

# АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих  
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 1

**Оптимизация  
предоперационной подготовки  
перед реконструктивно-пластическими  
операциями в гинекологии**

# НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

Раздорская М.В.<sup>1</sup>, Неймарк А.И.<sup>2</sup>, Мазырко А.В.<sup>2</sup>, Шелковникова Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД»

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

*Резюме: хирургическое лечение больных со стрессовым недержанием мочи проводится уже в течение более 130 лет. Особого внимания заслуживает операция субуретральной имплантации свободной синтетической петли Tension – free Vaginal Tape (TVT), отличающаяся малой травматичностью и высокой клинической эффективностью. Немаловажную роль играет предоперационная подготовка и послеоперационное ведение в заживлении и скорейшем выздоровлении больных. Цель настоящей работы – оценить эффективность предоперационной подготовки и послеоперационного ведения у женщин со стрессовым недержанием мочи. Нами были обследованы и прооперированы 40 пациенток, страдающих стрессовой инконтиненцией, в анамнезе которых был хронический кандидозный вульвовагинит. Срок наблюдения составил от 1 до 3 месяцев после операции. По данным анкеты, через 3 месяца получен хороший результат у 40 (100%) больных. По данным бактериоскопии, мазков у пациенток, получавших Ливарол в послеоперационном периоде, не было грибов рода Candida ни через 1 месяц, ни через 3 месяца после операции. Таким образом, успех оперативного вмешательства, главным образом, зависит от тщательного отбора больных и технически совершенного проведения операции. Быстрейшее выздоровление и сокращение сроков пребывания в стационаре зависит от правильной санации влагалища и ведения послеоперационной раны.*

*Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, TVT, кандидозный вульвовагинит, кетоконазол.*

## Введение

Одной из основных проблем урогинекологии является лечение недержания мочи у женщин. Стрессовое

недержание мочи составляет большую часть этой проблемы. Распространенность заболевания в нашей стране и во многих странах мира составляет около 30%, а в старшей возрастной группе достигает 50% [2,5]. Существует множество факторов, которые играют роль в развитии стрессового недержания мочи. Утрата нормального тонуса соединительнотканых образований и связок, поддерживающих шейку мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры, является основным патогенетическим звеном в развитии заболевания [4,7]. Хирургическое лечение больных со стрессовым недержанием мочи проводится уже в течение более 130 лет. К настоящему времени предложено более 200 различных видов операций, но ни один из них не дает 100% выздоровления [3]. Особого внимания заслуживает операция субуретральной имплантации свободной синтетической петли Tension – free Vaginal Tape (TVT), предложенная шведским ученым U. Ulmsten в 1995 г., отличающаяся малой травматичностью и высокой клинической эффективностью [6,9]. Суть операции заключается в проведении под уретрой синтетической ленты с выходом в позадилобковой области без ее фиксации. До конца остается не решенным вопрос о необходимости предоперационной подготовки и ведения раннего послеоперационного периода, а также о препаратах, используемых для этой цели. Кандидозный вульвовагинит – инфекционное поражение нижнего отдела гениталий, вызываемое дрожжеподобными грибами рода Candida [1,8]. Причиной развития острого кандидоза или обострения хронического в послеоперационном периоде является периоперационное назначение антибиотиков, а в случае предоперационной подготовки к влагалищным операциям – местное назначение антисептиков.

**Цель** настоящей работы – оценить эффективность предоперационной подготовки и ведения раннего послеоперационного периода у женщин со стрессовым недержанием мочи и хроническим кандидозным

вульвовагинитом, оперированных с использованием методики TVT.

