

Алгоритм ведения онкогинекологических больных с высоким риском развития локальных воспалительных процессов после экстирпации матки

А.В. Степанян, А.С. Сирунян

НЦО им. В.А. Фанарджяна МЗ РА, Медицинский Центр «Шенгавит»

375073, Ереван, ул. Фанарджяна, 76

Ключевые слова: экстирпация, матка, осложнения, риск послеоперационный, воспалительный, ведение, алгоритм

Среди оперативных вмешательств в онкогинекологии широко применяется экстра-фасциальная экстирпация матки. Только в США ежегодно выполняется 590 000 таких операций [5,6]. Однако в настоящее время после операций по поводу злокачественных новообразований женских гениталий как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде наблюдаются локальные воспалительные осложнения, среди которых одно из ведущих по частоте мест занимают послеоперационные инфильтраты параметриев, гнойные параметриты и воспалительные процессы в культе влагалища. На их долю приходится до 70% всех послеоперационных осложнений [10,8]. При этом у онкологических больных, параметриты зачастую протекают бессимптомно и выявляются в стадии такого тяжелого септического осложнения как абсцесс [9].

В статьях и монографиях, посвященных хирургическому лечению заболеваний женской половой сферы, приводятся лишь общие рекомендации по диагностике послеоперационных параметритов, а в качестве профилактики предлагаются различные варианты антибиотикотерапии [7,3]. В качестве другой меры предупреждения воспалительных инфильтратов и абсцессов параметриев применяются способы ушивания культи влагалища, обеспечивающие бестампонное дренирование параметриев – открытые способы [2]. При этом одни авторы рекомендуют рутинное их применение, другие предпочитают закрытые способы из-за длительных и вялотекущих культитов, зачастую осложняющих послеоперационный период при «открытых» способах [1, 4, 5, 8]. Отсутствие четких научно обоснованных показаний к применению того или иного метода и точного алгоритма действий зачастую делает проблему выбора трудноразрешимой для оперирующего врача.

Целью настоящего исследования явилась разработка алгоритма ведения онкогинекологических боль-

ных, направленного на предупреждение и раннюю диагностику локальных воспалительных осложнений после экстирпации матки.

Материал и методы

Работа основана на данных 450 больных злокачественными опухолями и предраковой патологией матки, получивших хирургическое и комбинированное лечение в период с 1988 по 1998 г.

Всем больным в качестве основного компонента лечения произведена операция – экстрафасциальная экстирпация матки. Закрытый способ ушивания культи влагалища, предусматривающий ушивание передней и задней стенки культи влагалища друг с другом отдельными узловыми рассасывающимися швами, между которыми проходят две дренажные трубки, применен у 280 больных (62,2%). Открытый способ, при котором стенки культи влагалища обшиваются непрерывным обвивным швом, применен у 84 больных (18,7%). Разработанный нами комбинированный способ (А/С No 440 от 15.05.98) осуществляется следующим образом: после удаления матки на боковые стенки культи влагалища накладываются отдельные швы, охватывающие по 1/3 его просвета, после чего передняя и задняя стенки обшиваются непрерывным обвивным рассасывающимся швом с захватом листков широкой связки матки. Данный способ применен у 86 больных (19,1%). Лейкоцитарный индекс инфильтрации Кальф-Калифа, характеризующий наличие или отсутствие воспалительных инфильтратов в организме, рассчитывался на основании данных общего анализа крови по следующей формуле:

$$ЛИИ = \frac{4Ми + 3Ю + 2П + С}{(Л + Мо) (Э + 1)},$$

где Ми – миелоциты, Ю – юные, П – палочкоядер-

ные, С - сегментоядерные нейтрофилы; Пл - плазматические клетки; Л - лимфоциты; Мо - моноциты; Э - эозинофилы

В качестве основного метода определения достоверности различий исчисляемых значений признаков при построении таблиц сопряженности использован критерий соответствия Пирсона χ^2 . Средние величины (М) в таблицах приведены со своими стандартными ошибками (m). Сравнение средних произведено методом one-way ANOVA.

