

Гемостазіологічні аспекти після планових та ургентних лапароскопічних операцій на придатках матки

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України, м. Суми

Післяопераційний період ускладнився у трьох спостереженнях (6,0%) розвитком тромбофлебиту м'язових вен правої гомілки, в одному (2,0%) – тромбоемболією легеневої артерії, не пов'язаної з розвитком гострого тромбофлебиту. У всіх спостереженнях після проведення консервативного лікування після операційні ускладнення були купейні. До операції показники коагуляційного гемостазу жінок, що отримували традиційне лікування, достовірно не відрізнялися від показників здорових жінок дітородного віку. Під час аналізу тромбоцитарної ланки гемостазу встановлено, що в передопераційний період кількість тромбоцитів була на 47,8% вище порівняно зі здоровими жінками. Крім того, достовірно вищими виявилися показники кількості, а саме: число малих агрегатів – у 2,2 раза, число великих агрегатів – у 2,9 раза, число агрегатів – у 2,3 раза вище. Інші показники тромбоцитарного гемостазу достовірно не відрізнялися від контрольної групи.

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик тромбогеморрагічних ускладнень у пацієнток після лапароскопічних операцій на придатках матки. Це диктує необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: лапароскопічні операції, стан гемостазу, ускладнення.

Впродовж останніх десятиліть проведення лапароскопічних операцій у гінекологічній практиці неухильно зростає, що пов'язано з перевагами цих операцій: мінімальною операційною травмою, сприятливим перебігом післяопераційного періоду, скороченням термінів стаціонарного лікування і тимчасової непрацездатності пацієнток, повнішим відновленням функції репродуктивної системи. Найчастішими свідченнями до лапароскопії є патологічні процеси маткових труб, доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників, генітальний ендометріоз, міома матки, трубна вагітність, вади розвитку статевих органів, трубна стерилізація [1–3].

За даними низки авторів [4–6], загальна кількість ускладнень при хірургічній лапароскопії становить від 15% до 30,0% і може перевищувати частоту ускладнень після традиційних втручань. Водночас активація тромбогенезу та ознаки хронічного ДВС-синдрому фіксують у 20,6% хворих [7–9]. У частини пацієнток тромбогемора-

гічні ускладнення не маніфестують клінічно, але можуть розвинутися після виписки зі стаціонару і найчастіше виявляються у вигляді стійкого посттромботичного ушкодження вен і хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок з розвитком посттромбофлебійного синдрому протягом трьох років в 35–69% хворих, що суттєво знижує їхню працездатність і якість життя [10, 11].

Дійсна частота тромбоемболічних ускладнень після лапароскопічних операцій залишається неуточненою. Не до кінця з'ясовані і механізми розвитку цих ускладнень.

Підвищення внутрішньочеревного тиску при лапароскопії призводить до порушення серцевої діяльності, зниження артеріального кровотоку в органах черевної порожнини, компресії нижньої порожнистої вени і обмеженню повернення з нижніх кінцівок, розширення венозних судин, що в своїй сукупності тією чи іншою мірою підвищує ризик тромбоутворення [12, 13].

Положення Тренделенбурга ще більш посилює ситуацію, впливаючи на перерозподіл об'ємів крові з урахуванням гравітаційних взаємодій і знижує швидкість венозного відтоку від верхніх відділів тулуба, що також може стати однією з причин тромбоемболічних ускладнень [14].

Мета дослідження: вивчення стану коагуляційного компонента гемостазу і морфофункціональні властивості тромбоцитів у гінекологічних хворих до і після виконання лапароскопічних операцій на придатках матки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було обстежено 50 жінок, прооперованих лапароскопічним шляхом на придатках матки. Клінічне та лабораторне обстеження здійснювалось до операції, через добу після неї, а також на третю і сьому добу.

Клінічне обстеження включало:

- вивчення скарг,
- аналіз анамнезу захворювання,
- вивчення анамнезу життя,
- аналіз гінекологічного та акушерського анамнезу,
- загальний огляд і спеціальне гінекологічне обстеження,
- бактеріоскопію відокремлюваного каналу шийки матки, піхви і сечівника,
- ультразвукове дослідження органів малого таза.

