

## СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНТРАОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНИХ ВТРУЧАННЯХ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

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

### MODERN POSSIBILITIES OF PROPHYLAXIS OF INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS IN ORGANPRESERVING INTERVENTIONS ON THE SMALL PELVIS ORGANS

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

В умовах демографічної кризи в Україні та постійного збільшення частоти гінекологічних захворювань проблема збереження й відновлення репродуктивної функції набуває особливого значення. Органозберігальна хірургія посідає чільне місце серед інших методів лікування [1, 2].

У сучасній оперативній гінекології відзначають тенденцію до максимально обережного ставлення до матки, важливість виконання органозберігальних операцій не тільки з метою збереження репродуктивної функції, а й якості життя пацієнток [3, 4].

З захворювань органів малого таза найбільш часто виявляють доброякісні пухлини та пухлиноподібне ураження яєчників (ППУЯ), які посідають друге місце в структурі новоутворень репродуктивної системи жінки і становлять 19 – 25% усіх гінекологічних захворювань. ППУЯ зумовлюють серйозні медичні, соціальні й економічні проблеми. З найбільш значущих ускладнень виділяють порушення генеративної та сексуальної функцій, хронічний тазовий біль, розрив та перекрут кісти, схильність до рецидивів. Оперативні втручання на яєчниках зумовлюють необоротну втрату їх функціонального резерву, що в подальшому може спричинити їх гіпофункцію, ановуляцію та безплідність [5, 6].

Незважаючи на досягнуті успіхи ранньої діагностики, ектопічна вагітність є важливою медико—соціальною проблемою, пов'язани з нею ускладнення зумовлюють актуаль-

#### Реферат

Проаналізовані результати органозберігальних операцій на органах малого таза, виконаних у 337 пацієнток. За підвищеною кровоточивістю тканин у 39,3% жінок під час виконання пластичних операцій на маткових трубах з приводу ектопічної вагітності, кістектомії та консервативної міомектомії з метою припинення кровотечі використовували кровоспинну пластину Тахокомб. Це дозволило здійснити органозберігальні операції та уникнути ускладнень, пов'язаних з інтраопераційною кровотечею. Включення до реабілітаційної терапії препарату Серрата® сприяло зменшенню вираженості больового синдрому та частоти виникнення спайкового процесу після операції.

**Ключові слова:** захворювання органів малого таза; органозберігальні операції; інтраопераційна кровотеча.

#### Abstract

Results of organpreserving operations on a small pelvis organs, performed in 337 patients—women, were analyzed. While heightened bleeding capacity of tissues in 39.3% women—patients when performing plastic operations on uterine tubes for ectopic pregnancy, cystectomy and conservative myomectomy with objective to stop hemorrhage the bleeding cessating plate Tachocomb was applied. It have permitted to perform organpreserving operations, to avoid complications, connected with intraoperative hemorrhage. Inclusion of Serrata® preparation into rehabilitation therapy have promoted lowering of the pain syndrome severity and rate of occurrence of the adhesions process postoperatively.

**Key words:** diseases of the small pelvis organs; organpreserving operations; intraoperative hemorrhage.

ність проблеми вдосконалення методів її органозберігального лікування [7].

У сучасній медичній практиці важливого значення набуває профілактика ускладнень хірургічного лікування. Найбільш частим ускладненням абдомінальних операцій, незалежно від їх обсягу, доступу і досвіду хірургів, є кровотеча. Частота виникнення інтраопераційної кровотечі становить 4,86 на 1000 операцій, при цьому жодний метод гемостазу не є абсолютно безпечним і не виключає можливість виникнення ускладнень [8].

Інтраопераційна кровотеча є найбільш частим ускладненням консервативної міомектомії. Органоз-

берігальне лікування з приводу вузлової лейоміоми матки великих розмірів супроводжується кровототою понад 20% об'єму циркулюючої крові (ОЦК), яку спостерігають більш ніж у 40% хворих. Об'єм крововтрати при застосуванні лапароскопічного доступу на 20% перевищує такий при використанні лапаротомного доступу. З метою зменшення лейоміоматозних вузлів та інтраопераційної крововтрати деякі автори рекомендують перед операцією застосовувати агоністи гонадотропін рилізінг гормону [9, 10].

З метою припинення капілярної кровотечі в хірургічній практиці широко використовують місцеві гемостатичні засоби. Особливе місце

серед природних полімерів, які мають кровоспинні властивості, посідає колаген — один з основних структурних білків організму. У теперішній час найбільш ефективним гемостатичним засобом на основі колагену є гемостатична губка товщиною 0,5 см, вкрита з одного боку компонентами фібринового клею (висококонтрований фібриноген і тромбін), що сприяє зсіданню крові. Під час контакту з раною або рідинами організму фактори зсідання, що містяться у вкриваючому шарі, вивільнюються, і тромбін перетворює фібриноген на фібрин.

