

Данные исследования представлялись в виде абсолютных и относительных величин.

### Результаты и обсуждение

Все пациентки были обследованы амбулаторно. Показаниями к операции явились: несостоятельность тазового дна, полное выпадение матки при выраженной ДСТ – у 5 пациенток; несостоятельность тазового дна, опущение купола влагалища, выраженное ректоцеле, ДСТ средней степени тяжести – у 3 пациенток; рецидивная форма пролапса гениталий – у 5 пациенток, осложненная форма пролапса гениталий (сочетание стрессового недержания мочи и дисфункция прямой кишки) – 5. Влагалищная гистерэктомия произведена у 8 женщин. Показанием для удаления матки были следующие заболевания: множественная миома матки – у 2 больных, полное выпадение матки в сочетании с хроническим цервицитом – у 5, эндометриоз матки в сочетании с патологией шейки матки – у 1 пациентки. У 5 пациенток при клиническом осмотре при зиянии половой щели и расширении межклеваторного пространства установка системы Prolift posterior была дополнена перинеолеворопластикой. У 4 пациенток с клинически выраженными маркерами ДСТ и тяжелой формой бронхиальной астмы при сочетании выраженного ректоцеле с незначительным цистоцеле и отсутствии жалоб, наряду с коррекцией ректоцеле (Prolift

posterior), выполнена передняя кольпоррафия. Данная процедура позволяет избежать прогрессирования опущения передней стенки влагалища в послеоперационном периоде. Все операции выполнены под спинномозговой анестезией. Интраоперационных осложнений отмечено не было. Сроки пребывания в стационаре в среднем 9-10 суток. Оценка эффективности оперативного лечения проводилась через 1 мес., 6 мес. и 1 год. Все женщины отмечали улучшение качества жизни по таким параметрам, как «физическая активность», «эмоциональные реакции», «личные отношения». Рецидивов пролапса гениталий за время наблюдения не было. У 1 пациентки через 2 мес. выявлена эрозия слизистой влагалища над сеткой после реконструкции заднего сегмента. Назначена консервативная терапия. Через 3 мес. после операции у 1 пациентки, которой был установлен Prolift posterior по поводу опущения купола влагалища, выраженного ректоцеле, появились симптомы стрессового недержания мочи. Пациентке назначено комплексное лечение на 2-3 мес., при отсутствии эффекта рекомендована slingовая операция – TVT-O.

Анализ литературы и результаты собственных исследований подтверждают эффективность использования системы Prolift в лечении пролапса гениталий при строгом соблюдении показаний и противопоказаний к операции с учетом анамнеза, возраста, сопутствующей патологии, характера и особенностей пролапса, нарушений функции тазовых органов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е., Дурандин Ю.М., Гагаев Ч.Г. и др. Перинеология – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 336 с.

2. Куликовский В.Ф., Олейник Н.В. Тазовый пролапс у женщин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 256 с.

3. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. и др. Оперативная гинекология. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 320 с.

**Информация об авторах:** 664049, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100, кафедра перинатальной и репродуктивной медицины, e-mail: Протопопова Наталья Владимировна – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Шарифулин Михаил Абдулович – заведующий отделением, к.м.н.; Кравченко Надежда Александровна – врач гинекологического отделения; Бурдукова Наталья Владимировна – ассистент кафедры, к.м.н.

© ШЕЛЕХОВ А.В., ДВОРНИЧЕНКО В.В., РАСУЛОВ Р.И., ЛАРИОНОВА И.В., МОРИКОВ Д.Д., ЗАХАРОВ А.Г., ГУШИН В.В. – 2012  
УДК 616-006; 616-089

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ ХИМИОПРЕПАРАТОВ И ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ И ОВАРИАЛЬНОМ РАКЕ

Алексей Владимирович Шелехов<sup>1</sup>, Виктория Владимировна Дворниченко<sup>1,2,3</sup>, Родион Исмаилович Расулов<sup>1</sup>, Ирина Васильевна Ларионова<sup>2</sup>, Дмитрий Дмитриевич Мориков<sup>2</sup>, Антон Геннадьевич Захаров<sup>2</sup>, Вадим Викторович Гушин<sup>4</sup>

(<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; <sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра онкологии и лучевой терапии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; <sup>3</sup>Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко, <sup>4</sup>Госпиталь Мерси, Балтимор, США, отделение онкологии, зав. – В.А. Гушин)

