

## Оптимизация предоперационной подготовки больных к пластическим операциям в менопаузе

*Е. П. Шатунова, Н. В. Спиридонова, О. И. Линева*

В структуре гинекологических заболеваний у женщин опущение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) занимает одно из ведущих мест. Данная патология в последние годы приобретает все более актуальное значение в связи с увеличением продолжительности жизни, а также повышением требований к качеству жизни. В России данное заболевание, не имея тенденции к снижению, выявляется у 50% женщин старше 50 лет, причем в 18% случаев констатируются тяжелые формы пролапса, требующие оперативного лечения [1, 2]. В структуре послеоперационных осложнений при операциях по поводу коррекции пролапса гениталий у женщин постменопаузального периода гнойно-септические осложнения составляют 7–40%, что существенно увеличивает сроки выздоровления, длительность пребывания пациентки в стационаре и стоимость лечения [3–5].

Все структуры мочеполового тракта являются эстрогензависимыми, поэтому в ответ на снижение уровня эстрогенов в слизистой влагалища, вульвы, мочевого тракта, соединительной ткани и мышцах малого таза развиваются ишемия и атрофические изменения, прекращается синтез гликогена в слизистой оболочке влагалища, что приводит к увеличению pH влагалищной среды, элиминации из влагалищного биотопа лактобактерий и замещению их условно-патогенной палочковой и кокковой флорой [6, 7].

На фоне сниженных иммунных реакций и нарушения трофических функций при гипоестрогенных состояниях патогенная и условно-патогенная флора приводит к развитию вялотекущих кольпитов, цервицитов и т. д., что нарушает процессы репарации и регенерации тканей после операций [8].

Отметим, что одним из критериев качества оказания медицинской помощи пациенткам с пролапсами является отсутствие гнойно-септической заболеваемости после операции [9]. В этой связи в литературе последних лет наряду с совершенствованием хирургических методов лечения ОиВВПО много внимания уделяется проблеме оптимизации ведения послеоперационного периода у пациенток с пролапсами [10–13]. Уместно подчеркнуть, что наличие шовного материала и синтетических протезов в тканях после операции создает предпосылки для формирования биопленок, которые повышают резистентность бактерий. А проблема антибиотикорезистентности микробов в настоящее время приобретает все большую значимость.

Основными задачами предоперационной подготовки к влагалищным операциям является ликвидация воспалительных процессов, восстановление pH и нормализация биоценоза влагалища [14]. В связи с этим для потенцирования действия необходимо совместно применять современные местные антибактериальные комбинированные и эстрогенные препараты.

Целью настоящего исследования было оценить клиническую эффективность препаратов локального действия, снизить частоту инфекционных и послеоперационных осложнений, улучшить регенерацию тканей влагалища путем включения в комплекс до- и послеоперационного ведения препаратов Эльжина (орнидазол 500 мг, неомицин 65 000 МЕ, преднизолон 3 мг, эконазол 100 мг) и Орниона (один грамм крема содержит 1 мг микронизированного эстриола).

### Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 80 женщин в возрасте от 52 до 76 лет, которым проведено оперативное лечение по поводу пролапса гениталий. Предоперационное обследование пациенток соответствовало порядку оказания помощи по Приказу МЗ РФ № 572н от 1.11.2012 г. [15]. Тяжесть генитального пролапса оценивали по классификации Baden–Walker (1992 г.).

Пациенткам с различными формами выпадения пролапса проведено оперативное лечение с применением классических методик и их модификаций, влагалищным доступом без использования и с использованием синтетических протезов. Всем больным проводились периоперационная антибиотикопрофилактика и профилактика венозных тромбозно-эмболических осложнений.

Для проведения настоящего исследования мы выделили две группы женщин с ОиВВПО в сочетании с бактериальными вагинозами и неспецифическими вагинитами. Критерии включения: возраст, постменопауза (по STRAW стадии +1с, +2), наличие пролапса гениталий, наличие верифицированного диагноза бактериального вагиноза и неспецифического вагинита, информированное согласие больной. Критерии исключения: наличие инфекций, передающихся половым путем.

