

количества жиров животного происхождения в группе с высоким уровнем жизни, а также национальными особенностями кухни – предпочтение отдается тугоплавкому бараньему жиру. Содержание углеводов в рационе питания в группе с низким уровнем жизни резко повышено за счет большого потребления хлеба и хлебобулочных изделий, а также сахара, а в группе с высоким уровнем жизни за счет употребления большого количества кондитерских изделий. Содержание углеводов составило в среднем  $525,57 \pm 15,3$  г. Характеризуя содержание минеральных веществ в пищевых рационах беременных, можно отметить значительное снижение количества железа (в 1,5–2,4 раза), а также кальция и магния. Отмечается выраженный дефицит витаминов группы В, С, фолиевой кислоты, Е, меди и цинка. Несмотря на разные уровни жизни, практически всегда питание обследованных женщин не соответствовало физиологическим потребностям организма. Самое разнообразное и высококалорийное меню отмечается у женщин с высоким уровнем жизни. Во всех группах наблюдается несбалансированность питания по основным питательным веществам, недостаточность поступления с пищей витаминов, микро- и макроэлементов.

Теоретически потребность в белках, витаминах, макро- и микроэлементах можно обеспечить путем улучшения питания. Лечение железодефицитной анемии только при помощи диеты неэффективно. Для обеспечения потребностей организма женщина должна получать больше пищи. Для получения 30 г белка нужно дополнительно потреблять около 900 мл молока или 160 г мяса. Для получения всех витаминов в суточной потребности необходимо более 10 видов фруктов, ягод и овощей. Не всегда удается восполнить дефицит витаминов с помощью пищевой коррекции, особенно это касается железа, витаминов группы В, Е, кальция, цинка, магния, фолатов. Поэтому более надежным является применение препаратов, содержащих все необходимые беременной женщине витамины и минералы (их использование является не альтернативой, а дополнением к адекватному питанию). Такие комплексы позволяют женщине с ЖДА в достаточном объеме получить основную часть необходимых микронутриентов в соотношениях, оптимальных для зачатия, развития плода, поддержания устойчивой лактации и качества грудного молока.

Предложенная нами программа прегравидарной подготовки женщин с железодефицитной анемией, включающая: диагностику состояния с проведением лечения совместно с принятием социальных и медицинских мер по сбалансированию и рационализации питания; выявление сочетанной патологии и ее коррекция; выбор адекватного патогенетически обоснованного метода контрацепции для создания необходимого для проведения полноценных терапевтических мероприятий интергенетического интервала; проведение периконцептуальной подготовки и полноценной пренатальной подготовки с выделением беременных в группы риска по развитию осложненной беременности и родов с обоснованием тактики их ведения и родоразрешения, позволит улучшить перинатальные исходы. Прием препарата «Элевит Пронаталь» (60 мг) достаточно для профилактики железодефицитной анемии и для лечения легких ее форм. В более тяжелых случаях к терапии могут быть добавлены препараты железа. Целесообразность такой комбинации определяется тем, что витамины способствуют усвоению железа. В исследованиях использовался препарат «Ферро-Фольгамма» по 1 капсуле три раза в сутки в качестве насыщающей терапии с последующим переходом на поддерживающую (100 мг/сут.). Мы рекомендовали прием препарата «Элевит Пронаталь» внутрь по 1 таблетке в сутки после еды, запивая небольшим количеством воды в течение всего периода терапии ЖДА, а также за 4 недели до предполагаемой беременности и в качестве метаболической терапии тремя курсами по 3–4 недели в каждом триместре. Использовали эубиотики (бифидол и лактобактерин – по 5 доз утром и вечером, линекс – по 2 капсулы 3 раза в день, примадофилус-бифидум – по 1 таблетке в день) для поддержания и восстановления баланса микрофлоры кишечника, что улучшает всасывание железа.

Необходимым компонентом прегравидарной подготовки женщин с ЖДА было соблюдение интергенетического интервала от 2 до 4 лет в зависимости от тяжести анемии. При анемии легкой степени допустимый срок между предыдущими родами и последующей беременностью – два года, тогда как при тяжелой и

экстремальной анемии необходимо как минимум четыре года для лечения и создания готовности организма женщины к новой беременности. Эти мероприятия позволили нормализовать гематологические и феррокинетиические показатели у женщин к моменту зачатия. В течение всего периода беременности и лактации у них анемии не наблюдалось.

