

© Коллектив авторов, 2019
УДК 616.37.006.6(470.063)
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14042>
ISSN – 2073-8137

НОВОЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА У ЖЕНЩИН

А. Н. Айдемиров^{1,3}, Н. Г. Шахназарян^{1,2}, А. З. Вафин¹,
В. Я. Горбунков¹, А. М. Шахназарян¹, Э. А. Айдемирова¹

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Россия
² Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер, Россия
³ Ставропольская краевая клиническая больница, Россия

A NEW DEVICE FOR THE SYMPTOMATIC TREATMENT OF ASCITES IN WOMEN

Aidemirov A. N.^{1,3}, Shahnazaryan N. G.^{1,2}, Vafin A. Z.¹,
Gorbunkov V. Ya.¹, Shahnazaryan A. M.¹, Aidemirova E. A.¹

¹ Stavropol State Medical University, Russia
² Stavropol Regional Oncology Center, Russia
³ Stavropol Regional Clinical Hospital, Russia

Целью исследования является анализ эффективности использования нового приспособления для симптоматического лечения асцита у женщин.

Предлагаемый метод лечения по сравнению с традиционными имеет ряд преимуществ: постепенную, но постоянную эвакуацию асцитической жидкости, установку дренажной трубки в самую нижнюю точку брюшной полости, компактность и удобство применения, малую травматичность, улучшение качества жизни больных.

Ключевые слова: асцит, дренаж через задний свод влагалища, антирефлюксный клапан, лечение

The aim of the study is to analyze the effectiveness of the use of a new device for the symptomatic treatment of ascites in women.

The proposed method of treatment in comparison with traditional has several advantages: gradual, but constant evacuation of ascitic fluid, installation of a drainage tube at the lowest point of the abdominal cavity, compactness and ease of use, low injury rate, improvement of the quality of life of patients.

Keywords: ascites, drainage through the posterior vaginal vault, antireflux valve, treatment

Для цитирования: Айдемиров А. Н., Шахназарян Н. Г., Вафин А. З., Горбунков В. Я., Шахназарян А. М., Айдемирова Э. А. НОВОЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТА У ЖЕНЩИН. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019;14(1.1):30-32. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14042>

For citation: Aidemirov A. N., Shahnazaryan N. G., Vafin A. Z., Gorbunkov V. Ya., Shahnazaryan A. M., Aidemirova E. A. A NEW DEVICE FOR THE SYMPTOMATIC TREATMENT OF ASCITES IN WOMEN. *Medical News of North Caucasus*. 2019;14(1.1):30-32. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2019.14042> (In Russ.)

Асцит не является самостоятельным заболеванием, а обычно выступает как симптом того или иного тяжелого нарушения в организме. Основными причинами асцита являются: цирроз печени (75 %), злокачественные новообразования (10 %), хроническая сердечная недостаточность (3 %), туберкулез (2 %). В 10 % случаев асцит развивается в результате комплекса причин [1, 2].

Установлено, что максимальное количество жидкости, скапливающейся в брюшной полости при асците, может достигать 25 литров [3]. Накопление жидкости ведет к повышению внутрибрюшного давления и оттеснению диафрагмы в грудную полость. В результате значительно ограничиваются дыхательные движения легких (вплоть до развития ды-

хательной недостаточности), нарушается деятельность сердца, повышается сопротивление кровотоку в органах брюшной полости, функции которых также нарушаются. При длительно существующем асците нарушается дренирование лимфатической системы из-за избыточного давления жидкости: в области соединения лимфатической системы нижних конечностей и органов брюшной полости возникает нарушение оттока лимфы и, как результат, отёк конечностей. Наблюдается обратный ход лимфы из магистрального лимфатического сосуда (грудного лимфатического протока) во внутренние органы [1, 4].

Концентрация белка в серозной асцитической жидкости обычно относительно невелика, но при

массивном асците общие его потери могут быть значительными, особенно при частых повторных удалениях большого количества жидкости одновременно путем пункции брюшной полости (при этом потеря белка сочетается с потерей солей), что приводит к развитию тяжёлой белковой и электролитной недостаточности [5].

Асцит на фоне онкопатологии вызывает большие неудобства и функциональные нарушения, особенно в последней стадии [6]. Постепенное удаление асцита при этом способствует улучшению качества жизни пациента.

В общелечебной сети у больных с асцитом наиболее часто выполняется лапароцентез как паллиативное вмешательство. Он может завершаться установкой дренажей для длительной эвакуации жидкости. Эту процедуру, как правило, приходится выполнять каждые 3–4 недели с учетом состояния больного и скорости накопления асцитической жидкости. Быстрая разгрузка брюшной полости и снижение давления, создаваемого асцитической жидкостью, может приводить к вторичным деформациям внутренних органов, нарушению их архитектоники, трофики, возникновению ишемии, развитию фиброза [1, 3, 6].

Недостатками установки дренажа в брюшной полости является его подтекание, мигрирование и необходимость постоянного ухода за катетером, а также возможность развития перитонита и закупорки катетера. Одно из осложнений повторных пункций – сращение большого сальника или кишки с передней стенкой живота, что ухудшает работу кишечника и создает угрозу тяжелых осложнений при последующих пункциях [1, 4].

