

Реабілітація репродуктивної функції жінок після органозберігальних операцій на органах малого таза

А.Г. Корнацька, Г.В. Чубей, М.В. Бражук, В.К. Кондратюк
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Проведено аналіз результатів 353 органозберігальних операцій на органах малого таза. Оптимізація вибору операційного доступу, активне ведення післяопераційного періоду та використання в ранній післяопераційний період протеолітичних ферментів (Серрата®) сприяли відсутності ускладнень в післяопераційний період, зменшенню інтенсивності та тривалості больового синдрому. Віддалені результати свідчать про зменшення частоти спайкового процесу. Призначення серратіопептидази привело до відновлення репродуктивної функції у 58,1% пацієнток.

Ключові слова: органозберігальні операції, органи малого таза, спайковий процес, серратіопептидаза.

Спайковий процес та його наслідки є серйозною проблемою у гінекологічних хворих. Основними чинниками, які зумовлюють утворення спайок у малому тазі, є абдомінальна хірургія, запальні захворювання органів малого таза та зовнішній генітальний ендометріоз [1, 2].

У 90% пацієнтів, які перенесли великі порожнинні хірургічні операції, і, зокрема, у 55–100% жінок після гінекологічних операцій виявляють ті чи інші ознаки спайкового процесу [3]. Під час клінічних і патологоанатомічних досліджень пацієнтів, які перенесли лапаротомії, внутрішньочеревні спайки виявлені у 70–90% хворих [4, 5]. Зменшення болю в 60–90% випадків після роз'єднання спайок органів малого таза та черевної порожнини свідчить про взаємозв'язок між спайковим процесом та больовим синдромом [6].

Особливої актуальності проблема спайкового процесу набуває при проведенні органозберігальних операцій з метою відновлення і збереження репродуктивної функції. За даними ВООЗ, одно- або двостороння оклюзія маткових труб може сформуватися у 15% пацієнток після апендектомії, у 60–80% пацієнток після оперативних втручань на яєчниках, консервативної міомектомії, з приводу трубної вагітності, особливо виконаних за екстремними показаннями [7].

Формування спайок призводить до того, що органи зміщуються і фіксуються в нефізіологічному положенні, порушується їхня гемодинаміка і функції, що спричинює виникнення хронічного тазового болю, який практично нічим не купірується. Тривалий больовий синдром дезорганізує центральні механізми регуляції важливих функцій організму людини, змінює психіку та поведінку людей, порушує їхню соціальну адаптацію [8].

Механізм розвитку післяопераційного спайкового процесу є багатофакторним. Основними факторами є механічна інтраопераційна травма, ішемія тканин, шкідливий вплив на очеревину шовного матеріалу, що не розсмоктується, активація післяопераційної інфекції на тлі зниження в результаті травми місцевого та загального імунітету, наявність крові в черевній порожнині, тривалість операції. Важливу роль

відіграють також індивідуальні особливості організму (в тому числі гіперактивність його сполучної тканини) і спадковість [7].

Хірургічна травма є тригером каскаду реакцій, який починається з руйнування тучних клітин, викиду гістаміну і підвищення проникності судинної стінки, і, як наслідок, відкладення фібрину. Загоєння очеревини є комбінацією фіброзу і мезотеліальної регенерації. Фібринозні відкладення формуються протягом 3 год після операції. Якщо лізис фібрину не відбувся, в ці скупчення проростають кровеносні судини і мігрують фібробласти. Більшість фібринозних відкладень є транзиторними і розсмоктовуються протягом 72 год, але індукована травмою супресія перитонеального фібринолізу призводить до формування спайок [9].

У більшості проведених досліджень лапароскопічні втручання мали співставну з лапаротомними частоту виникнення спайкового процесу, незважаючи на те, що при лапароскопічних втручаннях локальні дії зводяться до мінімуму. Проблемою лапароскопії виявилися десикація і ацидоз очеревини, пов'язані з використанням карбоксиперитонеуму. Це призводить до концентрації в периферійному кровотоці речовин, що сприяють формуванню спайок і пригнічують репаративні процеси [10].