**Резюме.** Сочетание циторедуктивных оперативных вмешательств и гипертермической интраперитонеальной перфузии химиопрепаратов (ГИПХ) позволяет изменить подход к лечению перитонеального карциноматоза. Данная методика была использована в ходе лечения у 5 больных при колоректальном и овариальном раке, с опухолевым распространением по брюшине. Больным выполнялась резекция основного опухолевого очага и брюшины с канцероматозными образованиями до полного удаления видимой опухоли (полная циторедукция). В течение 90 минут проводился интраперитонеальный лаваж объемом 3 литра физиологического раствора и 30 мг митомицина С, нагретого до температуры 42°C. При контрольном обследовании на 6 месяц наблюдения прогрессирования онкозаболевания не выявлено. Циторедуктивные вмешательства в сочетании с ГИПХ, позволяют успешно проводить лечение при колоректальном и овариальном раке с перитонеальной диссеминацией.

**Ключевые слова:** колоректальный рак, рак яичников, гипертермическая интраперитонеальная перфузия химиопрепаратов

### THE USE OF HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY AND CYTOREDUCTIVE SURGERY IN COLORECTAL AND OVARIAN CANCER

A. V. Shelekhov<sup>1</sup>, V. V. Dvornichenko<sup>1,2,3</sup>, R. I. Rasulov<sup>1</sup>, I. V. Larionova<sup>2</sup>, D. D. Morikov<sup>2</sup>, A. G. Zakharov<sup>2</sup>, V. V. Gushin<sup>4</sup>  
(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; <sup>2</sup>Irkutsk Regional Oncological Clinic; <sup>3</sup>Irkutsk State Medical University; <sup>4</sup>Hospital Merri, Baltimore, USA)

**Summary.** The combination of cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) allow

to change the approach to the treatment of peritoneal carcinomatosis. This technique was used in the treatment of 5 patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal and ovarian origin. The patients were underwent complete resection of the primary tumor and peritoneum with carcinomatous formations to complete removal of visible tumor (complete cytoreduction). During 90 minutes there was conducted intraperitoneal lavage with 3 liters volume of physiological solution and 30 mg of Mitomycin C (30 mg at 42°C). In control examination in 6 months the progression of oncological disease was not revealed. Cytoreductive surgery with HIPEC may be successfully used in the treatment of colorectal and ovarian cancer with peritoneal carcinomatosis.

**Key words:** colorectal cancer, ovarian cancer, hyperthermic intraperitoneal chemotherapy.

По российским данным, в структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак находится на 3 месте [1]. При этом 4-я стадия заболевания при раке ободочной и прямой кишки встречается в среднем в 35-40% случаев. Медиана выживаемости при нелеченном колоректальном и овариальном раке составляет в среднем 3-4 месяца [4,5]. Попытки выполнить резекционные операции этим больным неизбежно ведут к прогрессии опухоли, не улучшают выживаемости и качества жизни этих больных [6]. Системная химиотерапия для профилактики и лечения перитонеального карциноматоза малоэффективна и её результаты неутешительны [2].

При внутрибрюшинном введении непосредственно в области опухолевого очага достигается высокая концентрация химиотерапевтического препарата в препарате, невозможная при внутривенном введении [7]. Использование повышенных температур при внутрибрюшинном введении потенцирует действие химиопрепарата на опухоль [8]. Однако, применение регионарной внутрибрюшинной химиотерапии как самостоятельного способа лечения карциноматоза брюшины также малоэффективно, как и системное введение, поскольку он не проникает глубже 1-3 мм от поверхности опухоли [9]. Сочетание циторедуктивных оперативных приёмов, направленных на полное удаление видимой опухолевой ткани из брюшной полости, и гипертермической интраперитонеальной перфузии цитостатиков позволило, по данным большого количества авторов, поменять подход к лечению перитонеального карциноматоза и привести к значимому продлению продолжительности жизни таких больных [3].

Цель работы: демонстрация первого опыта использования гипертермической интраперитонеальной перфузии цитостатика в сочетании с циторедуктивными оперативными вмешательствами при раке ободочной, прямой кишки и раке яичников с перитонеальным карциноматозом.

### Материалы и методы

Методика циторедукции и гипертермической интраперитонеальной перфузии химиопрепарата была использована в ходе лечения у 5 больных с диагнозами:

1. Рак прямой кишки Т4N1M0 3 стадия, 4 клиническая группа. Карциноматоз брюшины малого таза.
2. Рак яичников Т3cN1M1 4 стадия, IV клиническая группа. Рост опухоли яичников в области прямой кишки, ректосигмоидного отдела толстой кишки, сигмовидной кишки. Карциноматоз брюшины левого, правого латерального канала, брюшины таза, большого сальника.
3. Рак слепой кишки Т3N2M0 3 С стадия 4 клиническая группа. Карциноматоз брюшной полости.
4. Рак сигмовидной кишки Т3N1M1 4 стадия, 4 клиническая группа. Карциноматоз париентальной брюшины.
5. Рак тощей кишки Т3N0M1 4 стадия, 4 клиническая группа. Метастазы в яичники, карциноматоз малого таза.

