

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ У РОДИЛЬНИЦ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Дабузов А.Ш.¹, Абдурахманова Р.А.¹, Бабаева С.А.¹

¹Перинатальный центр Республиканской клинической больницы, Махачкала, e-mail: brain1974@mail.ru

В статье приведены результаты исследования возможностей использования лимфотропной терапии у женщин в послеоперационном периоде абдоминального родоразрешения. Ведущая роль в материнской заболеваемости после операции кесарева сечения принадлежит инфекционным осложнениям. Традиционные пути введения антибактериальных и других препаратов не всегда дают хорошие результаты, что особенно часто наблюдается в случае тяжелого течения инфекционного процесса с наличием перитонеальных явлений. Непрямая (лимфотропная) терапия позволяет создавать оптимальные концентрации лекарственного вещества без хирургического вмешательства на лимфатических сосудах. Полученные в результате экспериментального исследования данные позволили авторам прийти к выводу, что при лимфотропном введении медикаментов значительно ускоряется регресс гнойно-септических осложнений и достоверно быстрее снижается интоксикация у больных основной группы в сравнении с традиционным введением медикаментов внутривенно или внутримышечно.

Ключевые слова: лимфотропная терапия, родильницы, послеоперационный период

LYMPHOTROPIC THERAPY IN OBSTETRIC PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER RADICAL SURGERY

Dabuzov A.Sh.¹, Abdurakhmanova R.A.¹, Babayeva S.A.¹

¹ Perinatal Center of the Republican Clinical Hospital (Makhachkala), Makhachkala, e-mail: brain1974@mail.ru

The article describes the results of a study the possibilities of using lymphotropic therapy in women in the postoperative period of abdominal delivery. The leading role in maternal morbidity, after caesarean section belongs to infectious complications. Traditional ways Introduction antibiotics and other drugs do not always give good results, which is particularly often observed in severe cases of infection with the presence of peritoneal phenomena. Indirect (lymphotropic) therapy allows you to create the optimum concentration of the drug without surgical intervention on the lymph vessels. The resulting experimental research data allowed the authors to conclude that the lymphotropic administration of drugs is considerably accelerated regression of septic complications and significantly faster reduced toxicity in the experimental group in comparison with the traditional administration of drugs intravenously or intramuscularly.

Keywords: lymphotropic therapy, puerperal, the postoperative period

В последние 20 лет успехи развития медицинских технологий привели к 3–5-кратному возрастанию частоты абдоминального родоразрешения [7, 8]. Несмотря на широкое распространение, абдоминальное родоразрешение относится к разряду сложных хирургических вмешательств с достаточно высокой частотой осложнений [10]. В настоящее время операция кесарево сечение является наиболее частой причиной послеродовых гнойно-септических осложнений [10, 11]. Ведущая роль в материнской заболеваемости после операции кесарева сечения принадлежит инфекционным осложнениям, которые в зависимости от степени риска встречаются в 5,2–85% наблюдений [1, 5, 10].

С учетом локализации патологического очага всех женщин с гнойно-септическими осложнениями в послеоперационном периоде можно разделить на несколько групп. Первую, наиболее многочисленную, составляют женщины с эндометритом после кесарева сечения,

вторую — с нагноением и расхождением шва на передней брюшной стенке, третью — родильницы с сочетанным инфекционным поражением матки и шва на передней брюшной стенке, в четвертой группе вышеуказанная патология сочетается с частичной или полной несостоятельностью шва на матке [4, 12]. Перечисленные осложнения увеличивают риск генерализованных форм инфекции (перитонит) и остаются главными причинами материнской заболеваемости и смерти в послеродовом периоде [3, 6]. При выявлении полной несостоятельности швов на матке, абсцесса в его области или при развитии перитонита традиционной тактикой являлось срочное оперативное лечение в объеме экстирпации матки с трубами и дренированием брюшной полости [5, 7]. Своевременно проведенная операция позволяет ликвидировать источник инфекции, что прерывает дальнейшее ее прогрессирование и способствует выздоровлению [6, 10].

