

В. В. Овчинников, профессор С. А. Дворянский, профессор С. А. Садков

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У «ПРИШЛЫХ» ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА,
ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ МИОМЫ МАТКИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНАХ КРАЙНЕГО
СЕВЕРА

ЦГБ г. Нефтеюганска, Ханты-Мансийский

*автономный округ, кафедра акушерства и гинекологии КГМА, Региональный центр по лечению гемофилии
КНИИГ и ПК.*

Миома - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль матки. По данным Е. М. Вихляевой и Л. Н. Василевской (1981), Е. М. Вихляевой (1982, 1997), А. Л. Тихомирова и В. Н. Серова (2000) миома матки диагностируется у 10-30% женщин.

В настоящее время накоплено много данных, касающихся этиологии и патогенеза миомы матки (Е. М. Вихляева, Г. А. Паллади, 1982; Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий, 2000). Основным методом лечения этой патологии остается хирургический, в нем нуждается от 11% до 70% больных, причем у 80-90% из них выполняется радикальная операция (Г. Б. Дикке, 1998; И. С. Сидорова и соавт., 1998). По данным Н. П. Васильченко и соавт. (1990) частота осложнений после оперативного лечения достигает 27%. Одним из самых грозных осложнений, зачастую приводящих к летальному исходу, является венозный тромбоз и тромбоэмболия легочной артерии (В. А. Гологорский, А. И. Кириенко и соавт., 2001; Л. А. Озолина, 2000; Lidegnord, 1995, Hoffmann R., 1992). Частота венозных тромбозов после гинекологических операций достигает 29-30%. У женщин, оперированных по поводу миомы, послеоперационные флеботромбозы составляют 25-40%. При сочетании опухоли матки и варикозной болезни нижних конечностей частота тромбозов достигает 45% (О. В. Макаров, Л. А. Озолина, 1998).

Миома матки развивается на фоне повышенного содержания эстрогенов и дефицита прогестерона. Гиперэстрогемия и высокое содержание в ткани миоматозного узла тромбопластина является причиной активизации процессов свертывания крови (Б. И. Кузник, Н. В. Васильев и соавт., 1989; В. Г. Назаров, 1990; И. А. Пузырькова, 1999).

Цель нашей работы - провести сравнительный анализ состояния гемостаза у «пришлых» женщин - больных миомой матки, проживающих в условиях Севера, до операции и в раннем послеоперационном периоде. Перемещения в новые экстремальные условия требуют глубокого переключения важнейших физиологических систем на новый режим жизнедеятельности. По данным В. И. Хуснулина и соавт. (1999), начиная с третьего и последующих поколений, у этой категории жителей метаболические, психофункциональные, эндокринные и другие процессы жизнедеятельности приближаются к соответствующим показателям коренных жителей Севера. Для изучения возможных изменений системы гемостаза нами было обследовано 100 здоровых «пришлых» женщин (некоренной национальности, проживающих на Севере в первом поколении) - первичных доноров в возрасте от 18 до 44 (31,1±0,9) лет. Установлено, что система гемостаза у них находится в состоянии напряжения по сравнению с донорами средней полосы России. Можно предположить, что процессы коагуляции у больных миомой матки, проживающих в условиях Севера, усугубляются фоновым состоянием этой системы.

Исследования проводились на базе гинекологического отделения Нефтеюганской ЦГБ, Ханты-Мансийского автономного округа. Нами было обследовано 103 больных миомой матки, причем 32 из них после оперативного лечения. Средний возраст пациенток составил - 41,13±0,5 лет.

В анамнезе у больных были отмечены следующие заболевания: респираторно-вирусные инфекции - 90,3%; болезни ЖКТ и печени - 35,9%; хронические железодефицитные, гипохромные анемии - 33%; сердечно-сосудистые заболевания - 22,3%; ангина - 20,4%; болезни мочевыделительной системы - 14,6%; описторхоз - 11,7%; болезни дыхательной системы - 10,7%; эндокринопатии - 10,7%; психоневрологические заболевания - 4,9%; варикозная болезнь - 4,9%; болезни молочных желез - 4,9%; кожные болезни - 1,9%.