Средний возраст больных составил 54,4 года, все больные были женщины. Во всех случаях на дооперационном и интраоперационном этапе был диагностирован и верифицирован гистологически карциноматоз брюшной полости: париентальной и висцеральной брюшины.

На дооперационном этапе всем больным проводилось комплексное обследование, включавшее клинико-лабораторный, рентгенологический, ультразвуковой, эндоскопический и морфологический методы исследования согласно принятым медико-экономическим стандартам. Показанием к операции являлась опухоль толстой кишки или яичника с перитонеальным карциноматозом без экстраабдоминальных метастазов и метастазов в печень, которая по мнению оперирующего хирурга могла быть полностью удалена при циторедукции.

После проведения эксплораторной лапаротомии и под-

тверждения диагноза и степени опухолевого поражения органов абдоминальной полости определялась степень карциноматоза по распространению опухолевых узлов и их размеру. Органные резекции и перитонектомия проводились только для удаления опухолевых узлов при максимальном сохранении непоражённых участков тонкой и толстой кишки и других органов. Кишечные анастомозы накладывались после проведения интраоперационной химиотерапии.

После достижения полной циторедукции всем больным проводился интраперитонеальный лаваж объемом 3 литра физиологического раствора и 30 мг митомидина С, нагретого до температуры 42°C закрытым методом. Непрерывная подача раствора в брюшную полость и аспирация осуществлялась с помощью роликового насоса «УНИРОЛ», производство Россия. Нагрев раствора до 42°C выполняли с помощью водяной бани ТW-2, производство Германия.

Спустя 4 недели после оперативного вмешательства больным назначена адьювантная химиотерапия.

Согласно действию приказа ФМБА РФ ОТ 30.03.2007 №88 «О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство», всем больным разъяснена суть лечения, возможные осложнения данного вида лечения, получено письменное согласие на проведение хирургического вмешательства и процедуру гипертермической интраперитонеальной перфузии химиопрепарата.

### Результаты и обсуждение

В ходе оперативного лечения больным были выполнены следующие хирургические вмешательства: obstructive брюшно-анальная резекция прямой кишки в варианте Иноятова; obstructive комбинированная сигмоидэктомия, низкая передняя резекция прямой кишки, оментэктомия, ампутация матки с придатками, перитонеумэктомия в объеме 0, 4, 5, 6, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy))); резекция тонкой кишки, оментэктомия, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy))); сигмоидэктомия, оментэктомия, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy))); резекция тощей кишки, перитонеумэктомия в объеме 0, 2, 4, 5, 7, 8 секторов брюшины (Sugarbaker, 2003, PSS-3 ((heavy))).

Осложнений и летальности в ходе оперативного вмешательства и послеоперационном периоде отмечено не было.

Все больные в отдаленном послеоперационном периоде на 3 и 6 месяц послеоперационного периода прошли контрольное обследование включающее: эндоскопическое исследование желудка и толстой кишки, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости и малого таза. В ходе обследования данных за рецидив и прогрессирование заболевания не выявлено.

Циторедукция с интраоперационной внутрибрюшинной гипертермической химиотерапии – перспективный метод лечения больных с перитонеальным карциноматозом при раке толстой кишки и яичника. Эта методика развилась и была стандартизована в конце XX века и в настоящее время широко применяется в клиниках Америки, Европы и Австралии. Рандомизированное исследование убедительно доказало преимущество метода циторедукции по сравнению с традиционной системной химиотерапией у больных с колоректальным перитонеальным карциноматозом.

Оперативное лечение больных с перитонеальным карциноматозом требует особого внимания к показаниям к операции, ведению больных во время операции, оперативным приемам циторедукции и послеоперационному ведению и реабилитации больных. Комплексный подход к внедрению такого лечения позволил добиться хороших первых резуль-

татов. Стандартизация циторедуктивных оперативных вмешательств в сочетании с гипертермической интродукцией перфузии цитостатиков, расширение и уточнение