Удаление матки лишает женщину генеративной функции, ухудшается кровоснабжение яичников, что может привести к эндокринным, а также психоэмоциональным нарушениям. При выборе органосохраняющей тактики ведения родильниц с перитонитом после кесарева сечения необходимо учитывать тяжесть состояния больной, распространенность патологического процесса, вовлечение смежных органов, а также желание женщины продолжать репродуктивную функцию [2, 8, 9]. Органосохраняющая операция возможна при своевременной диагностике несостоятельности шва, при отсутствии или в первые 1–2 ч от появления симптомов диффузного перитонита, без вовлечения в гнойный процесс придатков матки, мочевого пузыря и других органов, при наличии технической возможности иссечения стенки матки в пределах здоровой ткани.

В послеоперационном периоде традиционные пути введения антибактериальных и других препаратов не всегда дают хорошие результаты, что особенно часто наблюдается в случае тяжелого течения инфекционного процесса с наличием перитонеальных явлений. Многие авторы предлагают методы лечения, при которых антибиотики подводятся непосредственно к очагу воспаления [2, 3, 4]. В традиционных путях введения лекарственные препараты не всегда проникают в лимфатическую систему в достаточных количествах для проявления эффективного действия в очаге воспаления, поэтому был разработан метод непосредственного введения медикаментов в лимфатическую систему [4, 12]. Необходимость эндолимфатического введения антибиотиков обусловлена тем, что в организме не удается достичь высоких и длительных терапевтических концентраций препаратов в лимфатической системе без дополнительного большого увеличения дозы. Однако при прямом эндолимфатическом введении выделение лимфатических сосудов представляет довольно значительные технические трудности, и такой метод имеет ряд существенных недостатков [2, 3, 4].

Накопилось достаточно фактов, что введенные высокие дозы антибиотиков непосредственно в лимфатическую систему вызывают выраженный местный токсический эффект, что проявляется в нарушении структуры лимфоидной ткани и отражается на барьерной и иммунной функциях лимфатической системы, несет в себе угрозу подавления и без того ослабленных иммунозащитных реакций [3, 12]. При этом методе наблюдали такие осложнения, как: аллергические реакции, инфицирование, нагноение раны на месте катетеризации и развитие лимфаденитов [3, 4].

Многими авторами были предложены нехирургические способы повышения содержания лекарственных препаратов в лимфатической системе, получившие название не прямой (лимфотропной) терапии, когда создаются оптимальные концентрации лекарственного вещества без хирургического вмешательства на лимфатических сосудах [1, 3, 4]. Достоинством этого метода является также возможность вводить лекарства регионарно, с учетом локализации патологического процесса. При этом способе не создаются высокие концентрации в лимфатической системе, можно использовать дозы препаратов, рассчитанные на весь организм, поэтому реже возникает необходимость вводить препараты в кровь (внутривенно и внутримышечно) [4, 12]. Исследования ряда авторов показали, что метод не прямой (лимфотропной) терапии при лечении гнойно-воспалительных заболеваний не менее эффективен, чем прямой, и значительно эффективнее традиционных методов — внутривенного и внутримышечного [6, 12]. Подобная терапия оказалась эффективной при введении антибиотиков 1–2 раза в сутки, необходимость их многократного введения отпала [12].

Цель исследования — дать сравнительную оценку эффективности при лечении больных традиционным и лимфотропным введением антибиотиков и других препаратов у оперированных больных с перитонитом после кесарева сечения.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 40 послеоперационных больных с диагнозом: перитонит после кесарева сечения. Родильницы были разделены на 2 группы по 20 женщин в каждой, объем операции в обеих группах – экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости. По возрасту группы были сопоставимы (21–25 лет). Первая группа основная – 20 пациенток, которые получали в послеоперационном периоде антибиотики и другие препараты лимфотропно. Вторая группа контрольная, в послеоперационном периоде получали антибактериальную терапию и другие медикаменты традиционным методом (внутривенно и внутримышечно). Лимфотропная терапия пациенткам основной группы проводилась по следующей методике: на нижнюю треть бедра накладывается манжетка от тонометра, в которой создается давление 40–55 мм ртутного столба, затем подкожно в подколенную область (лимфотропно в зону медиальных