Профілактика та лікування спайкової хвороби є складним завданням, що пов'язане, насамперед, із відсутністю оптимальних методів їх попередження. Загоювання ран очеревини після хірургічної травми, як і реакція на запалення, починається з коагуляції, яка реалізується багатьма хімічними сигналами через каскад реакцій. Найважливішими клітинами, які беруть участь у даному процесі, є поліморфноядерні лейкоцити, макрофаги, мезотеліальні клітини і фібрин. Попередником спайок є матриксний гелевий фібрин, який утворюється протягом кількох етапів: формування фібринового полімеру, взаємодія з фібронектином і серією амінокислот.

Найефективнішими методами профілактики спайкової хвороби очеревини вважається використання малотравматичних хірургічних технологій під час операцій, а також лікарських засобів, що запобігають розвитку спайок в післяопераційний період. Існує дві категорії засобів: це препарати, які порушують запальний каскад, що призводить до спайкоутворення (до них належать нестероїдні протизапальні засоби, глюкокортикостероїди, антигістамінні препарати, антибіотики, антикоагулянти, фібринолітичні ферменти), а також засоби, що розділяють серозні поверхні на час ранньої стадії їхнього загоєння [7].

Важливу роль у патофізіології утворення спайок відіграє дефіцит перитонеальної фібринолітичної активності, зокрема тканинного активатора плазміногену. Як результат, фібриновий зв'язок між пошкодженими поверхнями очеревини зберігається довше терміну її загоєння (період загоєння для парієтальної очеревини становить 5–6 днів, а для

вісцеральної – 5–8 днів) і ремезотелізація відбувається вже на поверхні спайок, що утворилися [11].

Використання у ранній післяопераційний період протеолітичних ферментів, зокрема серратіопептидази, яка блокує інгібітори плазміну, сприяє фібринолітичній активності останнього, розщеплює мікротромби фібрину, попереджає закупорку капілярів і сприяє відновленню мікроциркуляції [12].

Здатність серратіопептидази зменшувати і виводити рідину з місця запалення дозволяє зменшувати набряк і біль; це, в свою чергу, відбувається завдяки здатності даного ферменту блокувати вивільнення амінів, що спричинюють біль. У серратіопептидази також виявлено здатність стимулювати імунний захист організму і прискорювати перебіг запального процесу за допомогою розчинення і виведення імунних комплексів, а також розщеплювати мертві і пошкоджені тканини, змінювати поверхню адгезивних молекул [13].

Мета дослідження: вивчити ефективність використання протеолітичного ферменту серратіопептидази (препарат Серрата®) для профілактики спайкового процесу в ранній післяопераційний період після органозберігальних операцій на органах малого таза.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів 353 органозберігальних операцій на органах малого таза, виконаних у відділенні планування сім'ї і оперативної реабілітації ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України».

Загальноклінічні методи дослідження проводили згідно з рекомендаціями ВООЗ і включали вивчення анамнезу хвороби, репродуктивного анамнезу, скарг, а також загальносоматичне та гінекологічне обстеження. Крім стандартного клініко-лабораторного обстеження проводили ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза з використанням апарату SIEMENS (датчик частотою 7 МГц). Лапароскопічне втручання проводили з використанням лапароскопа Carl Storz (Німеччина).

Ведення пацієнток в післяопераційний період було активним і включало призначення інфузійної терапії, оптимальної за об'ємом і складовими компонентами, за показаннями, медикаментозну корекцію функціональних систем, відповідний режим та дієту. Антибактеріальну терапію здійснювали інтраопераційно та протягом 2–3 діб.

До схеми ранньої реабілітації включали призначення серратіопептидази (препарат Серрата®), враховуючи її високу протизапальну активність, яка перевищує таку інших протеолітичних ферментів, здатність зменшувати больовий та набряковий синдром, сприяти покращанню репаративних процесів. Вживання препарату Серрата® починали з 3–5-го дня післяопераційного періоду по 1 таблетці (10 мг) тричі на добу протягом 10 днів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основними показаннями до оперативного втручання були безплідність трубно-перитонеального генезу у 92 пацієнток (26,1%), безплідність ендокринного генезу та поєднання з трубно-перитонеальним фактором у 56 пацієнток (15,9%), доброякісні утворення яєчників у 76 пацієнток (21,5%), лейоміома матки у 67 пацієнток (18,9%) та позаматкова вагітність у 62 хворих (17,6%). З використанням лапаротомного доступу було прооперовано 164 пацієнтки (46,5%), а шляхом лапароскопічного – 189 хворих (53,5%).

