

но снижая эндогенную интоксикацию, нормализует местный иммунитет, восстанавливает коагуляционный потенциал и реологические свойства крови, микроциркуляцию и повышает фибринолитическую активность оперированных тканей, что препятствует образованию спаек в области оперированного органа.

Таким образом, проведение ПА в сочетании с ОТ в раннем послеоперационном периоде у больных после МЭ улучшает течение послеоперационного периода, ускоряет процессы репаративной регенерации матки и способствует снижению развития спаечного процесса в брюшной полости. Включение указанных методов в комплекс ранней послеоперационной реабилитации больных после МЭ восстанавливает адаптационные реакции и нормализует специфические функции женского организма.

#### Литература

1. *Абдурахманов Ф.М.* // Мать и дитя: мат-лы V Рос. науч. форума. – М., 2003. – С.278–279.
2. *Абубакирова А.М., Баранов И.И.* // Вестн. акуш.–гинекол. – 1993. – № 1-2 – С.27–34.
3. *Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р.* // Лапароскопия и гистерорезектоскопия в гинекологии: мат-лы между. конгр. (2002) – М., 2002. – С.382–394.
4. *Валлиулина Н.З., Яцук А.Г.* Метод комплексной реабилитации гинекологических больных в послеоперационном периоде // Мать и дитя: мат-лы V Рос. науч. форума (2003 г.) – М., 2003. – С.306–307
5. *Вихляева Е.М.* Рук-во по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М., МЕДпресс-информ, 2004. – 396 с.
6. *Горин В.С.* // Акуш. и гинекол. – 2004. – №5. – С.11–12.
7. *Кулаков В.И. и др.* Оперативная гинекология – хирургические энергии. – М.: Антитор, 2000. – 862с.
8. *Пехото О.К., Пальчик Е.А.* // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Мат-лы междунар. конгр. – М.: Пантори, 2005. – С.370–372.
9. *Ручкина Е.Н., Пучков К.В.* // Современ. технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: Мат-лы. междунар. Конгресса. – М.: Пантори, 2004. – С.98–99.
10. *De Souza N.M.* // Radiology. – 2000. – Vol. 222, № 2. – P.367–374.
11. *Liu W.M., Yen Y.K.* // J Am Assoc Gynecol Laparosc. – 2001. – Vol.8, № 2. – P.267–271.

УДК: 618.33-02

#### СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Л.Н. ГАГЛОЕВА, Л.В. МАЙСУРАДЗЕ, И.В. КАБУЛОВА, Л.К. ГОКОЕВА, Ф.Б. ДЗАГОЕВА\*

Частота послеродового эндометрита (ПЭ) составляет от 3–8% в общей популяции родивших до >30% у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями. Актуальность проблемы определяется не только распространенностью, существенными экономическими потерями, но и его возможными осложнениями (перитонит, сепсис, септический шок) [4, 5]. К основным факторам риска, способствующим развитию послеродовых гнойно-септических заболеваний, относятся инфекции во время беременности (кандидоз, бактериальный вагиноз, микоплазмоз, герпес, пиелонефрит и др.) [2, 3, 7]. Вероятность развития ПЭ после абдоминального родоразрешения возрастает в 5–10 раз по сравнению с самопроизвольными родами, частота его остается стабильно высокой. Клиническая картина ПЭ характеризуется поздней манифестацией симптомов, наличием атипичных, стертых форм, для которых свойственно несоответствие общей реакции организма и тяжести местного патологического процесса.

Известны медикаментозные способы лечения ПЭ, включающих в себя антибактериальные препараты, дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапии, утеротонические препараты. Часто применяется сочетание медикаментозных средств с физическими факторами воздействия: токи, лекарственный электрофорез, УЗ-терапия, УВЧ, УФО, гелиево-неоновый лазер. По [6], применение лазерной терапии улучшает микроциркуляцию в органах малого таза, стимулирует иммунитет, улучшает

функциональную активность клеточных мембран, чувствительность клеточных рецепторов к гормонам, усиливает поглощение тканями кислорода, что ведет к анальгезирующему и противовоспалительному действию. Установлено стимулирующее действие на процессы иммунзащиты, десенсибилизирующее действие лазерного излучения и бактериостатический эффект [1, 5].

**Цель исследования** – определение эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении послеродовых эндометритов и изучение его влияния на состояние иммунного и интерферонового статуса у родильниц.