лимфатических сосудов) вводятся разведенный раствор лидазы с новокаином и антибиотик в разовой терапевтической дозе, и в ту же иглу вводятся другие препараты патогенетического воздействия на очаг воспаления. Манжетка с тем же давлением оставляется на 30 мин, а затем по истечении указанного времени снимается. Первородящих в первой группе было 8 (40%) против 10 (50%) в контрольной группе. Повторнородящих в основной группе 12 (60%) против 10 (50%) в контрольной (табл. 1). Достоверность различий $p > 0,05$.

Таблица 1

Экстрагенитальная патология в анамнезе у обследованных больных

№	Нозология	Лимфотропная терапия n = 20		Традиционная терапия n = 20	
		абс.	%	абс.	%
1.	Анемия	7	35%	9	45%
2.	Ожирение	2	10%	1	5%
3.	Пиелонефрит хронический	5	25%	6	30%
4.	Заболевания желудочно-кишечного тракта	1	5%	-	-
5.	Сердечно-сосудистые заболевания	3	15%	2	10%
6.	Заболевания органов дыхания	2	10%	2	10%
Всего		20	100%	20	100%

Из обследованных больных хронический пиелонефрит наблюдался у 5 (25%) в основной группе, у 6 (30%) в контрольной. Анемия в первой группе 7 (35%), во второй группе 9 (45%). Ожирение 2 (10%) в основной группе, в контрольной 1 (5%). Заболевания желудочно-кишечного тракта в основной 1 (5%), в контрольной группе не было. Сердечно-сосудистые заболевания 10% в контрольной против 15% в основной группе. Заболеваний органов дыхания в основной и контрольной группе было 10%. Внутриматочные спирали использовали 4–20% в основной группе против 5–25% в контрольной.

Гинекологический анамнез у обследованных больных: нарушение менструального цикла в основной группе было у 4 (20%) против 7 (35%) в контрольной группе. Бесплодие у 3 (15%) в основной группе против 2 (10%) в контрольной. Эрозия шейки матки у 8 (40%) в основной группе против 10 (50%) в контрольной. Аднексит в основной группе у 6 (30%) против 8 (40%) в контрольной группе. Артифициальный аборт в основной группе у 2 (10%) против 1 (5%) в контрольной группе. Внутриутробные инфекции во время данной беременности в основной группе были у 11 (55%) против 9 (45%) в контрольной группе. Операции кесарево сечение в экстренном порядке в основной группе выполнено у 13 (65%) против 15 (75%) в контрольной. Плановых операций в основной группе 7 (35%) против 5

(25%) в контрольной.

Показаниями к операции в обеих группах были:

- 1) слабость родовой деятельности → 7
- 2) клинически узкий таз → 2
- 3) дистресс плода → 7
- 4) рубец на матке после кесарева сечения → 2
- 5) предлежание плаценты → 2
- 6) отслойка нормально расположенной плаценты → 2
- 7) поперечное положение плода → 2
- 8) выпадение петель пуповины → 3
- 9) тазовое предлежание плода, крупный плод → 5
- 10) сочетанные показания → 4
- 11) тройня → 1
- 12) экстрагенитальная патология → 1
- 13) двойня, тазовое предлежание I плода → 2

Продолжительность операции кесарево сечение в исследуемых группах составила в среднем 50–60 мин, в 4 случаях в основной группе операции длились более 100–110 мин из-за технических трудностей и спаечных процессов в малом тазу, в контрольной группе в 2 случаях из-за гипотонического кровотечения и дополнительного гемостаза длительность операции составила 120–130 мин. Общая кровопотеря во время операции в обеих группах составила 650–700,0±50,0 мл. В контрольной группе у 2 пациенток во время операции кровопотеря превысила средний показатель и составила 900,0 мл. Длительность безводного периода из числа экстренно оперированных в обследуемых группах существенно не различалась, только у 4 больных в основной группе безводный период был более 14 ч.

