

УДК 618.131/.138-007.43/.44-036.87-092-07-089-036.83

© Р. М. Банахевич, 2013.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З РЕЦИДИВНИМ ГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ

Р. М. Банахевич

Кафедра акушерства та гінекології (зав. – професор В. О. Потапов), Державний заклад «Дніпропетровська медична академія міністерства охорони здоров'я України»; 49044, Україна, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського 9;
E-mail: banahevich@yandex.ru

PARTICULAR CHARACTERISTICS OF POSTOPERATIVE PERIOD IN WOMEN WITH RECURRENT GENITAL PROLAPSE

R. M. Banakhevych

SUMMARY

The results of treatment of 150 patients with recurrent genital prolapse are presented. For correction of recurrent prolapse forms, a technology with use of «soft»-class prosthetic meshes has been applied. A quantitative and qualitative study of the vaginal biocommunity state was performed in a day after the operation and in 90 days after it. The results of combined administration of estrogen drugs and antiseptics in the postoperative period have been estimated. It has been shown that the proposed medical complex helps to maintain an optimal state of vaginal biocommunity, improves tissue reparation, accelerates epithelization of vaginal mucosa in the postoperative suture area, reduces the risk of pressure ulcer development when using prolene implants, improves efficacy of surgical interventions. Combined application of local antiseptics with preparations containing promestrin can be an effective method of preventing infectious and inflammatory complications after reconstructive operations performed by vaginal access for recurrent genital prolapse.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВНЫМ ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

Р. М. Банахевич

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты лечения 150 пациенток с рецидивом генитального пролапса. Для коррекции рецидивных форм пролапса применили технологии с использованием сетчатых протезов класса «soft». Проведено количественное и качественное исследование состояния микробиоценоза влагалища через сутки после операции и через 90 суток. Оценены результаты совместного применения эстрогенсодержащих препаратов и антисептиков в послеоперационном периоде. Показано, что предложенный лечебный комплекс способствует поддержанию оптимального состояния биоценоза влагалища, улучшает процессы репарации тканей, ускоряет эпителизацию слизистой влагалища в области линии швов после операции, снижает риск развития пролежней при применении проленовых имплантов, повышает эффективность оперативных вмешательств. Комплексное применение местных антисептиков с препаратами, содержащими проместрин, может быть эффективным методом профилактики инфекционно-воспалительных осложнений после реконструктивно-пластических операций, выполненных вагинальным доступом при рецидиве генитального пролапса.

Ключові слова: генітальний пролапс, рецидив, післяопераційний період, аналіз.

Пролапс геніталій – особливий вид грижі з ознаками втрати нормальної анатомії м'язів і фасціально-лігаментарних структур тазового дна та ознаками опускання органів малого тазу з можливим порушенням їх функцій. Актуальність даної проблеми визначається високою частотою розвитку ознак пролапсу у жінок після 40 років та збільшенням тривалості життя жіночого населення. В структурі гінекологічної патології, що вимагає оперативного втручання, за даними різних авторів, на долю генітального пролапсу приходить 28-39% всіх оперативних втручань [1, 6, 11]. Так, за даними профілактичних оглядів жінок у Росії, у 60% виявляються опущення стінок піхви і матки, деформація промежини і шийки матки, нетримання

сечі, ректоцеле і т.д. [1, 6]. В Україні цей показник не визначався. За результатами надання гінекологічної допомоги жінкам в 2012 році в Дніпропетровській області, виконано 8342 гінекологічні операції, із них 1265 (15%) операцій з приводу генітального пролапсу. Оперативні втручання з рецидивом пролапсу виконано у 152 (12%) жінок. Показники кардинально не відрізняються за останні 5 років.