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ данных проводился в клинических группах, сформированных согласно способу ушивания культи влагалища. При этом выявлено следующее: среди 450 обследованных больных, осложнения, обусловленные недостаточным оттоком из брюшинного пространства, - параметриты наблюдались у 54 (12,0%), при этом основная часть параметритов наблюдалась в группе с закрытым способом ушивания культи влагалища, где из 280 больных послеоперационный период сопровождался указанными осложнениями у 50 (17,9%). Четыре случая отмечено среди больных с открытым способом ушивания. У больных с комбинированным способом ушивания культи влагалища такого рода осложнений не отмечено, так как швы, наложенные на боковые стенки культи, защищают ткани параметриев от непосредственно контакта с нестерильной средой влагалища.

Первичное заживление раны культи влагалища отмечено у 85% больных с закрытым способом, у 6% больных с открытым способом и у 25% с комбинированным способом. В первой клинической группе (закрытый способ) средний срок заживления раны составил $2,07 \pm 0,7$ недель, во второй группе (открытый способ) - $5,39 \pm 0,13$ недель и в третьей группе (комбинированный способ) заживление раны длилось в среднем $2,81 \pm 0,86$ недель ($P < 0,021$).

Анализ степени информативности ряда клинических, лабораторных и инструментальных критериев выявил, что у 53,7% больных жалобы по осложнению появились на 7-е сутки после операции, причем ни у одной больной, оперированной по поводу злокачественной опухоли, раньше 7-х суток жалоб не было, тогда как из 10 женщин, оперированных по поводу предраковой патологии, у 7 жалобы появились на 4-5-е сутки послеоперационного периода. Средняя длительность лихорадочного периода у больных с параметритами составила $12,3 \pm 3,1$ суток, тогда как у больных с неосложненным послеоперационным периодом данный показатель составил $4,1 \pm 1,1$ ($P = 0,0023$). При этом в группе больных с параметритами пик температурной кривой приходился именно на 4-5-е сутки по-

сле операции, то есть в фазе формирования воспалительного инфильтрата. Отёчность и инфильтрация параметриев при бимануальном исследовании отмечались в течение первых 4 суток после операции у 71% больных, однако в группе больных с неосложненным течением послеоперационного периода начиная с 4-х суток отмечалось прогрессирующее уменьшение болезненности и инфильтрации параметриев при бимануальном исследовании: так на 5-е сутки после операции инфильтраты пальпировались у 72,8% больных, на 6-е сутки - у 60,5%, на 7-е сутки - у 54,4% и на 8-е сутки - у 48,2% больных. В группе больных с параметритами отмечалась прямо противоположная тенденция: на 4-е сутки после операции инфильтрация в параметриях определялась у 75,9%, на 5-е сутки - у 88,8%, на 6-е сутки - у 90% больных.

Для определения оптимального времени проведения УЗИ у больных с высоким риском развития параметритов нами проанализирована взаимосвязь длительности времени, затраченного на ликвидацию параметритов, и сроков выполнения ультразвукового исследования органов малого таза. Наиболее эффективным лечение параметритов оказалось у больных, у которых осложнение выявлено на 4-5-е сутки после операции. Информативность ультразвукового исследования, проведенного на 4-е сутки после операции, составила 79,1%, на 5-е сутки - 91,0% и на 6-е сутки - 97,3%, при этом больные с ложноотрицательным результатом исследования, как правило, страдали повышенной массой тела, или у них имел место метеоризм.

Лейкоцитарный индекс инфильтрации (ЛИИ), характеризующий наличие или отсутствие инфильтратов и абсцессов в организме, определялся ежедневно в течение первых 10 суток после операции у 27 больных с параметритами и у 35 больных с неосложненным послеоперационным периодом. Средний показатель ЛИИ на 1-2-е сутки после операции в обеих группах больных был почти одинаковым и колебался в пределах $1,35 \pm 0,8$ ($P = 0,03$). У больных с неосложненным послеоперационным течением к 5-ым суткам после операции показатель ЛИИ соответствовал норме ($0,6 \pm 0,07$), тогда как в группе больных с параметритами отмечалось прогрессирующее увеличение ЛИИ, достигающее $1,8 \pm 0,06$ на 6-7-е сутки.

