

Кальф-Калифа и индекс эндогенной интоксикации (ИЭИ) по М.В. Гриневу и соавт. (1989). Периперационную терапию, как и рекомендуют, начинали сразу при поступлении пациента в стационар и установлении предварительного диагноза. Часто осуществляли лапароскопическую холецистэктомию, санацию и дренирование брюшной полости.

Результаты исследования и обсуждение. Несмотря на тяжелое состояние пациентов во всех группах наблюдения и примерно однотипный объем хирургических вмешательств в них, результаты коррекции эндотоксикоза были различны.

Проведение холецистэктомии, даже лапароскопической, на фоне традиционной ИТТ не приводило к достоверному снижению уровня концентрации МДА в плазме крови, что может быть связано трудностью элиминации его из крови путем увеличения объема циркулирующей плазмы, так как этот способ требует высокой функциональной активности печени и почек, а в условиях гнойно-резорбтивной интоксикации, повышенного его поступления в кровотоки с донорской плазмой, из воспаленной брюшины и гипоперфузируемых тканей этого добиться трудно (табл.).

В то же время у больных второй группы при применении ДПА отмечали снижение концентрации МДА в плазме крови на 24,6% ($P < 0,01$) относительно исходных показателей и на 28,3% ($P < 0,01$) – относительно показателей первой группы.

У больных третьей группы, которым проводили АУФК, к 5–6-м суткам послеоперационного периода концентрация МДА в плазме снизилась по сравнению с исходом на 29,9% ($P < 0,01$) и 33,3% ($P < 0,01$) – относительно значений в первой группе. Большая эффективность квантового способа гемокоррекции перед ДПА в послеоперационном периоде объясняется, видимо, его большим противовоспалительным действием и способностью улучшать микроциркуляцию. Применение комбинированного метода ДПА-АУФЭ не показало явных преимуществ перед ДПА и АУФК в снижении МДА. При использовании ДПА-АУФЭ наблюдали снижение концентрации МДА в плазме крови на 25,8 и 29,4% ($P < 0,01$) относительно исходных значений и значений первой группы. При острых холециститах наблюдали и активацию белкового катаболизма, о чем говорил рост концентрации МСМ₂₅₄ и МСМ₂₈₀. Показатели МСМ₂₅₄ и МСМ₂₈₀ были увеличены в 2 раза по сравнению с нормой.

Лечение традиционными способами в ранние сроки способствовало лишь тенденции к снижению уровня МСМ₂₅₄ на 18,4% ($P > 0,05$) относительно исходных показателей. В то же время, у больных второй группы, которым применяли ДПА, отмечали снижение концентрации МСМ₂₅₄ в плазме крови по сравнению с исходом на 23,9% ($P < 0,05$). У больных третьей группы, которым проводили АУФК, концентрация МСМ₂₅₄ в плазме снизилась на 22,9% ($P < 0,01$). При использовании ДПА-АУФЭ наблюдали снижение концентрации МСМ₂₅₄ в плазме крови на 39,5 и 21,5% ($P < 0,01$) относительно исходных значений и значений в третьей группе, где применяли АУФК. Таким образом, показано значительное преимущество комбинированного ЭКО перед традиционными способами детоксикации и некомбинированными эфферентными и квантовым ЭКО в отношении МСМ₂₅₄.

Спад концентрации МСМ₂₈₀ был также наиболее эффективным при лечении ДПА-АУФЭ, чем в других группах наблюдения. Однако этот показатель по сравнению с предыдущими был менее динамичен. Его уменьшение было достаточно одинаково эффективно и при использовании изолированной ИТТ, ДПА и АУФК. Лечение традиционными способами снижало уровень МСМ₂₈₀ на 14,8% ($P < 0,05$), использование ДПА – на 12,3% ($P < 0,05$), применение АУФК – на 20,9% ($P < 0,05$), а включение в комплекс лечебных мероприятий ДПА-АУФЭ – на 26,6% ($P < 0,01$).

