

(II group). It is shown that the application of HBO causes acute decrease of hypoxic disturbances in the fetus and complications of the adaptive processes in the new-born at the early neonatal period.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Новиков Е. И. *Акуш. и гинекол.*, 1982, 9, с. 16.
2. Кулаков В. И., Ельцова-Стрелкова Л. И., Закаякова И. И. и др. *Венгерская фармакотер.*, 1978, 10, с. 46.
3. Киракосян С. А., Драмлян Т. С., Ванеян А. Л. Актуальные вопросы акушерской и перинатальной патологии в группах высокого риска (сб. научн. тр.) вып. I. Ереван, 1985, с. 51.
4. Кудрин А. И., Короза Р. С., Кост А. А., Сагитуллин Р. С. Тез. докл. VII Международн. конгр. акуш.-гинекол. М., 1973, с. 67.
5. Михайленко Е. Т. В кн.: Слабость родовой деятельности. Киев, 1978, с. 8.
6. Новиков Ю. И., Абрамченко В. В., Донцов Н. И. и др. *Венгерская фармакотер.*, 1979, 11, с. 3.
7. Персианинов Л. С., Чернуха Е. А., Сидельникова В. М. и др. *Венгерская фармакотер.*, 1979, 11, с. 122.
8. Персианинов Л. С. Простагландины и их применение в акушерстве. (сб. научн. тр.) М., 1977.
9. Петровский Б. В., Ефунн С. Н., Бураковский В. И., Бокерия Л. А. В кн.: Гипербарическая оксигенация в акушерстве и неонатологии. М., 1981, с. 90.
10. Чернуха Е. А., Ботвин М. А. *Акуш. и гинекол.*, 1980, 8, с. 21.
11. Lindmark A., Zador G., Nilsson B. A. *Acta obstet. gynec. scand.*, 1977, 37, 27.
12. Moe N. *Acta obstet. gynec. scand.*, 1977, 55, 113.

УДК 615.814.1+615.83

С. М. ГЕВОРКЯН, С. Р. ТОХИЯН, С. Г. КОЧИНЯН

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ И ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Метод иглорефлексотерапии, примененный для стимуляции родовой деятельности при пролонгированной и переносимой беременности, оказался высокоэффективным, доступным, экономным, простым, не вызывающим побочных явлений и аллергических реакций у матери и плода.

В настоящее время метод иглоукалывания получает всё большее распространение как в нашей стране, так и за рубежом. Огромный опыт, накопленный на протяжении ряда веков в восточных странах, ряд данных, полученных в течение последних десятилетий на Западе, а также в нашей стране, убедительно свидетельствуют об эффективности метода иглоукалывания, причем нередко в тех случаях, когда другие общепринятые современные методы терапии либо мало-, либо совершенно неэффективны [1, 4].

Большой интерес к этому вопросу проявляют акушеры и гинекологи особенно после появления ряда работ, связанных с исследованием сократительной деятельности матки. Как видно из многочисленных источников, иглоукалыванием определенных точек различными методами воздействия успешно регулируется сократительная функ-

ция матки как в сторону повышения ее активности при возбуждении родовой деятельности, так и в сторону снижения для торможения сократительной деятельности матки при гипертонусе [3, 5, 7].

Учитывая высокую эффективность акупунктуры в регуляции деятельности матки, доступность метода, отсутствие побочных явлений, а также экономическую ценность, нами была предложена стимуляция родовой деятельности методом иглорефлексотерапии.

Под наблюдением находилось 76 беременных в возрасте от 18 до 41 года (3 женщины в возрасте до 20 лет, 20—21—25 лет, 25—26—30 лет, 20—31—35 лет и 8 женщины—30 лет и старше), из них первородящих—41, повторнородящих—35 женщин. При хорошем состоянии плода и целом плодном пузыре проводилось интенсивное наблюдение (ультразвуковое исследование, мониторное наблюдение, амниоскопия, определение кислотно-щелочного состояния и пр.) до конца 42-й недели беременности. Одновременно проводили тонизирующую терапию.