В результате проведенного клинико-статистического анализа степени влияния различных факторов на частоту развития локальных воспалительных процессов построена регрессионная модель индивидуального прогноза, включающая 7 прогностических признаков, каждый из которых может иметь до 4 степеней выраженности (табл. 1, 2).

Таблица 1

Прогностические признаки и их градация

Прогностические признаки	Градация признака
Стадия заболевания	0 – предрак 1 – I 2 – II 3 – III
Анатомическая форма роста опухоли	0 – нет 1 – экзофитная 2 – смешанная 3 – эндофитная
Распад опухоли	0 – нет 1 – есть
Инфильтрация связочного аппарата матки	0 – нет 1 – есть
Сопутствующие воспалительные заболевания органов малого таза	0 – нет 1 – аднексит 2 – метроэндометриит 3 – аднексит + метроэндометриит 4 – пиометра
Миома матки	0 – нет 1 – прочие формы 2 – межсвязочная 3 – рождающаяся
Предоперационная противоопухолевая терапия	0 – нет 1 – гормонотерапия 2 – химиотерапия 3 – лучевая терапия

Таблица 2

Регрессионный коэффициент прогностических признаков, $P = 0,002$

Прогностические признаки	Регрессионный коэффициент (β)
Стадия заболевания	0.081
Анатомическая форма роста опухоли	0.112
Распад опухоли	0.407
Инфильтрация связочного аппарата матки	0.057
Сопутствующие воспалительные заболевания органов малого таза	0.249
Миома матки	0.012
Предоперационная противоопухолевая терапия	0.047

жен быть благоприятным, т.е., у данной больной при ушивании культи влагалища закрытым способом послеоперационных воспалительных осложнений в параметриях возникнуть не должно. В тех случаях, когда величина итогового прогностического индекса $\beta > 1.0$, вероятность возникновения параметритов велика. У таких больных целесообразно культю влагалища ушивать комбинированным способом.

Проведенный анализ клинических, лабораторных и инструментальных критериев показал их высокую ценность в плане раннего выявления и предупреждения локальных воспалительных осложнений, однако наиболее эффективно их использование в комплексе и в определенной последовательности, основанной на знании степени риска развития осложнений у конкретной больной и информативности каждого из критериев на данный момент послеоперационного периода. Решение поставленной задачи нами осуществлено путем построения алгоритма ведения больных с высоким риском развития параметритов (рис.).

Постановка индивидуального прогностического заключения осуществляется суммированием коэффициентов регрессии (β) для конкретной больной по формуле:

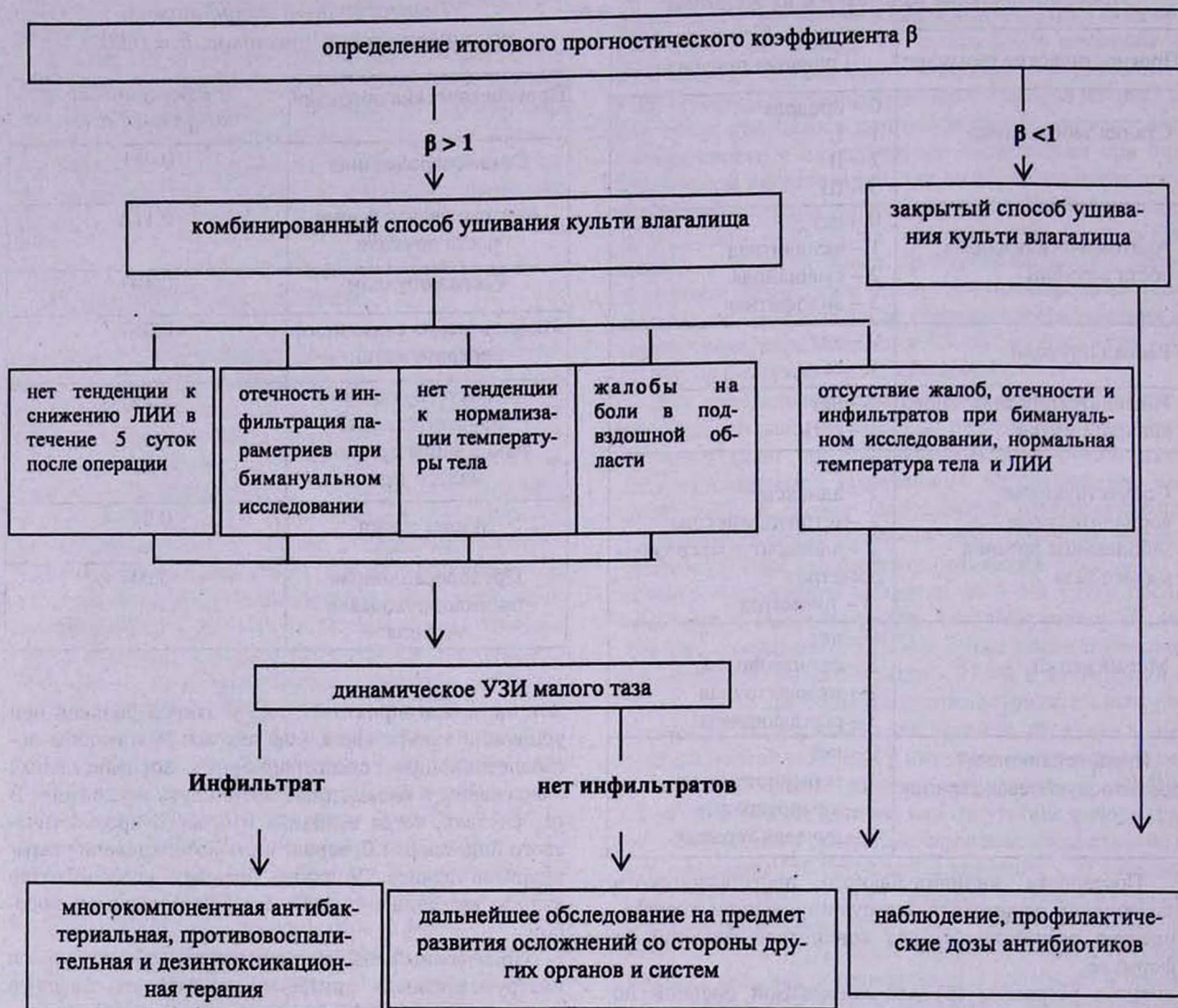
где β – величина итогового прогностического коэффициента

$\beta_1 \dots \beta_n$ – регрессионные коэффициенты прогностических факторов

$Z_1 \dots Z_m$ – степень выраженности прогностических факторов.

Если сумма коэффициентов $\beta < 1.0$, то прогноз дол-

Алгоритм ведения больных с высоким риском развития параметритов



Поступила 12.05.05

Արգանդի էքստիրպացիայից հետո տեղային բորբոքային պրոցեսների զարգացման բարձր ռիսկի օնկոգինեկոլոգիական հիվանդների վարման ալգորիթմը

Ա.Վ. Ստեփանյան, Ա. Ս. Միրունյան

Ներկայացած աշխատանքի նպատակն է. օնկոգինեկոլոգիական հիվանդների մոտ տեղային բորբոքային պրոցեսների վաղաժամ հայտնաբերմանը և կանխարգելմանը ուղղված ալգորիթմի մշակումը: Աշխատության հիմք են հանդիսացել կանացի սեռական համակարգի չարորակ և նախաչարորակ

կային հիվանդությունների կապակցությամբ վիրահատված 450 հիվանդների վերաբերյալ տեղեկությունները: Բորբոքային բարդությունների բնույթն ու հաճախականությունը վերլուծվել են երեք կլինիկական խմբերում, որոնք կազմավորվել են ըստ հեշտոցի ծայրատի կարման «քաղ», «փակ» և մեր