Динамические изменения уровня МСМ₂₅₄ и МСМ₂₈₀ отразились и на коэффициенте устойчивости белка плазмы крови. При поступлении в приемный покой у больных острым холециститом он был снижен до $1,04 \pm 0,03$ против $1,21 \pm 0,02$ у здоровых лиц. Традиционным ИТТ и АУФК нормализовать этот показатель в течение первых 5–6 суток лечения не удалось, в то время как лечение ДПА привело к его снижению на 25,2% ($P < 0,05$), а применение ДПА-АУФЭ – на 26,7% ($P < 0,01$). Указанная динамика показателя связана, по-видимому, с наиболее эффективным удалением из кровотока химических токсичных соединений супернизкой молекулярности по сравнению с более крупными молекулами, которые труднее покидают кровотоки в условиях тканевой гипоперфузии. Отмечена положительная динамика лейкоцитарного индекса интоксикации Кальф-Калифа. При

поступлении больных в клинику он был повышен в 3 раза, что свидетельствовало об эндотоксикозе воспалительного генеза.

Лечение с применением традиционных способов детоксикации снижало уровень ЛИИ на 48,9% ($P < 0,05$), использование ДПА – на 57,5% ($P < 0,01$), применение АУФК – на 56,1% ($P < 0,01$), а включение в комплекс лечебных мероприятий ДПА-АУФЭ – на 48,1% ($P < 0,01$). На высоте приступа острого холецистита ИЭИ по М.В. Гриневу составлял $20,4 \pm 1,33$ ед. При этом эфферентные и квантовые методы лечения в равной степени не только достоверно снижали ИЭИ, но и нормализовали его. Так, применение использования ДПА снижало уровень ИЭИ на 33,5% ($P < 0,01$), применение АУФК – на 34,7% ($P < 0,01$), а лечение ДПА-АУФЭ – на 25,8% ($P < 0,01$). Не удалось доказать преимущества комбинированного ДПА-АУФЭ в детоксикации при ООХ в послеоперационном периоде перед его ЭКО-предшественниками.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о более значимом интегральном детоксикационном действии аутоаутоффузий ультрафиолетом фотомодифицированной крови и дискретного плазмафереза с аутоаутоффузией ультрафиолетом фотомодифицированных эритроцитов по сравнению с традиционной инфузионно-трансфузионной терапией и классическим плазмаферезом у больных острым осложненным холециститом, что связано с более значимой при локальных воспалительных процессах детоксикационной ролью экскреторных органов, функции которых могут быть активированы, а их гистоны деблокированы эффектами фотомодификации крови на уровне микроциркуляции. При этом непосредственное механическое выведение токсинов из кровотока может оказаться вредным из-за ряда побочных эффектов неселективного дискретного плазмафереза.

Таким образом, опосредованно детоксикационное действие квантовых методов терапии может оказаться при локальных воспалительных поражениях брюшины более эффективным средством лечения, чем эфферентные методы гемокоррекции.

Литература

1. Бякин С.П., Пиксин И.Н., Федосейкин И.В., Фомин С.Н. Трансфузиологические операции в клинической медицине. М.: Наука, 2006. 79 с.
2. Власов А.П., Трофимов В.А., Тарасова Т.В. Липидный дистресс-синдром при остром панкреатите. Саратов: Красный Октябрь, 2004. 240 с.
3. Горюцкий В.М., Рыжко В.В. // Тер. архив. 1984. № 6. С. 19–23.
4. Барзенко С.Ф., Борисов А.Е., Вербицкий В.Г. и др. // Вестник хирургии. 2007. № 3. С. 75–77.
5. Соболев В.Е. // Вестник хирургии. 2007. № 2. С. 110–113.
6. Rangel-Franstro M.S., Pitter D., Costigan M. et al. // JAMA. 1995. Vol 273, № 2. P. 117–140.
7. Wang Y.C., Yong H.R. Chung P.K. // Surg. Endoscopy. 2006. Vol. 20, № 5. P. 806–808.
8. Zacks S.L., Sander R., S., Rutledge R., Braun R.S.-Jr. // American J. Gastroenterology. 2002. Vol 97, № 2. P. 334–340.

OPTIMIZATION OF DETOXICATIONAL THERAPY IN EMERGENCY SURGERY

S.P.BYAKIN, O.JU.VATOLIN, A.P.VLASOV, D.A.VISAITOV, A.P.KARGIN

Mordovian State University named after N.P. Ogaryov, Saransk 1; Acute Hospital № 2, Rostov-on-Don, 2; City Clinical Hospital № 5, Penza 3

In the work on the basis of studying of experience of use of various methods of extracorporeal transfusiologic correction of homeostasis at 103 patients with sharp complicated calculous cholecystitis it is shown, that indirectly detoxication action of quantum methods of therapy at local inflammation peritoneum's complications appears more effective, than directly detoxication efferent, owing to absence of selectivity of the last.

