

ных элементов, стагировании кровотока, уменьшении числа функционирующих капилляров и развитии метаболического ацидоза.

Патогенетическая терапия полиионными растворами «Квартасоль» и «Трисоль» даже без дополнительной медикаментозной терапии купировала симптомы шока и нарушения микроциркуляции, значительно улучшала самочувствие больных и потому может быть рекомендована для лечения таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунин К. В., Соринсон С. Н. Неотложная терапия при инфекционных болезнях. Л., Медицина, 1983.— 2. Богоявленский В. Ф. Коррекции функции внешнего и внутреннего дыхания, гемокоагуляции и микроциркуляции у больных атеросклерозом. Автореф. докт. дисс., Казань, 1970.— 3. Вейль М. Г., Шубин Г. Диагностика и лечение шока. Перевод с англ. М., Медицина, 1971.— 4. Казначеев В. П., Дзизинский А. А. Клиническая патология транкапиллярного обмена. М., Медицина, 1975.— 5. Козловская Л. В., Мартынова М. А. Учебное пособие по клиническим лабораторным методам исследования. М., Медицина, 1975.— 6. Покровский В. И., Малеев В. В. Холера. Л., Медицина, 1978.

Поступила 31.07.85.

УДК 618.2/7—005.1—085.844.3

ПРОФИЛАКТИКА ПОВЫШЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ НАРУЖНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЕЙ

Л. А. Козлов, И. Ф. Поляков, В. В. Севастьянов, Э. К. Казимиров

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главрач—канд. мед. наук М. В. Буйлин)
МЗ ТАССР*

Предупреждение повышенной кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периодах может быть осуществлено воздействием как на контрактильность матки, так и на коагуляцию в сосудах плацентарной площадки. В настоящее время контрактильность матки усиливается чаще всего введением соответствующих лекарственных препаратов, однако представляется перспективным использование электрической стимуляции матки [1]. Запросы акушерской практики требуют длительного применения электростимуляции с возбуждением сокращений матки, близких к естественным. Желательно также, чтобы электростимуляция матки проводилась во время первого и второго периодов родов с перспективным ее продолжением в третьем и раннем послеродовом периодах. Этой цели служит портативный аппарат «ЭФ-флект-1» на транзисторах, сконструированный В. В. Севастьяновым и Э. К. Казимировым (патент США № 424343). Он предназначен для программируемого дозированного воздействия на нервно-мышечную систему с целью: а) лечения органических и функциональных поражений нервно-мышечной системы; б) сохранения и повышения работоспособности человека; в) получения общего и специального тренировочного эффекта у спортсменов.

Исходя из возможности длительной стимуляции данным аппаратом при полной безопасности для пациентки, мы использовали его в родах для усиления контрактильного звена гемостаза. Контроль за эффективностью осуществляли по результатам клинко-лабораторных исследований. Тонус матки регистрировали в условных единицах тонусометра А. З. Хасина. В ряде случаев вели графическую регистрацию токографами Лоранда и типа «ТЕ-1» (ПНР).

Апробация первоначально проведена на женщинах, нуждавшихся в прерывании беременности на поздних сроках.

В прошлом, используя интраамниальное вливание гипертонического раствора поваренной соли в сочетании с сокращающими матку средствами, мы установили, что кровопотеря до 200 мл была у 88,1%, свыше 200 мл — у 11,9% женщин, при-

чем одна большая умерла от гипофибриногемического кровотечения и одна — от атоического.

Беременность на поздних сроках (от 20 до 28 нед) была нами прервана с помощью наружной стимуляции матки у 45 женщин в возрасте от 18 до 43 лет. Показаниями были заболевания первой системы с психическими расстройствами, болезни сердечно-сосудистой системы, легких с выраженной дыхательной недостаточностью, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, обширное варикозное расширение вен нижних конечностей, заболевание почек, гастрэктомия по поводу рака желудка.