**Методы:** микроскопия вагинальных мазков, классический микробиологический – культуральный метод, ПЦР-диагностика, иммунологические, УЗИ. Для оценки иммунного статуса проводилось электронно-микроскопическое определение циркулирующих лимфоцитов, а также уровней содержания  $\alpha$ -,  $\gamma$ -, и сывороточного интерферона по методу С.С. Григорянц и Ф.И. Ершова. Определение основных классов иммуноглобулинов А, М, G, проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Mancini. Изучение фагоцитарной активности нейтрофилов с подсчетом фагоцитарного числа вели по методу Настенко. Уровень интерлейкинов (ИЛ-1-а, ИЛ-1-б, ИЛ-8) и фактора некроза опухоли (ФНО-а) определяли твердофазным иммуноферментным методом двойных антител с использованием наборов моноклональных антител и реактивов. При микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Грамму, выявляли бактериальный вагиноз, наличие положительного аминного теста, ключевых клеток, изменение pH > 4,5 – подтверждало диагноз бактериального вагиноза. Кроме состава микрофлоры, микроскопический метод выявил состояние вагинального эпителия и лейкоцитарной реакции. Лейкоцитарной реакции при бактериальном вагинозе нет.

Для лечения использован аппарат квантовой терапии Рикта-02, который позволяет сочетать импульсное узкополостное излучение ИК-диапазона совместно с постоянным магнитным полем и пульсирующим красным светом. Импульсная мощность излучения 4 Вт, длина волны импульсного ИК-лазера 0,89 мкм. Одновременное воздействие на организм несколькими полями позволяет повысить терапевтическую эффективность аппарата по сравнению с монотерапией одним полем или поочередным воздействием этих же полей за счет синергизма и потенцирования физико-химических и биологических реакций.

**Методика воздействия:** во время сеанса квантовой терапии больная находится в положении лежа на спине. Поля воздействия области проекции матки и придатков, транскутанно через переднюю стенку живота, поочередно, с экспозицией излучателя по 2–3 минуты на каждую зону. Частота излучения 5 Гц и 50 Гц, чередовались через день. Способ облучения – стабильно-контактный с легкой прессурой. Проводилось воздействие в зоне передней проекции бедренных сосудов, воздействие лазерного света на магистральные кровеносные сосуды, что позволяет достичь активации нейроэндокринной системы, стимулировать специфическую защиту организма, систему кроветворения. Со 2-го дня трансвагинально облучалась область проекции матки с помощью оптической насадки Г-1 с частотой излучения 1000 Гц, с использованием одноразового стерильного протектора (презерватив), в течение 1 минуты. Сеанс один раз в день, суммарное время воздействия до 10 минут. Курс лечения от 5 до 7 дней.

Проведение лазерной терапии дополнялось внутривенным введением реамберина 1,5 % – 400 мл раствора в сутки. Реамберин – отечественный препарат, представляет собой сбалансированный изотонический детоксицирующий инфузионный раствор с антигипоксическим действием. В состав которого входят: активное вещество – смешанная натрий N-метил-глокаминная соль янтарной кислоты, микроэлементы в оптимальных концентрациях. Реамберин обладает антигипоксическим и антиоксидантным действием, оказывая положительное влияние на аэробные биохимические процессы в клетке в период ишемии и гипоксии, уменьшает продукцию свободных радикалов, восстанавливает энергетический потенциал клетки, инактивирует гиперферментативные процессы цикла Кребса, нормализует кислотно-щелочной баланс и газовый состав крови.

Для определения эффективности предлагаемого способа лечения под наблюдением находились 60 родильниц, с явлениями ПЭ. Из них 37 (61,7%) женщин были родоразрешены путем кесарева сечения, у 23 (38,3%) женщин роды естественные. Возраст обследуемых был от 18 до 40 лет. Осложненный акушерско-

\* Кафедра акушерства и гинекологии Северо-Осетинской ГМА, г.Владикавказ, УЛ. Кирова, д.56