Подбор больных проводился по принципу «копи-пара»: они были сопоставимы между собой по клиническому течению заболевания, структуре экстрагенитальной патологии и гинекологической патологии. В 1-ю группу вошли 50 женщин, у которых в комплексном лечении с целью санации влагалища применялся комбинированный препарат

Эльжина (по 1 таблетке на ночь во влагалище в течение 6 дней до операции и в течение первых 3 суток послеоперационного периода по 1 таблетке 1 раз в сутки на ночь) и препарат Орниона по 0,5 г 1 раз в сутки на ночь за месяц до оперативного лечения в виде крема. Мы рекомендовали использовать не свечи, а крем с эстриолом, так как он равномерно распределяется на все стенки влагалища, что особенно важно для женщин с полными пролапсами и декубитальными язвами. Во 2-ю группу вошли 30 женщин, не использовавших препарат Эльжина и местно эстриол, а только другие антибактериальные лекарственные средства локального действия.

Всем пациенткам мы проводили наблюдение в несколько этапов: до оперативного лечения; первые семь суток послеоперационного периода, через 1–2 месяца и через 1 год после операции.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ Windows 10, MS Excel 2010 и Statistica 8.

## Результаты исследования

Средний возраст пациенток составил 63,7 года. При анализе социально-бытовых факторов выявлено, что 76% женщин (n = 61) по профессиональной принадлежности были пенсионерками, 14% служащими (n = 11) и 10% рабочими (n = 8). Нужно отметить, что большинство пациенток занимались физическим трудом на своих приусадебных участках.

Частота сопутствующей экстрагенитальной патологии составила 100%. (ОРВИ, грипп, хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит, хронический бронхит, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, варикозная болезнь, ожирение).

Установлено, что все пациентки имели в анамнезе воспалительные гинекологические заболевания (хронический сальпингоофорит, метроэндометриит, кольпиты, цервициты, бартолинит).

Хроническая урогенитальная инфекция и дисбиоз влагалища в анамнезе выявлены у 68 (85%) пациенток. Урогенитальный кандидоз встречался наиболее часто (n = 28, 35%), что может быть связано с приемом антибиотиков по поводу экстрагенитальных заболеваний. Каждая десятая женщина ранее проходила лечение по поводу бактериального вагиноза, трихомониаз в анамнезе был выявлен в 5% случаев.

Рассматривая акушерский анамнез, мы выявили, что у всех женщин были беременности (от 1 до 14) и роды через естественные родовые пути (от 1 до 4). Роды крупным плодом — у 18 женщин, эпизиотомия в родах — у 62, наложение акушерских щипцов — у 4. Наиболее частыми осложнениями и оперативными вмешательствами в родах являлись: травмы шейки матки и промежности, акушерские щипцы, эпизиотомия, перинеотомия, ручное обследование послеродовой матки.

Безусловно, наличие соматической и воспалительной патологии генитального тракта является предпосылкой для реализации инфекционных осложнений после операций.

При анализе жалоб все пациентки отмечали чувство инородного тела в промежности, тянущие боли в низу живота, затрудненное опорожнение мочевого пузыря, недержание мочи при напряжении, диспареунию. Недержание мочи вынуждало женщин использовать гигиенические средства (прокладки, подгузники), которые при длительном и постоянном использовании также являются признанными факторами риска развития бактериального вагиноза. Поэтому 22 женщины (27,5%) отмечали бели, зуд, жжение во влагалище, 58 — чувство дискомфорта в преддверии влагалища (72,5%).

При первичном гинекологическом осмотре слизистая влагалища была атрофичная, легко травмировалась при осмотре зеркалами, кровоточила. При проведении кольпотеста pH был более 5,6 у всех обследованных. Высокий pH создает благоприятные условия для развития *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus*, *Clostridium sordellii*, *Mycoplasma hominis* и других условно-патогенных микроорганизмов, в малых количествах присутствующих во влагалище женщин. Колонизация аэробной микрофлорой (кишечной палочкой, стрептококками и стафилококками, грибами рода *Candida*) часто сопровождается явлениями вагинита [13].

По результатам бактериоскопического исследования влагалищного мазка в большинстве случаев (n = 66, 82,5%) преобладал воспалительный тип мазка: большое количество лейкоцитов, кокковая микрофлора, ключевые клетки (IV степень чистоты).