Установлено, что применение наружной электрической стимуляции матки в комплексе мероприятий по прерыванию беременности на поздних сроках ускоряет рождение плода. При этом продолжение электростимуляции во время отделения и выделения последа и ревизии матки значительно уменьшает опасность развития послеабортного кровотечения. В наших наблюдениях кровопотеря составила от 50 до 200 мл. Положительное значение имеет исключение лекарственной нагрузки на организм женщины во время сеансов электростимуляции. В послеабортном периоде отмечались нормальная инволюция матки и отсутствие осложнений. Средний койко-день составил после аборта 6,5.

Убедившись в эффективности наружной электростимуляции матки аппаратом «Эффект-1», мы применили ее у 11 рожениц в последовом периоде и у 97 родильниц в первые три дня пуэрперия. 31 из них была после кесарева сечения. Электростимуляция матки проводилась в связи с нефропатией, слабостью родовой деятельности, болезнью Верльгофа, длительным безводным периодом и после ручного обследования матки. У всех в анамнезе были аборты.

Под воздействием наружной электростимуляции матки время отделения и выделения последа сокращалось до 5—7 мин, кровопотеря не превышала физиологической нормы.

В послеродовом периоде выраженный контрактильный эффект наблюдался у всех родильниц при воздействии электрического тока в течение 60 мин. Отмечено увеличение количества лохий сразу после сеанса электростимуляции. Характер их изменялся в соответствии с днями пуэрперия. Ни у одной родильницы эндометрита и других заболеваний внутренних половых органов не возникло. Физиологическая инволюция матки патологической кровопотерей не сопровождалась. Средний койко-день родильниц составил 6,7. Особо следует указать на выраженное уменьшение кровопотери в пуэрперии после кесарева сечения.

У 29 из 31 родильницы целью электростимуляции было предупреждение субинволюции матки, лохиометры и пареза кишечника. Сеансы выполнялись ежедневно с конца первых и на вторые, третьи сутки послеоперационного периода. Длительность воздействия — от 40 мин до 2 ч. У всех родильниц констатировано усиление сокращения матки, увеличение количества лохий, самостоятельное появление стула, отхождение газов и мочеиспускание. Темп сокращения матки и характер лохий соответствовали дню пуэрперия и послеоперационного периода. Послеоперационный койко-день составил 11.

У 2 родильниц после кесарева сечения возникло гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. В связи с неэффективностью введения сокращающих матку средств применена наружная электростимуляция.

Приводим следующие наблюдения.

К., 22 лет, 19.12.84 г. поступила с диагнозом: беременность сроком 39 нед, роды II, срочные, поперечное положение плода, рубец на матке после классического кесарева сечения в 1982 г.

21.12.84 г. родоразрешена кесаревым сечением в нижнем сегменте. Извлечена девочка массой тела 2880 г, длиной 51 см с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Послед выделен целиком. При ревизии матки обнаружена перегородка на дне. Операция протекала без осложнений. Кровопотеря — 600 мл.

Через 2 ч 50 мин после операции появилось кровотечение из половых путей. Дно матки на 3 см выше пупка. Проведены следующие лечебные манипуляции: наружный массаж матки, холод на низ живота, тампон с эфиром в задний свод. Внутривенно введено 5 ед. окситоцина в глюкозе и через некоторое время 2 мл метилэргометрина. Матка сократилась. Кровопотеря составила дополнительно 800 мл. Внутривенно влиты полиглюкин, кровь и 10% раствор глюкозы. В дальнейшем на протяжении 3 ч матка периодически расслаблялась, несмотря на продолжение введения сокращающих средств, массажа и трансфузионной терапии. Выделилось еще 400 мл крови. В связи с этим была применена наружная электростимуляция матки, под воздействием которой матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось. Сеанс электростимуляции продолжался 2 часа. В последующем тонус матки сохра-

нялся, кровотечение не возобновлялось и необходимости повторения электростимуляции не возникло. Выписана на 11-й день с выздоровлением.

