

10% до 25%. [1,2,4,7]. Ионы магния входят в состав основного вещества соединительной ткани и участвуют в регуляции ее метаболизма, в условиях магниевого недостаточности нарушается способность фибробластов продуцировать коллаген. Недостаток магния сопряжен с широким спектром осложнений беременности и родов. Снижение уровня магния ведет к росту тонуса миометрия и лежит в основе преждевременных родов. Нарушению гомеостаза магния придает особое место в патогенезе преэклампсии и эклампсии, снижение его уровня при этом показано в работе L. Kovacs и B. Molnar. Авторы отмечали снижение частоты преждевременных родов, задержки внутриутробного развития плода, преэклампсии в группе женщин, принимавших магний. [5,7]. Нарушению магниевого обмена уделяется большое внимание как существенному фактору патологических состояний, включая дисплазию соединительной ткани [5–7]. Магний – универсальный регулятор многих физиологических и биологических процессов организма. [1,3,6]. Этот элемент стабилизирует фибринолиз, угнетает выработку и поступление катехоламинов из депо, блокирует рецепторы к ним. Все это улучшает перфузию тканей, в том числе и маточно-плацентарного кровотока [4–7].

Цель исследования – оценка эффективности МАГНЕ-В6 у лиц с привычным невынашиванием беременности на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ).

Материал и методы. Проведено проспективное и клинико-статистическое обследование 183 беременных с 2 и более ранними выкидышами в анамнезе в возрасте от 18 до 34 лет. Обследование пациенток включало в себя подробное изучение возраста, жалоб, соматического и гинекологического анамнезов, особенностей менструальной и репродуктивной функций, общий и гинекологический осмотр. Для выявления внешних и висцеральных фенотипических признаков НДСТ использовали методы: подометрический метод Фридлянда, массо-ростовой показатель (индекс Варги), тест на гипермобильность в трех из пяти представленных пар суставов, метод Бейтона, УЗИ брюшной полости, эхокардиографию. Достоверность различий в частоте анализируемых осложнений в группах пациенток оценивалась по критерию χ^2 , при анализе количественных признаков использовался критерий Стьюдента, порядковых – критерий Манна – Уитни.

В зависимости от тактики ведения сформированы 2 группы женщин: I группа основная – с маркерами НДСТ и привычным невынашиванием в анамнезе (n = 90) получающая МАГНЕ-В6; II группа контрольная с маркерами НДСТ (n = 93) и привычным невынашиванием в анамнезе, получающая традиционную терапию, направленную на пролонгирование беременности.

Таблица

Влияние терапии препаратом Магне В6 на клинические показатели беременных с НДСТ

Показатель:	I группа (n = 90), в %	II группа (n = 93), в %
Быстрая нормализация тонуса матки	70,7*	50,7
Уменьшения головных болей	70,3*	40,5
Нормализация сна	69,3*	38,5
Седативный эффект	85,7**	50,3
Уменьшения болей в пояснице	70,5**	40,8
Уменьшения болей в области сердца	80,8**	60,3

* - p < 0,05, ** - p < 0,01

Результаты. При изучении возрастного состава установлена преобладающая численность женщин в возрасте от 18 до 24 лет (52,8%) в возрасте от 25 до 29 лет было (32,5%) от 30 до 34 лет (14,7%) от общего числа наблюдавшихся женщин. Анализ характера репродуктивной функции показал, что большинство пациенток имели от 2 до 8 беременностей, в среднем 3,5 на 1 пациентку. У большинства женщин генез невынашивания был полиэтиологическим. При анамнезе к ведущим причинам можно отнести: гиперандрогению – у (35,6%) женщин, антифосфолипидный синдром и сенсбилизацию у ХГЧ – (50,7%), пороки развития матки (6,7%). С момента установления беременности в сроке (до 12 недель) помимо коррекции причинных факторов, назначалась терапия препаратом Магне-В6 в дозе 4 таблеток в сутки длительно, в непрерывном режиме минимум до 20 недель. Переносимость препарата хорошая, побочных явлений нет. Многим пациенткам применение Магне-В6 позволило сократить применение токолитических средств. Отмечается улучшение качества течения беременности, сокращение сроков пребывания в стационаре в среднем с 20,8 до 9,5 койко-дня, уменьшилось число госпитализаций на пациентку за беременность с 7-8 до 5-4.