Бактериальный вагиноз и кандидоз обнаружен в 70% наблюдений. Отметим, что у каждой третьей женщины бактериальный вагиноз ассоциировался с урогенитальным кандидозом. Известно, что за последние 10 лет число вагинального кандидоза и бактериального вагиноза увеличилось почти вдвое, которые постоянно рецидивируют [5]. Это определило наш выбор терапии у больных 1-й группы в пользу местного комбинированного препарата, включающего как антибактериальные, так и противогрибковые компоненты.

Микрофлора в посевах из цервикального канала нами была выявлена у 48 (60%) пациенток. Преобладающими микроорганизмами были *Staphylococcus spp.*, грибы рода *Candida*, *Gardnerella vaginalis*, *Enterococcus faecalis*, *E. coli*,

*Enterobacter aerogenes*, *Proteus vulgaris*, ассоциации бактерий (11,2%). Известно, что микст-инфекции представляют серьезную проблему, так как при них увеличивается патогенность каждого из возбудителей, что также диктует необходимость применения современных, комбинированных антибактериальных препаратов локального действия.

В 1-й группе после проведения комплекса предоперационной подготовки мы отметили отсутствие жалоб у больных на дискомфорт, зуд, жжение во влагалище. Выраженных побочных эффектов при применении препаратов не было (у 2 больных (4%) ощущение легкого жжения, которое прошло в первые 2 дня). Первые признаки улучшения клинической картины мы выявили через 5 дней после терапии. Бактериологическое исследование подтвердило излеченность больных от бактериального вагиноза и неспецифического вагинита. Нормальная микрофлора влагалища восстановилась в течение 2 недель: ее характер сменился с преимущественно фекальной на физиологическую с преобладанием лактобацилл, предохраняющих от грамотрицательной инфекции. Интраоперационно у пациенток, получавших местно эстриол, мы отметили более толстую стенку слизистой влагалища (видимой на глаз!) по сравнению со 2-й группой женщин. Слизистая становилась сочная, мясистая, легко отслаивалась при гидропрепаровке тканей, что облегчало и ускоряло проведение пластической операции. Напротив, во 2-й группе женщин слизистая влагалища была тонкой, рвалась на лоскуты и прорезалась при наложении зажимов и лигатур. При этом, по сравнению с 1-й группой женщин, длительность операции оказалась в среднем на 15,3 минуты больше, так как прорезывание тканей приводило к их большей кровоточивости и дополнительному гемостазу.

Анализ течения послеоперационного периода показал, что в обеих группах он проходил без особых проблем. У всех пациенток быстро восстановились функции тазовых органов, нормализовалась температура. Подчеркнем, что у пациенток 1-й группы, по сравнению со второй, отек, инфильтрация послеоперационных швов были практически незаметны, а к дню выписки (6–7 суток) отсутствовали. У всех пациенток 1-й группы отмечено заживление швов первичным натяжением, во 2-й группе — у двоих вторичным. Средний койко-день пациенток 1-й группы составил 5,2 дня, 2-й — 7,4 дня.

При последующем наблюдении через месяц после операции у пациенток 1-й группы не выявлено отклонений, исследование влагалищного мазка и pH было в норме. Пациенткам было рекомендовано продолжить длительное поддерживающее местное лечение эстриолом. Во 2-й группе пациенток отмечен рецидив бактериального вагиноза (13,3%), увеличение pH влагалищного содержимого до 5,3 и было назначено местное лечение другими комбинированными препаратами. В этой же группе пациенток при использовании синтетических сеток через год после операции у двоих были обнаружены эрозии стенок влагалища, что потребовало предоперационной подготовки местно эстриолом и частичного извлечения сетки. В последующие сроки наблюдения мы констатировали отсутствие патологических изменений у этих женщин.