### Материалы и методы

В период 2010-2011 гг. на клинической базе кафедры урологии и нефрологии АГМУ в условиях урологического отделения НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД» были обследованы и прооперированы 40 пациенток, страдающих стрессовой инконтиненцией. Всем этим пациенткам была произведена имплантация свободной синтетической петли. Возраст пациенток варьировал от 35 до 70 лет (средний возраст 49 лет). Возникновение стрессового недержания мочи – 16 (40%) женщин связывали с родами, как правило, травматичными, 10 (25%) – с гинекологическими операциями, 11 (27,5%) – с наступлением менопаузы, 2 (5%) – с тяжелым физическим трудом, 1 (2,5%) пациентка отмечала жалобы на недержание мочи с детства. Первичное недержание мочи было у 35 (87,5%), рецидивное – у 5 (12,5%) пациенток. Женщинам с рецидивным недержанием мочи ранее была произведена передняя кольпорафия с пластикой сфинктера мочевого пузыря и уретры, цистоуретропексия. Объективное обследование начинали с осмотра и пальпации наружных половых органов, промежности и мочеиспускательного канала, оценивалось состояние слизистой влагалища. Всем пациенткам проводилась бактериоскопия мазков на флору. В обязательном порядке проводился кашлевой тест, проба Вальсальвы. Пациентки с опущением стенок влагалища (цистоцеле, ректоцеле), то есть анатомическими изменениями, из исследования исключались. Обследование включало в себя заполнение дневника мочеиспусканий по стандартной методике в течение 48 ч с регистрацией времени и объема каждого мочеиспускания и эпизодов недержания мочи. Всем больным выполнялись рутинные урологические методы исследования (общий анализ мочи, общий и биохимический анализ крови), проводилась урофлоуметрия. Урофлоуметрия – метод прямой графической регистрации динамики объемной скорости потока мочи во время акта мочеиспускания. Урофлоуметрия проводилась на установке «Laborie Delphis IP». По завершении исследования происходил автоматизированный анализ кривой с распечаткой на бумаге графических и цифровых данных. Полученные результаты оценивались качественно и количественно. При количественной оценке определяли 3 показателя урофлоуграмм: TQ – время мочеиспускания, Qmax – максимальная объемная скорость потока мочи, Vcomp – объем выделенной мочи. За нормальные показатели урофлоуметрии мы принимали данные, полученные Е.Л. Вишневецким и соавт., 2004.

Особое значение уделялось предоперационной санации влагалища. Классическим методом санации влагалища долгое время считались тампоны или ванночки с хлоргексидином во влагалище на протяжении 3 сут. перед операцией в условиях стационара.

Однако с появлением таких методик, как TVT или IVS, когда койко-день составляет 3-5 дней, предоперационную санацию влагалища пациентки производят амбулаторно. На протяжении года мы санировали влагалище вагинальными свечами с действующим веществом хлоргексидин, по одной свече вагинально на ночь в течение 10 дней. После этого пациентки амбулаторно проходили бактериоскопию мазков на флору, при наличии 1-й степени чистоты госпитализировались для оперативного лечения, что укорачивало предоперационный койко-день. Также хлоргексидин имеет следующие преимущества: хорошая переносимость, широкий спектр действия на различных возбудителей: активен в отношении простейших, грамположительных и грамотрицательных бактерий. Хлоргексидин бережно действует на слизистую оболочку влагалища, не нарушает функциональную активность лактобактерий, что очень важно для женского здоровья и быстрого заживления послеоперационной раны. В послеоперационном периоде 20 (50%) пациенткам – первая группа – назначались свечи с действующим веществом кетоконазол 400 мг по 1 свече на ночь на вторые сутки после операции в течение 5 дней. Вторая группа – 20 (50%) пациенток в послеоперационном периоде не получала вагинального лечения. При этом всем пациенткам периоперационно назначались антибиотики внутримышечно как профилактика инфекционных осложнений.

Для проведения операции TVT использовался стандартный набор. Операция проводилась под внутривенной 95 (95%) или спинальной анестезией 5 (5%), длительность операции – около 35 мин (25-45 мин). Техника операции заключалась в следующем. Больная находится в положении для гинекологических операций. Влагалище обнажено в зеркалах. В мочевого пузырь установлен катетер Фоли №18 по Шарьеру. Продольным разрезом осуществляется доступ в парауретральное пространство. Острым путем формируются парауретральные каналы около 1,0 см. С помощью металлического проводника, установленного в катетер Фоли, производится контралатеральное смещение шейки мочевого пузыря. Проленовая лента, при помощи игл TVT, проводится через сформированные каналы и выводится в надлобковую область с обеих сторон таким образом, чтобы лента располагалась в средней части уретры. Затем проводится контрольная цистоскопия для выявления возможного повреждения стенки мочевого пузыря. Проленовая лента подтягивается вентрально, степень натяжения зависит от мастерства хирурга. На уровне кожи над лоном отсекается проленовая лента, фиксация ее не производится. Необходимо помнить, что сильное затягивание петли приводит к выраженным нарушениям мочеиспускания в послеоперационном периоде. Благодаря особым свойствам проленовая петля фиксируется к парауретральным тканям самостоятельно. На рисунке 1 представлена схема операции.