Аналізуючи перебіг лапароскопічної операції, враховували її тривалість, показники артеріального тиску, пульсу, частоту дихання, температуру тіла, вид анестезії, об'єм інтраопераційної крововтрати. У післяопераційний період оцінювали наявність і частоту тромбгеморагічних ускладнень, загальну тривалість перебування в стаціонарі і післяопераційний ліжко-день.

У жінок визначали кількість, морфологію і агрегатоутворення тромбоцитів, показники гемокоагуляції і фібринолітичної систем.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок коливався від 17 до 55 років. Середній вік жінок становив $30,7 \pm 1,8$ року. Більше половини обстежених жінок мали в анамнезі вагітність (60,0%), але лише в 1/3 вона закінчилася пологами (34,0%). Привертає увагу те, що у значної частини пацієнток акушерсько-гінекологічний анамнез був обтяжений абортами (40,0%), мимовільними викиднями (16,0%). У частини обстежених жінок були вказівки на позаматкову вагітність (4,0%) і пізній викидень (2,0%).

Частота екстрагенітальних захворювань становила 66,0%. При цьому найчастіше зустрічалися:

- захворювання сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба),
- серцево-судинні захворювання (артеріальна гіпертензія, вегето-судинна дистонія за гіпертонічним типом),
- хронічні захворювання травного тракту (хронічний гастрит, коліт, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки),
- хронічні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів (хронічний гепатит, жовчнокам'яна хвороба, хронічний опісторхоз),
- захворювання верхніх дихальних шляхів (хронічний бронхіт, трахеїт),
- варикозна хвороба нижніх кінцівок,
- ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз).

Було зафіксовано високу гінекологічну захворюваність обстежених жінок. У структурі гінекологічних захворювань провідне місце посідали полікістоз яєчників (40,0%), кисти і кістоми яєчників (38,0%), ендометріоз яєчників і маткових труб (32,0%), первинне і вторинне безпліддя (24,0% та 18,0% відповідно). Рідше виявляли патологію шийки матки (14,0%), гідросальпінкс (12,0%) і порушення менструальної функції (6,0%). Водночас поєднану гінекологічну патологію виявляли у 18,0% жінок.

Усіх пацієнток, що були госпіталізовані до стаціонару, було оперовано в плановому порядку. Показаннями для виконання лапароскопічних операцій були первинне і вторинне безпліддя (44,0%), кисти і кістоми яєчників (30,0%), ендометріоз яєчників і маткових труб (24,0%), гідросальпінкс (4,0%).

Під час аналізу об'єму і характеру виконаних операцій було встановлено, що найчастіше проводили розтин спайок в ділянці придатків матки (46,0%), хромогідротубацію (44,0%), електрокаутеризацію полікістозних яєчників (42,0%), резекцію і декортикацію яєчників (40,0%), пластику ампулярного відділу маткових труб (24,0%). У меншій кількості спостережень виконано вилущування кіст яєчників (14,0%), видалення маткових труб (12,0%) і хірургічну стерилізацію (6,0%). Середня тривалість операції становила $43,3 \pm 0,7$ хв, а об'єм крововтрати – $54,7 \pm 0,9$ мл.

Післяопераційний період ускладнився у трьох спостереженнях (6,0%) розвитком тромбофлебиту м'язових вен правої гомілки, в 1 (2,0%) – тромбоемболією легеневої артерії, не пов'язаної з розвитком гострого тромбофлебиту. У всіх спостереженнях після проведення консервативного лікування післяопераційні ускладнення були купейні.

До операції показники коагуляційного гомеостазу жінок, що отримували традиційне лікування, достовірно не відрізнялися від показників здорових жінок дітородного віку.

У першу добу після операції наголошувалося достовірно значуще ($p < 0,05$) збільшення показників активованого часу рекальцифікації (АЧР) – на 18,4%, активованого часткового тромбопластинового часу (АЧТЧ) – на 19,1%, протромбіновошл відношення (ПВ) – на 46,6%, міжнародних нормалізованих відносини (МНВ) – на 43,75%, фібриногену (ФГ) – на 25,9%, розчинних фібрин-мономерних комплексів (РФМК) – на 39,4%, продуктів деградації фібрину (ПДФ) – на 11,9% і достовірно значуще зниження значень антитромбіну III (АТ III) – на 17,9%, індексу резерву плазміногену (ІРП) – на 29,7%.