Основною проблемою, яка постає у післяопераційному періоді, є рецидив захворювання, що розвивається через 3-18 місяців після операції і залежить не тільки від техніки зробленої операції, але і від наявності та ступеня дисплазії сполучної тканини у оперованих хворих [11, 12]. За даними різних

авторів, рецидиви становлять від 10 до 30% [7, 8]. За нашими даними, у 51% пацієток, оперованих з приводу генітального пролапсу, виникає необхідність повторної операції з приводу рецидиву генітального пролапсу, і тільки 15-20% оперуються [9]. Однією з безпосередніх причин розвитку рецидиву генітального пролапсу є запальний процес в періопераційній зоні та безпосередньо в області післяопераційного шва. Це особливо важливо з урахуванням того, що вік пацієток з цією патологією, як правило, більше 50 років. У зв'язку із цим профілактику ускладнень в післяопераційному періоді необхідно розглядати як невід'ємну частину терапії, особливо у хворих похилого віку [4].

Хірургічне втручання є головним етапом у лікуванні в переважній більшості пацієток з рецидивом генітального пролапсу. Сама операція вважається «відносно чистою» або «забрудненою». Супроводжуючись масивним ушкодженням тканин, з відносно великою крововтратою спостерігається ризик розвитку великого числа інфекційних післяопераційних ускладнень [1, 2, 4, 7].

Хірургічне лікування впливає на стан природних анатомічних бар'єрів, що забезпечують стійкість організму до впливу інфекційних агентів зовнішнього середовища. У більшості хворих похилого віку спостерігається гіпоестрогенний стан і неспроможність організму відповідати на вплив інфекції [8].

Виходячи з даних літератури, мікробне обсіменіння операційної рани є неминучим навіть при ідеальному дотриманні правил асептики та антисептики. Доведено, що до кінця операції в 80-90% випадків операційна рана є заселена патогенною мікрофлорою, особливо «фекальною» [8, 10]. В умовах недостатньої стерильності в зоні дистального відділу сечовидільної системи та статевого тракту (відкрита рана) можливе більш пізніше інфікування післяопераційних ран [2, 4, 10].

Найбільш ефективним методом попередження гнійно-запальних ускладнень є адекватна антибіотико-профілактика, спрямована на мікроорганізми, які з найбільшим ступенем імовірності можуть інфікувати зону операції й викликати післяопераційні ускладнення [6]. В останні десятиліття змінився підхід до профілактики гнійно-септичних ускладнень у гінекологічних хворих. Воно полягає в максимально ранньому використанні профілактичної дози антибіотика широкого спектра дії. З одного боку, це дозволяє знизити кількість післяопераційних інфекційних ускладнень, а з іншого – появу нових стійких госпітальних штамів [6, 11]. Тому тривале використання антибіотиків в різних комбінаціях традиційних схем виявилось неефективним [6].

Для вирішення даної проблеми особливо увагу слід приділити техніці виконання операції, шовному матеріалу, що використовується при оперативному втручанні, та місцевому лікуванню із застосуванням

препаратів, що мають антисептичну дію на широкий спектр мікроорганізмів та викликають швидку репарацію тканин в зоні післяопераційних швів. Метою нашого дослідження було визначення найбільш ефективних післяопераційних лікувально-профілактичних заходів у жінок з рецидивом генітального пролапсу.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» в міському центрі пластичної хірургії в гінекології комунального закладу «Дніпропетровська міська клінічна лікарня №9 Дніпропетровської обласної ради» з 2005 по 2012 рр. проведено обстеження і лікування 150 пацієток з рецидивним пролапсом тазових органів стадії I-III за класифікацією POP-Q (ICS, 1996 р.) [6].

Їм було виконано трансвагінальний неофасціогенез з використанням імпланту запропонованої нами форми [3]. Операція з використанням імплантів закінчувалася щільною тампонадою піхви. Через 24 години тампон видалявся. При наявності показань виконувалися супутні операції: піхвова гістеректомія, ампутація шийки матки, перинеопластика.