Лапаротомному доступу надавали перевагу при виконанні консервативної міомектомії, що дозволяло видалити максимальну кількість лейоматозних вузлів та сформувати

анатомічно правильну матку з метою відновлення генеративної функції жінки. У хворих з безплідністю трубно-перитонеального та ендокринного генезу методом вибору був лапароскопічний доступ (у 100% жінок з ендокринним чинником та у 62% з трубно-перитонеальним). При вираженому спайковому процесі та супутній патології органів малого таза у жінок з трубно-перитонеальною безплідністю використовували лапаротомний доступ у 38% пацієнток. На вибір доступу при оперативному лікуванні доброякісних утворень яєчників також впливали наявність вираженого спайкового процесу, поєднання пухлиноподібних уражень яєчників з непрохідністю маткових труб, патологією матки, які потребували хірургічної корекції, а також розміри пухлиноподібних утворень.

Обґрунтуванням для вибору лапароскопічного методу лікування хворих з позаматковою вагітністю були наявність прогресивної вагітності та гемодинамічна стабільність пацієнтки. У гемодинамічно нестабільних пацієнток з наявністю значних анатомічних змін придатків матки, вираженого спайкового процесу органів малого таза та черевної порожнини було застосовано лапаротомний доступ. За необхідності виконували симультанні операції.

При підвищеній кровоточивості тканин, зокрема при позаматковій вагітності та консервативній міомектомії, з метою зупинки кровотечі, кращого співставлення тканин та обмеження спайкоутворення використовували кровоспинну пластину Тахокомб.

Усі пацієнтки були репродуктивного віку від 21 до 44 років, в середньому 33,4±2,5 року. Основними скаргами пацієнток були больовий синдром (40,8%), найчастіше при позаматковій вагітності (65%) та при безплідності трубно-перитонеального генезу (66%). При цьому, у хворих із позаматковою вагітністю біль носив характер нападів, які періодично повторюються, різної інтенсивності. При безплідності біль був ниючого, періодичного характеру.

Частою скаргою у пацієнток було порушення менструального циклу. Так, у 100% пацієнток з ендокринною безплідністю мали місце оліго- або аменорея. У хворих з лейоміомою матки у 65% випадків були гіперполіменорея та менометроррагії. В інших групах такі порушення менструальної функції, як дисменорея, нерегулярний менструальний цикл та інші, спостерігалися у 40% випадків. Для хворих із позаматковою вагітністю характерними були затримка менструації у 71% пацієнток та кров'янисті виділення у 74% випадків.

При УЗД у жінок з лейоміомою матки визначали збільшення розмірів матки від 11 до 26 тиж вагітності за рахунок лейоматозних вузлів, форма її була неправильної, мноюгрий гетерогенної структури. Множинні вузли виявлено у 68% жінок, поодинокі – у 32%. Діаметр вузлів від 20 до 120 мм. Використання УЗД дозволило встановити точну локалізацію вузлів, їхні розміри.

Ультразвуковими критеріями трубної вагітності були збільшення матки за відсутності плодового яйця в її порожнині, потовщення М-еха, візуалізація в проекції придатків матки (ізолювано від яєчників), виявлення утворення з негомогенною ехографічною структурою та підвищеним рівнем звукопоглинання, візуалізація жовтого тіла в одному з яєчників, наявність вільної рідини в порожнині малого таза.

