

УДК 618.1-007.44-06:616.62-008.222|223]-089

©В. М. Запорожан, І. З. Гладчук, Н. М. Рожковська, Ю. Ю. Петровський, В. Г. Маричереда,
А. Г. Волянська

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНІТАЛЬНИХ ПРОЛАПСІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ ІМПЛАНТІВ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГЕНІТАЛЬНИХ ПРОЛАПСІВ З ВИКОРИСТАННЯМ СИНТЕТИЧНИХ ІМПЛАНТІВ. При проспективному дослідженні було обстежено 60 пацієнок з генітальним пролапсом, яким були виконані вагінальні реконструктивно-пластичні операції з використанням сітчастих аллотрансплантантів. Середній вік хворих становив $55,4 \pm 0,7$ роки. У 48 пацієнок (80,0%) в анамнезі мали місце ускладнені пологи. Значна частина хворих мала надмірну вагу, середній індекс маси тіла становив $27,1 \pm 0,5$ кг/м². Давність захворювання складала від 3 місяців до 14 років. Хворі скаржилися на дискомфорт в промежині (61,7%), відчуття стороннього тіла у піхві (36,7%), полакіурію (23,3%), відчуття неповного спорожнення сечового міхура (11,7%), нетримання газів (18,3%), та диспауренію (28,3%). За допомогою вимірювання вагінального профілю визначено поширеність основних типів ГП: дефект переднього відділу піхви – у 66,7%; заднього – у 45,0%; апікального – у 16,7%; паравагінальний дефект спостерігався у 26,7%; зменшення розміру промежини – у 23,3% випадків. Найчастіше за результатами вивчення дефектоскопічної карти тазової фасції (у 40%) траплялися ізольовані дефекти передньої стінки піхви в ділянці проекції шийки сечового міхура. Застосування розробленої методики антибіотикопрофілактики з призначенням в комплексному лікуванні Мератину-комбі інтравагінально протягом 10 днів до операції, а також парентерально 500 мг орнідазолу (Мератину) в комбінації з 1500 мг цефуроксиму інтраопераційно, а також через 12, 24, 36 і 48 в післяопераційному періоді з наступним ентеральним введенням орнідазолу по 500 мг двічі на день протягом 5 днів у хворих з ГП дозволяє отримати позитивні результати лікування за рахунок зниження кількості як ранніх інтра- та післяопераційних інфекційних ускладнень, так і віддалених (ерозія, міграція та інфікування сітчатого трансплантата), скорочує терміни реабілітації та покращує якість життя пацієнок за даними опитувальника SF-36 ($85,1 \pm 1,0$ та $81,4 \pm 1,38$; $p=0.0197$); I-QOL – ($87,5 \pm 0,8$ та $83,1 \pm 1,1$; $p=0.0015$).

ПРОФІЛАКТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАБОЛЕВАНЬ ПРИ ХІРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНЫХ ПРОЛАПСОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ. При проспективном исследовании было обследовано 60 пациенток с генитальным пролапсом, которым были выполнены вагинальные реконструктивно-пластические операции с использованием сетчатых аллотрансплантантов. Средний возраст больных составил $55,4 \pm 0,7$ года. В 48 пациенток (80,0%) в анамнезе имели место осложненные роды. Значительная часть больных имела избыточный вес, средний индекс массы тела составлял $27,1 \pm 0,5$ кг / м². Давность заболевания составляла от 3 месяцев до 14 лет. Больные жаловались на дискомфорт в промежности (61,7%), ощущение инородного тела во влагалище (36,7%), поллакиурию (23,3%), ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря (11,7%), недержание газов (18,3%), и диспаурению (28,3%). С помощью измерения вагинального профиля определены распространенность основных типов ГП: дефект переднего отдела влагалища - у 66,7%; заднего - в 45,0%; апикального - у 16,7%; паравагинальный дефект наблюдался у 26,7% уменьшение размера промежности - в 23,3% случаев. Зачастую по результатам изучения дефектоскопических карт тазовой фасции (в 40%) встречались изолированные дефекты передней стенки влагалища в области проекции шейки мочевого пузыря. Применение разработанной методики антибиотикопрофилактики с назначением в комплексном лечении суппозиторий Мератин-комби интравагинально в течение 10 дней до операции, а также парентерально 500 мг орнидазола (Мератин) в комбинации с 1500 мг цефуроксима интраоперационно, а также через 12, 24, 36 и 48 в послеоперационном периоде с следующим энтеральным введением орнидазола по 500 мг дважды в день в течение 5 дней у больных с ГП позволяет получить положительные результаты лечения за счет снижения количества как ранних интра-и послеоперационных инфекционных осложнений, так и удаленных (эрозия, миграция и инфицирования сетчатого трансплантата), сокращает сроки реабилитации и улучшает качество жизни пациенток по данным опросника SF-36 ($85,1 \pm 1,0$ и $81,4 \pm 1,38$; $p = 0.0197$); I-QOL - ($87,5 \pm 0,8$ и $83,1 \pm 1,1$; $p = 0.0015$).