При анализе течения второго и третьего триместров у женщин с привычным выкидышем установлено, что в группах не было тяжелых гестозов, гестоз легкой и средней степени тяжести встречался в 1,5 раза реже в I группе. Угроза позднего выкидыша и преждевременных родов наблюдалось в обеих группах однако в I группе у (20,7%) женщин а во II (30,5%), что свидетельствует о нормализации функции плаценты и отсутствии признаков внутриутробного страдания плода, при которых запускается механизм преждевременного развития родовой деятельности. Задержки внутриутробного развития плода выявлена у 9,8% в I группе, во II – 17,3%. Роды в срок произошли в основной группе у 74 женщин (82,2%), в группе контроля у 65 женщины, что составило (69,9%).

Выводы. Одним из реальных факторов развития осложненной беременности и родов у данной категории лиц может выступить дефицит магния, а заместительная терапия препаратом Магне-В6 может оказать положительное действие как самостоятельное средство и как препарат, потенцирующий другие методы лечения у больных с дисплазией соединительной ткани. Использование магния, регулятора клеточного роста, необходимого катиона для синтеза белковых молекул и коллагена на ранних этапах беременности, помогает достичь адекватного баланса на этапе формирования система «мать – плацента – плод».

Литература

1. Елисеева И.В. // Клини. мед 2003; 81 (3): 22–24
2. Перекальская М.А., Макарова Л.И., Верещина Г.Н. // Клини. медицина. 2006. Т.80, № 4. С.48–51
3. Куликов А.М., Медведев В.П. // Росс семейный врач 2007; Т 4, №2. С.37–51
4. Levi-Schaffer F., Shani J., Politi Y. et al. // Pharmacology 2005; Vol 52 № 5., P. 321–329
5. Coghlan H.C., Natello G. // Magnes Trace Flem 2008; Vol 10, №2., P 205–214
6. Степура О.Б., Мельник О.О., Шехтер А.Б. и др. // Рос. мед вестн 2005; Т4, №2. С. 64–69
7. Школьникова М.А., Чупрова С.Н., Калинин Л.А. и др. Метаболизм магния и терапевтическое значение его препаратов: Пособ. для врачей. М: Медпрактика-М; 2002; №7. С.137–140

УДК 616.36-002.3

ЧРЕСКОЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ АБСЦЕССАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Я.П. КИРТАНАСОВ*, В.Г. ИВШИН**, А.Ю. ЯКУНИН**, И.В. МАЛАФЕЕВ**

Лечение больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии.

Ключевые слова: абсцессы брюшной полости

Несмотря на успехи антибактериальной терапии, техники оперативного и анестезиологического пособия частота послеоперационных абсцессов не снижается [5, 6, 12] и достигает 0,6–2% [1–3]. Летальность среди больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости достигает 10,5–26,1% [1–3].

Отмечается возросший интерес к применению чрескожных лечебных вмешательств у лиц с абсцессами брюшной полости, которые выполняются в основном под ультразвуковым, компьютеро-томографическим и рентгеноскопическим контролем. Однако, несмотря на малую травматичность, их выполнение может сопровождаться развитием серьезных осложнений, которые, по литературным данным, достигают 9,8–13% [4, 7–9]. Ограничения метода является наличие затеков, свищей, инородных тел и крупных секвестров в полости абсцесса [8–11].

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 93 больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости. Возраст больных 56±9,2 лет. Всего у 93 больных было 111 абсцессов. Располагались они во всех отделах брюшной полости. Чаще абсцессы встречались в подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах и в печени (табл. 1).