Ф., 29 лет. Наблюдалась в клинике с 04.01.85 г. по поводу несостоятельности рубца после кесарева сечения в прошлом. 15.01.85 г. родоразрешена кесаревым сечением на сроке 39—40 нед. Извлечена девочка массой тела 3400 г, длиной 48 см, с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Кровопотеря во время операции — 800 мл. В дальнейшем на протяжении 10 ч с момента окончания операции периодически возникала гипотония матки и небольшими порциями выделялась кровь. Несмотря на активное консервативное лечение гипотонии, кровопотеря за этот период времени составила дополнительно 1000 мл. Применена наружная электростимуляция, продолжавшаяся в течение 2 часов. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Объем кровопотери восполнен. Выписана на 11-й день по выздоровлении.

Таким образом, наружная электростимуляция матки оказалась эффективной во всех 153 наблюдениях в плане предупреждения кровотечения как при искусственном прерывании беременности на поздних сроках, так и при последовом и послеродовом периодах срочных родов, включая и кесарево сечение.

Полученный лечебный гемостатический эффект у двух родильниц при гипотоническом кровотечении после кесарева сечения вселяет надежды, но требует дальнейшего подтверждения на большом количестве наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персианинов Л. С., Хасин А. З. В кн.: Электронная аппаратура для стимуляции органов и тканей. Под ред. Р. И. Утямышева и М. Враны. М., Энергоатомиздат, 1983.

Поступила 08.01.86.

УДК 617.51—001.036.8—085.814.1—036.8

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЛЕГКОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.

Е. К. Валеев, Р. Ш. Шакуров, О. Ш. Самитов

Отделение нейрохирургии (руководитель — ст. научн. сотр. Е. К. Валеев) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деятель науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович), кафедра иглорефлексотерапии (зав. — доцент Р. Ш. Шакуров) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, городская больница № 21 (главврач — Н. Н. Багаев) г. Казани

Наиболее частой формой закрытой черепно-мозговой травмы является сотрясение мозга; на его долю приходится от 50 до 84% [1, 3, 4]. Полагают, что изменения в головном мозге, возникающие при сотрясении, носят функционально обратимый характер [5]. Одним из эффективных методов воздействия на вегетативную нервную систему, функция которой значительно нарушается при легкой закрытой черепно-мозговой травме, считается рефлексотерапия, которая влияет на центры регуляции вегетативных функций [2].

В задачу данного исследования входило изучение возможностей использования метода иглорефлексотерапии в комплексном лечении больных в остром периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы.

Под нашим наблюдением находилось 287 больных (мужчин — 102, женщин — 185 в возрасте от 19 до 60 лет), получивших сотрясение и ушиб мозга легкой степени. Из них 112 пострадавшим в процессе лечебных мероприятий (кроме препаратов психотропного и вегетативного действия, анальгетиков и спазмолитиков) применяли иглорефлексотерапию. Контрольную группу составляли 175 человек, леченных в остром периоде по общепринятой методике, включающей в себя дегидратационную, десенсибилизирующую и седативную терапию. Госпитализация осуществлялась в первые часы — сутки после травмы. Производились клинико-рентгенологическое и электрофизиологические обследования.

Классическую акупунктуру больные получали со второго дня после травмы, вторым вариантом торсионного типа с оставлением игл на 30—40 мин по методике трехуровневого воздействия на точки акупунктуры [6] с некоторыми видоизменениями. Лечение начинали с точек «общего действия» 36 Е (III), 11 GI (II), затем переходили к точкам-ключам «чудесных» меридианов I и II пар 3 IG (VI), 62 V (VII), 5 TR (X), 41 VB (XI) с подключением точек, локализирующихся в области головы и шейно-воротниковой зоны: 15 T (XIII), 16 T (XIII), 17 T (XIII), 20 T (XIII),