Мета роботи: вивчити ефективність заходів з попередження інтраопераційної кровотечі та спайкового процесу під час органозберігальних операцій на органах малого таза.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати органозберігальних операцій, виконаних на органах малого таза, у 337 хворих на базі відділення планування сім'ї та оперативної реабілітації.

Комплекс обстеження включав аналіз даних анамнезу та скарг пацієнток, загальний і гінекологічний огляд, комплексне передопераційне обстеження, ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза (апарат Siemens, Німеччина) з використанням піхвового датчика з частотою 7 мГц. Лапароскопічне втручання здійснювали з використанням лапароскопа Karl Storz (Німеччина).

Після операції хворим проводили адекватну як за обсягом, так і за компонентами інфузійну терапію, антибактеріальну терапію, рекомендували дотримання відповідного режиму, дієти, за показаннями здійснювали медикаментозну корекцію розладів функціональних систем. Інфузійну терапію після операції проводили протягом 2 — 3 діб і припиняли після відновлення функції кишечника та переведення хворих на ентеральне харчування. Хворих, оперованих з використанням лапароскопічного доступу, виписували на 2 — 3-тю добу; після органоз-

берігальних втручань з застосуванням лапаротомного доступу — на 7 — 8-му добу.

З метою попередження спайкового процесу після операції призначали препарат серратіопептидазу. Обґрунтуванням для включення препарату в схему ранньої реабілітації пацієнток було те, що серратіопептидаза має фібринолітичну, протизапальну та протинабрякову активність в уражених тканинах, при цьому її протизапальна активність перевищує таку інших протеолітичних ферментів. Препарат серратіопептидазу застосовували з 3 — 5-ї доби після операції по 1 таблетці (10 мг) тричі на добу протягом 10 діб.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізовані результати оперативного лікування 69 пацієнток з приводу ектопічної вагітності. Характерними скаргами пацієнток за наявності трубної вагітності були затримка менструацій (у 71%), кров'янисті виділення (у 74%), біль внизу живота від слабого до значного (у 65%), нудота (у 43%). Поєднання трьох симптомів відзначене у 56% пацієнток. З метою уточнення діагнозу проводили УЗД органів малого таза, визначали рівень хоріонічного гонадотропіну людини у крові. Увагу приділяли ультразвуковим критеріям трубної вагітності: збільшенню матки за відсутності плідного яйця в її порожнині; збільшенню М-ехи; візуалізації в проекції придатків матки (ізолювано від яєчників) утворення з неомогенною структурою та підвищеним звукопоглинанням; візуалізації жовтого тіла в одному з яєчників; наявності вільної рідини в порожнині малого таза.

У 31 (44,9%) жінки здійснено лапаротомію (ЛТ), у 38 (55,1%) — застосований лапароскопічний доступ (ЛСД). Підставою для вибору лапароскопічного методу були наявність вагітності та стабільність гемодинаміки. За нестабільності гемодинаміки, наявності значних анатомічних змін придатків матки, ураженого спайкового процесу органів малого таза та черевної порож-

нини застосовували ЛТ. В усіх пацієнток, незалежно від обраного доступу, здійснювали одно- або двобічний сальпінгооваріолізис, у 3 пацієнток під час лапароскопії та у 6 — ЛТ проводили адгезіолізис.

Вибір обсягу втручання залежав від тяжкості ураження маткової труби. При можливості виконання органозберігальної операції з використанням як ЛСД (у 33 пацієнток), так і ЛТ (у 27), перевагу віддавали сальпінготомії, оскільки вона асоціюється з більш високою частотою маткової вагітності у подальшому.

У 56,6% спостережень після розкриття стінки маткової труби поздовжньо у найбільш розширеній частині, видалення плідного яйця здійснювали коагуляцією ложа плідного яйця за допомогою біполярної коагуляції, у 43,3% — після проведення маніпуляцій відзначали підвищену кровоточивість. Цьому сприяло збільшення продукції ангіогенних факторів під час вагітності, що контролюють ріст, розвиток і регрес судин, а також стимулюють проліферацію клітин і тканин. Одним з активаторів ангіогенезу в органах репродуктивної системи жінок є судинно-ендотеліальний фактор росту, який, поряд з індукцією ангіогенезу, збільшує проникність стінки судин [11].

З метою попередження інтраопераційної кровотечі за неефективності механічних засобів, зокрема, біполярної коагуляції, у просвіт маткової труби в місці кровотечі вводили колагенову кровоспинну пластину. Сторону, вкриту факторами зсідання крові і позначену жовтим кольором, накладали на ранову поверхню і притискали затискачами протягом 3 — 6 хв, цього достатньо для припинення кровотечі.