У 16 (17,3%) больных имелось сообщение полости абсцесса с полыми органами ЖКТ: у 14 (87,5%) – с желчевыводительной системой, у 2 (12,5%) – с кишечником (табл. 2). Чаще свищевая

* Ростовская областная больница № 2
** Тульская областная клиническая больница

связь с желчевыведительной системой встречалась при локализации абсцесса в подпеченочном пространстве и печени.

Таблица 1

Локализация послеоперационных абсцессов брюшной полости

Локализация абсцесса.	Количество абсцессов%
Подпеченочно	35 (31,5%)
Поддиафрагмально	30 (27%)
В печени	29 (26,2%)
Межпечельно	14 (12,6%)
В тазу	3 (2,7%)
Всего:	111 (100%)

Таблица 2

Локализация послеоперационных абсцессов сообщающихся с полыми органами ЖКТ

Локализация абсцесса	Количество больных	
	Свищ с желчными протоками	Свищ с кишечником
Подпеченочно	7	-
В печени	5	-
Межпечельно	1	1
Поддиафрагмально	1	1
Всего:	14	2

По данным УЗИ и РКТ, максимальный продольный размер абсцессов варьировался от 17 мм до 240 мм.

В зависимости от размера и локализации абсцесса больным выполняли чрескожную пункцию или дренирование. Пункций выполнили 74, дренираний – 69, всего выполнили 143 чрескожных вмешательства. Показаниями для чрескожной пункции считали: размер абсцесса до 5 см, а так же его сложное топографо-анатомическое расположение, не позволяющее выполнить чрескожное дренирование. Показаниями к чрескожному дренированию считали: размер абсцесса >5 см, неэффективность чрескожной пункции. Вмешательства выполняли под УЗ- или сочетанным (рентгеноскопическим и ультразвуковым) контролем с помощью рентгенохирургического аппарата BV-25 Philips (Голландия), Comract 7700 GE (США) и IMS (Италия), а также ультразвуковых аппаратов Sal-38AS, Sal-250 Toshiba (Япония) и SSD-500 Aloka (Япония) оснащенных линейными пункционными датчиками GCE-406M 4,0 Мгц и UST-5018P 3,5 Мгц. Все вмешательства выполняли под местной анестезией, натощак с предварительной очисткой кишечника. Больного просили задержать дыхание в момент пункции, что обеспечивало более точное введение иглы. Место пункции и траекторию движения иглы выбирали индивидуально. При выборе траектории старались соблюдать условия: игла не должна проходить через трубчатые структуры брюшной полости; траектория движения иглы должна проходить по кратчайшему расстоянию между местом пункции и стенкой абсцесса; при пункции и дренировании абсцессов печени траектория иглы должна проходить через 2-3 см здоровой паренхимы печени. Считали допустимым проведение через плевральный синус, печень, желудок и тонкую кишку.

Для пункции применяли иглу производства фирмы «Минимально инвазивные технологии» (Московская область, г. Железнодорожный), имеющую калибр 18 G, срез дистального конца под углом 90°, лазерные метки на дистальном конце и циркулярные нарезки на мандрене, улучшающие УЗ-визуализацию иглы. Дренирование выполняли под сочетанным контролем по методу В.Г. Ившина с помощью «устройства для дренирования полостных образований – УДПО», изготовленного фирмой «Минимально инвазивные технологии» (Московская область, г. Железнодорожный). Для дренирования использовали рентеноконтрастные полиэтиленовые, фиксирующиеся с помощью нити, дренажи диаметром 12 F, фирмы «Минимально инвазивные технологии» (Московская область г. Железнодорожный). При абсцессах размером более 10 см дренирование выполняли двумя дренажами с налаживанием аспирационно-промывной системы. При этом стремились расположить дренажи максимально далеко друг от друга, для лучшей санации полости абсцесса. С целью более детального анализа клинических наблюдений все больные были разделены на две группы: с одиночными (77 больных) и множественными (16 больных) абсцессами. Больные с одиночными абсцессами, которым выполнили дренирование, в зависимости от способа санации гнойника были разделены на 2 группы. У 24 больных составивших первую группу, полость абсцесса санировали растворами антисептиков и вводили антибиотик широкого спектра действия. У 24 больных составивших вторую группу

санацию выполнили по разработанной методике, основанной на сочетанном применении протеолитических ферментов и специфического бактериофага (патент РФ на изобретение №2243780).

