

ПОЭТАПНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭНДСКОПИИ

В.Н. Серов, А.Т. Терешин

*Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
(директор — акад. В.И. Кулаков) РАМН, г. Москва*

Рефлексотерапия (РТ) применяется в нашей стране около трех десятилетий и уже имеет свой положительный опыт оперативной гинекологии. Аналгезирующее действие РТ и ее нормализующее влияние на психоэмоциональное напряжение, вагосимпатическое равновесие, сердечно-сосудистую систему, моторно-секреторную функцию желудочно-кишечного тракта и другие органы использовалось в предоперационной подготовке больных [1, 3—5].

Развитие послеоперационных осложнений часто связано с операционной травмой, неадекватным наркозом, болью в послеоперационном периоде — мощными стрессовыми факторами для организма с активацией симпатико-адреналовой системы. Следовательно, любая попытка уменьшить количество фармакологических препаратов с целью обезболивания безусловно актуальна.

Китайские медики рекомендуют использовать при гинекологических операциях меридианы сердца, почек, печени, поджелудочной железы — селезенки, легких на основе традиционного иглоукалывания. Меридиан и зона сердца на ушной раковине используются для психоэмоционального равновесия, а меридиан и зона легких — для обезболивания кожи во время операции, меридианы поджелудочной железы — селезенки и печени — при всех гинекологических заболеваниях и манипуляциях, так как проходят через полость таза, управляют связочно-мышечным аппаратом и регуляцией объема крови. Кроме того, они стимулируют и восстанавливают функции желудочно-кишечного тракта. Меридиан почек влияет на все физиологические функции организма, в том числе и на симпатико-адреналовую систему и имеет связь с ушной раковиной. Ухо рассматривается как часть тела, связанная с органами и системами. Эта связь поддерживается посредством 12 меридианов тела и является теорети-

ческой основой иглоукалывания ушной раковины и обкалывания ее по периметру физиологическим раствором с целью аналгезии во время операции.

Эффективность аурикулотерапии (АТ) объясняется тем, что имеются мощные нервные связи ушной раковины через систему блуждающего, языко-глоточного, тройничного, лицевого и соматических шейных нервов с бульбарными, таламическими и гипоталамическими центрами мозга [2, 5, 6].

Цель настоящей работы — поэтапная РТ (предоперационная подготовка больных, потенцирование общего обезболивания, профилактика и лечение послеоперационных осложнений) и определение ее целесообразности и преимущественности на каждом этапе.

При проведении оперативной эндоскопии на органах малого таза РТ применена у 74 женщин репродуктивного возраста. Метод проведения наркоза однотипный. Индукцию при наркозе осуществляли гексеналом и дитилином. Основной наркоз поддерживали закисью азота с кислородом в соотношении 2:1 с дробным введением фентанила. Для оценки обезболивания использовали клинику наркоза и объективные методы исследования: электроэнцефалографию (ЭЭГ) и кожно-гальваническую реакцию (КГР).

ЭЭГ выполняли во фронтоокипитальных и биокципитальных отведениях на полиграфе МХ-01 "Салют-4". КГР регистрировали на самопишущем микроампервольтметре Н-339. РТ осуществляли в 3 этапа. За 2—5 суток до операции (1-й этап) восстанавливали психоэмоциональное (с 3 шао-хай, с 7 шэнь-мэнь, МС 6 нэй-гуань, Р 3 тай-си) и вагосимпатическое равновесие (VB 20 фэнчи, V 10 тянь-чжу, Т 20 бай-хуэй, Т 4 мин-мэнь). Проводили общеукрепляющую терапию (RP 6 сань-инь-цзяо,

F 3 тай-чун, E 36 цзу-сань-ли, GI 11 цюй-чи, J 12 чжун-вань, J 4 гуань-юань).