Всі пацієтки в післяопераційному періоді в профілактичному режимі отримували антибактеріальну терапію, що включала інтраопераційне введення профілактичної дози антибактеріального препарату та повторне введення його через 12 годин. Така терапія не перешкоджала заселенню піхви сапрофітною флорою та сприяла нормальному перебігу процесів репарації в ранньому післяопераційному періоді

Пацієтки з рецидивом генітального пролапсу були розділені на дві групи залежно від проведеного лікування. Першу групу склали 75 пацієток з рецидивом генітального пролапсу, яким встановлено імплант запропонованої форми. Післяопераційне ведення в цій групі включало зрошення порожнини піхви 0,02% водним розчином декаметоксину у кількості 50 мл 1 раз на добу та профілактичне місцеве використання вагінальних суппозиторіїв, що містять хлоргексидина біглюконат 0,016 г два рази на добу до 10 діб. Спектр дії цих препаратів поширюється на гриби роду *Candida*, грампозитивні і грамнегативні бактерії. В подальшому застосовували вагінальні суппозиторії, що містять 10 мг промєстриєну один раз на добу №30 та зрошення порожнини піхви розчином цитеал у розведенні 1:10 у кількості 50 мл 1 раз на добу. Препарат цитеал в 100 мл розчину містить гексамідина 0,1 г, хлоргексидина 0,1 г, хлоркрезола 0,3 г, допоміжні речовини та органічні кислоти на рівні pH 5.

Другу групу склали 75 пацієток, яким встановлено імплант запропонованої форми. Післяопераційне ведення відрізнялося введенням вагінальних таблеток, що містять хлорхінальдолу 0,1 г та метронідазолу 0,25 г один раз на добу №30, замість суппозиторіїв, що містять промєстриєн.

Мета терапії – профілактика бактеріальної агресії та створення оптимальних умов для імплантації проленової сітки, репарації стінки та епітелізація слизової піхви.

Ефективність визначалася на підставі оцінки клінічних ознак, переносимості медикаментозного комплексу, наявності чи відсутності побічних ефектів, небажаних ефектів, а також аналізу результатів лабораторних досліджень з визначенням кількісного та якісного стану мікробіоцинозу піхви. Оцінювалися швидкість епітелізації післяопераційних швів на слизовій піхви, суб'єктивні скарги пацієнок (наявність/відсутність загального дискомфорту, свербіж, біль, печія, наявність/відсутність, інтенсивність та характер виділень), при огляді та пальпації – гіперемія, набряк, болючість, наявність/відсутність характерних виділень, наявність/відсутність ознак інфікування післяопераційних швів. Проведено аналіз лабораторних досліджень: кількість лейкоцитів і епітеліальних клітин в полі зору, наявність ключових клітин, якісний і кількісний склад піхвової мікрофлори при мікроскопічному дослідженні. Клініко-мікробіологічна оцінка ефективності лікування проводилася в динаміці за допомогою полімеразно-ланцюгової реакції в режимі реального часу тест-системою «Фемофлор-17» [5].

Обстеження проводили на 1-у добу після операції і на 90-у добу при повторному огляді. Для статистичної обробки результатів дослідження використовували пакет прикладних програм Statistica 6,0 за допомогою загальноприйнятих методів статистичного аналізу (показник статистичної достовірності p , відмінність вважали достовірною при $p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок склав $56,8 \pm 1,3$ років. Серед них пацієнок репродуктивного віку не було. Тривалість захворювання склала від 1 до 16 років. Головну скаргу (дискомфорт та відчуття стороннього тіла біля виходу з піхви) висловлювали 100,0% пацієнок. Розвиток рецидиву до 12 місяців після попередньої операції спостерігався у 92 (38,0%) пацієнок, через один рік після операції – у 61 (25,2%) пацієнок, через 2-5 років – у 63 (26,0%) пацієнок, більше 5 років – у 26 (10,7%) пацієнок. Мікробний пейзаж генітального тракту у виділених нами клінічних групах після проведеної передопераційної санації в 100,0% складався з сапрофітної мікрофлори. Результати бактеріологічного обстеження мікрофлори піхви через 24 години та через 90 діб після оперативного втручання на тлі схем місцевої терапії наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Спектр мікрофлори генітального тракту пацієнок з рецидивом генітального пролапсу після оперативного втручання ($M \pm m$)