Достовірно значущі відмінності АЧР, ПВ, МНВ, ПДФ зберігалися до третьої доби після операції, АЧТЧ, РФМК, АТ-III і ІРП – до сьомої доби післяопераційного періоду.

Під час аналізу тромбоцитарної ланки гемостазу було встановлено, що в передопераційний період кількість тромбоцитів була на 47,8% вище ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками. Крім того, достовірно вищими виявилися показники, а саме: число малих агрегатів (ЧМА) – у 2,2 раза, число великих агрегатів (ЧВА) – у 2,9 раза, число агрегатів (ЧА) – у 2,3 раза вище.

Інші показники тромбоцитарного гемостазу достовірно не відрізнялися від контрольної групи.

Цікавим є також і той факт, що у жінок, які отримували традиційне лікування, в першу добу після операції відбувалося статистично значуще зниження дискоцитів (Д) – на 16,6% і підвищення сфероцитів (СЕ) – на 11,7%, число агрегатоутворюючих тромбоцитів (ЧАУ) – на 19,7%, ЧМА – на 29,7%, ЧВА – на 51,7%, ЧА – на 32,8%, тромбоцитарного чинника 3 (РЗ) – на 50,3%.

Достовірно значущі зміни Д, СЕ, ЧВА, РЗ порівняно з доопераційними показниками зберігалися до 3–4-ї доби, після операції, а СЕ і ЧАУ – до 5–7-ї доби після операційного періоду. Число тромбоцитів на 1–7-у добу після операції достовірно не відрізнялося від передопераційних показників та у всі терміни спостереження було вищим ($p < 0,05$) порівняно зі здоровими жінками дитородного віку. З першої до сьомої доби після операції відбувалося статистично значуще зменшення ЧМА, ЧВА, ЧА. Водночас навіть на 5–7-у добу після операції ці показники залишалися достовірно вищими порівняно зі здоровими жінками.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що післяопераційний період ускладнився у трьох спостереженнях (6,0%) розвитком тромбофлебіту м'язових вен правої гомілки, в одному (2,0%) – тромбоемболією легеневої артерії, не пов'язаної з розвитком гострого тромбофлебіту.

У всіх спостереженнях після проведення консервативного лікування післяопераційні ускладнення були купейні. До операції показники коагуляційного гемостазу жінок, що отримували традиційне лікування, достовірно не відрізнялися від показників здорових жінок дитородного віку.

Під час аналізу тромбоцитарної ланки гемостазу було встановлено, що в передопераційний період кількість тромбоцитів була на 47,8% вище порівняно зі здоровими жінками. Крім того, достовірно вищими виявилися показники, а саме: число малих агрегатів – у 2,2 раза, число великих агрегатів – у 2,9 раза, число агрегатів – у 2,3 раза вище. Інші показники тромбоцитарного гемостазу достовірно не відрізнялися від контрольної групи.

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик тромбогеморagicних ускладнень у пацієнток після лапароскопічних операцій на придатках матки. Це диктує необхідність удосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Гемостазиологические аспекты после плановых и urgentных лапароскопических операций на придатках матки В.А. Терехов

Послеоперационный период осложнился в трех наблюдениях (6,0%) развитием тромбофлебита мышечных вен правой голени, в одном (2,0%) – тромбозомболией легочной артерии, не связанной с развитием острого тромбофлебита.

Во всех наблюдениях после проведения консервативного лечения послеоперационные осложнения были купированы. До операции показатели коагуляционного гемостаза женщин, получавших традиционное лечение, достоверно не отличались от показателей здоровых женщин детородного возраста. При анализе тромбоцитарного звена гемостаза установлено, что в предоперационный период количество тромбоцитов было на 47,8% выше по сравнению со здоровыми женщинами. Кроме того, достоверно более высокими оказались показатели числа малых агрегатов – в 2,2 раза, число больших агрегатов – в 2,9 раза, число агрегатов – в 2,3 раза выше. Другие показатели тромбоцитарного гемостаза достоверно не отличались от контрольной группы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске тромбогеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопических операций на придатках матки. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: лапароскопические операции, состояние гемостаза, осложнения.

