

составили 91,2%, преждевременные — 6,8%, запоздалые — 2,0%, в контрольной — соответственно 94,2%, 4,1%, 1,7%. Анализ течения родов показал, что у женщин основной группы осложнения возникали несколько чаще, чем у инженерно-технических работников. Структура и частота осложнений в родах были следующими: несвоевременное излитие вод в основной группе женщин отмечено в 12,7% случаев, в контрольной — в 9,5%; аномалии сократительной деятельности матки — соответственно в 6,4% и 5,3%; кровотечения — в 7% и 4,1%. Несмотря на кажущуюся большую частоту осложнений родов у работниц основной группы, выявленные различия оказались статистически недостоверными.

Что касается новорожденных, то средняя масса тела плода, родившегося у женщин

основной группы, составила 3350 г, контрольной — 3650 г. Перинатальная смертность среди новорожденных у женщин основной группы была в целом несколько выше (21%), чем у женщин контрольной группы (16%). Однако эти различия также были статистически недостоверными.

Преобладание частоты осложнений беременности (гестоз, анемии) у женщин основной группы может быть обусловлено, по нашему мнению, характером трудового процесса на поточно-конвейерных линиях, прежде всего высокой напряженностью и вынужденной рабочей позой, что требует безусловного совершенствования трудового процесса и проведения своевременных мероприятий для профилактики указанных осложнений.

Поступила 10.03.86.

УДК 618.3—06:616.33—008.3—085.814.1—036.8:615.849.19

## ЛАЗЕРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ

С. Е. Перепелица

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. М. И. Анисимова) лечебного факультета Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В настоящее время во всем мире возрастает интерес к использованию немедикаментозных методов лечения, в частности лазерной рефлексотерапии. Это связано с тем, что не во всех случаях назначение медикаментозных средств приводит к желаемому терапевтическому эффекту, часто возникают побочные явления при их применении, быстро растет аллергическая предрасположенность к самым разнообразным медикаментам [2].

Целью настоящего исследования было изучение эффективности импульсного гелий-неонового лазерного излучения для терапии рвоты беременных. Проведено лечение 49 беременных (24 первобеременных, 25 повторнобеременных) в возрасте от 19 до 33 лет.

Экстрагенитальные заболевания наблюдались более чем у половины женщин: гепатит — у 10, хронический гастрит — у 9, холецистит — у 12, хронический колит — у 2, тиреотоксикоз — у 2, хронический пиелонефрит — у 3, цистит и почечнокаменная болезнь — у 2. У женщин с заболеваниями желудочно-кишечного тракта токсикоз протекал наиболее выраженно и труднее поддавался лечению.

Гинекологический анамнез был отягощен у 26 больных, причем с большой частотой таких патологических процессов, как воспаление придатков матки (12), эрозия шейки матки (21), нарушения менструального цикла (8). Кроме того, у трети беременных диагностирован кольпит.

У 14 женщин в анамнезе отмечались самопроизвольные аборты при сроке 6—14 недель беременности. Привычным невынашиванием страдали 4 женщины, первичным бесплодием — 3, артифициальные аборты были у 11. Среди 14 рожавших у 2 в прошлом была слабость родовой деятельности, у 3 — III период родов осложнен кровотечением. Рвота I степени была диагностирована у 14 больных, II — у 25, неукротимая рвота — у 10.

Контрольную группу составили 20 женщин с физиологически протекающей беременностью.

Все больные жаловались на слабость, головокружение, тошноту, рвоту (от 5 до 20 раз в сутки), потерю аппетита, снижение массы тела на 2—7 кг. У большинства наблюдался субфебрилитет, снижение АД до 12,0/6,7 кПа.

Лечение длительностью 10—15 с проводили с помощью аппарата АПЛ-1 в импульсном режиме с частотой 4 Гц, мощностью 3,86 мВт · см<sup>-2</sup>, длиной волны 632,8 нм. Воздействовали на точки БАТ ВМ-2, АТ-100, АТ-22, ЗХП-М.

Эффективность терапии контролировали методами реоэнцефалографии, биполярной реогистерографии, исследованием скорости кровотока в маточных артериях на ультразвуковом допплеровском аппарате SD-100, а также определением в динамике щелочного резерва, электролитов крови, эстриола в моче по методу Брауна, протеинограмм крови, тестов функциональной диагностики.