Для сравнения результатов традиционного и разработанного методов санации абсцессов изучали показатели эффективности лечения, летальности, скорости облитерации абсцесса, длительность от дренирования до выписки из стационара, длительность от дренирования до удаления дренажа. Чрескожное лечение считали эффективным если наступало клиническое выздоровление и для этого не требовалось выполнения других интервенционных или оперативных вмешательств. Скорость облитерации абсцесса рассчитывали по изменению площади, занимаемой абсцессом на фистулограммах, выполненных в стандартных условиях. Для расчета скорости облитерации полости абсцесса использовали зависимость:

$$V = \frac{S_1 - S_2}{S_1 t} \times 100\%$$

где V – скорость облитерации абсцесса (% в сутки), S₁ – площадь абсцесса при первой фистулографии, S₂ – площадь абсцесса при повторной фистулографии, t – количество дней между первой и повторной фистулографией.

Данные по изучаемым параметрам были обработаны методом вариационной статистики. При статистической обработке вычисляли средние арифметические величины (M), стандартную ошибку среднего (m). Статистическую значимость различий двух сравниваемых величин определяли по критерию достоверности различий t. Критический уровень вероятности ошибки (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты. У 33 больных с одиночными абсцессами при использовании чрескожной пункции эффективность лечения составила – 81,8% (27 больных). При этом у 54,5% (18 больных) было достаточно однократной пункции. У 24,2% (8 больных) для получения клинического выздоровления выполнили по две пункции. При ретроспективном анализе у 4-х из этих больных выявили микрофлору не чувствительную к антибиотикам, введенному в полость абсцесса во время первой пункции.

У 5 (15,2%) больных чрескожная пункция была неэффективной. В связи с чем 4 (12,1%) выполнили чрескожное дренирование, а 1 (3%) – лапаротомию. При анализе причин недостаточной эффективности чрескожной пункции у лиц с одиночными абсцессами, установлено, что у 1 (3%) больного была неправильная форма абсцесса с наличием затеков, что не позволило выполнить адекватную санацию; у 1 (3%) больного с размером абсцесса 8,6 см полость абсцесса была неадекватно санирована (в 5-кратном объеме); у 3 (9%) больных имелось сообщение полости абсцесса с внепеченочными желчными протоками.

Осложнений после 43 пункций ни у одного из 33 больных получено не было. Всем больным, независимо от размера абсцесса, его локализации и длительности процесса, пункцию, удалось выполнить с первой попытки. Средняя продолжительность лечения от момента пункции до выписки из стационара составила 10,4±2,3 койко-дня. Летальность составила 3% (1 больной). Причина летального исхода не была связана с осложнением чрескожного вмешательства.

Чрескожное дренирование одиночного абсцесса выполнили у 48 больных. В том числе у 24 в качестве первого вмешательства, а у 4-х – после неэффективной пункции. Всем больным установить дренаж в полость абсцесса удалось с первой попытки, независимо от размера абсцесса, его локализации и длительности существования процесса. При использовании дренажей диаметром 12 F ни у одного больного не отметили неадекватной санации полости абсцесса. У 2-х больных отметили осложнения: дислокация дренажа и гнойный плеврит. При анализе причин возникновения осложнений выявили, что дислокация произошла в результате разрыва фиксирующей нити при случайной траскции дренажа больным во время сна, а гнойный плеврит возник после дренирования абсцесса через плевральный синус. При сравнении результатов лечения больных с одиночными послеоперационными абсцессами в зависимости от способа санации (табл. 3) выявили, что эффективность лечения была одинаковой и составила – 91,7%. Частота встречаемости осложнений так же не отличалась и составила 4,2%. Средняя скорость облитерации остаточной полости во второй группе составила 8,4±1,1% в сутки и была достоверно выше (p<0,05), чем в первой 4,4±1,2% в сутки. В связи с этим длительность лечения и длительность дренирования во второй группе больных были в 1,6 раза меньше (p <0.05)

чем в первой группе. В обеих группах больных выписывали после улучшения клинического состояния с последующей явкой для удаления дренажа. Этим объясняется преобладание длительность дренирования над длительностью госпитализации.