**Заключение.** У женщин с ЖДА, независимо от уровня жизни, наблюдается несбалансированность питания по основным питательным веществам, недостаточность поступления с пищей витаминов, микро- и макроэлементов. Рационализации питания недостаточно для коррекции железо- и витаминдефицитного состояния женщин, планирующих зачатие. Предложенная программа прегравидарной подготовки женщин позволяет практически полностью исключить развитие железодефицитной анемии в период беременности и лактации.

#### Литература

1. *Абрамченко В.В., Шабалов Н.П.* Клиническая перинатология.– М. 2004.– 424 с.
2. *Алиева М.С.* Коррекция пищевой непереносимости при профилактике и лечении железодефицитной анемии беременных: Дис... канд. мед. наук.– Волгоград, 2005.– 111 с.
3. *Даглатова С.В.* Фактическое питание женщин Дагестана, влияние на гестацию и плод: Дис...канд. мед. наук.– М., 1999.– 122 с.
4. *Дворецкий Л.И.* // Вестник практич. врача.– 2003.– №1.– С.13–18.
5. *Омельянюк Е.В., Мозговая Е.В.* // Гинекол.– 2005.– Т.7, №2.– С.86–87.
6. *Шехтман М.М.* // Гинекол.– 2000.– Т.6, №2.– С.40–44.
7. *Allen L.* // J.Nutr.– 2001.– S. 581–589.
8. *Cuervo L.G., Mahomed K.* // The Cochrane Library.– Issue 4.– Oxford.– 2002.
9. *Rasmussen K.* // J.Nutr.– 2001.– Bd.131.– S. 590–603.

618.2/7:618.14-002:618.5-089.888.61

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАГИНАЛЬНОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Ю.В. АНТОНОВ, Н.А. ЖАРКИН, С. КЕН-АМОА \*

Послеродовые инфекционные осложнения представляют собой актуальную современную акушерскую проблему в связи с увеличением частоты операции кесарева сечения. Разрез плодородных тканей наряду с прямым проникновением микроорганизмов в брюшную полость и полость матки способствуют с одной стороны нарушению ее сокращения, а с другой – еще большему снижению иммунной защиты в результате операционной агрессии. Несмотря на успехи, достигнутые в борьбе с инфекцией частота послеродового эндометрита, являющегося наиболее распространенным проявлением послеродовой инфекции не имеет тенденции к снижению. Частота послеродового эндометрита после кесарева сечения колеблется от 15 до 55% [4, 8], что в 4–6 раз выше, чем после вагинальных родов. Профилактика послеоперационных осложнений у матерей, закончивших беременность путем операции кесарева сечения, представляет собой актуальную современную акушерскую проблему.

**Цель работы** – повышение эффективности профилактики эндометрита после кесарева сечения путем влагалищной рефлексотерапии с использованием комплекса электро-лазерно-магнитного воздействия на фоне традиционного лечения.

**Материалы и методы.** Обследовано 128 рожениц с факторами риска по возникновению послеродовых гнойно-септических осложнений, родоразрешенных операцией кесарева сечения. Роженицы методом случайной выборки разделены на две клинические группы: группа сравнения (56 чел.), в которой в послеоперационном периоде проводилось общепринятое

\* Волгоградский ГМУ, 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, тел. 8 (8442) 38-50-05 E-mail: vlgmed@advent.avtigr.ru