Ранее больные миомой матки перенесли следующие операции: аппендэктомия - 11 (10,7%); холецистэктомия - 6 (5,8%); операции на молочных железах - 3 (2,9%).

Таким образом, больные миомой матки имели широкий спектр экстрагенитальной патологии.

При объективном обследовании женщин, страдающих миомой матки, выявлена следующая гинекологическая патология: нарушение овариально-менструального цикла - 72,3%; бесплодие - 31,1%; патология шейки матки - 26,3%; эндометриоз - 22,3%; патология эндометрия матки - 22,3%; воспалительные процессы в половых органах - 21,4%; кисты и кистозные изменения яичников - 16,5%.

В анамнезе у обследуемых женщин было отмечено 13 лапаротомных и 1 лапароскопическое вмешательство по поводу гинекологической патологии.

Показаниями для оперативного вмешательства явились: миомы, осложненные геморрагическим синдромом - 10 (31,2%); быстрый рост опухоли - 10 (31,2%); множественная миома матки, опухоли больших размеров - 7 (21,9%); болевой синдром - 5 (15,7%).

Хирургическое лечение выполнялось в следу ющем объеме: надвлагалищная ампутация матки с придатками - 6 (18,8%); надвлагалищная ампу тация матки без придатков - 6 (18,8%); надвлага личная ампутация матки с трубами - 6 (18,8%); экстирпация матки без придатков - 3 (9,4%); эк стирпация матки с трубами и одним яичником - 3 (9,4%); консервативная миомэктомия - 3 (9,4%); пангистерэктомия - 2 (6,3%); экстирпация матки с трубами - 2 (6,3%); надвлагалищная ампутация с трубами и одним яичником - 1 (3,1%).

Оперативное вмешательство . проводилось под комбинированным многокомпонентным эн- дотрахеальным наркозом. Продолжительность операции составила: 1,33+0,09 час. Средний объем интраоперационной кровопотери по весо вому методу равен: 420,3+27,85 мл.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 2 пациенток (6,3%): гематомы в параметраль- ном пространстве и в области послеоперационно го рубца на передней брюшной стенке. Послеопе рационный койко-день составил 9,56±0,26.

С целью профилактики возможных тромбо- эмболических осложнений в предоперационном периоде проводилось изучение системы гемоста за, выявление групп риска по венозным тромбо- эмболическим осложнениям (ВТЭО), медика ментозная подготовка, эластическая компрессия нижних конечностей (Тромбоэмболические ос ложнения в акушерстве и гинекологии: Методи ческие рекомендации /Под редакцией проф. С. А. Дворянского, 2002).

Все больные миомой матки, оперированные нами, относились к группам низкого и умерен ного риска по ВТЭО. У пациенток средней груп пы риска в предоперационном периоде, кроме использования эластических бинтов, применя лись прямые антикоагулянты. Вводились не- фракционированный гепарин в дозе 2500-5000 ЕД 1-2 раза в сутки, низкомолекулярные гепари- ны - фраксипарин в дозе 0,3 мг (0,3 мл) и клек- сан в дозе 20 мг (0,2 мл) за 2 часа до операции под кожу передней брюшной стенки.

В послеоперационном периоде проводилось адекватное обезболивание, по показаниям - ин- фузионная терапия. При условии благоприятного исхода операции больным в течение 1-х суток разрешалось вставать, использование эластичес ких бинтов продолжалось на протяжении всего послеоперационного периода, включая и амбула торный этап лечения. Антикоагулянты начинали применять сразу после операции. Первая инъек ция гепарина натрия вводилась через 6 часов пос ле окончания оперативного вмешательства, су точная доза 15000-10000ЕД распределялась на 3-4 введения под кожу передней брюшной стен ки. Низкомолекулярные гепарины использова лись 1 раз в сутки в той же дозировке, что и пе ред операцией. Гепарины продолжали вводиться не менее 7-10 дней под контролем гемостазиог- раммы.