**Показатели регионарной гемодинамики у женщин, страдающих гестозом  
I половины беременности**

Показатели	Контрольная группа		Основная группа до лечения		Основная группа после лечения	
	реогистерография	реоэнцефалография	реогистерография	реоэнцефалография	реогистерография	реоэнцефалография
РИ	0,47 ± 0,06	1,27 ± 0,36	0,24 ± 0,45	1,07 ± 0,45	0,66 ± 0,53	1,14 ± 0,15
АЧП	0,12 ± 0,04	0,26 ± 0,02	0,08 ± 0,01	0,15 ± 0,03	0,18 ± 0,01	0,23 ± 0,05
С/Д	1,53 ± 0,08	1,56 ± 0,03	1,76 ± 0,33	1,47 ± 0,31	1,57 ± 0,22	1,43 ± 0,52
Q — а, с	0,18 ± 0,02	0,11 ± 0,08	0,22 ± 0,02	0,20 ± 0,06	0,21 ± 0,02	0,13 ± 0,05
α, с	0,14 ± 0,05	0,11 ± 0,02	0,11 ± 0,09	0,10 ± 0,04	0,12 ± 0,03	0,10 ± 0,04
α/T, %	23,50 ± 0,87	18,50 ± 0,74	16,60 ± 0,96	16,30 ± 0,53	20,20 ± 0,35	19,10 ± 0,60
β, с	0,47 ± 0,03	0,49 ± 0,03	0,54 ± 0,05	0,53 ± 0,06	0,52 ± 0,03	0,49 ± 0,04

До лазерной рефлексотерапии у беременных со рвотой содержание эстриола составляло  $5,2 \pm 1,9$  мкмоль/л, после лечения —  $9,4 \pm 3,0$  (в контрольной группе —  $9,4 \pm 2,7$ ).

При bipolarной реогистерографии пассивные электроды размером  $2 \times 3$  см накладывали на кожу в области крестца, а активный электрод фиксировали на шейке матки. Для реоэнцефалографии использовали лобно-сосцевидное отведение, при котором два электрода накладывали на область теменных бугров, два других — над сосцевидными отростками. Такое расположение электродов позволяло судить об общем кровенаполнении полушарий большого мозга и гемодинамике в бассейне сонной артерии [1]. При качественном анализе обращало на себя внимание наличие глубокой систоло-диастолической вырезки на реоэнцефалограмме и большего по сравнению с нормой угла подъема систолической волны на реоэнцефалограмме и реогистерограмме. При количественном анализе использовали следующие показатели: реографический систолический индекс, отражающий величину пульсового притока крови (РИ), амплитудно-частотный показатель, характеризующий интенсивность кровообращения в исследуемом органе (АЧП), систоло-диастолический коэффициент (С/Д), расстояние от зубца Q на ЭКГ до начала подъема реограммы (Q — а, с), период максимального кровенаполнения ( $\alpha$ , с), отклонение длительности периода максимального кровенаполнения к продолжительности всей волны (%), которое является показателем эластичности сосудов ( $\alpha/T$ ), длительность катакротической фазы реограммы ( $\beta$ , с) [1].

Как видно из таблицы, у женщин, страдающих гестозом I половины беременности, были достоверно снижены реографический систолический индекс и амплитудно-частотный показатель, что указывало на уменьшение интенсивности кровообращения и пульсового притока крови к матке и головному мозгу. Увеличение систоло-диастолического коэффициента, которое происходило за счет снижения диастолического компонента кровотока, и удлинение катакротической фазы свидетельствовало о повышении перифери-

ческого сопротивления сосудов матки [3, 4]. При сочетании рвоты беременных с угрозой прерывания беременности (у 14) снижение диастолической скорости кровотока было наиболее выраженным.

Увеличение интервала Q — а и уменьшение периода максимального кровенаполнения, а также снижение показателя  $\alpha/T$  указывают на повышение тонуса артерий мелкого и среднего калибра матки и головного мозга. Параллельно была исследована линейная скорость кровотока в маточных артериях на ультразвуковом допплеровском аппарате SD-100 у 25 женщин с гестозом I половины беременности и у 10 женщин с физиологически протекающей беременностью.

Выявлено резкое снижение линейной скорости и диастолического компонента маточного кровотока. Если у женщин со рвотой эти показатели составляли до лечения соответственно  $9,0 \pm 3,0$  см · с<sup>-1</sup> и  $3,2 \pm 0,3$  (в контроле —  $24,0 \pm 4,0$  и  $2,7 \pm 0,2$  см · с<sup>-1</sup>), то после лечения —  $25,0 \pm 5,0$  и  $2,6 \pm 0,3$  см · с<sup>-1</sup>.

Преимущества этого метода оценки маточного кровотока заключаются в возможности регистрации сигнала непосредственно с маточной артерии. Тем самым исключаются погрешности, присущие реогистерографическому исследованию (электродные факторы, неправильная настройка реографа и др.) [1].

Лазерная рефлексотерапия включала 4—6 сеансов. Как правило, клинический эффект наступал на 2—3-и сутки лечения.