| | 1 група (n=75) | | 2 група (n=75) | | Одиниці виміру | Норма для жінок в менопаузі |
|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------------|
| | обстеження № | | обстеження № | | | |
| | 1 | 2 | 1 | 2 | | |
| Загальна бактеріальна маса (ЗБМ) | $3,3 \pm 0,1$ (10^3) | $6,9 \pm 0,3$ (10^5)* | $2,9 \pm 0,1$ (10^3) | $7,1 \pm 0,2$ (10^6)*, ** | Геном еквіваленти | $10^4 - 10^6$ |
| Види мікроорганізмів | | | | | | |
| Нормофлора (<i>Lactobacillus</i> spp.) | $83,2 \pm 5,5$ | $81,9 \pm 6,0$ | $83,8 \pm 4,9$ | $84,9 \pm 4,1$ ** | % від ЗБМ | >80% |
| Факультативні анаероби (<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Streptococcus</i> spp., <i>Staphylococcus</i> spp.) | $5,4 \pm 0,3$ | $6,9 \pm 0,4$ | $6,9 \pm 0,3$ | $7,8 \pm 0,3$ *, ** | % від ЗБМ | <10% |
| Облігатні анаероби (<i>Gardnerella</i> vag., <i>Eubacterium</i> spp., <i>Clostridium</i> spp., <i>Leptotrichia</i> spp., <i>Mobiluncus</i> spp.) | $7,5 \pm 0,4$ | $3,4 \pm 0,2$ * | $6,8 \pm 0,3$ | $6,1 \pm 0,4$ ** | % від ЗБМ | <10% |
| <i>Candida</i> spp. | $2,9 \pm 0,1$ | $3,4 \pm 0,2$ | $3,3 \pm 0,1$ | $3,3 \pm 0,1$ | Геном еквіваленти | < 10^3 |

Примітка: не визначено статистично достовірну різницю результатів при першому дослідженні ($p > 0,05$);

* – визначено статистично достовірну різницю між показниками повторних досліджень в групі ($p < 0,05$);

** – визначено статистично достовірну різницю у результатах повторних досліджень між групами ($p < 0,05$).

Аналіз отриманих результатів показав, що у пацієнток досліджуваних груп мікробні асоціації не відрізнялися за кількісним та якісним складом. У всіх спостереженнях загальна бактеріальна маса була нижче рівня 10^4 – 10^6 геном еквівалентів, що є недостатнім для правильної інтерпретації отриманих результатів, загальна мікробна заселеність патогенною флорою була нижче рівня бактеріального обсіменіння, який вважають критичним для розвитку інфекційного процесу в нормальних тканинах при неповноцінній імунній відповіді. При повторному мікробіологічному дослідженні матеріалу з піхви патогенну флору виділено лише у 15,6% всіх пацієнток, у решти – анаеробні асоціації 2-7-ми видів мікроорганізмів. Визначена достовірна статистична різниця за окремими видами мікроорганізмів в досліджуваному спектрі обсіменіння слизової піхви пацієнток 1-ї і 2-ї групи ($p < 0,05$).

Аналіз протоколів опитування показав, що скарги на біль в області швів після операції відмічали більшість пацієнток обох груп впродовж 2 діб – 84,0% та 86,7% відповідно ($p > 0,05$), відчуття дискомфорту висловлювали 93,3% та 90,7% пацієнток, свербіж відчували 53,3% та 61,3% пацієнток, печія турбувала 16,0% та 10,6% у групах відповідно. У подальшому болі відмічалися як незначні і не впливали на стан самопочуття пацієнток. До 7 діб практично всі пацієнтки досліджуваних груп відмічали виділення з піхви: значні – 6,7%, помірні – 81,3%, мізерні – 12,0%. Пацієнтки з помірними виділеннями характеризували їх як серозні – 8,2%, серозно-кров'яністі – 83,6%, кров'яністі – 8,2%. Після 7 діб пацієнти відмічали тільки помірні серозні виділення до 14 діб.

Під час перебування в стаціонарі температура тіла була нормальною у більшості (93,3%) пацієнток першої групи і 92,0% жінок другої групи, у решти обстежених на другу добу спостерігався одноразовий підйом температури тіла до 37,8 і 38,1°C.

