

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 внутрисосудистая 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 сутками

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-

нейшем найдут отражение в повторных выкидышах, эктопической беременности, вторичном бесплодии и т. п. По данным литературы, на долю 1-го триместра приходится 50% самопроизвольного прерывания подтвержденных беременностей. При существующей системе недифференцированного подхода к диагностике в 50–60% случаев причина прерывания беременности остается неясной.

Цель исследования

Разработка и внедрение комплексного дифференцированного подхода к диагностике прерывания беременности 1-го триместра и выявление факторов риска ее развития на основании оригинальной программы патоморфологического исследования шеечного цитологического и абортного материала в случаях замершей беременности 1-го триместра.

Материал и методы

В программу исследования были включены 619 женщин, средний возраст которых составил 29,3 (диапазон 18–42 лет) с диагнозом замершей беременности 1-го триместра, установленного по результатам клинико-лабораторного обследования, УЗИ и количественного определения ХГЧ в крови. Всем женщинам произведено, по предложенным нами методикам, забор цитологического микробиологического материала из цервикального канала и выскабливание полости матки. Выполнялись морфофункциональное исследование соскобов из полости матки (по авторской методике Глуховец Б. И. 2003 г.), цитологическое ис-

следование соскобов цервикального канала, ИФА и ПЦР-диагностика инфекций, передаваемых половым путем.

Результаты

На основании результатов гистологического исследования абортного материала выделены основные этиопатогенетические группы: восходящее бактериальное инфицирование (50,2%), гематогенная инфекция (38,8%), хромосомная патология (21,2%), недостаточность лютеиновой фазы (24,5%) и иммунная патология (12,2%). Следует уточнить, что на долю сочетанной форм причин — комбинация нескольких факторов — пришлось 31% случаев ($n=192$), а монокаузальной — 69% ($n=427$). Инфекционная патология в совокупности присутствовала в 89% случаев прерывания беременностей в 1-м триместре, при этом результаты микробиологических и цитологических исследований свидетельствовали о наличии хронического цервицита у этих больных почти в 90% случаев и до 30% при других причинах прерывания беременности.

Заключение

В ходе проведенного комплексного исследования предложен диагностический алгоритм, на основании которого выявлен один из основных факторов реализации вагинально-цервикальных инфекций в прерывании беременности 1 триместра, каковым является хронический цервицит.

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

©Е. В. Уткин, О. Б. Карелина

Кемеровская государственная медицинская академия; МУЗ ГКБ №3 им. М. А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Актуальность проблемы

Проблема проведения рациональной антибактериальной терапии при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) остается актуальной до настоящего времени. Значительные трудности при этом создает полимикробная этиология современного воспалительного процесса. Наличие нескольких микробов-возбудителей требует проведения комбинированной антибактериальной терапии, с применением 2–3 антибиотиков, что неизбежно будет оказывать отрицательное влияние на нормальную влагалищную микрофлору и предрасполагать к возникновению дисбиотических состояний влагалища или способствовать

усилению степени уже существующих нарушений микроэкологии. Самостоятельное восстановление влагалищного микробиоценоза в такой ситуации, на фоне изменения гормонального гомеостаза и иммунных нарушений, маловероятно. Профилактика подобных осложнений должна быть основана на принципах создания оптимальной физиологической среды влагалища и сохранения его нормальной микрофлоры.

Цель исследования

Разработка оптимальной профилактики дисбиотических состояний влагалища при проведении массивной антибактериальной терапии.