Проведенные исследования показали, что под влиянием лазерного излучения в установленном режиме купируются симптомы гестоза, нормализуются метаболические нарушения, эндокринный гомеостаз беременных, выравнивается маточный кровоток и вместе с этим улучшается внутриутробное состояние плода.

Все беременные были выписаны в удовлетворительном состоянии с прогрессирующей беременностью. Рецидив заболевания наблюдался у 2 женщин, что потребовало проведения повторного курса лечения.

## ВЫВОДЫ

1. Лазерная рефлексотерапия является эффективным методом лечения женщин, страдающих рвотой беременных.

2. В комплекс лечения рвоты беременных должны быть включены мероприятия, направленные на нормализацию маточного кровотока.

3. Женщинам группы риска при возникновении рвоты беременных (заболевания желудочно-кишечного тракта, воспалительные заболевания гениталий, самопроизвольные abortiones в анамнезе) необходимо исследование маточного кровотока с целью диаг-

ностики его нарушения и своевременной коррекции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гутман Л. Б., Солонец Н. И., Мельник Ю. В. //Реография в акушерской практике.— Киев, 1983.

2. Кирищенко А. П. //Влияние вредных факторов на плод.— М., 1978.

3. Schulman H., Fleicher A., Farmakides G. // Am. J. Obstet. Gynecol.— 1986.— Vol. 155.— P. 1031—1036.

4. Zubek I., Monos E., Csepeli I. //Zbl. Gynek.— 1986.— Bd. 108.— S. 900—905.

Поступила 02.11.87.

УДК 618.312:618.177:616.381—072.1

## ОПЕРАТИВНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ТРУБНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

В. Ю. Гладышев, В. И. Липовка, М. Ю. Заруба

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. А. И. Мацуев) лечебного факультета Воронежского медицинского института имени Н. Н. Бурденко

В структуре акушерско-гинекологической патологии видное место занимает внemаточная беременность. Известно, что после удаления одной маточной трубы в 31—80% случаев наступает бесплодие. Повторная трубная беременность отмечается в 8—9,5%. Реабилитационные мероприятия, проводимые после операции, также недостаточно эффективны: маточная беременность наступает у 23—40% женщин. В последние 15—20 лет при трубной беременности применяют консервативно-пластиические операции, сохраняющие орган. Частота наступления беременности после таких операций достигает 29,3—30,5%. Мы видим существенные возможности дальнейшего повышения эффективности за счет совершенствования послеоперационных реабилитационных мероприятий.

Нами обследовано 86 женщин, в анамнезе которых была операция по поводу трубной беременности. Показанием к лапароскопии являлось бесплодие, возникшее после операции. Срок бесплодия составлял от одного года до 12 лет (в среднем  $6,4 \pm 0,4$  года). В возрасте до 25 лет было 26 женщин, 25—30 лет — 41, 30—35 лет — 19 (средний возраст —  $28,4 \pm 0,6$  года). Все больные неоднократно в послеоперационном периоде получали противовоспалительную и рассасывающую терапию, лечебные гидротерапии, санаторно-курортное лечение.

С помощью диагностической лапароскопии в сочетании с хромосальпингоскопией у обследуемых женщин были обнаружены плоскостные спайки в виде тяжей, перитонеальных сращений вокруг яичников и ма-

точной трубы. По локализации спаечного процесса больные были разделены на три группы. У 18 женщин 1-й группы спайки располагались преимущественно вокруг фимбриальных отделов маточных труб. У 24 женщин 2-й группы спаечные сращения были обнаружены между трубой и яичником. Они не только разобщали маточную трубу и яичник, но даже полностью покрывали последний. У 44 женщин 3-й группы перитонеальные сращения были выявлены не только вокруг яичников и маточной трубы — имелись спайки с сальником и даже с петлями тонкого кишечника.

Лапароскопию проводили по общепринятой методике. Все манипуляции были выполнены под местной анестезией. Пневмoperitoneum создавали закисью азота. При оперативной лапароскопии дополнительно вводили два троакара справа и слева от средней линии живота. Один служил для эндоскопических ножниц, другой — для фиксирующих щипцов. Когда была необходима диатермокоагуляция перитубарных и периовариальных сращений, к эндоскопическим ножницам подключали диатермокоагулятор. Рассечение спаек с предварительной диатермокоагуляцией требуется в тех случаях, когда в сращениях проходят кровеносные сосуды.

Под эндоскопическим контролем были выполнены следующие операции: сальпинголизис (18), односторонний сальпинго-овариолизис (24), сальпинголизис и двусторонний овариолизис (44).

При выделении придатков матки из сращений обращали внимание на характер спа-