Hemostasiological aspects after the planned and urgent laparoscopic operations on the appendages of uterus

V.A. Terekhov

Postoperative period was complicated in three supervisions (6,0%) by development of thrombophlebitis of muscular veins of right shin, in one (2,0%) – thromboembolism of pulmonary artery, unconnected with development of sharp thrombophlebitis.

In all supervisions after the leadthrough of conservative treatment postoperative complications were with sleeping compartments. Before an operation the indexes of coagulative hemostasis of women, gettings traditional treatment, for certain did not differ from the indexes of healthy women of genital age. At the analysis of platelet link of hemostasis it is set by us, that in preoperative period an amount of thrombocytes was on 47,8% higher as compared to healthy women. In addition, for certain the indexes of number of small aggregation appeared more high – in 2,2 time, number of large aggregation – in 2,9 time, number of aggregation – in 2,3 time higher. Other indexes of platelet hemostasis for certain did not differ from a control group.

The results of the conducted researches testify to the high risk of thromohemorrhagic complications for patients after laparoscopic operations on the appendages of uterus. It dictates the necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic measures.

Keywords: laparoscopic operations, state of hemostasis, complications.

Відомості про автора

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОУ України, м. Суми. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Терехов Владимир Андреевич – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОУ Украины, г. Сумы. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

Information about the autor

Terekhov Vladimir A. – Department of obstetrics and gynecology of the Medical Institute of the Sumy State University MES of Ukraine, Sumy. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Howard JW, Jones HW, Wentz AC, Burnett LS. 2017. Novak's textbook of gynecology. Baltimore: Williams & Wilkins. 919.
2. Fan SX, Wang FM, Lin LS, Song YF. 2017. Re-treatments of recurrence after pelvic floor repair surgery. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 52(6):374-8.
3. Парашук ЮС, Грищенко МГ, Парашук ВЮ, Сафонов РА. 2017. Оперативна гінекологія: навч. посібник. Харків: ХНМУ, 132.
4. Frejka T, Gietel-Basten S. 2016. Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe after 1990. Comparative Population Studies. 41:3-56.
5. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017. WHO and the International Bank for Reconstruction and Development, 88.
6. Rana P, Kazmi I, Singh R et al. 2013. Ectopic pregnancy: a review. Arch. Gynecol. Obstet. 288(4):747-57.
7. Ridgeway BM, Cadish L. 2017. Hysteropexy: Evidence and Insights. Clin Obstet Gynecol. 60(2):312-23.
8. Bulletti C, De Ziegler D, Polli V. 2017. The role of leiomyomas in infertility. J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. 6(4):441-5.
9. Daraiv E, Echaud H, Benifla JL et al. 2015. Fertility after laparoscopic myomectomy: Preliminary results. Hum. Reprod. 12:1931-4.
10. Zafrakas M, Grimbizis G, Timologou A, Tarlatzis BC. 2014. Endometriosis and ovarian cancer risk: a systematic review of epidemiological studies. Front. Surg. 1:14-20.
11. Fortner RT, Ose J, Merritt MA et al. 2015. Reproductive and hormone-related risk factors for epithelial ovarian cancer by histologic pathways, invasiveness and histologic subtypes: Results from the EPIC cohort. Int J Cancer. 137(5):1196-208.
12. Darai E, Fauvet R, Uzan C, Gouy S et al. 2013. Fertility and borderline ovarian tumor: a systematic review of conservative management, risk of recurrence and alternative options. Hum Reprod Update. 19(2):151-66.
13. Tatum JM, Samakar K, Bowdish ME, Mack WJ. 2018. Videosophagography versus Endoscopy for Prediction of Intraoperative Hiatal Hernia Size. Am Surg. 84(3):387-91.
14. Юзько ОМ, Юзько ТА. 2015. Лапароскопія в діагностиці та лікування жіночої безплідності. Клінічна анатомія та оперативна хірургія. 2:35-6.