Таблица 3

Основные результаты чрескожного дренирования одиночных абсцессов

Показатели	Традиционный метод	Разработанный метод
Эффективность лечения (%)	91,7	91,7
Летальность (%)	0	0
Скорость облитерации абсцесса (% в сутки)	4,4±1,2	8,4±1,1*
Длительность от дренирования до выписки из стационара (дней)	24±2,8	14,6±1,6*
Длительность от дренирования до удаления дренажа (дней)	28,7±3,3	18±2,2*

Примечание: * - p <0,05

Наличие свищевого сообщения с полыми органами ЖКТ увеличивало длительность лечения до 30,6±3,1 койко-дней. В целом в группе больных с одиночными послеоперационными абсцессами брюшной полости эффективность лечения составила 92,2%. В группе больных с абсцессами, имеющими свищевую связь с полыми органами ЖКТ, эффективность лечения 78,6%. У 4 больных чрескожное дренирование было неэффективно. У 3 (6,9%) больных имелось сообщение полости абсцесса с внепеченочными желчными протоками, в сочетании с нарушением проницаемости общего желчного протока; у 1 (2,3%) больного был крупный секвестр паренхиматозного органа в полости абсцесса.

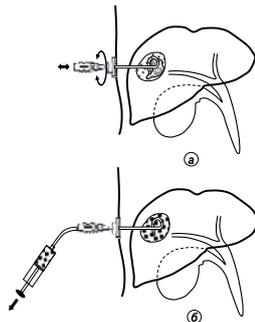


Рис. 1. Схема фрагментации и удаления секвестров из полости абсцесса. а – вращательные и возвратно-поступательные движения дренажа. б – аспирация фрагментов секвестра

Получив неудачу при лечении больного с абсцессом, содержащим крупный секвестр, мы разработали методику, позволяющую фрагментировать и удалять секвестры. Суть методики заключается в том, что на 6-7 сутки (после формирования раневого канала) под рентгеноскопическим контролем производили вращательные и возвратно-поступательные движения дренажа. При этом дистальная часть дренажа, имеющая форму кольца, разрушала секвестр на мелкие фрагменты (рис. 1), которые аспирировали через просвет дренажа. Данный способ применен нами у 3 пациентов с послеоперационными абсцессами печени. Методика фрагментации и удаления секвестров из полости абсцесса была эффективна у всех у 3 больных. У 2-х больных полностью извлечь секвестры удалось после одного сеанса их фрагментации, одному больному потребовалось 2 сеанса. Осложнений при фрагментации секвестров нет. У всех наступило выздоровление. При выявлении инородного тела в полости абсцесса нами предложена методика его удаления, которая успешно применена у 1 больного с послеоперационным абсцессом, содержащим марлевую салфетку. Для этого с помощью устройства замены катетеров (Ившин В.Г. 2000) заменили чрескожный катетер 12 F на каниюлю Ø24 F, через ее просвет под рентгеноскопическим контролем захватили и удалили салфетку жесткими эндоскопическими щипцами (рис. 2).

Летальность после чрескожного дренирования одиночных абсцессов отсутствовала. У 16 больных с множественными послеоперационными абсцессами эффективность лечения составила 81,25%. Причиной неэффективности чрескожного лечения у 1 (6,25%) больного явились нераспознанные при УЗИ и РКТ множественные мелкие межплетельные абсцессы. Продолжительность лечения в этой группе составила 20,5±2,2, дренирования – 26±1,8 дней. Осложнений в группе больных с множественными

абсцессами даже после одномоментной санации гнойников не было. Летальность в этой группе составила 12,5% (2 больных), причина смерти не была связана с чрескожным вмешательством.

