

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.

Ко всем 102 пациенткам применялся разработанный нами способ оценки мезентериального кровотока путем динамической контактной биомикроскопии микрососудистого русла тонкой кишки. Для выполнения биомикроскопии применялся микрогистероскоп. Оценка кровотока проводилась в соответствии с критериями нарушений микроциркуляции в кишечнике по В. Я. Белому (1981).

С целью коррекции микрогемодинамических нарушений проводилась внутрисветная энтеральная оксигенация негемоглобиновым переносчиком кислорода — перфтораном, помимо этого, пациентки получали стандартное для данной патологии, лечение.

Для сравнения все обследованные больные разделены на 3 группы в зависимости от степени нарушения регионарной микрогемодинамики, определяемой в 1-е сутки послеоперационного периода: 1-я группа — 26 пациенток с оценкой мезентериального кровотока более 5 баллов, 2-я группа — 58 женщин с оценкой менее 5 баллов, 3-я группа — 18 пациенток с оценкой мезентериального кровотока более 5 баллов с коррекцией микрогемодинамики по разработанному протоколу.

## Результаты

Изолированные биохимические показатели не имеют прогностической ценности. Посуточные изменения лейкоцитов крови, интегрированных показателей — ЛИИ (по Кальф–Калифу), балльная оценка по шкале SOFA имеют высокий уровень (до  $r=0,77$ ) прямой корреляции в группе 1 (соответственно, отрицательной корреляции в группе 2) с сутками послеоперационного периода. Однако среднестатистический разброс этих показателей и достоверное изменение от исходного уровня лишь на 3–5-е сутки нивелируют их диагностическую ценность.

Балльная оценка мезентериального кровотока имеет более высокий уровень корреляции с сутка-

ми послеоперационного периода —  $r=0,99$  у пациенток группы 1 и  $r=0,96$  у пациенток группы 2. У 18 больных с оценкой мезентериального кровотока на 1-е сутки более 5 баллов группы 1 ( $n=26$ ) послеоперационный период осложнен прогрессирующим перитонитом, потребовавшим выполнения релапаротомии в 18 случаях (69,2%).

Ретроспективно отсутствие динамики снижения баллов на 2-е сутки (в среднем на 2 балла) с высокой степенью вероятности — до 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 22 (37,9%) случаях.

В группе 3 при сохраненной диагностической ценности балльной оценки мезентериального кровотока, отмечено быстрое восстановление последнего на 3–4-е сутки до нормального уровня у 12 (66,7%) пациенток. Релапаротомия выполнялась в 8 (44,4%) наблюдениях на 4–5-е сутки (1 наблюдение — вследствие эвентерации без явных признаков прогрессирующего перитонита).

Группы 1 и 3 не имеют достоверных различий по клинико-лабораторным показателям, определенным при поступлении больных ( $p>0,05$ ).

## Заключение

1. Балльная оценка мезентериального кровотока позволяет с высокой степенью вероятности предположить развитие у больной послеоперационного перитонита раньше, чем диагноз может быть верифицирован по клинико-лабораторным данным.

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

3. Разработанный протокол коррекции микроциркуляторных нарушений позволяет снизить частоту прогрессирующего перитонита на 24,8%.

## ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА В ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ 1-го ТРИМЕСТРА

© С. В. Сердюков, Е. И. Новиков, Б. И. Глуховец, П. Б. Кравченко

Военно-медицинская академия, НИИ СП им.И. И. Джанелидзе, ГУЗ ЛОДПАБ, Санкт-Петербург, Россия

### Актуальность проблемы

Неразвивающаяся беременность (НБ) 1-го триместра занимает особое место среди гинекологической патологии в связи с клинической непредсказуемостью и разнообразием этиологиче-

ских факторов. По своей биологической сущности прерывание беременности ранних сроков может быть проявлением естественного отбора. В то же время НБ может быть проявлением хронических нарушений детородной функции, которые в даль-