—25 сек.

при целых водах. Влагалищное исследование: шейка сглажена, мягкая, податливая, плодный пузырь цел. Через 16 час. от начала регулярной родовой деятельности вызван медикаментозный сон (промедол, апрофен, пипольфен). После сна в течение 2 час. 30 мин. начались потуги, которые продолжались 1 час. 10 мин. В 23 часа 20 мин. 29/V родился живой мальчик массой тела 3600 г, ростом 53 см. Оценка по шкале Апгар — 9 баллов. Длительность III периода 5 мин.; кровопотеря 150 мл.

Послеродовой период протекал без осложнений. 7/VI Ф. выписана со здоровым мальчиком. Масса тела ребенка при выписке — 3550 г.

Результаты исследований свидетельствуют об эффективности иглоукалывания для родовозбуждения как при переносимой беременности, так и в подготовке женщин к родоразрешению по медицинским показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И. Тез. докл. XIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1976. — 2. Вогралик В. Г. Основы китайского лечебного метода чжень-цзю. Горький, 1961. — 3. Русецкий И. И., Терегулов А. Х. Краткое руководство по китайскому иглоукалыванию. Казань, 1962. — 4. Соловьева М. С., Степанов В. С. В кн.: VI Поволжская конференция физиологов с участием биохимиков, фармакологов, морфологов. Чебоксары, 1973, вып. 1. — 5. Степанов В. С., Воронцова Г. М. и др. Тез. докл. XIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1976. — 6. Чжу-Лян-нь. Руководство по современной чжень-цзютерапии. М., 1959.

Поступила 19 июля 1977 г.

ОБЗОРЫ

УДК 547.853.3:616—003.93

ПИРИМИДИНОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ КАК СТИМУЛЯТОРЫ РЕГЕНЕРАЦИИ

Проф. Г. Л. Билич

Кафедра анатомии и физиологии человека и животных, проблемная научно-исследовательская лаборатория по изучению фармакологической регуляции восстановительных процессов в органах и тканях (зав. — проф. Г. Л. Билич) Марийского государственного университета

Лекарственные вещества, ускоряющие регенерацию, подразделяются на две группы. К первой относятся средства, устраняющие различные факторы, которые угнетают репаративную регенерацию, ко второй — средства, ускоряющие естественный ход восстановительных процессов. Инфекционный процесс в ране тормозит регенерацию, поэтому антисептические препараты и антибиотики можно отнести к первой группе. К лекарственным веществам, ускоряющим естественный ход регенераторных процессов, относятся средства, стимулирующие образование естественных стимуляторов регенерации, и непосредственные стимуляторы регенерации экзогенного происхождения.

На наш взгляд, стимуляторы регенерации должны отвечать следующим требованиям: 1) высокая эффективность; 2) положительное влияние на клеточную и внутриклеточную регенерацию; 3) стимуляция защитных механизмов; 4) анаболическое и антикатаболическое действие; 5) ограничение размеров некроза; 6) противовоспалительное действие; 7) широкий спектр действия; 8) тканево- и видовое-неспецифичность; 9) безвредность; 10) удобство применения; 11) дешевизна; 12) отсутствие побочного действия.

Пиримидиновые производные отвечают указанным требованиям. Их недостаток — малая растворимость в воде — в настоящее время преодолен благодаря созданию амилгурацила (растворимый препарат метилгурацила) и амида оротовой кислоты.

Метилгурацил и пентоксил вначале были синтезированы как стимуляторы лейкопоэза, действие которых проявляется в здоровом организме и при заболеваниях, сопровождающихся лейкопенией [24, 27]. При изучении лейкопоэтического эффекта пиримидинов было одновременно обнаружено их положительное воздействие на эри-