У 7 хворих за ектопічної вагітності виконана тубектомія через розрив маткової труби або виражені деструктивні зміни.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 148 пацієнток репродуктивного віку з приводу ППУЯ. Показаннями до хірургічного лікування були: неефективність консервативної терапії, наявність параваріальних кіст, поєднані форми

ППУЯ, ендометріюїдні кісти діаметром понад 5 см, поєднання ППУЯ з непрохідністю маткових труб, захворюваннями матки (у пацієнток при порушенні репродуктивної функції).

Типовими скаргами хворих були: нипочий, періодичний біль внизу живота (у 32%), порушення менструального циклу (у 44%), дисфункція органів таза (у 6%), у 62,2% обстежених відзначено безплідність.

У 40,5% пацієнток виконані хірургічні втручання з застосуванням ЛСД, у 59,5% — ЛТ. В усіх спостереженнях пухлину видаляли з капсулою в межах неуразених тканин з подальшим формуванням яєчника. Оперативні втручання спрямовані на відновлення генеративної функції, для чого проведени хірургічні маніпуляції на маткових трубах (сальпінгостомія, сальпінгооваріолізис, фімбріопластика) та органах малого таза (коагуляція вогнищ ендометріозу, роз'єднання спайок).

У 30,4% хворих під час здійснення кістектомії відзначено підвищену кровоточивість тканини яєчників після видалення капсули кісти. З метою гемостазу використовували фібрин—колагенові пластини.

Капсулу і біоптат яєчника обов'язково направляли на гістологічне дослідження. Після хірургічного втручання з метою попередження рецидиву ППУЯ призначали всередину комбіновані естроген—гестагенні контрацептиви або гестагенні препарати.

Нами також проаналізовані результати оперативного лікування 120 пацієнток репродуктивного віку (від 27 до 48 років) з приводу вузлової форми лейоміому матки. Основними скаргами пацієнток були: порушення менструальної функції за типом гіперполіменореї (у 65%), больовий синдром (у 30%), порушення функції органів малого таза (у 7,5%), безплідність (у 60%), невиношування вагітності (у 14,2%). Тривалість безплідності від 3 до 12 років, у середньому ( $6,3 \pm 0,4$ ) року. Матка розмірами від 12 до 24 тиж вагітності, неправильної форми, неоднорідної консистенції. Множинні вузли виявлені у 67,5% жінок, поодинокі — у 32,5%. Діаметр вузлів від 20

до 120 мм. Хворим неодноразово проводили консервативне лікування без позитивних результатів.

Показаннями до оперативного лікування були швидкий ріст лейоміоми матки, симптомний перебіг, безплідність, звичне невиношування вагітності, неефективність консервативної терапії.

Розробка методу лапароскопічної міомектомії зумовила великий інтерес гінекологів усього світу. Перевагами ЛСД є відсутність розрізу передньої черевної стінки, низька частота утворення спайок, швидка реабілітація хворих. Всі ці переваги безперечні, особливо коли мова йде про втручання на придатках матки і видалення міоматозних вузлів, розташованих субсерозно. Проте, під час ЛСД неможливо відчуту тканину та виявити найдрібніші міоматозні вузли, без видалення яких операція не може бути повноцінною. Під час консервативної міомектомії необхідно сформувати анатомічно правильну матку, здатну виконувати всі функції, включаючи генеративну, що найкраще можна виконати тільки руками. Частота рецидивів після лапароскопічної міомектомії більша, ніж після операцій, виконаних з застосуванням ЛТ. Тому, з метою збереження і відновлення репродуктивної функції матки ми віддавали перевагу ЛТ.

Жінкам при поєднанні лейоміоми матки, аденоміозу та анемії II ступеня перед операцією призначали агоністи гонадотропін рилізінг гормонів (золадекс, декапептил, диферелін та ін.) 1 раз в 28 днів, 2 ін'єкції. Оперативне втручання виконували через 3 тиж після другої ін'єкції. Призначення цих препаратів дозволило за 2 міс підвищити рівень гемоглобіну, зменшити розміри вузлів, що дало можливість здійснити консервативну міомектомію з меншою крововтратою.

Хірургічне втручання на матці у більшості пацієнток поєднували з симультанними операціями: роз'єднанням спайок органів малого таза, пластичними операціями на маткових трубах (у 60,8%), кістектомією з збереженням неуразених тканин і формуванням яєчника, клиноподібною резекцією з приводу синдрому

полікістозних яєчників (у 45,8%).

У 50 жінок за наявності множинних вузлів, великої ранової поверхні після зашивання ложа вузлів та формування матки відзначали кровоточивість органа в ділянці накладених швів. З метою припинення кровотечі та для кращої герметизації тканин на ранову поверхню матки накладали гемостатичну пластину Тахокомб®. Використання пластин дозволило не тільки припинити кровотечу, а й уникнути накладання додаткових швів на м'яз матки, сприяло укріпленню швів і кращому збереженню тканини.

