

## ЛИТЕРАТУРА

1. Селезнев С. А. Бюлл. exper. биол., 1969, 4.—2. Смоличев Б. М., Володин В. М. Пат. физиол., 1968, 3.—3. Соловьев Г. М., Радзивил Г. Г., Иванников М. Н., Павлов Ю. А. Кардиология, 1971, 8.—4. Чернух А. М., Александров П. Н., Алексеев О. В. В кн.: Микроциркуляция. М., Медицина, 1975.

Поступила 30 декабря 1982 г.

УДК 618.3+618.5]:618.614—007.16:615.847

## НАРУЖНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

*Л. А. Козлов, И. Ф. Поляков, В. В. Севостьянов, Э. К. Каземиров*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Л. А. Козлов) Казанского  
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В акушерской практике в комплексе лечебных мероприятий используется электростимуляция матки. В литературе имеются указания по ее применению с наложением обоих электродов на шейку матки [1], на шейку матки и переднюю брюшную стенку или крестец [2, 3], через прямую кишку и только на переднюю брюшную стенку.

По нашему мнению, наиболее пригоден для практического применения последний способ, так как он прост и не связан с необходимостью строго соблюдать асептику и антисептику.

Нами использован многоканальный аппарат для электрической стимуляции, сконструированный В. В. Севостьяновым и Э. К. Каземировым (патент США № 424343 от 6 января 1981 г.) с наружным наложением обоих электродов.

Мы применили наружную электростимуляцию у 49 родильниц в возрасте от 21 до 46 лет. Показания для электростимуляции матки в послеродовом периоде: нефропатия (у 3), слабость родовой деятельности (у 13), ручное обследование матки (у 15), крупный плод (у 10), многоводие (у 6), аномалия развития матки (у 1), болезнь Верльгофа (у 1). У всех женщин в анамнезе — от 1 до 9 аборт. Первородящих было 17, повторнородящих — 32. Длительность родов в среднем составила 22,5 ч, средняя кровопотеря в родах — 270 мл.

Электростимуляцию матки проводили наложением на переднюю брюшную стенку живота пластинчатых электродов размером 2×10 см. Один электрод, положительной полярности, накладывали на область дна матки, второй, отрицательной полярности, — над лоном. Параметры электростимулов подбирали индивидуально. После наложения электродов определяли минимальный порог электрической возбудимости скелетной мускулатуры передней брюшной стенки с целью направленного воздействия на матку, после чего субъективно и объективно фиксировали ее первые сокращения.

Амплитуда напряжения при проведении сеансов электростимуляции составляла от 10 до 15 В, время 2—4 с. Частота девиации была от 20 до 100 Гц. Длительность воздействия электростимуляции колебалась от 20 до 80 мин.

Электростимуляцию матки выполняли ежедневно в первые три дня после родов. Выраженный контрактильный эффект наблюдался при воздействии импульсного тока в течение 60 мин. У всех 49 родильниц в пуэрперальном периоде отмечено хорошее сокращение матки и изменение характера лохий в соответствии с днями пуэрперии. Антибактериальную терапию получали только 15 родильниц после ручного обследования полости матки. Ни у одной пациентки не было эндометрита и других заболеваний внутренних половых органов. Артериальное давление, пульс, температура во время электростимуляции не изменялись. Выписывали на 5—9-й день. Средний койко-день составил 6,7.

Приводим наблюдение: Н., 31 года, история родов № 106 от 28/II 1981 г. Диагноз: беременность 40—41 нед, роды первые, срочные. Многоводие, крупный плод. Отягощенный акушерский анамнез (два самопроизвольных аборта, воспаление внутренних половых органов). Амниотомия. Слабость потужного периода.

Длительность родов — 20 ч 15 мин. Общая кровопотеря — 300 мл. Масса тела плода — 3950 г, рост 54 см. В родах проводили амниотомию при раскрытии шейки матки на 6 см, усиление потуг дробно маммофизинном.

1-е сутки после родов. Дно матки на 2 см выше пупка. Лохии кровянистые. Прове-

ден первый сеанс электростимуляции. Сокращения матки отмечены на 1, 6, 8, 14, 25, 31, 37, 42, 48, 54 и 59-й минутах от начала стимуляции.