Key words: endotoxiosis, calculus, cholecystitis, extracorporeal hemocorrection

УДК 612.663.5

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ И ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПРИ БЕСПЛОДИИ

Э.А. ОВЧАРУК*, К.А. ХАДАРЦЕВА*

Бактериологическое и гистологическое исследование аспириата из полости матки является информативным способом выявления условно-патогенной микрофлоры в полости матки, вызывающей хронический эндометрит, препятствующий имплантации плодного яйца.

Ключевые слова: хронический эндометрит, имплантация

Частота хронического эндометрита (ХЭ) среди женщин, страдающих бесплодием, по данным литературы, колеблется от 8

* Тульский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, 300600 г. Тула, пр. Ленина 95

до 15%. ХЭ является причиной бесплодия, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), невынашивания беременности. Длительная и часто бессимптомная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в структуре ткани, препятствует нормальной имплантации и плацентации, формирует патологический ответ на беременность, а также вызывает нарушение пролиферации и нормальной циклической трансформации ткани [1].

Рядом особенностей характеризуется ХЭ: в этиологии большую значимость имеют вирусы и условно-патогенная флора, клиника протекает в стертой форме или атипично, имеется резистентность флоры к фармакотерапии [2].

Цель работы – выявление значимости облигатной анаэробной флоры, провоцирующей развитие вялотекущего не диагностируемого другими методами ХЭ – сочетанным бактериологическим и гистологическим исследованием с оценкой эффективности терапии при подготовке к беременности.

Объект и методы исследования. В исследование включено 36 пациенток в возрасте от 24 до 30 лет, страдающих бесплодием. Критерием отбора служили: наличие в анамнезе медицинских абортов, диагностических выскабливаний полости матки, использование с целью контрацепции внутриматочных спиралей, а также других внутриматочных вмешательств (гистероскопия, гистеросальпингография); наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза (хронические салпингофориты, эндометриты); несоответствие толщины и структуры эндометрия фазе менструального цикла при проведении трансвагинального эхографического сканирования.

Разделение пациенток на 2 группы проводилось с учетом наличия в анамнезе беременностей. В 1 группу вошли 10 пациенток, не имеющих в анамнезе беременностей. Во 2 группу – 26 пациенток, имеющих в анамнезе один или несколько медабортов, а также несколько выкидышей.

Ультразвуковое исследование органов малого таза проводилось с использованием трансвагинального эхографического сканирования. Оценивалась толщина и структура эндометрия в 1 и 2 фазы менструального цикла.

Бактериологическое исследование включало в себя идентификацию инфекционного агента и определение его чувствительности к антибиотикам. Забор материала проводился из полости матки на 18-22 день менструального цикла с помощью вакуумного шприца-аспиратора IPAS MVA Plus и одноразовых канюль диаметром 0,3-0,4 мм в строго асептических условиях, с целью обезболивания применялся лидокаин-спрей, спазмолитики. Полученный материал помещался в стерильную питательную среду и подвергался бактериологическому исследованию в лаборатории.

Гистологическое исследование эндометрия позволяло оценить нарушение структурных и морфофункциональных превращений в обсемененном инфекцией функциональном слое.

Результаты исследования. При бактериологическом исследовании из 1 группы обнаружены: у 2 пациенток – *Streptococcus viridans*, у 1 пациентки – *Enterococcus faecalis*.

Из числа пациенток 2 группы у 24 (92%) – обнаружена следующая микрофлора в полости матки: *Enterococcus faecalis* – 10, *Staphylococcus epidermidis* – 6, *Streptococcus viridans* – 4, *Streptococcus pyogenes* – 4, *Streptococcus agalactiae* – 3, *Staphylococcus aureus* – 2, *Klebsiella oxytoca* – 1. У некоторых пациенток микрофлора содержала несколько микроорганизмов. После изучения состояния эндометрия и выявления инфекционного агента подобрана индивидуальная программа лечения с учетом чувствительности возбудителя к антибиотикам (макролиды, β-лактамы, цефалоспорины, фторхинолоны), дополнительно в схему лечения включены энзимотерапия, гепатопротекторы, антимиотики, иммуномодуляторы, препараты, улучшающие периферическое кровообращение, гормонотерапия, витаминотерапия, физиопроцедуры, грязелечение.

