

ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕКОТОРЫХ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

© А. Е. Костяхин, М. В. Кажина, А. Л. Гурин, Е. В. Гончар, Н. К. Косенюк, О. Г. Сидорчук, И. А. Давидович

УЗ «Гродненская клиническая больница № 4», УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность проблемы

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются ведущей патологией в структуре гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста (60–65%). Несвоевременное и/или неадекватное лечение ВЗОМТ способствует персистенции патогенной и условно-патогенной микрофлоры, что реализуется в хроническое течение заболевания, является причиной бесплодия, внематочной беременности, тазовых болей, причиняющих страдания и даже инвалидизирующих женщин в возрасте социальной активности. В связи со схожестью симптоматики овуляторного периода с воспалительными процессами органов малого таза, большинство женщин необоснованно получают антибактериальную терапию, что неизбежно ведет к развитию дисбактериоза и устойчивости микроорганизмов к антибиотикам.

Материал и методы

Ретроспективно исследовано 35 историй болезни женщин возрасте 18–45 лет, находившихся на лечении в гинекологических отделениях ЛПУ г. Гродно с диагнозом ВЗОМТ. В первые сутки всем было проведено рутинное лабораторное обследование и выполнен кульдоцентез. Анализ результатов проведен по основным качественным и количественным характеристикам перитонеальной жидкости (ПЖ).

Результаты

При оценке транссудата выявлены следующие закономерности: наличие гнойного воспаления отрицательно коррелирует с возрастом начала половой жизни (коэффициент корреляции — 0,87). Раннее начало половой жизни достоверно свидетельствует или сопровождается большей частотой гнойно-воспалительных заболеваний, подтвержденных

клинически и лабораторно (проба Ривольта, нейтрофильный лейкоцитоз и содержание лимфоцитов). Корреляция между количеством койко-дней и количеством лимфоцитов в мазке (–0,88) достоверно отрицательна, а нейтрофилов положительная (0,88), т. е. количество лимфоцитов в мазках у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями может рассматривать как фактор прогноза длительности лечения или течения активной фазы воспаления.

Количество аборт положительно коррелирует с цитозом в ПЖ (1,0) и отрицательно коррелирует с количеством лимфоцитов в мазке из ПЖ (–0,87), и положительно с количеством нейтрофилов в нем (0,87). Количество ПЖ положительно коррелирует с количеством в ней лейкоцитов (0,84) и отрицательно коррелирует с количеством лимфоцитов (–0,91); положительно — с количеством нейтрофилов (0,91), т. е. гнойный аспект воспаления положительно коррелирует с количеством ПЖ.

Количество общего белка в ПЖ положительно коррелирует с тромбоцитами крови (0,87) и положительно коррелирует с уровнем креатинина крови (0,83). Что касается экссудата, то возраст начала половой жизни положительно коррелирует с наличием перенесенных заболеваний органов брюшной полости (0,79), т. е. чем старше — тем менее определена связь с исходно генитальными локализациями воспаления. Количество аборт отрицательно коррелирует с количеством тромбоцитов (–0,76) и положительно с количеством лейкоцитов в крови (0,77) и палочкоядерных лейкоцитов (0,78).

Количество ПЖ отрицательно коррелирует с эозинофилами (–0,76), положительно с лимфоцитами крови (0,82), положительно — с активностью АСТ (0,79). Общий белок в ПЖ отрицательно коррелирует с количеством эритроцитов в крови (–0,83) и тромбоцитов (–0,83).

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ

© И. О. Макаров, Т. В. Овсянникова, И. А. Куликов, Н. А. Шешукова

ГОУ ВПО ММА имени И. М. Сеченова, кафедра акушерства и гинекологии ФППОВ, Москва, Россия

Актуальность проблемы

В связи с необходимостью выбора оптимальных способов выявления заболеваний шейки

матки у беременных требуется разработка универсальных и достоверных методов диагностики путем оптимизации, усовершенствования и

поиска новых путей исследования при данной патологии.

Материал и методы

Проспективно обследовано 140 пациенток. Основная группа представлена 90 пациентками, у которых до настоящей беременности была диагностирована и сохраняется патология шейки матки или диагностирована при установлении факта беременности. В качестве контрольной группы обследовано 50 пациенток, не имевших в анамнезе патологии шейки матки и на момент осмотра (кольпоскопически) тоже.