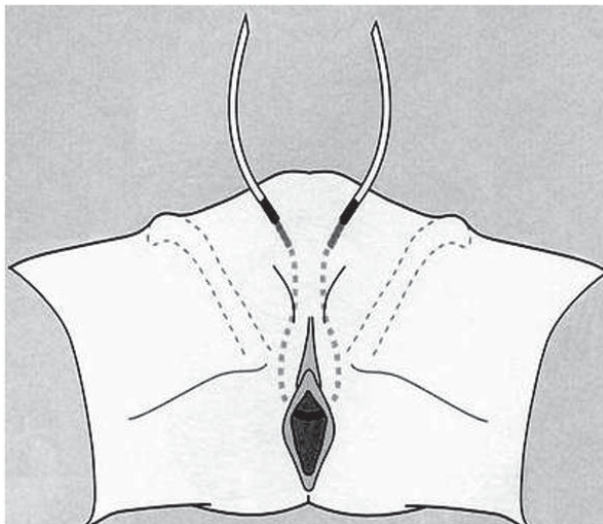


Рисунок 1. Схема операцииTVT.

Для проведения более четкого анализа результатов оперативного лечения заболевания нами разработана анкета с учетом опросника В.И. Алипова и А.Г. Савицкого (1985), В.И. Краснопольского (1997). Анкета включала 21 вопрос, отражающий функцию мочевого пузыря и общее состояние пациенток после хирургической коррекции стрессового недержания мочи. Выбрали 8 наиболее значимых вопросов, ответы на них оценили в баллах.

*Теряете ли Вы мочу, когда спите или стоите спокойно?*

Нет – 0

Да – 1.

*Бывает ли у Вас случайная (необъяснимая) потеря мочи?*

Нет – 0

Да – 1.

*Считаете ли вы эффект от произведенной операции:*

хороший – 0

удовлетворительный – 1

неудовлетворительный – 2.

*Удерживаете ли Вы мочу при любых условиях?*

Да – 0

Нет – 1.

*Теряете некоторое количество мочи при нагрузке, но отмечаете улучшение своего состояния?*

Нет – 0

Да – 1.

*Если Вы теряете мочу, то ее объем:*

очень малый – 0

малый – 1

средний – 2

большой – 3.

*Считаете ли Вы, что акт мочеиспускания протекает обычно?*

Да – 0

Нет – 1.

*После акта мочеиспускания ощущаете, что в пузыре осталось некоторое количество мочи?*

Нет – 0

Да – 1.

По сумме баллов от 0-2 считали результат хорошим (т.е. женщина хорошо держит мочу при любых условиях: смехе, кашле, чихании, физической работе и т.д.) от 3-6 баллов - удовлетворительным (т.е. женщина теряет некоторое количество мочи при нагрузке, но отмечает значительное улучшение своего состояния), 7 и больше баллов – неудовлетворительным (т.е. эффекта от произведенного оперативного лечения не наблюдается).

### Результаты и их обсуждение

Осложнения во время операции отмечены у 2 (5%) пациенток. Так, интраоперационное кровотечение во время имплантации петли мы наблюдали у 1 (2,5%) пациентки. При ушивании влагалищной раны кровотечение было остановлено. Тампон из влагалища удалялся через сутки. В 1 (2,5%) случаях было повреждение мочевого пузыря, связанное с проведением иглы через позадилонное пространство, что было обнаружено при контрольной цистоскопии и тут же устранено путем повторного проведения иглы. Послеоперационный период у большинства больных протекал без особенностей. Влагалищная рана зажила первичным натяжением. Острая задержка мочеиспускания отмечена у 3 (7,5%) пациенток, путем периодической катетеризации и назначения а-адреноблокаторов на ночь, в течение 2-5 сут. самостоятельное мочеиспускание восстанавливалось. Инфравезикальной обструкции в отдаленном периоде пациентки не отмечали. Дискомфорт в парауретральной области в течение 1-2 мес. после операции отмечали 2 (5%) пациенток, что с течением времени самостоятельно купировалось. Послеоперационное обследование включало: осмотр на кресле с кашлевым тестом и пробой Вальсальвы, оценку качества жизни по анкете и уродинамическое обследование. Осмотр на кресле показал отсутствие опущения стенок влагалища после операции, состояние послеоперационного рубца – без особенностей. Кашлевой тест был отрицательным у всех 40 (100%) пациенток. При визуальной оценке урофлоуграмм до операции у 40 (100%) пациенток наблюдались кривые, характерные для стремительного типа мочеиспускания, что характерно для пациенток со стрессовым недержанием мочи, т.ч. чего не было после операции ни в одном случае. Количественные показатели урофлоуметрии у пациенток до и после оперативного лечения представлены в таблице 1.