կոզմից արաջարկած «համակցված» եղանակի: Կլինիկական տվյալների վիճակագրական մշակման միջոցով որոշվել է հիվանդի հիմնական հիվանդությունը և կատարած բուժումը բնորոշող մի շարք գործոնների ազդեցությունը հետվիրահատական տեղային բորբոքային բարդությունների առաջացման հաճախականության վրա: Վերլուծված գործոններից ամենաազդեցիկները (ռոտացիոն ուղացված փուլ, աճի էնդոֆիտ ձև, նրա քայքայում, կապանների ինֆիլտրացիա, սեռական համակարգի զուգորդող բորբոքային հիվանդություններ, արգանդի միոմայի ծնվող և միջկապանային տեսակներ) ընդգրկվել են ռեգրեսիոն մոդելի մեջ, որի միջոցով հնարավոր է յուրաքանչյուր առանձին հիվանդի մոտ որոշել վիրահատությունից առաջ տեղային բորբոքային

պրոցեսի զարգացման ռիսկի աստիճանը և կիրառել ծայրատի կարման համապատասխան եղանակը:

Վերլուծվել են նաև տեղային բորբոքային բարդությունների մի շարք կլինիկական և գործիքային ախտորոշիչների տեղեկատվայնության աստիճանը հետվիրահատական շրջանի տարբեր ժամկետներում:

Ստացված տվյալների հիման վրա կառուցվել է բարձր ռիսկի խմբի հիվանդների հետվիրահատական շրջանի վարման ալգորիթմ, որը ներառում է հեշտոցի ծայրատի կարման համակցված եղանակի կիրառումը, հիվանդի բողբոքների, բիմանուալ քննության տվյալների, ջերմային ռեակցիայի գնահատումը, ինֆիլտրացիայի լեյկոցիտար ցուցիչի փոփոխությունները և դիմամիկական սոնոգրաֆիկ քննությունը 1-ից բարձր β գործակցով հիվանդների մոտ:

Management algorithm of oncogynecological patients with high risk of postoperative local inflammatory complications after hysterectomy

A.V. Stepanyan, A.S. Sirounyan

The goal of the research was the elaboration of algorithm of prevention and early diagnostics of postoperative local inflammatory processes after hysterectomy. The study was based on the data of 450 patients operated for malignancies and premalignant diseases of female genitalia. The frequency and type of complications were analyzed in 3 clinical groups with open, closed and combined methods of vaginal cuff closure. Statistical analysis of clinical data has shown a number of indices influencing the development of postoperative local inflammatory processes. The most significant ones (advanced stage of tumor, tumor necrosis, endophyte growth, extra uterine infiltration, genital inflammatory diseases, intraligamentary

and delivering myoma) were included in multiregression model, which allows assuming the risk of local inflammatory processes in each patient before surgery, and to use the most effective method of vaginal cuff closure. The informativity of several clinical and instrumental diagnostic criteria of these complications was also analyzed.

On the basis of the obtained data a protocol of postoperative management of high risk patients was developed. It assumes the combined method of vaginal cuff closure and consideration of patient's complaints, bimanual examination, temperature reaction, leukocyte infiltration index and pelvic USI, for prevention and early diagnostics of probable complications.

Литература

1. Лоскутова Г.П., Шашкова Н.Г., Штофмахер И.А. Вопросы онкологии, 1987, 6, с. 83.
2. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология (перевод с англ.) ГЭОТАР. М., Медицина, 1999.
3. Aharoni A., Kaner E., Levitan Z., Condrea A., Degani S., Ohel G. Int. J. Gynaecol. Obstet., 1998 Oct;63 (1):29-32.
4. Davies A., Hart R., Magos A., Hadad E., Morris R. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2002 Sep 10;104 (2):148-51.
5. Lambaudie E., Boukerrou M., Cosson M., Querleu D., Crepin G. Ann. Chir., 2000 May;125(4):340-5.
6. Nelson K.J., Gallup D.G., Gibbs R., Paulk W. South Med. J., 1985 Jun;77(6):700-2.
7. Rosaschino P., Palmerio G., Zambetti E., Gambarini A. Inerva Ginecol., 1995 Apr;47(4): 143-6.
8. Scialli A.R. Int. J. Fertil. Womens Med., 1998 Jul-Aug;43(4): 186-91.
9. Siekmann U., Heilmann L., Daschner F., Bornemann H. Geburtshilfe Frauenheilkd, 1983 Jan;43(1):20-6.
10. Tannirandom Y., Tuchinda K. J. Med. Assoc. Thai, 2001 May;84(5):693-6.