УЗД пацієнток з доброякісними утвореннями яєчників дозволяє виявити характер утворення, його розміри, локалізацію, розміщення відносно інших органів, наявність здорової яєчкової тканини з метою прогнозування можливості органозберігального лікування. У жінок з фолікулярними кістами яєчників ехографічно візуалізувались тонкостінні утворення з гладенькими зовнішньою та внутрішньою поверхнями, округлої форми, з наявністю од-

норідного анехогенного вмісту та високого рівня ехопозитивності, за кістою візуалізувався характерний ефект посилення ультразвуку. Кісти жовтого тіла візуалізувались як одностороннє ураження яєчника розмірами від 3 до 6 см, розміщене збоку матки, з товстою стінкою, наявністю високої звукопровідності. Ехографічними відмінностями кісти жовтого тіла від фолікулярної кісти були щільна капсула товщиною від 2 до 6 мм та ехопозитивний порожнинний вміст. Характерними ехографічними ознаками ендометріодних кіст були округла форма, дрібнозерниста однорідна структура внутрішнього вмісту, що практично не зміщується на тлі підвищеної звукопровідності, нерівномірно потовщена капсула, подвійний контур та локалізація кісти, як правило, збоку та позаду матки.

Для синдрому полікістозних яєчників при УЗД характерними були збільшені розміри яєчників, наявність значної кількості анехогенних утворень діаметром 3–8 мм, розташованих здебільшого під потовщеною капсулою, гіперехогенність стромы.

Ознаки спайкового процесу при УЗД були розташовані поряд з маткою, відсутність руху яєчників при збільшенні тиску датчиком або пальпачі передньої черевної стінки, наявність рідинних утворень у малому тазі, не пов'язаних з яєчником (гідросальпікс, серозоцеле).

Слід зазначити, що післяопераційний період у всіх пацієнток перебігав без ускладнень. Нами не було виявлено відхилень показників лабораторних досліджень у пацієнток, що отримували препарат Серрата® з метою ранньої реабілітації. У післяопераційний період відзначали значне зниження інтенсивності больового синдрому та його тривалості, що пов'язано з дією протеолітичних ферментів, а саме: блокуванням вивільнення больових амінів із запалених тканин, лізісом мікротромбів та фібринових агрегатів в області ураження шляхом гідролітичного розщеплення пептидних зв'язків, покращанням кровообігу, оксигенації та відновлення клітин. Включення до схеми реабілітаційної терапії пре-

парату Серрата® дозволило зменшити дози та тривалість використання анальгетиків і покращити якість життя хворих.

Хворі, оперовані лапароскопічним доступом, були виписані зі стаціонару на 2–3-ю добу; після органозберігальних втручань, проведених із застосуванням лапаротомного доступу, – на 7–8-у добу.

У реабілітаційний період з метою відновлення репродуктивної функції пацієнткам призначали препарат Серрата®. Рекомендована схема вживання препарату Серрата® на цьому етапі ведення пацієнток включала пероральне вживання препарату по 10 мг тричі на добу з 16-го по 25-й день менструального циклу протягом 3 міс.

У пацієнток з нереалізованою репродуктивною функцією на наступному етапі реабілітаційної терапії через 1,5–2 міс після операції проводили гістеросальпінгографію з метою визначення стану маткових труб. Встановлено, що маткові труби були прохідними у 80% випадків. Хворі значно рідше зазначали наявність больового синдрому та порушень менструального циклу, ультразвукових критеріїв спайкового процесу не було виявлено.

При аналізі віддалених результатів лікування встановлено настання вагітності у 58,1% жінок: від 42,4% у пацієнток з трубно-перитонеальною безплідністю до 87,5% у пацієнток з ендокринним фактором безплідності.

ВИСНОВКИ

Таким чином, призначення препарату Серрата® у ранній післяопераційний період хворим після органозберігальних втручань на органах малого таза позитивно впливає на перебіг післяопераційного періоду, а саме: призводить до зменшення больового та набрякового синдромів, покращання репаративних процесів, профілактики виникнення спайкового процесу органів малого таза. Ефективна рання реабілітаційна терапія з включенням до схеми лікування препарату Серрата® сприяла відновленню репродуктивної функції у 58,1% пацієнток.

Реабілітація репродуктивної функції жінки після органосохраняючих операцій на органах малого таза

А.Г. Корнацкая, Г.В. Чубей, М.В. Бражук, В.К. Кондратюк

Проведен аналіз результатів 353 органосохраняючих операцій на органах малого таза. Оптимізація вибору операційного доступу, активне ведення післяопераційного періоду та використання в ранній післяопераційний період протеолітичних ферментів (Серрата®) способували отсутствию ускладнень в післяопераційний період, зменшенню інтенсивності та тривалості больового синдрому. Довготермінові результати свідчать про зменшення частоти спаечного процесу. Назначення сerratіопептидази привело до відновлення репродуктивної функції у 58,1% пацієнток.