гинекологический анамнез имели 80% родильниц. Гинекологические заболевания имели в прошлом 66,7% женщин. У 73,3 % больных диагностирована экстрагенитальная инфекция (хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, ОРЗ). Воспалительные заболевания половой сферы (бактериальный вагиноз, трихомониаз), имели место в 20% наблюдаемых случаев. Осложнения при беременности и в родах отмечены у всех родильниц: гестоз (13,3%), многоводие (6,7%), антенатальная гибель плода (6,7%), дородовое излитие околоплодных вод (60,0%), раннее послеродовое кровотечение (6,7%). Кесарево сечение проводилось 6 роженицам из-за преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, отсутствия эффекта от родовозбуждения при дородовом излитии околоплодных вод и поперечного положения плода. Начало инфекционно-воспалительного заболевания было отмечено с 3 суток послеродового периода у 26,7% родильниц, на 6 – у 33,3%, на 7-10 – у 20,0% и на 12 сутки у 20,0%. Жалобы на боли в животе были у 66,7% больных; слабость и общее недомогание – у 53,3%; вздутие живота выявлено у 46,7%, ознобы – у 53,3%; тошнота и рвота наблюдалась у 40,0%; жидкий стул – у 20,0%. Головная боль отмечена у 6,7% больных, одышка – у 20,0%.

Степень тяжести и форма заболевания оценивались по данным клиники (повышение температуры тела, субинволюция матки, патологический характер лохий), УЗИ на аппарате LOGIQ 100 PRO. При анализе истории родов нами были выявлены ошибки тактики ведения и лечения родильниц с гнойно-септическими заболеваниями: неадекватная антибиотикопрофилактика, недооценка жалоб родильниц, данных параклинических исследований, что явилось причиной поздней диагностики заболевания, а так же нерациональное лечение локальных проявлений послеродовой инфекции, переходящей в генерализованный процесс.

Все пациентки получали традиционную терапию ПЭ. 32 (53,3%) женщинам, которые составили основную группу, на фоне общепринятой терапии проводилась магнитно-ИК-лазерная терапия и в/в введение 1,5% раствора реамберина. Уже после 1-й процедуры 90% женщин отмечали улучшение самочувствия. У 83% женщин после 1-й процедуры купировался болевой синдром, у остальных – со 2 процедуры. По окончании курса квантовой терапии проводилось УЗИ. Статистически достоверно снижалось до нормы число лейкоцитов, уменьшалась СОЭ. У родильниц после проведенной терапии отмечалось достоверное повышение  $\gamma$ -ИФН с  $44,2 \pm 10,8$  до  $108,4 \pm 1,3$  МЕ и  $\alpha$ -ИФН с  $134,0 \pm 8,2$  до  $167,5 \pm 1,3$  МЕ в сравнении с группой больных, получавших традиционное противовоспалительное лечение. Отмечалась тенденция к росту уровня общих Т-клеток и нормализации В-клеток, усиление начальной фагоцитарной активности с  $55,2 \pm 0,3$  до  $75,0 \pm 2,4$  и фагоцитарного числа с  $1,4 \pm 0,1$  до  $3,3 \pm 0,1$ .

Таблица

Показатели иммунного и интерферонового статуса

Показатели	До лечения	После лечения
Сыв. ИФН (МЕ)	$5,5 \pm 1,8$	$6,4 \pm 0,3$
$\alpha$ -ИФН (МЕ)	$134,0 \pm 8,2$	$167,5 \pm 1,3$
$\gamma$ -ИФН (МЕ)	$44,2 \pm 10,2$	$108,4 \pm 1,3$
Т-общие (%)	$40,2 \pm 0,5$	$50,3 \pm 1,1$
В-клетки (%)	$25,4 \pm 0,6$	$28,4 \pm 1,5$
Т-хелперы (%)	$25,3 \pm 0,8$	$30,0 \pm 7,5$
Т- супрессоры (%)	$23,4 \pm 0,7$	$27,2 \pm 1,7$
ФА %	$55,2 \pm 0,3$	$75,0 \pm 2,4$
Ф.Ч.	$1,4 \pm 0,1$	$3,3 \pm 0,1$

У родильниц с ПЭ на 2-й день увеличивалось содержание ИЛ-8 ( $p < 0,05$ ) и ФНО- $\alpha$  ( $p < 0,001$ ), отличаясь от показателя родильниц без патологического процесса соответственно в 1,4 и в 1,5 раза. Применение квантовой терапии позволило избежать кюретажа полости матки и сократить пребывание в стационаре. В контроле у 60% женщин проводилось выскабливание стенок полости матки при необходимости в смене антибиотиков и удлинении срока лечения в стационаре.

Лечение ПЭ более полноценно при лазеротерапии и в/в введении антиоксиданта реамберина.

#### Литература

1. Антонова Л.В. и др. // Тез. докл.: Дисбактериозы и аутобиотики. – М., 1996. – С. 3.
2. Берляев И.В. Состояние микроэкосистемы влагалища у беременных и ее роль при инфекционной патологии в акушерской практике: Дис. ... докт. мед. наук. – СПб. – 2001.