Исследования системы гемостаза проводи лись по общепринятым методикам до операции и на 3 сутки послеоперационного периода.

№	Показатели гемостаза	До операции n=71	После операции (3 сутки) n=32
1	Тромбоциты (x 10 ⁹ /л)	301,20+11,73	358. 8±22. 52*
2	Длительность кровотечения по Дьюке (мин.)	1,08+0,07	1,59+0,16*
3	Агрегация тромбоцитов с аденозиндифосфатом (АДФ) (%)	71,34±1,56	62. 25±1. 09*
4	Агрегация с адреналином (%)	77,55*2,84	66. 38±1. 16
5	Время спонтанного свёртывания крови (ВССК по Ли и Уайту) мин. начало конец	3,97+0,27 4,11+0,17	4. 09+0.19 4. 52+0.18
6	Фибриноген (Ф)(г/л)	3,10+0,12	4. 26+0. 21*
7	Протромбиновый индекс (ПТИ) (%)	91,28+1,35	93. 53+1. 53
8	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) (с)	33,87+0,55	31. 23+0. 56*
9	Тромбиновое время (с)	14,74+0,18	14. 33+0. 23
10	Антитромбин III (АТ III) (%)	98,13+1,98	90. 27±2. 69*
11	Фибринолитическая активность (Ф. А.) по Архипову (мин.)	8,28+0,53	18. 0±1. 55*
12	Время рекальцификации плазмы (ВРП) (с)	101,60+2,59	119. 70±5. 27*
13	Толерантность крови к гепарину (ТКГ) (с)	136,10+3,17	135. 0±4. 41
14	Растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК), ортофенантролиновый тест (мг%)	3. 76±0,08	5. 65+0. 44*

Результаты исследования представлены в таблице. Достоверность изменения показателей отмечена * при p<0,05.

Установлено, что количество тромбоцитов до операции составляло $301,20 \pm 11,73$, после - $358,8 \pm 22,52$ ($p < 0,05$). Функциональная активность красных кровяных пластинок определялась по длительности кровотечения и по агрегации с АДФ и адреналин-индукторами. До хирургического вмешательства длительность кровотечения составила $1,08 \pm 0,07$, после - $1,59 \pm 0,16$ при $p < 0,01$. Изучение агрегации тромбоцитов при использовании АДФ-индуктора выявило высокую степень достоверности ($71,34 \pm 1,56$ и $62,25 \pm 1,09$ при $p < 0,001$). Адреналин-агрегация соответственно составила $77,55 \pm 2,84$ и $66,38 \pm 1,16$ ($p > 0,05$), что указывает на достоверность изменений.

Начало спонтанного свертывания крови до операции $3,97 \pm 0,27$, после - $4,09 \pm 0,19$ при $p > 0,05$; конец ВССК $4,11 \pm 0,17$ и $4,52 \pm 0,18$ при $p > 0,05$. Содержание фибриногена в крови до операции было $3,1 \pm 0,12$, после оперативного вмешательства - $4,26 \pm 0,21$ ($p < 0,001$), отмеченные изменения имеют высокую степень достоверности. При сравнении ПТИ ($91,28 \pm 1,35$ и $93,53 \pm 1,53$ при $p > 0,05$) данные недостоверны. Отмечено, что различия показателей АЧТВ до операции ($33,87 \pm 0,55$) и после ($31,23 \pm 0,56$) достоверны ($p < 0,05$). Напротив, данные сравнения показателей тромбинового времени недостоверны ($14,74 \pm 0,18$ и $14,33 \pm 0,23$ при $p > 0,05$). Содержание АТIII до хирургического лечения составило $98,13 \pm 1,98$, после - $90,27 \pm 2,69$, $p < 0,05$.