В день операции (2-й этап) осуществляли АТ справа введением микроигл-кнопок в следующие точки: полость таза, симпатическую точку, легкое, нижнюю область живота. Микроиглы заклеивали лейкопластырем на 2—5 дней с возможностью введения в эти точки физраствора по 0,1—0,3 мл в каждую. Левую ушную раковину обкалывали по периметру физраствором по 15—20 мл сразу после вводного наркоза и интубации.

В послеоперационном периоде на 1-е сутки (3-й этап) больные находились под действием микроигл, оставленных в ушной раковине. В целях обезболивания и профилактики осложнений послеоперационного периода производили смену микроигл-кнопок: таламус, шенмэнь, толстый кишечник. Специальное и симптоматическое лечение проводили в точки: MC 6 нэй-гуань, RP 6 саньинь-цзяо, E 36 цзу-сань-ли, RP 4 гуньсунь. В эти точки возможно введение физраствора по 1,0—2,0 мл в каждую.

В результате применения РТ в предоперационном периоде больные становились спокойнее, уравновешеннее; у них улучшались сон и общее состояние.

В день операции АТ потенцировала премедикацию, а обкалывание ушной раковины по периметру физраствором — общее обезболивание. Положительный эффект РТ заключался в более гладком течении наркоза, быстром выходе больных из него и уменьшении расхода наркотических анальгетиков. Расход фентанила с применением иглоанальгезии составил $0,27 \pm 0,02$ мг/кг, в контрольной группе — $0,35 \pm 0,03$ мг/кг ($P < 0,001$). В послеоперационном периоде больные не нуждались в стимуляции желудочно-кишечного тракта и наркотиках.

На ЭЭГ во время операции доминировал основной α -ритм, синхронизированный преимущественно в затылочных областях коры головного мозга (частота — 10—11 Гц, амплитуда — до 100 мкВ). В глобальных отведениях межполушарная асимметрия не проявлялась. Доминировала медленная активность в виде групп тета- и дельта-волн амплитудой до 50 мкВ. Основная α -активность была не синхронизирована и низкоамплитудна (до 30 мкВ). Высо-

кочастотная ритмика не проявлялась. Данные ЭЭГ свидетельствовали о неглубокой стадии наркоза с достаточным обезболиванием.

КГР на введение микроигл в ушную раковину способствовала уменьшению частоты и амплитуды фазной составляющей, что свидетельствовало о психоэмоциональной уравновешенности больных. Во время операции КГР была стабильной. Изменение кожного потенциала более чем на 7,5 мВ свидетельствовало об уменьшении болевого раздражения и необходимости дополнительной анальгезии.

ВЫВОДЫ

1. Использование РТ целесообразно на всех этапах ведения больных при эндоскопических мероприятиях в гинекологии.

2. Физиологический раствор, вводимый в точки ушной раковины и по ее периметру, потенцирует премедикацию, общее обезболивание, уменьшает расход наркотических анальгетиков и обеспечивает профилактику послеоперационных осложнений.

3. Регистрация КГР во время операции может служить объективным критерием адекватности обезболивания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян Г.А., Любимова Э.А., Муха Г.И.// Здравоохр. Туркмен. — 1988. — № 12. — С. 26—28.
2. Гаваа Луван. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — М., 1986.
3. Еремин В.С., Малков Я.Ю.//Акуш. и гин. — 1984. — № 8. — С. 40—42.
4. Староверов А.Т., Барашков Г.Н. Иглотерапия в анестезиологии и реаниматологии. — Саратов, 1985.
5. Сутюшев Б.Г.//Казанский мед. ж. — 1980. — № 5. — С. 45—46.
6. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. — М., 1980.

Поступила 13.12.95.

REFLEXOTHERAPY BY STAGES IN GYNECOLOGIC ENDOSCOPY

V.N. Serov, A.T. Tereshin

Summary

The utility of the application of reflexotherapy in endoscopic operations of gynecology is shown. The injection of physiologic solution into the points of the auricle floor and along its perimeter potentiates premedication, general anesthesia, decreases the use of narcotic analgetics and provides the prevention of postoperative complications. The registration of cutaneous galvanic response offers a criterion of anesthesia adequacy.