Обследованные женщины были условно разделены на 3 группы: 30 женщинам (I группа) в случае отсутствия готовности к родам создавали гормонально-витаминно-глюкозо-кальциевый фон в сочетании с иглорефлексотерапией; во II группу вошли 28 женщин, которым проводилось родовозбуждение только акупунктурой, и 18 женщинам (III группа) после проведения вышеуказанного фона и родостимуляции по методу Штейна-Курдиновского проведена иглорефлексотерапия, так как медикаментозное лечение оказалось неэффективным. Лечение проводилось ежедневно, в точках V—2, R—II, E—30, Rp—6. Метод воздействия—второй возбуждающий, предполагающий 5—7-минутную экспозицию игл. Длительность терапии—от 2 до 5 дней.

Анализ течения родов у женщин с переносенной и пролонгированной беременностью показал, что в 10 случаях роды у них осложнились преждевременным или ранним излитием околоплодных вод, в 3 случаях—слабостью родовой деятельности, вследствие чего производилась родостимуляция, причем у 6 в течение родов была проведена повторная родостимуляция исходя из состояния плода (гипоксия). В отдельных случаях с целью бережного родоразрешения произведено кесарево сечение.

Масса детей при рождении колебалась от 2499,0 до 4500,0, причем крупный вес (4000,0 и выше) имели 12 новорожденных (2499,0—2999,0—10; 3000,0—3499,0—24; 3500,0—3999,0—30; 4000,0—4499,0—12 детей). Рост новорожденных колебался от 48 до 55 см, причем от 48 до 50 см—у 24, 51—53 см—у 45, 54 см и выше—у 7. У детей, рожденных от матерей с переносенной беременностью, отмечались признаки перзрелости: кости черепа плотные, узкие швы и роднички, участки мацерации и десквамации кожи, зеленый или желтый цвет кожи, длинные ногти и др.

При переносенной беременности часто в плаценте определялись участки петрификатов, жирового перерождения, оболочки зеленого цвета и другие изменения. Состояние 67 детей оценивалось по шкале Апгар в 7—10, у 9—6 баллов и ниже.

Физиологическая потеря веса не превышала 6% от первоначального. Из 76 новорожденных 75 выписаны из стационара, один ребенок умер на первые сутки, т. е. через 7 часов после рождения от внутриутробной пневмонии. У 16 новорожденных период ранней адаптации протекал с различными клиническими нарушениями. Синдром дыхательных расстройств с нарушением мозгового кровообращения (НМК) отмечен у 3, НМК I—II°—у 7 и НМК III° с синдромом возбуждения—у 6, из них с судорожным синдромом—2 новорожденных. Тяжелое состояние этих детей, по-видимому, было обусловлено перенесенной хронической внутриутробной гипоксией, в основном связанной с переносенностью и поздним токсикозом. Своевременная коррекция патологических состояний и включение в группу риска позволяет избежать многих вторичных осложнений у новорожденных от матерей с переносенной и пролонгированной беременностью.

В заключение надо подчеркнуть, что метод иглорефлексотерапии, применяемый в нашей клинике, оказался весьма эффективным при лечении пролонгированной и переносенной беременности. Он экономичен, прост, доступен, не вызывает побочных явлений, аллергических реакций у матери и плода. Сроки проведения лечения кратковременны, метод не травматичен для матери и обеспечивает рождение здорового ребенка.

НИИ акушерства и
гинекологии им. Н. К. Крупской
МЗ АрмССР

Поступила 5/XII 1988 г.

Ս. Մ. ԳԵՎՈՐԿՅԱՆ, Ս. Ռ. ԹՈՒՅԱՆ, Ս. Հ. ԿՈՉԻՆՅԱՆ

**ԵՐԿԱՐԱՅՎԱԾ ԵՎ ԺԱՄԿԵՏԱՆՑ ՀԳԻՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ
ԱՍԵՂՆԱՐՈՒԹՅԱՆ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ՝ ՈՐՊԵՍ ԾՆԵԴԱՐԵՐՈՒԹՅԱՆ
ԽԹԱՆՄԱՆ ՄԵԹՈԴ**