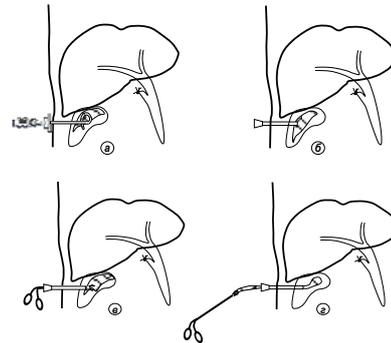


Рис. 2. Схема удаления марлевой салфетки из полости абсцесса, а – первичное дренирование, б – введена каниюла 24 F, в – захват салфетки эндоскопическими щипцами, г – удаление салфетки

Выводы. Таким образом, чрескожные пункции и дренирование послеоперационных абсцессов под ультразвуковым и сочетанным контролем характеризуются высокой клинической эффективностью 92,2% при одиночных абсцессах и 81,25% при множественных абсцессах. Основными причинами клинической неэффективности чрескожных пункций является неадекватная санация при абсцессах неправильной формы и крупных размеров, а так же сообщении с желчными протоками. При чрескожном дренировании недостаточная клиническая эффективность возникает при свищевом сообщении с желчевыводящими протоками в сочетании с нарушением оттока желчи в дистальных отделах билиарного тракта. Применение УЗ-контроля, игл, имеющих лазерные метки и поперечный срез дистального конца, «устройства для дренирования полостных образований» и дренажей, имеющих фиксирующее приспособление, характеризуется простотой пункции и дренирования абсцессов, низкой частотой осложнений (при пункциях – 0%, при дренировании – 1,4%) и отсутствием летальности от осложнений. Разработанные способы фрагментации и удаления секвестров, а также удаления инородных тел позволяют расширить возможности чрескожного лечения и добиваться клинического выздоровления больных, имеющих крупные секвестры и инородные тела в полости послеоперационного абсцесса. Применение разработанного метода санации полости абсцесса, включающего введение комбинации протеолитических ферментов и специфического бактериофага, ведет к ускорению темпов облитерации полости абсцесса и сокращению длительности лечения в 1,6 раза.

Литература

1. Альперович Б.И. и др. // Хир. 1993. № 11. С. 59–65.
2. Барыков В.Н. и др. // Тез. Докл. 8 Всерос. съезда хир. 21-23 сентября. Краснодар 1995. С. 435–436.
3. Заверный Л.Г. и др. // Вестник хирургии. 1993. Т. 150, № 3-4 С. 123–126.
4. Карпова Р. В. Малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем УЗИ в диагностике и лечении внеорганных ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости: Дис... к. м. н. М. 2000.
5. Кривицкий Д.И., Паламарчук В.И. // Клин. хир. 1990. №1 С.49–50.
6. Милонов О.Б. и др. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. М. Медицина. 1990. 560 с.
7. Пархисенко Ю.А. и др. // Хир. 2000. №8. С.35–37.
8. Рогачев А.А. Тактика ведения больных с абсцессами брюшной полости методом чрескожного дренирования под контролем ультразвукового сканирования: Дис... к. м. н. Самара. 1997.
9. Тимошин А.Д. и др. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: Трида-Х. 2003 216 с.
10. Эктон В.Н. и др. // Хир. 2001. №8 С. 17–20.
11. Dahnert W. et al. // Chirurg. 1985 Bd. 56. № 9. P. 579–588.
12. Fry D.E. et al. // Surgery 1980;88:517–522.
13. Gerzof S.G. et al. // Radiol. 1981;16:62–71.
14. Lucey B.C. et al. // Catheter Management. Seminars in interventional radiology. 2003. Vol.20, № 3 P. 195–202.