Сравнительный анализ показал, что изменения в активности фибринолитической системы достоверны: ФА до операции $8,28 \pm 0,53$, соответственно после проведенного оперативного лечения - $18,0 \pm 1,55$ ($p < 0,001$). ВРП до и после хирургического вмешательства было $101,60 \pm 2,59$ и $119,70 \pm 5,27$, изменения показателей имели высокую степень достоверности ($p < 0,001$). Отмечено, что ТКГ, определенная до операции и после нее, имеет различия, но они недостоверны ($136,10 \pm 3,17$; $135,0 \pm 4,41$; $p > 0,05$). РФМК при показателях $3,76 \pm 0,08$ и $5,65 \pm 0,44$ в сравнении имеют высокую степень достоверности ($p < 0,001$).

Таким образом, есть основания утверждать:

1. Оперативное вмешательство активизирует ферментативное звено гемостаза (увеличение содержания Ф, РФМК, уменьшение АЧТВ, АТIII, угнетение ФА).

2. С учетом этих изменений больным с миомой матки перед операцией и после оперативного вмешательства, включая амбулаторный этап лечения, необходимо назначение терапии, направленной на профилактику ВТЭО.

Литература

1. Васильченко Н. П., Фирриченко В. И. Лечение больных миомой матки и его эффективность // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 2. - С. 7-10.
2. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. - М.: Медицина, 1981. - 159 с.
3. Вихляева Е. М., Паллади Г. А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. - Кишинев: Штиница, 1982. - 300 с.
4. Вихляева Е. М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1997. - № 3. - С. 21-23.
5. Гологорский В. А., Кириченко А. И., Андрияшкин В. В. Профилактика венозных тромбозомболических осложнений у госпитальных больных // Рос. мед. журн. - 2001. - № 3-4. - С. 110-113.
6. Дикке Г. Б. Использование электромагнитных волн миллиметрового диапазона в комплексной реабилитации женщин, перенесших надвлагалищную ампутацию матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1998. - № 4. - С. 89-92.
7. Кузник Б. И., Васильев Н. В. и др. Иммуногенез, гемостаз и неспецифическая резистентность организма. - М., 1989. - 448 с.
8. Макаров О. В., Озолина Л. А. Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии. - М., 1998. - 261 с.
9. Назаров В. Г. Тканевые факторы гемостаза женских половых органов и их физиологическое значение: Учебное пособие. - Пенза, 1990. - 15 с.
10. Озолина Л. А. Эффективность применения клексана для профилактики венозных тромбозов в оперативной гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 6. - С. 43-46.
11. Лузырькова И. А. Гемостазиологический скрининг при гормональной контрацепции // Акушерство и гинекология. - 1999. - № 2. - С. 34-37.
12. Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). - СПб.: Элби, 2000. - 236 с.
13. Сидорова И. С., Караулов А. В., Курашвили Ю. Б. К вопросу о патогенезе «ложного» роста миомы матки у женщин репродуктивного возраста // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1998. - № 4. - С. 87-88.
14. Тихомиров А. Л., Серов В. Н. Современные принципы диагностики, лечения и профилактики лейомиомы // Рос. мед. журнал. - 2000. - № 11. - С. 473-475.
15. Тромбозомболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Методические рекомендации / Хлыбова С. В., Гусева В. В., Осокина А. А. // Под редакцией проф. Дворянского С. А.: Киров: Изд-во КГМА, 2002. - 30 с.
16. Хуснулин В. И., Вильгельм В. Д., Скосырева Г. А., Поворознюк Е. П. Современный взгляд на народную медицину Севера. - Новосибирск, 1999. - 281 с.
17. Lidégnord // Br. J. Obstet. Gynecol. - 1995. - Vol. 102, № 2. - P. 153-159.
18. Hoffmann R. // Ther. Umsch. - 1992. - Bd 49, № 12. - S. 815-824.