Відновлення нормального сечовипускання відбувалося на 1 добу у 84,0% пацієнток, до 3 діб – у 10,7% пацієнток, до 10 діб – у 6,3% пацієнток. В середньому цей показник склав $1,7 \pm 0,3$ днів.

На 90-у добу післяопераційного періоду оцінювався характер загоєння швів, для чого проводилось піхвове дослідження. У пацієнток першої групи ерозії слизової піхви відмічено не було, спостерігалася повна епітелізація лінії швів на слизовій. У пацієнток другої групи спостерігалися зони неповної епітелізації та формування грануляційних поліпів слизової, ерозії слизової піхви відмічено в 12 (16,0%) випадках, із них в 5 (41,7%) випадках без втрати результату операції.

ВИСНОВКИ

Запропонована методика профілактики післяопераційних інфекційних ускладнень із застосуванням естрогенвмісних препаратів дасть можливість зменшити ризик розвитку ускладнень

після реконструктивних операцій з приводу рецидиву генітального пролапсу, оптимізувати перебіг репаративних процесів в зоні оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дифференцированный подход к хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин старше 60 лет / В. Е. Радзинский, И. Ю. Майскова, В. И. Димитрова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4/2. – С. 73–77.
2. Ищенко А. Апикальная фиксация купола влагалища как профилактика рецидива пролапса гениталий после влагалищной гистерэктомии / А. Ищенко, О. Горбенко // Врач. – 2008. – № 7. – С. 10–13.
3. Пат. 58958 Україна, МПКА61F 2/02. Імплантат для хірургічного лікування цистоцеле / Р. М. Банахевич, В. О. Потапов, К. Б. Акімова, А. В. Єчин, Т. І. Мандзяк; власник Р. М. Банахевич. – №u201012962 ; заявл. 01.11.2010 ; опубл. 26.04.2011, Бюл. № 8.
4. Показатели гомеостаза после восстановительной операции при коррекции пролапса гениталий у женщин климактерического периода / Л. И. Бутина, Н. С. Золотухин, Л. М. Мелехина [и др.] // Вісн. невідкладної і відновної медицини. – 2006. – Т. 7, № 4. – С. 589–591.
5. Применение теста Фемофлор для оценки микробиоценоза влагалища / Е. В. Шипицына, З. М. Мартикевич, Н. Е. Воробьева [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. 58, № 3. – С. 44–50.
6. Радзинский В. Е. Профилактика послеоперационных осложнений у женщин с дисбиозом влагалища / В. Е. Радзинский, И. М. Ордиянц, А. Р. Арушанян // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 5. – С. 53–55.
7. Результаты применения синтетических материалов при коррекции пролапса гениталий / О. В. Тарбанова, А. Н. Григорова, Н. А. Кравцова [и др.] // Журн. акушерства и женских болезней. – 2007. – Т. 56, № 2. – С. 19–23.
8. Тарасов Н. И. Выбор метода оперативного лечения пролапса гениталий у женщин / Н. И. Тарасов, В. Н. Миронов, А. С. Шульгин // Урология. – 2008. – №6. – С. 33–37.
9. Частота розвитку та прогресування генітального пролапсу після гістеректомії / Р. М. Банахевич, В. О. Потапов, К. В. Воронін [та ін.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2011. – Т. 14, № 3, ч. 1 (55). – С. 20–23.
10. Ящук А. Г. Место мексидола в программе хирургической коррекции пролапса гениталий / А. Г. Ящук, Л. А. Даутова // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – Т. 8, № 6. – С. 74–78.
11. Almeida A. J. The quality of life of aged people living in homes for the aged / A. J. Almeida, V. M. Rodrigues // Rev. Lat. Am. Enfermagem. – 2008. – Vol. 16, № 6. – P. 1025–1031.
12. Sze E. N. Relation between vaginal birth and pelvic organ prolapsed / E. N. Sze, G. Hobbs // Acta. Obstet. Gynec. Scand. – 2009. – Vol. 88, № 2 – P. 200–203.