Целью исследования является анализ использования нового приспособления для симптоматического лечения асцита у женщин (патент № 163692 от 2017 г.) на основании сравнительной оценки лечения двух групп женщин с асцитом: контрольной – с проведением лапароцентеза и основной – с использованием нового приспособления.

Материал и методы. Наблюдались 34 женщины с асцитом различного генеза. Контрольную группу составили 20 женщин. У 6 (30,0 %) из них причиной асцита были злокачественные новообразования внутренних органов, у 14 (70,0 %) – заболевания печени и сердца, сопровождающиеся нарушением гемодинамики. В основной группе было 14 женщин, у 5 (35,7 %) из которых причиной асцита были злокачественные новообразования внутренних органов, у 9 (64,3 %) – декомпенсированная патология печени и сердца.

Приспособление для симптоматического лечения асцита у женщин состоит из силиконовой дренажной трубки длиной 10 см, диаметром 0,5 см (1) с антирефлюксным клапаном (2), устанавливаемой в задний свод влагалища, и кисетного вибрирового шва (3) для фиксации дренажной трубки (рис. 1). На гинекологическом кресле после осмотра наружных и внутренних половых органов в зеркалах, бимануально и ректовагинально задняя губа шейки матки (4) берется на пулевые щипцы (5). Выполняется пункция заднего свода влагалища (6) с использованием шприца (7). Эвакуируется асцитическая жидкость (8) (рис. 2). С помощью металлического (проволочного) проводника диаметром 0,1 см устанавливается дренажная трубка с клапаном, предназначенным для движения асцитической жидкости в одном направлении. Под местной анестезией в заднем своде влагалища выполняется кисетный шов викриловой

нитью, которой фиксирует дренаж с антирефлюксным клапаном.

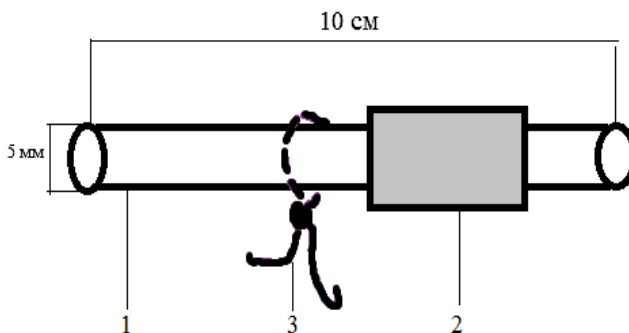


Рис. 1. Схема приспособления для симптоматического лечения асцита у женщин

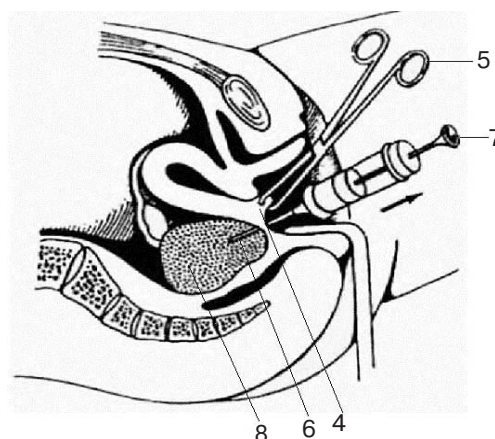


Рис. 2. Пункция заднего свода влагалища

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар у женщин контрольной группы живот был увеличен в объеме за счет асцита. Окружность живота в среднем составляла до 110 см, на коже живота определялся выраженный венозный рисунок, на нижних конечностях – отеки. Анализы крови: гемоглобин 114 ± 2 г/л; СОЭ 56 ± 2 мм/ч; лейкоциты $8,2 \pm 1,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты $156 \pm 4 \times 10^9$ /л; билирубин общий 18 ± 2 мкмоль/л; прямой 12 ± 1 мкмоль/л; мочевины $5,3 \pm 1,2$ ммоль/л; альбумины 44 ± 2 г/л; общий белок $53 \pm 2,1$ г/л. В моче лейкоциты – 10–15 в поле зрения.

Больным контрольной группы с асцитом выполнялся лапароцентез. Эвакуация асцитической жидкости проводилась в несколько этапов.

При выписке из стационара установлено небольшое снижение уровня гемоглобина, повышение количества тромбоцитов, содержания общего белка и альбумина, снижение (не до нормы) СОЭ.

Осложнения после лечения наблюдались у 3 (15 %) больных в виде подтекания асцитической жидкости из места выполнения лапароцентеза. Недостатком в лечении больных этой группы была необходимость повторного выполнения лапароцентеза – примерно каждые 3–4 недели. Большинство больных могло получать лечение амбулаторно. Женщины контрольной группы выписывались из стационара с рекомендациями повторного проведения лапароцентеза при увеличении количества асцитической жидкости в брюшной полости. Повторные, многократно проводимые пункции ухудшали качество жизни больных.