2-е сутки после родов. Дно матки на 6 см ниже пупка. Лохии кровянистые, обильные. Проведен второй сеанс электростимуляции. Сокращения матки отмечены от начала стимуляции на 1, 8, 20, 35, 46 и 58-й минутах.

3-е сутки после родов. Дно матки на 3,5 см выше лона. Лохии сукровичные. Проведен третий сеанс электростимуляции. Сокращения матки отмечены от начала стимуляции на 1, 30, 52 и 70-й минутах.

Выписана на 5-й день, дно матки на уровне лона, лохии серозно-сукровичные.

Интересно отметить реакцию соседних органов. После электростимуляции появляется позыв к мочеиспусканию, усиливается перистальтика кишечника. Самостоятельный стул появляется на 2-е сутки после родов.

Сразу после электростимуляции увеличивается количество лохий из половых путей. При первом сеансе электростимуляции матки сокращения ее учащаются. В последующие дни наблюдается тенденция к уменьшению частоты сокращения матки.

Таким образом, применение наружной электростимуляции матки в послеродовом периоде у женщин с патологическим течением беременности и родов способствует физиологической инволюции матки и предупреждает осложнения в пуэрперии. Это позволяет рекомендовать наружную электростимуляцию матки для широкого применения в акушерской практике.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бойчук Е. Д., Хасин А. З. В кн.: Материалы II Всесоюзной конференции «Электростимуляция органов и тканей». Киев, 1979.— 2. Григоров Н. П., Анищенко М. М. В кн.: Электрическая стимуляция органов и тканей. Каунас, 1975.— 3. Пронина Г. М., Тузанкина Е. Б. Акуш. и гин. 1974, 11.

Поступила 30 апреля 1983 г.

## БИБЛИОГРАФИЯ и РЕЦЕНЗИИ

- С. Н. Соринсон, К. М. Мирзаев. Комплексная лекарственная терапия при инфекционных болезнях. Ташкент, «Медицина УзССР». 1982, 275 с.

Из года в год увеличивается число новых медикаментозных препаратов, применяемых для терапии инфекционных заболеваний. Составляя программу лечебных назначений больному, инфекционист должен хорошо ориентироваться в особенностях фармакотерапевтического действия новых средств, их комбинаций и предусматривать возможность появления в процессе лечения побочных реакций. В связи с этим монография С. Н. Соринсона и К. М. Мирзаева, посвященная комплексной лекарственной терапии при инфекционных болезнях, представляет большой интерес.

Во введении авторы справедливо отмечают, что успешное лечение зависит от правильного выбора лекарственных средств, основанного на понимании механизма их действия, умелого сочетания этиотропной, иммунной и патогенетической терапии с учетом клинических показаний и противопоказаний, а также предусматривающего возможное возникновение лекарственной непереносимости.

Монография состоит из трех разделов. В первом разделе описываются лекарственные средства, направленные на подавление активности возбудителя, во втором — препараты, стимулирующие защитные силы организма, в третьем — медикаменты патогенетического действия.

В первом разделе книги обсуждаются антимикробные, антипаразитарные, антипротозойные и антигельминтные средства лечения. Все препараты этиотропного действия анализируются по единой схеме — характер воздействия на возбудителя, антибактериальный спектр, показания и противопоказания, дозировка, метод введения, побочные реакции. В пособии даются подробные сведения о химиотерапевтических препаратах (сульфаниламидах, нитрофуранах, производных 8-оксихинолинов и др.), антипаразитарных и антигельминтных средствах, бактериофагах.

Если антибиотики первого и второго поколений представлены в книге достаточно информативно, то же самое нельзя сказать об антибиотиках третьего поколения, хотя имеются все основания полагать, что среди других препаратов этой группы они найдут широкое применение. Мы считаем, что не следовало бы включать в число противовирусных лечебных средств кутизон и бонафтон, которые давно уже не оправдали возлагавшихся на них надежд. Более подробно нужно было бы осветить тактические