Ключевые слова: органосохраняющие операции, органы малого таза, спаечный процесс, сerratіопептидаза.

Rehabilitation of women's reproductive function after organ preserving surgery for pelvic organs

A.G. Kornatska, G.V. Chubei, M.V. Brazhuk, V.K. Kondratyuk

Analysis of results of 353 organ preserving surgery on the pelvic organs was conducted. Optimizing choice of surgical approach, active postoperative care, and use of proteolytic enzymes (Serrata®) in the early postoperative period contributed to the absence of complications in the postoperative period, along with decrease in the intensity of pain and its duration. Long-term results showed decrease in the frequency of adhesions. Indication of serratіоpепtidase helped to restore reproductive function in 58,1% of patients.

Key words: organ preserving surgery, pelvic organs, adhesions, serratіоpепtidase.

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 489-47-41. E-mail: alla.kornatska@gmail.ru.com

Чубей Галина Валериевна – Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61. E-mail: chubei_galina@bigmir.net

Бражук Марина Викторовна – Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61. E-mail: marinabrazhuk@bigmir.net

Кондратюк Валентина Константиновна – Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины, 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-38-61. E-mail: kondratyuk_valentina@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бурлев В.А. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики / В.А. Бурлев, Е.Д. Дубинская, А.С. Гаспаров // Проблемы репродукции. – 2009. – № 3. – С. 36–44.
2. Гладчук И.З. Профилактика спаикообразования после хирургического лечения бесплодных женщин с миомой матки и эндометриозом / И.З. Гладчук, Н.Н. Рожковская, А.П. Рогачевский [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 5. – С. 148–150.
3. Robertson D. Adhesion prevention in gynaecological surgery / D. Robertson, G. Lefebvre // JOGC. – 2010. – Vol. 32, № 6. – P. 598–602.
4. Таран О.А. Сучасні аспекти діагностики та профілактики післяопераційного спайкового процесу у жінок репродуктивного віку: автореферат дис. ... канд. мед. наук :14.01.01 – Акушерство та гінекологія. – Львів, 2008. – 20 с.
5. Матвеев Н.Л. Результаты применения 4% раствора икодекстрина для профилактики спаечного процесса после хирургических и гинекологических операций / Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян, М.А. Дигаева // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 3. – С. 45–54.
6. Дарагмех М.М. Характеристика системного и локального иммунитета при воспалительном поражении брюшины, как причины развития спаечного процесса // Буковинський медичний вісник. – 2007. – № 1. – С. 16–19.
7. Сидоренко В.Н. К вопросу о патогенезе и профилактике спаечного процесса органов брюшной полости при оперативных вмешательствах / В.Н. Сидоренко, Т.А. Хартанович, О.С. Лобачевская // Военная медицина. – 2011. – № 1. – С. 140–144.
8. Подзолкова Н.М. Симптом, синдром, диагноз / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 520 с.
9. Медведев М.В. Современные возможности профилактики спаечного процесса на примере консервативной миомэктомии / М.В. Медведев / 3 турботою про жінку. – 2012. – № 2. – С. 26–30.
10. Binda M.M. Hyperoxia and prevention of adhesion formation: a laparoscopic mouse model for open surgery / M.M. Binda, P.R. Koninckx // Bjog. – 2010. – Vol. 117, № 3. – P. 331–339.
11. Горелик П.В. Спаечная болезнь. Спаечная кишечная непроходимость. Патогенез, диагностика, тактика, лечение, профилактика: метод. реком. / П.В. Горелик, И.Я. Макшанов // Гродно, 2000. – 39 с.
12. Путинцев В.И. Серратиопептидаза (серта) в лечении заболеваний внутренних органов: метод. реком. / В.И. Путинцев, Н.М. Черникова // Луганск, 2005. – 19 с.
13. Лубяная С.С. Патогенетическое обоснование применения препарата серта в комплексной терапии женщин с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий / С.С. Лубяная, Н.А. Удовика, В.В. Макагонова, С.И. Анистратенко // Український медичний альманах. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 91–96.

Статья поступила в редакцию 17.04.2014