

Особенности гемостаза после лапароскопической консервативной МИОМЭКТОМИИ

А.А. Волошин

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске развития тромбгеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопической миомэктоми. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: лапароскопическая миомэктомия, гемостаз.

На протяжении последних десятилетий количество выполняемых лапароскопических операций в гинекологической практике неуклонно возрастает, что связано с преимуществами этих операций: минимальной операционной травмой, благоприятным течением послеоперационного периода, сокращением сроков стационарного лечения и временной нетрудоспособности пациенток, более полным восстановлением функции репродуктивной системы. Наиболее частыми показаниями к лапароскопии являются патологические процессы в маточных трубах, доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников, генитальный эндометриоз, миома матки, трубная беременность, пороки развития половых органов, трубная стерилизация [1–5].

По данным ряда авторов [1, 2], общее количество осложнений при хирургической лапароскопии составляет от 15 до 30,0% и может превышать частоту осложнений после традиционных вмешательств. При этом активация тромбогенеза и признаки хронического ДВС-синдрома имеют место у 20,6% больных [3]. У части пациенток тромбгеморрагические осложнения не манифестируют клинически, но могут развиваться после выписки из стационара и наиболее часто проявляются в виде стойкого посттромботического поражения вен и хронической венозной недостаточности нижних конечностей с развитием посттромбофлебитического синдрома в течение трех лет у 35–69% больных, что существенно снижает их трудоспособность и качество жизни [4, 5].

Истинная частота тромбоэмболических осложнений после лапароскопических операций остается неуточненной. Не до конца ясны и механизмы развития этих осложнений.

Повышение внутрибрюшного давления при лапароскопии приводит к нарушению сердечной деятельности, снижению артериального кровотока в органах брюшной полости, компрессии нижней полой вены и ограничению возврата из нижних конечностей, расширению венозных сосудов, что в своей совокупности в той или иной мере повышает риск тромбообразования [1–5]. Положение Тренделенбурга еще более усугубляет ситуацию, влияя на перераспределение объема крови с учетом гравитационных взаимодействий, и снижает скорость венозного оттока от верхних отделов туловища, что также может стать одной из причин тромбоэмболических осложнений [3].

Цель работы: изучить состояние коагуляционного компонента гемостаза и морфофункциональные свойства тромбоцитов у гинекологических больных до и после выполнения лапароскопической миомэктоми.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели были обследованы 30 женщин, которым выполняли операции на придатках матки лапароскопическим путем.

Клиническое и лабораторное обследование осуществляли до операции и через сутки после нее, а также на третьи и седьмые сутки послеоперационного периода.

Клиническое обследование включало изучение жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, гинекологического и акушерского анамнеза, общий осмотр и специальное гинекологическое обследование, бактериоскопию отделяемого канала шейки матки, влагалища и мочепускающего канала, ультразвуковое исследование органов малого таза.

Анализируя течение лапароскопической операции, учитывали ее продолжительность, показатели артериального давления, пульса, частоту дыхания, температуру тела, вид анестезии, объем интраоперационной кровопотери. В послеоперационный период оценивали наличие и частоту тромбгеморрагических осложнений, общую продолжительность пребывания в стационаре и послеоперационный койко-день.

В соответствии с целью у женщин определяли количество, морфологию и агрегатообразование тромбоцитов, показатели гемокоагуляции и фибринолитической систем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст женщин колебался от 24 до 57 лет. Средний возраст пациенток составил $37,1 \pm 1,2$ года.

Ранее беременными были 76,7% женщин, имели в анамнезе аборт 53,3% пациенток, 2 аборта и более – 33,3%. У значительной части пациенток акушерско-гинекологический анамнез был отягощен самопроизвольными выкидышами (23,3%).

Длительность основного заболевания составляла $3,3 \pm 0,4$ года. Размер матки составил $6,8 \pm 0,5$ нед, средний размер узлов – $4,0 \pm 0,6$ см.

Частота экстрагенитальных заболеваний составила 80,0%, при этом наиболее часто у женщин диагностировали хронические заболевания верхних дыхательных путей (хронический бронхит, трахеит), сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, вегетососудистая дистония, миокардиодистрофия), хронические заболевания печени и желчевыводящих путей (хронический гепатит, хронический калькулезный холецистит), заболевания мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, цистит), варикозную болезнь нижних конечностей. Реже отмечалось сочетание с эндокринными заболеваниями (сахарный диабет, гипотиреоз), ожирение, остеопороз, мастопатия. В период наблюдения и обследования женщин все хронические заболевания находились в состоянии ремиссии.

Среди основных вариантов сопутствующей генитальной патологии чаще других заболеваний наблюдались сальпингофорит (86,7%), эндометриоз (46,7%), поликистоз яичников (43,3%), кисты и кистомы яичников (36,7%), вторичное

бесплодие (30,0%), эрозия шейки матки (23,3%), реже – гидросальпингс (10%), нарушения менструальной функции (6,7%) и первичное бесплодие (3,3%).

Все пациентки, поступившие в стационар, были оперированы в плановом порядке. Наиболее часто показаниями для выполнения консервативной миомэктомии были сочетание с другими патологическими состояниями половых органов (63,3%), реже – гиперменструальный синдром (6,7%) и быстрый рост опухоли (3,3%).