традиционное профилактическое лечение антибиотиками и основная группа (72 чел.), в которой лечение дополнялось комплексом электро-лазерно-магнитной терапии. Факторами риска развития гнойно-септических осложнений после оперативного родоразрешения были хронический аднексит и эндометриты в анамнезе, оперативные вмешательства, включая аборт в анамнезе, длительность безводного промежутка более 6 часов, производство операции в экстренном порядке. Средний возраст обследованных беременных составил  $27,0 \pm 2,5$  лет. По основным анамнестическим показателям, паритету, социальным характеристикам группы были идентичными. В обеих группах преобладали повторнородящие. Пациенток с рубцом на матке было 10,7% в группе сравнения и 15,3% – в основной группе. В обеих группах имелся высокий риск инфекционных осложнений, обусловленный наличием хронических очагов инфекции в организме. Показаниями к абдоминальному родоразрешению были: аномалии родовых сил, не поддающиеся консервативной терапии – 14, неэффективность родовозбуждения – 12, анатомически и клинически узкий таз – 4, несостоятельный рубец на матке – 10 (в плановом порядке прооперированы 5 женщины, при преждевременном излитии околоплодных вод – 1, с началом родовой деятельности – 4), симфизит – 3, предлежание плаценты – 4, прележание петель пуповины – 4, кровотечение в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты – 3, гипоксия плода – 14, крупный плод – 14, тазовое предлежание плода мужского пола у возрастной первородящей и тазовое предлежание крупного плода – 3, бесплодие в анамнезе – 3, деструктивный пиелонефрит – 1, сочетанные причины – 39. Выполняли преимущественно экстренные операции – 55,4% в группе сравнения и 58,3% – в основной.

Операция кесарева сечения проводилась надлобковым разрезом по Пфанненштилю. Разрез на матке проводился поперечно в нижнем сегменте. Ушивание матки производилось современным синтетическим рассасывающимся материалом непрерывным двухрядным швом с последующей перитонизацией непрерывным швом пузырьно-маточной складкой брюшины. Длительность операции  $\leq 1$  часа в обеих группах. В послеоперационном периоде все получили традиционное профилактическое лечение, включающее антибактериальную, инфузионную, утеротоническую и обезболивающую терапии. Дополнительное профилактическое лечение комплексом электро-лазерно-магнитной терапии роженицам основной группы начинали со 2-х суток послеоперационного периода. При выборе оптимальных режимов ЭЛМТ исходили из необходимости применить местное прямое и рефлекторное воздействие. Для рефлекторного воздействия выбраны органоспецифические точки влагалитца, открытые Н. Buchheit [7], (рис.1) расположенные в фронтальной плоскости над боковыми сводами влагалитца, слева и справа от portio uteri vaginalis около 3 и 9 часов, и точки акупунктуры R 12 и RP 14, расположенные в проекции внутренних половых органов на передней брюшной стенке. Использование этих точек, на наш взгляд, усиливает характер воздействия на организм и способствует вовлечению в ответную реакцию организма большее число сенсорных зон центральной и периферической нервной системы.

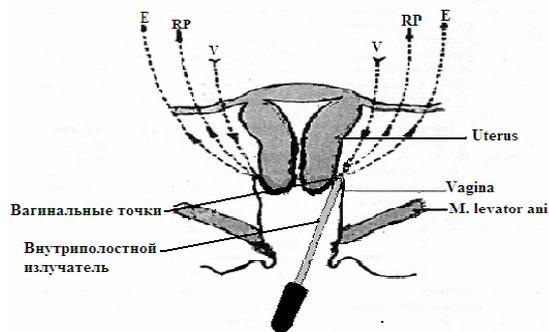


Рис.1. Топография использованных акупунктурных точек влагалитца (по Н. Buchheit); пунктирами обозначены акупунктурные каналы

Помимо рефлекторного действия, использование вагинальных точек имеет морфологическое обоснование, так как они находятся в проекции сосудисто-нервных пучков, идущих по

ребрам матки. Это обстоятельство способствует непрямому, но очень приближенному к кровотоку лазерному облучению магистральных маточных сосудов. В качестве источника мультиквантовых факторов применяли аппаратный комплекс КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», генерирующий: сфокусированный низкоинтенсивный инфракрасный лазерный луч в импульсном режиме; постоянное магнитное; «пачки» электрических импульсов. Процедуру проводили ежедневно, со 2-х суток после операции. На переднюю брюшную стенку в точке R 12 и RP14 накладывали электрод для кожной электростимуляции и кожную магнитно-лазерную головку. Внутриполостной электрод устанавливали в боковом своде влагалитца, «окном» излучателя к ребру шейки матки. Время экспозиции составляло 10 минут, на курс – 5 сеансов.