## Заключение

Сочетание атрофических и воспалительных изменений в тканях влагалища у женщин с пролапсами гениталий обуславливает необходимость проведения предоперационной подготовки у данной категории больных. Суммируя данные клинических и дополнительных методов исследования, можно сказать, что применение местной заместительной и комбинированной антибактериальной терапии перед влагалищными пластическими операциями является обязательным. Применение современных препаратов Эльжина и Орниона способствует микробиологической излеченности, лучшему и своевременному заживлению послеоперационной раны. Результаты клинического изучения вышеуказанных препаратов свидетельствуют об их высокой терапевтической эффективности. Удобство применения, отсутствие выраженных побочных реакций, безопасность позволяют рекомендовать данные препараты для подготовки к пластическим операциям.

## Литература

1. Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Манухин И. Б. (ред.). Гинекология: Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 704 с.
2. Оразов М. Р., Радзинский В. Е., Хамошина М. Б., Носенко Е. К., Силантьева Е. С., Кампос Е. С. Взгляд на патогенетические механизмы формирования пролапса тазовых органов // Трудный пациент. 2018; 16 (1–2): 9–15.
3. Зелинский А. А., Чумак З. В. О направлении профилактики инфекционных осложнений после влагалищных операций у женщин в климактерическом периоде // Буковинський державний вюник. 2001; 5 (2): 93–96.
4. Рогожина И. Е., Столярова У. В., Хворостухина Н. Ф., Степанова Н. Н. Профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений при пролапсе гениталий у женщин перименопаузального возраста // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2013; 12 (2): 43–48.
5. Балан В. Е., Тихомирова Е. В., Овчинникова В. В. Рецидивирующий бактериальный вагиноз — возможность увеличения продолжительности ремиссии // Акушерство и гинекология. 2017; 1: 83–88.
6. Сычева Е. Г., Аполихина И. А. Коррекция эстроген-дефицитных состояний у женщин с урогенитальными расстройствами // Акушерство и гинекология. 2015; 4: 75–79.
7. Елисеев Д. Э., Холодова Ж. Л., Абакумов Р. С., Филиева Ю. А. Предоперационная подготовка у пациенток с

пролапсом тазовых органов и генитальными свищами // РМЖ. 2018; 5 (1). 41–44.

8. Прилепская В. Н. (ред.). Инфекции, передающиеся половым путем: Клинические лекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 160 с.
9. Недержание мочи у женщин. Клинические рекомендации МЗ РФ, 2016. 32 с.
10. Беженарь В. Ф., Богатырева Е. В., Цыпурдеева А. А., Цуладзе Л. К., Русина Е. И., Гусева Е. С. Новые возможности хирургической коррекции тазового пролапса с использованием синтетических имплантов: пути профилактики послеоперационных осложнений // Акушерство, гинекология и репродукция. 2012; 6 (2): 6–13.
11. Буянова С. Н., Шукина Н. А., Журавлева А. С. Эффективность использования сетчатых протезов при осложненных формах пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. 2009; 1: 76–81.
12. Марченко Т. Б. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пролапса гениталий у женщин пожилого и старческого возраста. Автореферат дис. ... к. м. н. М., 2015. 24 с.
13. Чушков Ю. В., Кузнецова И. В., Ищенко А. И. Роль местного использования эстриола в оптимизации исходов оперативного лечения опущения половых органов у пациенток в пери- и постменопаузе. Эффективная фармакотерапия // Акушерство и гинекология. 2015; 1–2: 19.
14. Линева О. И., Нестеренко С. А., Шатунова Е. П. Постменопауза. Пути решения проблемы. Самара: Перспектива, 2006. 192 с.
15. Приказ МЗ РФ № 572н от 1 ноября 2012 г. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий).

---

**Е. П. Шатунова<sup>1</sup>**, доктор медицинских наук, профессор

**О. И. Линева**, доктор медицинских наук, профессор

**Н. В. Спиридонова**, доктор медицинских наук, профессор

**ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара**

<sup>1</sup> Контактная информация: [e.shatunova@mail.ru](mailto:e.shatunova@mail.ru)

DOI: 10.26295/OS.2019.72.45.012

Оптимизация предоперационной подготовки больных к пластическим операциям в менопаузе/ Е. П. Шатунова, О. И. Линева, Н. В. Спиридонова

Для цитирования: Лечащий врач № 7/2019; Номера страниц в выпуске: 60-63

Теги: эстрогенные препараты, послеоперационные осложнения, влагалище