У женщин основной группы применялось новое приспособление для симптоматического лечения асцита, с помощью которого устраняется массив-

ное сдавление внутренних органов, нормализуется внутрибрюшное давление, лимфоотток, исчезают дыхательная, сердечная недостаточность, улучшается качество жизни. Технический результат, который может быть получен с помощью предложенной полезной модели, сводится к постоянному, медленному удалению асцитической жидкости из брюшной полости.

При поступлении в стационар у больных основной группы живот также был увеличен в объеме за счет асцита (окружность живота составила в среднем 108 см), на коже живота имел место выраженный венозный рисунок, на нижних конечностях – отеки. В анализах крови: гемоглобин 106 ± 4 г/л; СОЭ 42 ± 2 мм/ч; лейкоциты $7,9 \pm 1,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты $134 \pm 4,2 \times 10^9$ /л; билирубин общий 18 ± 2 мкмоль/л; билирубин прямой $16 \pm 1,6$ мкмоль/л; мочевины $4,3 \pm 1,4$ ммоль/л; общий белок 56 ± 2 г/л. В моче лейкоциты – 20–30 в п/зр.

После установки дренажа через задний свод влагалища во всех случаях отмечалось постоянное медленное отхождение асцитической жидкости из брюшной полости. В данном случае дополнительно необходимо использование подгузников для взрослых.

При выписке больных основной группы из стационара также наблюдалась в целом позитивная динамика клинико-биохимических показателей; в отличие от данных в контрольной группе установлено увеличение показателей гемоглобина (при сохранении прежнего количества эритроцитов), снижение уровня

мочевины. Повышение в крови уровней общего белка и альбумина было сопоставимо с таковым у женщин из группы контроля.

Состояние пациенток основной группы улучшилось, нормализовался сон, температура тела сохранялась в пределах нормы, отеки на нижних конечностях исчезли. Окружность живота при выписке составила 89 см. Суточный диурез – 1,5–2 л. Осложнений после лечения больных основной группы не наблюдалось.

При сравнительном анализе групп больных отмечено, что у женщин основной группы эвакуация асцитической жидкости из брюшной полости происходит в постоянном режиме, при этом отсутствует необходимость в повторных пункциях брюшной полости, наблюдается более быстрое восстановление показателей крови, не отмечается осложнений после лечения. В целом это способствовало значительному улучшению качества их жизни.

Заключение. Предлагаемая полезная модель по сравнению с традиционными методами лечения асцита и другими известными техническими решениями имеет преимущества в виде постепенной, но постоянной эвакуации асцитической жидкости с максимальным её удалением, что обеспечивается установкой дренажной трубки в самую нижнюю точку брюшной полости. Кроме того, следует отметить компактность и удобство применения приспособления, малую травматичность, отсутствие осложнений, улучшение качества жизни больных.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература/References

1. Махаринская Е. С., Березняков И. Г., Шаповалова Т. Б. Диагностика и лечение асцита и его осложнений. *Новости медицины и фармации*. 2011;21-22:393-394. [Maharinskaja E. S., Bereznjakov I. G., Shapovalova T. B. Diagnosis and treatment of ascites and its complications. *Novosti mediciny i farmacii*. – *News of medicine and pharmacy*. 2011;21-22:393-394. (In Russ.)].
2. Runyon B. A. Management of Adult Patients with Ascites Due to Cirrhosis: An Update. *Hepatology*. 2009;49(6):2088-2106. <https://doi.org/10.1002/hep.23261>
3. Cardenas A., Gines P. Лечение рефрактерного асцита. *Клиническая гастроэнтерология и гепатология*. 2009;2(5):401-405. [Cardenas A., Gines P. Treatment of refractory ascites. *Klinicheskaja gastrojenterologija i gepatologija*. – *Clinical gastroenterology and Hepatology*. 2009;2(5):401-405. (In Russ.)].
4. Rochling F. A., Zetterman R. K. Management of ascites. *Drugs*. 2009;69(13):1739-1760. <https://doi.org/10.2165/11316390-000000000-00000>
5. Wong F. Management of ascites in cirrhosis. *Gastroenterol. Hepatol*. 2012;27:11-20. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2011.06925>
6. Rosenberg S. M. Palliation of malignant ascites. *Gastroenterol. Clin. North Am*. 2006;35(1):189-199. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2005.12.006>

Сведения об авторах:

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, заведующий хирургическим торакальным отделением; тел.: 89624479697; e-mail: aaidemirov@mail.ru

Шахназарян Наталья Григорьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ДПО, врач-онколог; тел.: 89286393527; e-mail: aqua627@mail.ru

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры госпитальной хирургии; тел.: (8652)717003; e-mail: azvafin@mail.ru

Горбунков Виктор Яковлевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой поликлинической хирургии с курсом урологии; тел.: 89624014578; e-mail: polsurgery@stgmu.ru

Шахназарян Арсен Михайлович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии, эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; тел.: 89383538008; e-mail: dr.shakh@mail.ru

Айдемирова Элина Артуровна, ординатор; тел.: 89624479697; e-mail: aaidemirov@mail.ru