Предложенный метод воздействия предусматривает сразу 3 усовершенствования: комбинация 3 взаимоусиливающих преформированных факторов (лазер, магнитная индукция и электрические импульсы), исходящих из одного источника (эффект «три в одном»); 2 – в качестве места воздействия использованы органоспецифические точки акупунктуры, стимуляция которых способствует мобилизации собственных защитных механизмов; 3 – иммуномодулирующее действие лазерного излучения крови, доставляемого непосредственно к сосудам, обеспечивающим кровоснабжение патологического очага (инфильтрированного органа – послеродовой перитонированной матки). Критерием эффективности предложенного метода служили динамика общеклинических показателей (температурная кривая, скорость сокращения матки, характер лохий, характер заживления послеоперационного шва), состояние иммунного статуса [лейкоформула, субпопуляционный состав лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD4+/CD8+, CD16+, CD19+), концентрация иммуноглобулинов А, М, G и цитокинов (ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-2, ИЛ-6 и ТНФ- $\alpha$ ), фагоцитарная активность нейтрофилов, число циркулирующих иммунных комплексов], данные микробиологического и УЗ-исследований и оценки ряда вегетативных показателей (кожный дермаграфизм и электропунктометрия по Накатани). Все полученные данные подвергнуты статистической обработке методами вариационной статистики с вычислением достоверности по критерию Стьюдента при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel-2003». Всем роженицам эти исследования проводили дважды: на 2-е и 6-е сутки после операции.

**Результаты:** Лихорадка в послеоперационном периоде имела место у 20 (37,5%) рожениц группы сравнения. Число послеоперационных осложнений отмечено у 16 (28,6%) пациенток, из них эндометрит – у 4 (7,1%), лохиометра – у 8 (14,3%), инфекция послеоперационной раны (серозит) – у 2 (3,6%). Исследования ВНС свидетельствовали о сохранении у этих рожениц длительной парасимпатикотонии в виде устойчивого красного дермаграфизма, асимметричной электропунктурных показателей до 35–40%. Отмечено, что к 6-м суткам послеродового периода они не нормализовались. Иммунологические особенности обладали иммуносупрессией по параметрам: лейкоцитоз до  $10,1 \times 10^9$ , спад IgG до  $5,12 \pm 0,18$  г/л, повышение IgM до  $1,82 \pm 0,25$  г/л ( $p < 0,05$ ), снижение фагоцитарной активности нейтрофилов к 6-м суткам на 3%, что свидетельствует об устойчивом иммунодефицитном состоянии и замедленном восстановлении иммунологической реактивности.

В основной группе достоверно раньше улучшалось самочувствие, была своевременная инволюция матки (рис.2).

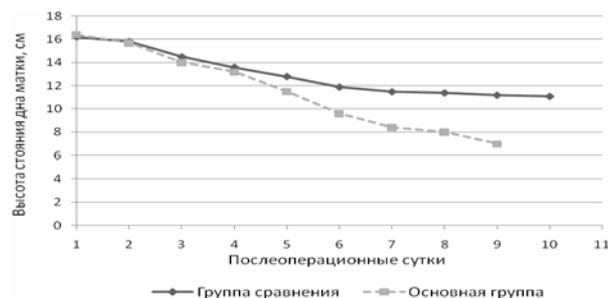


Рис. 2. Сравнение высоты стояния дна матки над лоном обследованных рожениц обеих групп.

Число родильниц с гипертермией было 14 (19,5%), то есть в 2 раза меньше, чем в группе сравнения. Общее число осложнений составило 8 (11,1%), а эндометритов – 2 (2,8%), что в 2,6 раза меньше, чем в группе сравнения. Случаев раневой инфекции при электро-лазерно-магнитной терапии было также 2, что составило 2,8%. Исследование ВНС и иммунной систем обнаружило менее выраженную асимметрию показателей электропунктометрии, более заметную нормализацию основных иммунологических показателей, особенно повышение фагоцитарной активности нейтрофилов (повышение фагоцитарного индекса с 69,5% до 71,5% и фагоцитарного числа с 1,81 до 1,92 при снижении ЦИК). Исследование провосполительных цитокинов крови выявило достоверное снижение уровня интерлейкина (ИЛ) 1 $\beta$  и статистически незначимое изменение ИЛ-2, ИЛ-6 и TNF- $\alpha$  (туморнекротический фактор- $\alpha$ ). Это позволило сократить послеоперационный койко-день на 2,2 $\pm$ 0,13 дня.