Согласно данным, представленным в таблице 1, исходно у пациенток регистрировалось увеличение максимальной объемной скорости потока мочи и снижение времени мочеиспускания. После операции удлинялось время мочеиспускания и снижалась максимальная объемная скорость потока мочи.

Показатель	TQ, с		Q max, мл/с		V сопр, мл	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
M±m	6,5±0,4	9,8±0,2	39,8±0,7	30,9±0,1	135,2±3,2	147,4±1,9
P до-после	<0,001		<0,001		<0,001	
Значение нормы	8,77±0,66		29,91±2,18		138,11±11,63	

**Таблица 1.** Показатели урофлоуметрии у пациенток со стрессовым недержанием мочи до и после оперативного лечения.

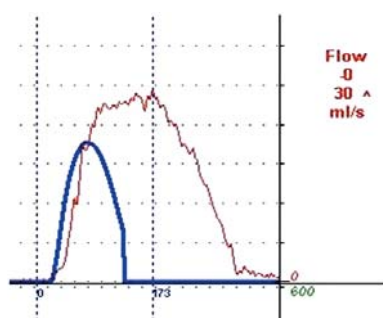
В первой группе пациенток, получавших кетоконазол в послеоперационном периоде при проведении бактериоскопии мазков на флору грибов рода *Candida* не было обнаружено ни через 1 мес., ни через 3 мес. В группе пациенток, не получавших вагинального лечения, через 1 мес. после операции у 8 (40%) женщин были обнаружены грибы рода *Candida* и признаки кандидозного вульвовагинита – творожистые выделения, гиперемия слизистой, зуд, вагинальный дискомфорт. Через 3 мес. еще 2 (10%) пациентки отмечали вышеперечисленные жалобы и наличие грибов рода *Candida* в мазке, что потребовало назначения кетоконазола по 1 свече вагинально, но уже в течение 10 дней с последующим бактериоскопическим контролем.

## Заключение

Из всего вышеизложенного видно, что имея за плечами огромное количество различных оперативных методик, установившиеся взгляды на проблему недержания мочи, появление операции TVT привело к новому пониманию проблемы в целом и заставило пересмотреть многие, казалось бы, бесспорные вопросы в отношении хирургии стрессового недержания мочи. Результаты оперативного лечения зависят от выбора наиболее оптимального метода коррекции анатомических и функциональных изменений, а также правильного ведения пациенток в до- и послеоперационном периоде.

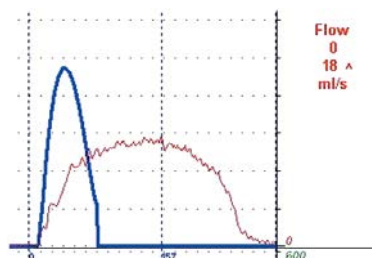
## Выводы

Успех вмешательства, главным образом, зависит от тщательного отбора больных и технически совершенного проведения операции. От грамотного ведения периоперационного периода зависит быстрейшее заживление послеоперационной раны и сокращение сроков пребывания в стационаре.



