

2. Наличие патологии шейки матки у беременных в подавляющем количестве наблюдений сопровождается воспалительными заболеваниями нижних отделов половой системы (бактериальная и вирусная инфекция).

3. Течение беременности у пациенток с патологией шейки матки чаще всего осложняется угрозой позднего выкидыша и/или угрозой преждевременных родов в 2 раза чаще, чем у беременных контрольной группы.

4. При патологии шейки матки у беременных по данным ЦДК отмечается снижение интенсивности кровотока в шейке матки («бедный кровоток») или варикозное расширение сосудов с замедлением кровотока.

5. В процессе ведения беременной необходим комплексный динамический контроль за состоянием шейки матки включая применение кольпоскопии, цитологического исследования, ПЦР-диагностики, культурального исследования, УЗИ.

ДИНАМИЧЕСКАЯ БИОМИКРОСКОПИЯ В ИЗУЧЕНИИ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ КИШКИ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОМ

© Н. Н. Рухляда, Б. В. Аракелян, А. С. Мельников

ГУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

В настоящее время большинство исследователей считают основным звеном патогенеза развития разлитого перитонита (РП) синдром кишечной недостаточности. Патогенез паралича кишечника изначально связан с развитием гипоксии, обусловленной в том числе и нарушениями микроциркуляции. Несоответствие доставки кислорода, его потребления тканями кишки при перитоните с последующими реперфузионными поражениями приводит к утрате барьерной функции слизистой оболочкой кишечника, что, в свою очередь, приводит к транслокации условно-патогенных микроорганизмов и поддержанию воспалительного процесса, даже при достаточно эффективной санации других очагов инфекции. В свете изложенного патогенетически обоснована необходимость ранней динамической оценки реперфузионной травмы кишечника, в первую очередь с целью определения хирургической тактики.

В настоящее время наиболее адекватно уровень кровотока можно оценить с помощью метода лазерной доплеровской флуометрии. Однако многократная доплерометрия регионального кровотока в течение первых послеоперационных суток представляется трудоемкой и малодоступной. Кроме того, все методы исследования микрогемодинамики, за исключением витальной биомикроскопии, являются косвенными. Витальная биомикроскопия конкретно отражает ситуацию в определенном месте и в определенный момент, но не может быть использована для динамического наблюдения.

Работ, посвященных исследованию микро-сосудистого русла кишки при РП с помощью

динамической контактной биомикроскопии, в доступной литературе мы не встретили. Таким образом, цель нашего исследования — улучшение результатов лечения гнойно-воспалительных заболеваний матки и ее придатков, осложненных перитонитом, исходя из оценки степени нарушения процессов микроциркуляции в кишке.

Материал и методы

Обследованы 42 пациентки в возрасте от 16 до 52 лет ($37,2 \pm 7,2$ года), поступивших в ГУ «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе» в период с 2005 по 2009 гг. с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и ее придатков (ГВЗМПП), осложненных перитонитом. У всех пациенток основу лечения составило хирургическое вмешательство. Основным принципом хирургического лечения являлось полное удаление очагов деструкции.

Ко всем 42 пациенткам применялся разработанный нами способ оценки мезентериального кровотока путем динамической контактной биомикроскопии микрососудистого русла тонкой кишки. Для выполнения биомикроскопии применялся микрогистероскоп производства Richard Wolf. Микрогистероскоп вводился через дополнительный порт в брюшной стенке в положениях больной лежа, что позволяло оценивать состояние регионарной микрогемодинамики в нескольких точках. Оценка кровотока проводилась в соответствии с критериями нарушений микроциркуляции в кишечнике по В. Я. Белому (1981).

Для сравнения все обследованные больные разделены на 2 группы в зависимости от степени нарушения регионарной микрогемодинамики определяемой в 1-е сутки послеоперационного

периода: 1-я группа — 13 пациенток с оценкой мезентериального кровотока более 5 баллов, 2-я группа — 29 женщин с оценкой менее 5 баллов.

Результаты

Основные лабораторные показатели в 1–2-е сутки послеоперационного периода в исследуемых группах больных достоверно не различались ($p > 0,05$). Достоверная разница в биохимических показателях проявлялась на 4–5 сутки послеоперационного периода, когда по совокупности клинико-лабораторных данных принималось решение о коррекции терапии либо выполнении релапаротомии.

Балльная оценка мезентериального кровотока имеет высокий уровень корреляции с сутками послеоперационного периода — $r = 0,99$ у пациенток группы 1 и $r = 0,96$ у пациенток группы 2. У всех больных с оценкой мезентериального кровотока на 1-е сутки более 5 баллов (группа 1, $n = 13$) послеоперационный период осложнен прогрессирующим перитонитом, потребовавшим выполнения релапаротомии в 9 случаях (69,2%), в остальных 4 (30,8%) случаях проводилась коррекция назначенной терапии. Ретроспективно отсутствие динамики снижения баллов на 2-е сутки (в среднем на 2 балла) с высокой степенью вероятности —

88,9% — свидетельствует о необходимости выполнения релапаротомии. В группе 2 послеоперационного перитонита не зарегистрировано ни в одном случае, релапаротомий не выполнялось, послеоперационные осложнения, проведенные консервативно, отмечены в 11 (37,9%) случаях.

Заключение

1. Разработанный метод биомикроскопии, являясь простым и доступным, не требует специальной подготовки и обеспечения анестезиологическим пособием больного, что позволяет рекомендовать его к широкому применению в условиях многопрофильных стационаров у больных гнойно-воспалительными заболеваниями матки и ее придатков, осложненных разлитым перитонитом с синдромом полиорганной недостаточности.

2. Балльная оценка мезентериального кровотока по В. Я. Белому (1981) позволяет с высокой степенью вероятности предположить развитие у больной послеоперационного перитонита раньше, чем диагноз может быть верифицирован по клинико-лабораторным данным.

3. Балльная оценка мезентериального кровотока может являться критерием к коррекции терапии, выполнению программированной релапаротомии.

РЕПЕРФУЗИОННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КИШКИ ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ВНУТРИПРОСВЕТНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ПЕРФТОРАНА

© Н. Н. Рухляда, Б. В. Аракелян, А. С. Мельников

ГУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Одним из основных источников эндотоксемии является паретически измененная кишка. Патогенез паралича кишечника изначально связан с развитием гипоксии, обусловленной как нарушениями микроциркуляции, так и изменениями реологических свойств крови, развивающихся при разлитом перитоните (РП) вплоть до сладж-синдрома и тромбоза микрососудов. В условиях нарастающей гипоксии, в клетках слизистой и мышечной оболочек происходит активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), что приводит к образованию различных продуктов окисления: свободных радикалов, диеновых конъюгатов, перекисей, и т. д., обладающих чрезвычайной токсичностью и способных взаимодействовать с сульфгидрильными группами аминокислот и белков, инактивировать ферменты, вызывать повреж-

дение мембран, набухание, деградацию и лизис субклеточных структур, вплоть до гибели клеток и появления очагов некроза.

Исходя из концепции, согласно которой одной из составляющих в основе патогенеза перитонита лежит повреждение микрососудистого русла кишки, разработка методов оценки и коррекции реперфузионной травмы кишечника при разлитом перитоните представляет актуальную и сложную задачу исследовательской проблемы.

Материал и методы

Обследованы 102 пациентки в возрасте от 16 до 52 лет ($37,2 \pm 7,2$ года), поступивших в ГУ «НИИ СП им. И. И. Джанелидзе» в период с 2004 по 2009 гг. с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и ее придатков (ГВЗМП), осложненных разлитым.