PREVENTION OF INFECTIOUS COMPLICATIONS IN SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE WITH SYNTHETIC IMPLANTS. In the prospective study were examined 60 patients with genital prolapse which were performed vaginal reconstructive and plastic surgery using mesh allotransplantantiv. The average age of patients was $55,4 \pm 0,7$ years. In 48 patients (80.0%) occurred in the history of complicated childbirth. Much of the patients had excessive weight, average body mass index was $27,1 \pm 0,5$ kg / m². Prescription of disease was from 3 months to 14 years. Patients complained of discomfort in the perineum (61,7%), foreign body sensation in the vagina (36,7%), polakiuriyu (23.3%), sensation of incomplete emptying of the bladder (11,7%), incontinence of gases (18,3%), and dyspaureniyu (28,3%). By measuring the vaginal profile determined the prevalence of the main types of CP: a defect of the anterior vagina - in 66,7%; rear - in 45.0%; apical - in 16,7%; paravahinalnyy defect was observed in 26,7%, reduction of perineal - in 23,3% of cases. Often the results of the study defectoscopic maps pelvic fascia (40%) occurred isolated anterior vaginal wall defects in the projection area of the bladder neck. Application of the developed technique with the appointment of antibiotic prophylaxis in treatment Meratyn-combi intravaginally for 10 days before surgery, and parenteral 500 mg ornidazole (Meratyn) in combination with 1500 mg cefuroxime intraoperatively and at 12, 24, 36 and 48 in the postoperative period with following the introduction of enteral ornidazole 500 mg twice daily for 5 days in patients with CP can obtain positive results of surgical treatment by reducing the quantities of early intra- and postoperative infectious complications and remote (erosion, migration and graft infection netted), reduces terms of rehabilitation and improves quality of life of patients according to the questionnaire SF-36 ($85,1 \pm 1,0$ and $81,4 \pm 1,38$; $p = 0.0197$); I-QOL - ($87,5 \pm 0,8$ and $83,1 \pm 1,1$; $p = 0.0015$).

Ключові слова: генітальний пролапс, сітчаті алотрансплантати, антибіотикопрофілактика

Ключевые слова: генитальный пролапс, сетчатые аллотрансплантаты, антибиотикопрофилактика

Key words: genital prolapse, netted allograft, antibiotic prophylaxis

ВСТУП. Пролапс тазових органів може виникати майже у 50 % жінок, що народжували, і супроводжуватись численними симптомами сечових, кишкових ті сексуальних розладів [1, 3]. Протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення кількості реконструктивно-пластичних операцій з приводу генітального пролапсу (ГП) та нетримання сечі при напрузі. Це обумовлено як покращенням технічного та методологічного забезпечення операцій, так і тим, що сьогодні у зв'язку із подовженням середнього терміну життя збільшується кількість літніх пацієнок, стурбованих питанням стану свого здоров'я, збереженням активного способу життя та покращенням його якості протягом якнайдовшого терміну [1,2]. Наразі активно впроваджуються новітні методики операцій з використанням синтетичних імплантів - сітчастих аллотрансплантів, вивчаються переваги і недоліки таких операцій, частота ускладнень та рецидивів порівняно з типовими оперативними втручаннями за рахунок власних тканин. Але використання сітчастих імплантів пов'язане з деякими специфічними ускладненнями, які не бувають за використання класичної оперативної техніки, такими як ерозія, міграція та інфікування імпланту. Найбільш частим ускладненням є ерозія сітчастого аллотрансплантату (до 15 % випадків) [4,5] та пов'язана з нею вторинна інфекція рани. Тому питання профілактики інтра- і післяопераційних ускладнень, зокрема інфекційного ґенезу, при цих новітніх видах оперативних втручань залишаються дискусійними.