**Выводы.** Применение электро-лазерно-магнитной терапии у родильниц после кесарева сечения обеспечивает быстрое восстановление иммунной реактивности и ликвидирует вегетативную дистонию, чего монотерапия антибиотиками не обеспечивает. Это способствует благоприятному клиническому течению послеоперационного периода, уменьшению медикаментозной нагрузки на организм родильниц, сокращению послеоперационного койко-дня и позволяет снизить частоту послеродовых осложнений и 2,6 раза, а эндометритов – 2,5 раза.

#### Литература

1. Гуртовой Б.Л. // Акуш. и гинекол.– 2006.– №1.– С. 30.
2. Захаров И.В. Значение вагинальной лазеропунктуры в комбинированном лечении больных трубным бесплодием: Дис... к. м. н.– Волгоград, 2005.
3. Пешев Л.П., Евстегнеев А.Р. Квантовая терапия в акушерско-гинекологической клинике.– Саранск-Калуга, 2002.– 156 с.
4. Стрижаков А.Н. и др. Физиология и патология послеродового периода.– М., 2004.
5. Чернуха Е.А. // Акуш. и гинекол.– 2005.– №5.– С. 8–12.
6. Чернуха Е.А. // Нормальный и патологический послеродовой период: рук-во для врачей.– М.: ГЭОТАР-Мед, 2006.– 276 с.
7. Buchheit H. Die vaginale Akupunktur.– Haug Verlag, 1985.– 192 p.
8. French L. // Curr. Women's Health Rep.– 2003.– Vol. 3.– P. 274–279.
9. Gary Cunningham et al. // Williams Obstetrics.– 21<sup>st</sup> Ed.– McGraw-Hill, 2001.– P. 537–560.

УДК 618.1:616-006

#### ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ И СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РСО-АЛАНИЯ В 1989–2005 ГГ.

И.К.ХУТИЕВА, Л.В.ЦАЛЛАГОВА, Е.Б.РЕВАЗОВ, М.Р. РЕВАЗОВА\*

Опухоли органов репродуктивной системы в общей структуре заболеваемости раком в России занимают ведущее положение. Они составляют более 35% среди всех злокачественных новообразований женщин [1, 3]. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы в последние годы произошли существенные изменения. Намечился повсеместный рост, а в некоторых регионах значительный, заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) при одновременном и заметном снижении заболеваемости раком шейки матки (РШМ). Растет заболеваемость раком тела матки (РТМ) и раком яичников (РЯ). На опухоли репродуктивной системы приходится самая высокая женская смертность [4–6]. Анализ заболеваемости, смертности и состояния онкологической помощи при опухолях органов

репродуктивной системы в республике не вселяет оптимизма. Удельный вес рака этих органов в структуре заболеваемости злокачественными опухолями в 1989–2005 гг. вырос с 21,7 до 23,4% и занимает первое ранговое место. Усредненный 5-летний показатель заболеваемости вырос в 1,3 раза, с 85,4 (1989–1993) до 111,7 (2001–2005) на 100 тыс. женского населения. Средний темп прироста составил 30,8%. Без положительной динамики остались показатели смертности 69,8 (1989–1993) и 68,1 (2001–2005) на 100 тыс. женщин. Состояние онкопомощи больным с опухолями органов репродуктивной системы в 1989–2005 гг. см. в табл.