3. Воронова С.И. // Вест. асс. акушер-гинекол. – 2000. – №1. – С. 50–54.

4. Горин В.С. и др. // Акуш и гин. – 2001. – №6. – С.10–14.

5. Еришов Ф.И. и др. Система интерферона в норме и при патологии. – М., 1996. – С.135–146.

6. Метод. рекомендации по применению аппарата квантовой терапии РИКТА / Под ред. Ю.Б.Хайфеца. – М., 2002. – С.132.

7. Назарова Е.К. и др. // Клиническая лаб. диагностика. – 2003. – №2. – С. 25–32.

УДК – 616.34+089.86

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ НЕОТЛОЖНЫХ РЕЗЕКЦИЙ КИШКИ С ОТСРОЧЕННЫМ МЕЖКИШЕЧНЫМ АНАСТОМОЗОМ И У-ОБРАЗНОЙ ПРИВОДЯЩЕЙ ЭНТЕРОСТОМОЙ

Б.К.ГИБЕРТ, А.М.МАШКИН, Е.Ю.ЗАЙЦЕВ, И.А.ЛЕЙМАНЧЕНКО\*

При выполнении неотложной резекции кишки, причем как тонкой, так и толстой, чтобы избежать риска развития несостоятельности анастомоза, часто возникают показания для формирования концевой энтеростомы [1, 4]. После устранения угрозы для жизни больного (тяжелая травма, перитонит) появляется необходимость выполнения восстановительной операции, которая заключается в устранении кишечного свища и наложении межкишечного анастомоза, наличие которого всегда таит риск несостоятельности. В этой связи восстановительная операция откладывается на срок от 6 месяцев до 1 года [2, 5]. Наличие в арсенале хирурга метода отсроченного кишечного анастомоза с приводящей энтеростомой позволяет избежать формирования соустья при выполнении операции по поводу кишечного свища, поскольку оно уже существует [2, 4, 5]. Этот факт позволил пересмотреть сроки выполнения восстановительных операций.

**Материалы и методы.** 75 пациентам была выполнена операция, направленная на устранение приводящей концевой энтеростомы. 32 (43%) пациента имели колостому, у 43 (57%) был свищ тонкой кишки. У всех у них во время первичной операции был сформирован отсроченный межкишечный компрессионный анастомоз никелидотитановым устройством при экстренной резекции кишечника. В анализируемой группе пациентов с кишечными свищами преобладали лица мужского пола ( $65,3 \pm 5,5\%$ ). Возраст пациентов с колостомой подвергнутых оперативному устранению свища чаще был в пределах от 61 до 70 лет ( $40,6 \pm 8,7$ ) и от 51 до 60 лет ( $34,4 \pm 8,4\%$ ), в отличие от пациентов с тонкокишечными стомами, здесь основная масса больных приходилась на возраст до 50 лет –  $48,8 \pm 7,6\%$ . Объясняется эта закономерность тем, что с возрастом увеличивается число лиц с онкологической патологией, в частности, больных осложненным раком ободочной кишки. В то время как тонкокишечные свищи с у-образными анастомозами чаще формировали по поводу не онкологических заболеваний. Операции закрытия кишечного свища при наличии межкишечного анастомоза осуществляли посредством резекции петли тонкой кишки несущей свищ. Резекцию петли несущей свищ выполняли из локального доступа за исключением одного больного, когда устранение свища тонкой кишки, сопровождалось срединной лапаротомией в связи с необходимостью ревизии брюшной полости для поиска и вскрытия абсцесса.

Иссечение энтеростомического канала и мобилизацию петли несущей свищ осуществляли традиционным способом. Следует отметить, что выделение кишки необходимо выполнять до тех пор, пока не будет визуализирована область межкишечного анастомоза. После чего в 4 см от соустья выполняли резекцию тонкой кишки при помощи аппарата УО-40 и перитонизировали линию механического скрепленного шва серозно-мышечным клеточным швом. Локальную рану передней брюшной стенки ушивали послойно. При устранении толстокишечной концевой стомы после неотложной резекции ободочной кишки половине пациентов применили внебрюшинный способ. Выбор такого метода являлся предпочтительным и зависел от данных фистулографии и фистулоскопии. Если расстояние до толсто-толстокишечного анастомоза от поверхности кожи было  $\leq 10$  см, а длина стомального канала была достаточной для выполнения резекции петли

\* 625024, Г.Тюмень, ул. Одесская, ТюмГМА, 54. тел: 8-3452-20-23-13