**Рисунок 2.** Урофлоуграмма больной У. до операции.

**Клинический пример.** Больная У., 55 лет, обратилась к урологу в поликлинику с жалобами на подтекание мочи при кашле, смехе, физической нагрузке, меняет прокладки 1-2 раза в день. Больной себя считает на протяжении 14 лет, ухудшение связывает с наступлением менопаузы. Общий анализ крови и мочи – без особенностей. Признаков воспаления на момент обращения нет. Мазок белей – без особенностей. В анамнезе хронический кандидоз. Осмотр на кресле – опущения стенок влагалища нет, кашлевой тест и проба Вальсальвы положительны. Показатели урофлоуметрии – время мочеиспускания – TQ – в норме (9,2 с), максимальная объемная скорость тока мочи – Qmax – увеличена (29,8 мл/с), объем выделенной мочи – Vсопр (210 мл) – нормальный. При визуальной оценке урофлуограмма имеет стремительный тип мочеиспускания (см. рис. 2). Выставлен диагноз: «Стрессовое недержание мочи средней степени». Упражнения Кегеля, упражнения для укрепления мышц тазового дна выполняет несколько лет, настаивает на операции. Проведено оперативное лечение – TVT под в/в анестезией. Для предоперационной санации влагалища использовали вагинальные суппозитории с хлоргексидином, в послеоперационном периоде на вторые сутки назначен препарат с действующим веществом кетоконазол по 1 свече на ночь – 5 дней. Через 1 месяц – осмотр на кресле – рубец передней стенки влагалища б/о, кашлевой тест и проба Вальсальвы – отрицательны. Показатели урофлоуметрии – время мочеиспускания – TQ – увеличилось (11 с), максимальная объемная скорость тока мочи – Qmax – снизилась (18 мл/с), объем выделенной мочи – Vсопр (180 мл) – нормальный (см. рис. 3). Больная довольна результатом, считает себя здоровой. При бактериоскопическом исследовании мазка ни через один, ни через три месяца после операции грибов рода *Candida* обнаружено не было.



**Рисунок 3.** Урофлоуграмма больной У. после операции.

**Литература:**

1. Андреева Е.Н. Эффективность и переносимость препаратов для терапии кандидозного вульвовагинита. Гинекология. 2005; 2: 109-110.
2. Имамвердиев С.Б., Петров С.Б., Бахышов А.А., Куренков А.В. Имплантация свободной синтетической петли при стрессовой инконтиненции у женщин (операция TVT). Репрод. здоровье и перинатол. 2005; 3: 81-83.
3. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи. В кн.: Материалы пленума правления Рос. общества урологов. М. 2001; 21-41.
4. Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Шапов Д.А. Свободная синтетическая петля (TVT) у больных с недержанием мочи. В кн.: Оперативная урология. М. 2003; 248-251.
5. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин. М. 2006; 256 с.
6. Пушкарь Д.Ю., Дьяков В.В., Годунов Б.Н. Малоинвазивные операции в лечении недержания мочи при напряжении у женщин – TVT и TVT-O: свободная синтетическая петля – новый доступ. Фарматека. 2005; 11: 58 с.
7. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. СПб. 2000; 136 с.
8. Цветкова Т.П. Рациональная терапия кандидозного вульвовагинита у беременных. Акушерство и гинекология. 2011; 4.
9. Ulumsten U., Falconer C., Johnson P. et al. A multicenter study of Tension – Free Vaginal Tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence. Int. Urogynecol. J. 1998; 9: 210-217.

### SOME PARTICULAR FEATURES OF PREOPERATIVE ASSESSMENT IN WOMEN WITH STRESS URINE INCONTINENCE

Razdorskaya M.V.<sup>1</sup>, Neumark A.I.<sup>2</sup>, Mazyrko A.V.<sup>2</sup>, Shelkovnikova N.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> NUZ district clinical hospital at Barnaul station OJSC “Russian railways”

<sup>2</sup> GBOU VPO “Altai state medical university” of Ministry of healthcare of RF, Barnaul

*Abstract: Surgical treatment of patients with stress urine incontinence is being carried out for over 130 year. Of particular interest is the implantation of tension-free sub-urethral synthetic sling (tension-free vaginal tape procedure – TVT) which is notable for its low rate of lower urinary tract injuries and high clinical effectiveness. The preoperative assessment and postoperative care play an important role in tissue healing and patients' fast recovery after surgery. This study aims at evaluation of the effectiveness of preoperative assessment and postoperative care in women with stress urine incontinence. Forty female patients suffering from stress urine incontinence and history of recurrent vulvovaginal candidiasis were examined and subjected to the TVT procedure. The postoperative follow-up period was between 1 and 3 months. Based on the results of patient questioning, good result was obtained in 40 (100%) patients at 3 months post-operation. Bacterioscopy of vaginal smears from patients treated with Livarol in the postoperative period did not reveal the presence of Candida fungi at 1 or 3 months post-operation. Therefore, the successful surgical intervention mainly depends of careful selection of patients and the performance of a technically perfect surgical operation. Proper vaginal sanitation measures and postoperative wound management will secure fast patients' recovery and reduction of their inpatient stay.*

*Key words: stress urine incontinence, TVT, vulvovaginal candidiasis, Livarol.*