В обеих группах при кесаревом сечении использовался шовный материал викрил, методика зашивания разреза на матке в обеих группах — однорядный непрерывный шов с последующей перитонизацией за счет пузырно-маточной связки. Всем больным в обеих группах по поводу перитонита после кесарева сечения выполнены радикальные операции, релапаротомия, экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости. Пациентам основной группы после релапаротомии и экстирпации матки с трубами в послеоперационном периоде проводилась лимфотропная терапия по вышеизложенной методике. Курс лечения 7–10 дней, в день 1 инъекция лимфотропно.

Пациентам контрольной группы после экстирпации матки с трубами проводилась общепринятая комплексная терапия по традиционной методике внутривенно. Антибиотики больным контрольной группы назначались по общепринятой методике (Б.Л. Гуртовой и

соавт., 1996) комбинацией препаратов, действующих на анаэробные бактерии (метронидазол по 2,0 г в сутки внутривенно, линкомицин 3,0 г внутривенно), в сочетании с ампициллином в дозе 6,0–8,0 г в сутки или цефалоспорины III–IV поколения (в частности, клафоран по 4,0 г в сутки с гентамицином 240 мг в сутки). Нередко использовалась и монотерапия в зависимости от посева на чувствительность. Важно отметить, что если пациентам контрольной группы проводилась системная антибактериальная терапия, состоящая чаще всего из 2 и 3 препаратов, то в основной группе дозировка была только терапевтическая, предпочтение при этом отдавалось антибиотикам цефалоспоринового ряда III–IV поколения.

Результаты исследования и обсуждение

У больных основной группы и контрольной группы в послеоперационном периоде (после релапаротомии) выявлена гипертермия до 38–39°C. В результате лечения температура снизилась в обеих группах, в то же время в основной группе этот показатель снизился более существенно. Так, через 3 суток с момента операции данный параметр в основной группе 37,2±0,3°C, в контрольной группе 37,7±0,4°C. На 4–5-е сутки температура в основной группе нормализовалась у 70% больных, в контрольной группе — у 55%. Все пациенты обеих групп имели факторы риска, предрасполагающие к развитию послеоперационных осложнений и перитониту. Важным показателем при лечении больных является динамика АД и пульса (табл. 2).

Таблица 2

Показатели АД и пульса в группах

Показатели	1-й день после операции		Через 72 ч после операции		Достоверность
	основная группа	группа контроля	основная группа	группа контроля	
АД (мм рт. ст.)	98,19±2,3	102,14±1,4	110±3,7	108±2,9	p < 0,05
Пульс за 1 минуту	110±3,2	112±3,4	82±0,92	88±3,1	p < 0,05

Как видно из таблицы, у большинства больных в обеих группах было снижено систолическое давление. Снижение систолического давления в обеих группах объясняется более тяжелым контингентом больных с гнойно-септическими осложнениями. В результате лечения, по мере купирования воспалительной реакции, АД нормализовалось, однако в основной группе стабилизация данного показателя происходила достоверно быстрее, чем в контрольной группе. Через 3 суток (72 ч) с момента операции ни в одной группе не было пациенток с АД ниже 100 мм рт. ст. Аналогичные данные были получены при анализе пульса. У пациенток в обеих группах была тахикардия. В результате проведенного лечения пульс снизился в обеих группах, однако необходимо отметить, что данный показатель в основной группе стабилизировался более существенно, чем в контрольной группе.

В ходе интенсивной терапии показатели СОЭ уменьшились в группах, однако данная динамика снижения СОЭ была достоверно более выражена в основной группе (у больных с лимфотропной терапией). При анализе исходного уровня лейкоцитоза можно отметить повышенный уровень в обеих группах ($12,2 \pm 14$). При динамическом наблюдении на фоне проводимой терапии также выявлено достоверно выраженное снижение лейкоцитоза до $8,4 \pm 0,26$ тыс. на 3-и сутки в основной группе и $9,4 \pm 42$ тыс. в контрольной, а на 7-е сутки в основной группе снижение отмечено до $5,6 \pm 22$ тыс., в контрольной $8,2 \pm 33$ тыс. ($p < 0,05$).