РМЖ – самое распространенное онкологическое заболевание. Если в 1989 г. на его долю приходилось 10,7%, занимая 3-ю позицию после рака легкого и рака кожи, то в 2005 г. – 13,8%, заняв первое ранговое место среди всех других опухолей. В 2005 г. число вновь выявленных больных РМЖ составило 256 (70,0 на 100 тыс. женского населения) и выросло по сравнению с 1989 г. – 145 (42,6 на 100 тыс. женского населения) в 1,6 раза (прирост 64,3%). Это выше, чем в любом другом регионе РФ. Среднероссийский «грубый» показатель заболеваемости составляет 58,08, а регионов Северного Кавказа – 35,12 на 100 тыс. женского населения (2001г), т.е. в 1,2 и 2,0 раза ниже, чем в РСО-Алания. Смертность от РМЖ в 2005 г. 159 (42,8) по сравнению с 1989 г. 129 (37,9 на 100 тыс.) выросла в 1,13 раза (прирост 13,9%). Это в 1,5 раза выше среднероссийского показателя (28,12) и в 1,6 раза показателя Северо-Кавказского региона (22,99 на 100 тыс. женщин). Усредненный 5-летний «грубый» показатель заболеваемости РМЖ, как следует из табл., был равен 45,6 (1989–1993) и 64,4 (2001–2005), т.е. вырос в 1,4 раза (темп прироста 41,2%).

Выявляемость на профилактических осмотрах, как следует из отчетов Республиканского онкологического диспансера (РОД), улучшилась с 8,9% до 16,6%, т.е. в 1,9 раза, но остается ниже среднероссийского показателя – 18,1% [6]. Диагноз морфологически верифицирован в 96,7% (1989–1993 гг.) и 99,5% (2001–2005 гг.), в РФ – 93,7%, на 5,8% ниже. Выявляемость РМЖ в I-II стадии улучшилась с 63,4 до 67,6% (на 4,2%), в III – с 25,0 до 24,5% (на 1,5%) и в IV – с 11,4 до 7,8% (на 3,6%). Среднероссийские показатели приблизительно такие же: I-II стадии – 61,4%, III – 25,4% и IV – 12,2%. Если учесть, что III стадия для опухолей наружной локализации является запущенной, то в РФ и РСО-Алания процент запущенности РМЖ довольно высок. На конец отчетного года на учете состояло больных 477,5 (2001–2005 гг.) и 315,9 на 100 тыс. населения (1989–1993 гг.), т.е. улучшение показателя в 1,5 раза. В РФ он равен 277,9 на 100 тыс. населения. Что касается выживаемости больных 5 и более лет, то она в РСО-Алания снизилась с 56,2% до 51,6% (на 4,6%). В РФ она выше 54,1% [6]. Показатель смертности вырос в 1,1 раза, с 36,3 (1989–1993 гг.) до 39,4 (2001–2005 гг.). Темп прироста составил 8,5%. В РФ смертность на 6,2% ниже – 30,1 на 100 тыс. населения [6].

Доля закончивших специальное лечение повысилась с 67,6% (1989–1993 гг.) до 71,9% (2001–2005 гг.). Из них показатель только хирургического лечения увеличился с 7,1 до 12,0% (на 4,9%), комбинированного или комплексного – с 89,2% снизилось до 87,9%. В РФ закончивших специальное лечение составили 72,3%, только хирургическое – 24,3%, только лучевое – 1,9%, только лекарственное – 1,3%, комбинированное или комплексное – 70,6% и химиолучевое – 1,9% [4]. Анализ лечебно-диагностической помощи при РМЖ свидетельствует, о высокой заболеваемости и смертности в республике от опухолей этой локализации. Темпы прироста заболеваемости и смертности высокие и продолжают расти. Показатели выявляемости РМЖ в ранней (I-II) стадии, по данным РОД, лучше аналогичных среднероссийских показателей, а данные продолжительности жизни 5 и более лет и смертности, наоборот, хуже. Остается высоким процент запущенности (III-IV стадии) заболевания. РШМ остается в числе наиболее распространенных злокачественных опухолей, занимающий 7-е место среди всех других опухолей и 3-е место среди опухолей органов репродуктивной системы. Он составляет 9,8% всех опухолей у женщин [2]. РШМ в структуре общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в РСО-Алания составлял 2,7% (1989 г.) и занимал 10-е и 4-е места среди опухолей репродуктивной системы. В 2005 г. удельный вес его вырос до 3,7%, и он переместился на 7-е место в общей структуре заболеваемости раком и 3-е – среди опухолей репродуктивной

\* Кафедра онкологии, кафедра акушерства и гинекологии Северо-Осетинской ГМА г. Владикавказ