Первобеременными были 36 (40,0%) пациенток в первой группе и 8 (16,0%) во второй группе, первородящие — 54 (60,0%) и 11 (22,0%) женщин соответственно.

Всем пациентам проведены общеклинические исследования, осуществлялись бактериоскопические и бактериологические исследования отделяемого из канала шейки матки и заднего свода влагалища, простая и расширенная кольпоскопия ежемесячно, на протяжении всей беременности и трехкратно в послеродовом периоде; цитологическое исследование мазков-отпечатков из влагалищной части шейки матки и нижней трети цервикального канала с оценкой по Папаниколу; ПЦР для выявления ИППП и обследование на Torch-инфекции; ультразвуковое исследование с использованием функции «Энергетический доплер (Power Doppler)» для оценки состояния кровотока в шейке матки; по показаниям — морфологическое исследование биоптатов шейки матки.

Результаты

При изучении биоценоза влагалищного содержимого отмечены патологические виды микробной флоры, характерные для неспецифического вагинита, генитального кандидоза, бактериального вагиноза. Часто встречалась сочетанная картина влагалищного биоценоза (22,5%). При исследовании данных содержимого цервикального канала у беременных методом ПЦР на Torch-инфекции и ИППП получены положительные результаты в группе с патологией шейки матки — у 30,0%; в контроле — у 26,0% беременных ($p < 0,01$). Во всех случаях наблюдения инфекция была сочетанной.

При цитологическом исследовании данных поверхностного соскоба эпителия влагалищной части шейки матки и нижней трети цервикального канала у 59,6% беременных с патологией шейки матки клеточный состав мазков особенностей не представлял и соответствовал первому типу (по классификации Папаниколу), а у беременных контрольной группы соответствовал 83,2%.

У 40,4% беременных основной группы с воспалительными заболеваниями шейки матки и влагалища выявлена цитограмма воспалительного процесса, соответствующая второму типу цитограмм и у 16,8% беременных контрольной группы.

Эктопия была выявлена в первой группе у 49 (54,44%) пациенток, эрозия — у 12 (13,33%) и полипы у 29 (32,23%) пациенток. Частота выявления патологии шейки матки до беременности у женщин основной группы была: эктопии — 43 (62,3%), эрозии — 8 (11,6%), полипы — 18 (26,1%) и во время беременности: эктопия — 6 (28,6%), эрозия — 4 (19%), полипы — 11 (52,4%).

При морфологическом исследовании у беременных основной группы во всех наблюдениях были подтверждены признаки воспалительного процесса в тканях шейки матки. Кольпоскопическая картина цервицита обнаружена у 25 (27,77%) беременных основной группы и у 9 (18%) беременных контрольной группы; в сочетании с вагинитом — у 27 (30,0%) беременных основной группы и у 13 (26,0%) беременных контрольной группы.

При эхографическом исследовании шейки матки в режимах 3D и ЦДК у беременных основной группы выявлено снижение интенсивности кровотока в тканях шейки матки по типу «бедного кровотока» или на фоне варикозного расширения сосудов, что сопровождается застоем крови.

Отмечены различия в течении беременности у женщин в обследуемых группах. У пациенток с патологией шейки матки имели место: угроза позднего выкидыша 21,11% ($p < 0,05$); плацентарная недостаточность 12,22%; последняя встречалась в 2 раза чаще, чем у женщин со здоровой шейкой матки 6,0% ($p < 0,05$).

У пациенток с патологией шейки матки отмечен высокий уровень осложнений родов: преждевременные роды (16,66%), несвоевременное излитие околоплодных вод (32,22%), аномалии родовой деятельности (13,33%). Весьма значительной была частота разрывов шейки матки I–II степени в группе рожениц с патологией шейки матки 14,44% (в контрольной группе 6,0%). Кесарево сечение выполнено у 12,22% пациенток с патологией шейки матки, а у беременных в группе контроля — 4,0% ($p < 0,01$). Наиболее частыми показаниями к оперативному родоразрешению явились: патология родовой деятельности на фоне несвоевременного излития околоплодных вод и нарастающей гипоксии плода.

Заключение

1. Наиболее типичными заболеваниями шейки матки у беременных являются эктопия, эрозия и полипы.

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 микроциркуляторного 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 (ГВЗМиП), 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 микроциркуляторного 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