Метою дослідження стало покращення результатів хірургічного лікування хворих з генітальним пролапсом шляхом вдосконалення профілактично-лікувальних заходів та вибору оптимальної хірургічної тактики.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дослідження виконані на базі гінекологічного відділення та відділення інвазивних методів діагностики та лікування КУ «МКЛ № 9 ім проф. О.І.Мінакова» м. Одеси протягом 2008-2011 років.

При проспективному дослідженні було обстежено 60 пацієнок з генітальним пролапсом, яким були виконані вагінальні реконструктивно-пластичні операції з використанням сітчастих аллотрансплантів. Обстеження пацієнок проводили згідно наказів МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні». Крім стандартного клініко-параклінічного обстеження, всім пацієнткам виміряний вагінальний профіль (за класифікацією POP-Q). Інструментальні методи дослідження включали: ультрасонографічне дослідження нирок, сечовивідних шляхів, сечового міхура, жіночих статевих органів, урофлоуметрію (для діагностики порушень сечовипускання), бактеріологічне дослідження вмісту піхви та сечі.

Крім того, усім пацієнткам до лікування та через 1, 3, 6 та 12 місяців після виконання операції було проведено дослідження якості життя за допомогою спеціалізованих опитувальників (ICIQ-SF, I QOL, PFDI 20, SF 36). Підрахунки результатів дослідження та статистичну обробку одержаних кількісних та якісних ознак здійснювали на персональному комп'ютері за

допомогою програмного устаткування Microsoft Excel 2010, SPSS 13 та R (мови та оточення для статистичних обчислювань та графіки). Проводили кореляційний аналіз за допомогою визначення коефіцієнту кореляції Пірсона, критерію узгодження Спірмена (для рангових варіант), регресійний аналіз був виконаний за допомогою метода найменших квадратів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Середній вік хворих становив $55,4 \pm 0,7$ роки. У 48 пацієнок (80,0 %) в анамнезі мали місце ускладнені пологи. Значна частина хворих мала надмірну вагу, середній індекс маси тіла становив $27,1 \pm 0,5$ кг/м².

Давність захворювання складала від 3 місяців до 14 років. Хворі скаржилися на дискомфорт в промежині (61,7 %), відчуття стороннього тіла у піхві (36,7 %), полакіурію (23,3 %), відчуття неповного спороження сечового міхура (11,7 %), нетримання газів (18,3 %), та диспауренію (28,3 %).

За допомогою вимірювання вагінального профілю визначено поширеність основних типів ГП: дефект переднього відділу піхви – у 66,7 %; заднього – у 45,0 %; апікального – у 16,7 %; паравагінальний дефект спостерігався у 26,7 %; зменшення розміру промежини – у 23,3 % випадків. Найчастіше за результатами вивчення дефектоскопічної карти тазової фасції (у 40 %) траплялися ізольовані дефекти передньої стінки піхви в ділянці проекції шийки сечового міхура.

Серед усіх жінок I стадія ГП мала місце у 7 (11,7 %) пацієнок, II стадія – у 9 (15,0 %), III стадія – у 28 (46,7 %), IV стадія – у 16 (26,7 %).

Хворим під час хірургічного лікування виконувались такі реконструктивно-пластичні операції: передня, задня та тотальна екстраперитонеальна кольпопексія методикою Prolift, передня леваторопластика, перинеорафія.

З метою профілактики інфекційних ускладнень 30 хворим в пери- операційному періоді застосовували антибіотикопрофілактику, що включала, крім інфузійної, метаболічної та знеболювальної терапії, інтраопераційне введення 1500 мг цефуроксиму та 100 мг метронідазолу, з наступним введенням цих препаратів через 24 і 48 годин після операції (1 група). Решті 30 хворим (2 група) призначали передопераційне введення вагінальних свічок Мератин-комбі протягом 10 днів, інтраопераційно вводили 1500 мг цефуроксиму і 500 мг орнідазолу (Мератину), з наступним призначенням цих препаратів через 12, 24, 36 і 48 годин після операції, а також продовженням прийому орнідазолу (Мератину) з другої післяопераційної доби по 500 мг два рази на день перорально протягом 5 днів. Пацієнтки обох груп також отримували пробіотики для нормалізації кишкової мікрофлори. Пацієнтки в обидві групи були відібрані за принципом копія-пара і статистично не відрізнялись за віком, характером патології та типом оперативного втручання. Статистично значущі відмінності за анамнестично-віковими характеристиками між групами були відсутні ($p > 0,05$).