Ефективність використання місцевого кровоспинного засобу визначали за об'ємом інтраопераційної крововтрати, частотою післяопераційних ускладнень, параметрами гемодинаміки та лабораторними показниками. Слід відзначити, що в усіх пацієнток за наявності інтраопераційної кровотечі вдалося виконати органозберігальні операції на органах малого таза. Використання фібрин—колагенової пластини забезпечило достатній гемостатичний ефект в усіх спостереженнях, сприяло прискоренню досягнення кінцевого гемостазу. Об'єм інтраопераційної крововтрати при втручаннях з використанням пластин не відрізнявся від такого під час операцій без підвищеної кровоточивості тканин, що дозволило уникнути інтраопераційної гемотрансфузії. Післяопераційних ускладнень не було, всі пацієнтки виписані у строки, передбачені оперативним доступом та обсягом операції.

При порівнянні показників гемодинаміки у пацієнток до і після операції нами не виявлене достовірне зниження рівня гемоглобіну, зменшення кількості тромбоцитів. Показники зсідальної системи крові були в межах норми, що свідчило про відсутність системного впливу компонентів гемостатичної пластини.

Після операції відзначали зменшення інтенсивності больового синдрому та його тривалості, що, на нашу думку, пов'язане з впливом протеолітичних ферментів, а саме блокуванням вивільнення больових

амінів з запально—змінених тканин, лізісом мікротромбів та фібринових агрегатів в ділянці ураження шляхом гідролітичного розщеплення пептидних зв'язків, поліпшенням кровообігу, оксигенації та відновлення клітин. Включення до схеми реабілітаційної терапії серратонин-пептидази дозволило зменшити дози та тривалість використання анальгетиків і поліпшити якість життя хворих.

При аналізі віддалених результатів лікування у 233 пацієток, які

планували вагітність, встановлено достовірно меншу частоту больового синдрому та спайкоутворення у порівнянні з такою у жінок, у яких при виникненні інтраопераційної кровотечі не застосовували кровоспинну пластину та з метою реабілітації не призначали серратіо-пептидазу. У 114 (48,9%) жінок наступала вагітність.

Таким чином, обґрунтований вибір доступу для оперативного втручання, обсягу операції, проведення адекватної передопераційної

підготовки, комплексне використання механічних методів припинення інтраопераційної кровотечі та місцевих гемостатичних засобів, активне ведення післяопераційного періоду дозволили успішно виконати органозберігальні операції на органах малого таза, уникнути інтра— та післяопераційних ускладнень.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Органозберігаюча тактика при хірургічних втручаннях на органах малого таза — основа збереження репродуктивної функції жінки / І. Б. Вовк, А. Г. Корнацька, В. К. Кондратюк [та ін.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів—гінекологів України. — К., 2006. — С. 106 — 110.
2. Сидорова І. С. Миома матки / І. С. Сидорова. — М.: МИА, 2003. — 255 с.
3. Доброкачественные заболевания матки / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков [и др.]. — М.: ГЭОТАР—Медиа, 2011. — 281 с.
4. Михалевич С. И. Беременность, роды и послеродовый период у женщин с миомой матки / С. И. Михалевич, А. В. Капуста // Мед. новости. — 2011. — № 2. — С. 18 — 25.
5. Значение хирургического этапа в лечении больных с новообразованиями яичников / Е. П. Кузнецова, К. Г. Серебренникова, Ф. К. Тетелютина [и др.] // Мед. альманах. — 2010. — № 3 (12). — С. 83 — 86.
6. Тер—Овакимян А. Э. Состояние репродуктивного здоровья женщин после оперативного лечения доброкачественных кист яичников / А. Э. Тер—Овакимян, Л. Д. Оразмурадова // Казан. мед. журн. — 2008. — Т. 89, № 2. — С. 166 — 168.
7. Чернова И. С. Современные подходы к лечению женщин с эктопической беременностью различной локализации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 / И. С. Чернова. — М., 2011. — 24 с.
8. Сазонова Е. О. Безопасность лапароскопических операций на органах малого таза у женщин: автореф. дис. ... д—ра. мед. наук: спец. 14.01.01 / Е. О. Сазонова. — М., 2008. — 48 с.
9. Джабраилова Д. А. Интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов при оперативном лечении больных миомой матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.01 / Д. А. Джабраилова. — М., 2013. — 25 с.
10. Современный взгляд на комплексное лечение больных миомой матки / С. А. Леваков, А. Г. Кедрова, К. В. Кожурина [и др.] // Клини. практика. — 2010. — № 3. — С. 15 — 19.
11. Чернова И. С. Современные аспекты этиологии и патогенеза эктопической беременности (обзор литературы) / И. С. Чернова, А. В. Козаченко // Пробл. репродукции. — 2009. — № 5. — С. 28 — 22.