Одним из важных показателей уровня интоксикации считается лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), являющийся отношением различных форм нейтрофилов к остальным формам лейкоцитов. Исходные величины лабораторных показателей в обеих группах были повышены до уровня, характеризующего высокую степень интоксикации (уровень ЛИИ превышал 7,2 у.е.). В результате проводимой комплексной лимфотропной терапии паховых лимфатических узлов в основной группе ЛИИ снижался более выраженно, чем в контрольной группе с традиционной терапией (с 7,2 у.е. снижался до $4,2 \pm 0,4$ в основной группе, в контрольной с 7,2 у.е. снижался до $5,22 \pm 0,33$ у.е.) ($p < 0,05$). В целом уровень ЛИИ снижался в основной группе к 7-м суткам до нормальных величин (0,3–1,5 у.е.). В контрольной группе ЛИИ к 7-м суткам был в пределах 4,8–1,8 у.е.

Выводы:

1. Данные лабораторного мониторинга свидетельствуют о значительном ускорении регресса гнойно-септических осложнений и достоверно более быстром активном снижении интоксикации у больных основной группы при лимфотропном введении медикаментов по сравнению с традиционным введением медикаментов внутривенно или внутримышечно.
2. Лимфотропное введение лекарств в комплексном лечении больных с перитонитом способствует повышению концентрации антибиотиков в очаге воспаления за счет усиления лимфообращения и является патогенетически обоснованным методом лечения.
3. Метод лимфотропной терапии прост в исполнении, доступен в любом лечебном учреждении и может быть рекомендован для применения в лечебных учреждениях родовспоможения.

Список литературы

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Тезисы докладов 9-го Всероссийского Научного форума «Мать и Дитя». М.: 2007. — С. 17–18.
2. Выренков О.Е., Шишло В.К., Андропова О.Г. Лимфатический узел как периферический орган иммунной системы. /Акт. пробл. клин. лимф. тез. докл. Всесоюзной

конф. Андижан 1991. – С. 24.

3. Вдовин С.В., Цыбизина Т.Н. Лимфотропная антибиотикотерапия в лечении послеоперационных эндометритов. // Тезисы докладов 2-й межобластной научно-практической конференции «Инфекции в акушерстве, гинекологии, перинатологии. Диагностика, лечение, профилактика». Саратов, 26–27 июня 1996. – С. 32.

4. Горин В.С., Кожухов С.М., Корнилов О.В. Лимфотропная антибиотикотерапия в комплексном лечении послеродового эндометрита. //Тезисы V съезда. Брест, 17–18 сентября 1991. – С. 84.

5. Колпакова Е.В., Кох Л.И. Тезисы докладов VI Российского форума «Мать и Дитя». М.: 2005. – С. 102.

6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Бахтияров К.Р., Клиндуков И.А. Органосохраняющие операции на матке при осложнениях беременности, родов и послеродового периода. Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М.: 2007. – С. 253–254.

7. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству. М.: Медицина, 2006. – С. 848.

8. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. М.: Медиздат 2003. – С. 704.

9. Стрижаков А.Н., Баев О.Р. Хирургическая техника операции кесарева сечения. М.: Миклаш 2007. – С. 168.

10. Стрижаков А.Н., Асланов А.Г., Тимохина Т.Ф. Инфекционные осложнения кесарева сечения. М., 2001. – С. 80–90.

11. Свиридова О.Н. Осложнения после кесарева сечения. Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – 3 (3). – С. 658.

12. Сафина М.Р., Герасимович Г.И., Овсянкина О.М. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения путем интраоперационного лимфотропного введения клиндамицина. // 1-й Белорусский международный конгресс хирургов. Витебск 1996. – С. 293–294.