Тривалість перебування в стаціонарі склала від 4 до 8 днів.

Інтраопераційне поранення сечового міхура було в 2-х випадках (по 1-му в кожній групі), гостра затримка сечі мала місце у 4 пацієнок першої і 1 пацієнтки 2 групи, післяопераційна субфебрильна лихоманка мала місце у 6 пацієнок 1 групи і однієї - 2 групи.

Термін спостереження після операції склав від 3 до 36 місяців. Більшість пацієнок (91,6 %) перебувала під спостереженням більше 1 року. За час спостереження у пацієнок, що брали участь в дослідженні, було зареєстровано 4 ерозії сітчастих алотрансплантатів з інфікуванням в 1 групі, 2 випадки міграції сітчастого трансплантата внаслідок надмірного фізичного навантаження – по одній в кожній групі. Ускладнення переважно траплялися у хворих з важкими формами пролапсу.

Аналіз змін показників якості життя, що пов'язане зі здоров'ям, виявив статистично достовірні прояви покращення основних показників опитувальників SF-36 у всіх хворих з нетриманням сечі.

В результаті аналізу змін доменів неспецифічного опитувальника по якості життя SF-36 виявлена відсутність достовірних змін показників фізичного функціонування та ролевого функціонування, що обумовлене фізичним станом, а також та інтенсивності болю у пацієнок обох досліджуваних груп. Також відсутні статистично достовірні зміни збірного показника «фізичний компонент здоров'я», формування якого безпосередньо пов'язане з вищеозначеними доменами.

Разом з цим, динаміка інших шкал опитувальника SF-36 переконливо свідчить про ефективність та високу достовірність впливу терапії на загальний стан здоров'я, життєву активність та соціальне функціонування, а також рольове функціонування, що обумовлене емоційним станом.

ВИСНОВОК. Застосування розробленої методики антибіотико - профілактики з призначенням в комплексному лікуванні орнідазолу (Мератину) інтравагінально протягом 10 днів до операції, а також парентерально в інтра- і післяопераційному періоді (протягом 48 годин після операції) з наступним ентеральним введенням орнідазолу протягом 5 днів у хворих з ГП дозволяє отримати позитивні результати оперативного лікування за рахунок зниження кількості як ранніх інтра - та післяопераційних інфекційних ускладнень, так і віддалених (ерозія, міграція та інфікування сітчастого трансплантата), скорочує терміни реабілітації та покращує якість життя пацієнок за даними опитувальника SF-36 ($85,1 \pm 1,0$ та $81,4 \pm 1,38$; $p=0.0197$); I-QOL – ($87,5 \pm 0,8$ та $83,1 \pm 1,1$; $p=0.0015$).

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальше покращення технічного та методологічного забезпечення дозволить розробити нові технології хірургічного лікування та доопераційної підготовки, що дозволить зберегти активний спосіб життя, та покращить його якість.

ЛІТЕРАТУРА

1. Петровський Ю. Ю. Відновлення сексуальної функції у жінок із пролапсом органів малого таза після симультантних операцій / М. І. Ухаль, О. М. Ухаль, Ю. Ю. Петровський // Здоров'яє чоловіки. – 2009. – №2(29). – С. 169–171.
2. Симультантні операції у жінок з пролапсом тазових органів, як оптимальне вирішення проблеми порушень уродинаміки сечових шляхів та статевої функції / В. М. Запорожан, М. І. Ухаль, О. М. Ухаль, Ю. Ю. Петровський // Одеський медичний журнал. – 2009. – №6(116). – С. 53–57.
3. Are meshes the ultimate solution for every pelvic organ prolapse? / V. Zaporozhan, I. Gladchuk, N. Rozhkovska,

Petrovskiy Y. // Zaawansowane techniki operacyjne w ginekologii. Zaburzenia statyki narzadow moczowo-plciowych u kobiet – Lodz, 2010. – PS. 107–111.

4. Surgical management of pelvic organ prolapse in women/ Maher C, Feiner B, Baessler K, Adams EJ, Hagen S, Glazener CM.// Cochrane Database Syst Rev. 2010 Apr 14;(4):CD004014.

5. Transvaginal mesh (Prolift™) repair: 2-year anatomic outcomes/ Nair R, Nnochiri A, Barnick C, Roberts C.// Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Oct;158(2):358-60. Epub 2011 Jul

Отримано 02.12.11