У значительной части обследованных женщин лапароскопическая операция не ограничивалась консервативной миомэктомией и включала электрокоагуляцию яичников (36,7%), адгезиолизис (33,3%), выщипывание кисты яичников (26,7%), электрокаутеризацию яичников (23,3%), резекцию яичников (23,3%), сальпингэктомию (20,0%). Реже выполняли стерилизацию (16,7%), хромогидротубацию (16,7%), резекцию и коагуляцию эндометриоидных очагов (13,3%).

Клиническое течение послеоперационного периода осложнилось в двух наблюдениях (6,7%) развитием тромбоза вен конечностей.

При оценке основных показателей гемостаза нами установлено, что в предоперационный период отмечалось достоверно значимое по сравнению со здоровыми женщинами увеличение показателей активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ) – на 13,8%, тромбoplastинного времени (ТВ) – на 31,4%, протромбинового отношения (ПО) – на 50,0%, международного нормализованного отношения (МНО) – на 50,0%, снижение уровня антитромбина III (АТ-III) – на 15,5% и индекса резерва плазминогена (ИРП) – на 21,2%.

У женщин, перенесших консервативную миомэктомию, в первые сутки после операции отмечали статистически значимое увеличение показателей активированного времени рекальфикации (АВР) – на 16,1%, фибриногена (ФГ) – на 28,6%, растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) – на 76,3%, продуктов деградации фибрина (ПДФ) – на 13,87%, а также снижение уровня АТ-III – на 16,9% и ИРП – на 20,5%. Достоверные различия уровня ФГ по сравнению с предоперационными данными сохранялись до 3–4-х суток после операции, АВР, АТ-III, РФМК, ПДФ, ИРП – до 7-х суток послеоперационного периода. Значения АЧТВ, ТВ, ПО, МНО статистически значимо не отличались от дооперационных данных, но вместе с тем на 7-е сутки после операции оставались достоверно более высокими по сравнению со здоровыми женщинами.

При оценке тромбоцитарного звена гемостаза следует отметить, что в предоперационный период определялись статистически значимые различия показателей тромбоцитарного гемостаза по сравнению со здоровыми женщинами детородного возраста. При этом отмечалось увеличение количества тромбоцитов на 51,5%, сфероцитов (С) – на 30,0%, сфероэритроцитов (СЭ) – на 15,9%, число малых агрегатов (ЧМА) – на 59,7%, число больших агрегатов (ЧБА) – в 7,3 раза, число агрегатов (ЧА) – на 90,8%, тромбоцитарного фактора 3 (P₃) на 30,79% и уменьшение дискоэритроцитов (ДЭ) – на 9,3%.

В первые сутки после операции отмечалось достоверное увеличение количества ДЭ – на 26,9%, СЭ – на 24,8%, ЧАО – на 12,9%, ЧМА – на 78,8%, ЧА – на 60,8%, P₃ – на 46,4% и уменьшение дискоцитов (Д) – на 15,2%.

Статистически значимые различия показателей Д, СЭ, ЧАО, ЧМА, ЧА, P₃ по сравнению с предоперационными данными сохранялись до 3–4-х суток после операции, ДЭ – до 5–7-х суток послеоперационного периода. С 1-х по 7-е сутки после операции происходило статистически значимое снижение показателей С, СЭ, ЧАО, ЧМА, ЧБА и ЧА и повышение количества Д. Вместе с тем, на 5–7-е сутки после операции показатели СЭ, ЧМА, ЧБА и ЧА оставались достоверно более высокими, чем у здоровых женщин.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о высоком риске тромбогеморрагических осложнений у пациенток после лапароскопической консервативной миомэктомии. Это диктует необходимость усовершенствования алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий.

Особливості гемостазу після лапароскопічної консервативної міомектомії

А.А. Волошин

Результати проведених досліджень свідчать про високий ризик розвитку тромбогеморрагічних ускладнень у пацієнток після лапароскопічної міомектомії. Це вимагає вдосконалення алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів.

Ключові слова: лапароскопічна міомектомія, гемостаз.

Features of a hemostasis after laparoscopic conservative miomectomy

A.A. Voloshin

Results of the spent researches testify to high risk thrombohemorrhagic complications at patients after laparoscopic miomectomy. It dictates necessity of improvement of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions.

Key words: laparoscopic miomectomy, a hemostasis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азиев О.В. Серьезные осложнения лапароскопии / О.В. Азиев // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней. – М., 2007. – С. 157–160.
2. Александров В.С. Сочетанные операции в гинекологической практике / В.С. Александров, А.М. Ищенко, Н.В. Ведерникова и др. // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней. – М., 2008. – С. 462–464.
3. Баркаган З.С. Основы диагностики нарушений гемостаза / З.С. Баркаган, А.П. Момот. – М.: Ньюдиамед-АО. – 2009. – 224 с.
4. Бронштейн А.С. Лапароскопическая хирургия. Состояние проблемы и собственный опыт / А.С. Бронштейн, О.Э. Луцевич, В.Л. Ривкин // Межд. мед. журн. – 2008. – № 3. – С. 203–206.
5. Горин В.С. Гиперкоагуляция как одно из осложнений лапароскопических операций в гинекологии / В.С. Горин, Т.Г. Кондранина, Ю.А. Чурляев // Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении гинекологических болезней. – М., 2007. – С. 376–378.