Во всех случаях при гистологическом исследовании установлено несоответствие состояния эндометрия фазе менструального цикла: отсутствует секреторная трансформация на 20 день, что является причиной бесплодия.

Проводилась комплексная трёхэтапная терапия:

1 этап:

– амоксицилин, аугментин, карбопиемы, микромакс, пимомфуцин

– хофитол, эссенциале форте, вобензим

– иммуномакс 200ЕД №12 через день в/м, гепон 200ЕД №6 – per os

2 этап:

– метаболическая терапия, курантил, хофитол

– магний-В6

– пелоидотерапия

– электрофорез с Zn на низ живота

3 этап:

– гормонотерапия (дюфастон во 2 фазу или фемостон 2/10 – весь цикл +дюфастон 10мг – во 2 фазу, или оральные контрацептивы) в зависимости от гистологического исследования и гормонального фона

– физиотерапия (лазероманнитное воздействие вагинально, электрофорез с витамином В-1).

Основным критерием эффективности лечения было проведение динамического контроля толщины и структурных изменений эндометрия в разные фазы менструального цикла с помощью ультразвукового исследования в течение 3 менструальных циклов, и повторного проведения бактериологического и гистологического исследования аспирата, полученного из полости матки на 20 день менструального цикла через 4-5 месяцев. В результате исследования у 6 пациенток повторно была выявлена новая микрофлора, которая не обнаруживалась при первичном исследовании, это объясняет конкурентную способность роста условно-патогенной микрофлоры. Пациенткам был проведен повторный курс лечения, учитывая чувствительность к антибиотикам. По окончании лечения у 6 пациенток с вторичным бесплодием наступила беременность (30%).

Из обеих групп 19 пациенток готовятся к программе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): ЭКО и перенос эмбриона (ПЭ), 2 пациентки готовятся на оперативное лечение по поводу миомы матки и гидросальпинкса, 3 пациентки усыновили детей, 1 – выбыла я, остальные продолжают наблюдаться.

Заключение. Бактериологическое и гистологическое исследование аспирата из полости матки является информативным способом выявления микрофлоры в полости матки, вызывающей ХЭ, которая препятствует имплантации плодного яйца. Правильно подобранная терапия ведет к наступлению беременности. Бактериологическое и гистологическое исследование следует проводить при невынашивании и бесплодии, при подготовке к программе ВРТ (ЭКО и ПЭ) и плановой беременности.

Литература

1. Кузнецова А.В. // Арх. патологии. 2000, №3. С. 48-52.
2. Пауков В. С., Салтыков Б.Б. // Патогенетические аспекты хронического воспаления. Арх. патологии. 1998, №1. С. 34-38.

THE BACTERIOLOGICAL AND HISTOLOGICAL DIAGNOSTICS OF CHRONIC ENDOMETRIUM IN THE CASE OF STERILITY.

E. A. OVCHARUK, K. A. KHADARTSEVA

Tula State University, Medical Institute, Obstetrics and Gynecology Chair, 300600 Tula, Lenin's avenue 95

The bacteriological and histological research of aspirate from the uterine cavity is an informative way to reveal the conditional pathogenic microflora in the uterine cavity causing chronic endometrium which prevents from oviimplantation.

Key words: aspirate, chronic endometrium.

УДК 618.5-002.1-006.3-055.28

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

К.М. ДУРПАЛОВА, Н. С.М. ОМАРОВ, С.С. НУРМАГОМЕДОВА*

Проведение антенатальной подготовки многоплодных женщин с бактериальным вагинозом отдельные показатели дает уменьшение частоты, осложнений родов и в послеродовой период (особенно послеродовые осложнения в 5-6 раз) и как следствие, и перинатальные результаты для детей. В то же время, на перинатальные исходы оказывают влияние состояние уровня здоровья матери и тяжесть присоединившихся осложнений беременности.

Ключевые слова: многоплодные, бактериальным вагинозом

Обеспечение безопасности деторождения для здоровья матери и ребенка всегда являлось главной целью акушерской науки

* 367012, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1 Дагестанская государственная медицинская академия, ДНЦ РАМН, Тел. 8(8722)78-07-09, e-mail: kamushek.80@mail.ru