Անհրաժեշտ է նշել, որ երկարացված և ժամկետանց հղիության դեպքում ծննդաբերության խթանման նպատակով ասեղնաբուժության կիրառումը պարզ, մատչելի և արդյունավետ մեթոդ է, մոր ու պտղի մոտ ալերգիկ ռեակցիա չի առաջացնում, տրավմատիկ չէ, բուժման ժամկետը կարճատև է և ապահովում է առողջ նորածնի ծնվելը, ուստի կարող է կիրառվել մանկաբարձական պրակտիկայում:

S. M. GEVORKIAN, N. R. TOKHIAN, S. G. KOCHINIAN

**DURING THE PROLONGED AND PREMATURE PREGNANCY THE
ACUPUNCTURE, USED AS A METHOD OF STIMULATION OF THE
LABOR**

It is necessary to note, that during the prolonged and premature pregnancy the application of acupuncture for stimulation of the labor is a simple, accessible and useful method, doesn't cause allergic reactions in the mother or fetus, isn't traumatic, thus may be successfully used in the obstetrical practice.

1. Голубев В. А., Ярош С. И. Акушер. и гинекол., 1980, 11, с. 3.
2. Николаев А. П. Акушерская и экстрагенитальная патология. М., 1968.
3. Степанов В. С., Чернуха Е. В., Воронцова Г. М., Соловьева М. С. Акушер. и гинекол., 1977, 5, с. 19.
4. Тыкочинская Э. Д. Основы иглорефлексотерапии. М., 1979.
5. Филимонов В. Г., Акиншина В. С. Акушер. и гинекол., 1980, 8, с. 24.
6. Cseisendorf W., Lederrey P., Voegeli H. Bull. Fed. Soc. gynec. et d'Obst., 1957, 9, 1, 84.
7. Kespl Y. G., Darras J. C. Norv. Rev. Int. Acupunct., 1973, 8, 9.
8. Fries K., Schwammler K. Zbl. Gynäk., 1961, 7, 253.

УДК 617.721—002—08

Н. Д. ГЗГЗЯН, С. М. МУРАДЯН, М. В. ИСАЯН, А. Е. МАКАРЯН

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ИРИДОЦИКЛИТОВ

Для лечения травматических иридоциклитов предложено дополнительно применять пирогенал (внутримышечно), дексазон (парабульбарно) и индометацин (внутрь). Подобная комплексная методика дает стойкий терапевтический эффект.

Лечение травматических иридоциклитов сопряжено со значительными трудностями. Это связано с тем, что травматические процессы протекают тяжелее, удлиняют сроки лечения и могут быть причиной гибели глаза, а в некоторых случаях и симпатического воспаления второго глаза. Поэтому требуются эффективные лечебные мероприятия, ведущие к быстрой ликвидации воспалительного процесса.

Одним из средств, оказывающих достаточно хороший лечебный эффект на течение воспалительного процесса вообще и травматического, в частности, является пирогенал. В офтальмологии пирогенал впервые успешно применен в 1961 г. Е. В. Пацких [3] при кератитах, увеитах, блефаритах, а в 1965 г.—при кератитах, иридоциклитах, заболеваниях зрительного нерва, блефаритах и ячменях. Ю. И. Богданович, Г. С. Панамирчук [1] считают, что пирогенал следует рекомендовать как весьма эффективное средство в лечении травматических иридоциклитов. Р. С. Копцовская [2] отмечает хорошие результаты при лечении пирогеналом тяжелых ожогов глаз, последний способствует рассасыванию помутнений роговицы, предупреждает образование симблефарона. А. И. Хвойницкий [5] считает, что пирогенотерапия является эффективным вспомогательным методом патогенетического лечения эндогенных увеитов, кератитов и их последствий, послеожоговых и посттравматических поражений роговицы. Поэтому мы применили пирогенал при посттравматических иридоциклитах. Лечение пирогеналом по предлагающейся методике проводилось в комплексе с дексазоном парабульбарно и в виде инстилляций индометацином внутрь.

Пирогенал применяли ежедневно внутримышечно в нарастающих дозах от 50 до 250 мг с увеличением при последующих инъекциях до 10 мг в течение 15—30 дней в зависимости от тяжести за-