показаний для этого сложного метода лечения позволяет успешно проводить лечение больных диссеминированными формами колоректального и овариального рака.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.И., Дарьяловой С.Л. Руководство по онкологии – М.: Медицина, 2008. – 840 с.
2. Fata F, Mirza A., Craig G., et al. Efficacy and toxicity of adjuvant chemotherapy in elderly patients with colon carcinoma: a 10-year experience of the Geisinger Medical Center // Cancer. – 2002. – Vol. 1. №94. – P.1931-1938.
3. Glehen O., Kwiatkowski F., Sugarbaker P.H., Elias D. Cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy for the management of peritoneal carcinomatosis from colorectal cancer: a multi-institutional study // J. Clin. Oncol. – 2004. – №22. – P.328-3292.
4. Maksimović S. Survival rates of patients with mucinous adenocarcinoma of the colorectum // Med Arh. – 2007. – Vol. 61. №1. – P.26-29.
5. Minsky B.D., Mies C., Rich T.A., et al. Potentially curative surgery of colon cancer: patterns of failure and survival // J. Clin. Oncol. – 1988. – Vol. 61. №1. – P.106-118.
6. Ren J.Q., Zhou Z.W., Wan D.S., Lu Z.H. Univariate and multivariate regression analyses of recurrence and metastasis of colon cancer after radical resection // Ai Zheng. – 2006. – Vol. 25. №5. – P.591-595.
7. van Ruth S., Verwaal V.J., Zoetmulder F.A. Pharmacokinetics of intraperitoneal mitomycin C // Surg. Oncol. Clin. N. Am. – 2003. – Vol. 12. №3. – P.771-780.
8. Storm F.K. Clinical hyperthermia and chemotherapy // Radiol. Clin. N. America. – 1989. – №27. – P.621-627.
9. Verwaal V.J., van Ruth S., de Bree E., et al. Randomized trial of cytoreduction and hyperthermic intra-peritoneal chemotherapy versus systemic chemotherapy and palliative surgery in patients with peritoneal carcinomatosis of colorectal cancer // J. Clin. Oncol. – 2003. – №12. – P.3737-3743.

**Информация об авторах:** Шелехов Алексей Владимирович – ассистент, д.м.н., 664042, ул. Фрунзе 32. тел. (3952) 777323, e-mail: avshirkru@yandex.ru; Дворниченко Виктория Владимировна – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Расулов Родион Исмагилович – профессор кафедры, д.м.н., профессор; Ларионова Ирина Васильевна – заведующий отделением; Мориков Дмитрий Дмитриевич – заведующий отделением, к.м.н.; Захаров Антон Геннадьевич – врач отделения колопроктологии; Гущин Вадим Викторович – заведующий отделением.

© ТОЛСТИКОВА Т.В., МАРЧУК Т.П. – 2012  
УДК616.127-002.98-06:616.12-008.1

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ВИРУСНОГО МИОКАРДИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА

Татьяна Вячеславовна Толстикова<sup>1</sup>, Татьяна Павловна Марчук<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра неотложной педиатрии, зав. – д.м.н., проф. Г.В. Гвак; <sup>2</sup>Иркутская государственная областная детская клиническая больница, главный врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак, отделение функциональной диагностики, зав. – Т.П. Марчук)

**Резюме.** В статье представлен случай тяжелого вирусного миокардита у ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев с постоянно возвратной пароксизмальной наджелудочковой тахикардией, потребовавшей длительного проведения антиаритмической терапии и кардиоверсии. Однако терапевтический эффект был достигнут только при комплексном назначении симптоматической (антиаритмической) терапии и этиологического (противовоспалительного) лечения.

**Ключевые слова:** миокардит, пароксизмальная тахикардия, дети.

### A CLINICAL CASE OF SEVERE VIRAL MYOCARDITIS WITH A LESION OF THE CONDUCTION SYSTEM OF HEART

T.V. Tolstikova<sup>1</sup>, T.P. Marchuk<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, <sup>2</sup>Irkutsk State Regional Children's Hospital)

**Summary.** The paper presents a case of severe viral myocarditis in children aged 1 year 3 months with an ever-recurrent paroxysmal supraventricular tachycardia, requiring a long antiarrhythmic therapy and cardioversion. However the therapeutic effect was reached only in complex indication of symptomatic therapy and etiologic (anti-inflammatory) treatment.

**Key words:** miocarditis, paroxysmal tachycardia, children.

Клиническая картина миокардита очень вариабельна и малоспецифична. Основные причины варьирования клинической картины – это степень и протяженность зоны воспалительного поражения сердечной мышцы, а также наличие и выраженность кардиосклероза. Трудности в установлении диагноза миокардита связаны с отсутствием общепризнанных информативных диагностических критериев. Этиологию миокардита в ¼ случаев установить не удается. Однако наиболее часто встречаются вирусные миокардиты. Чаще всего возбудителями вирусного миокардита считаются энтеровирусы, аденовирусы, вирусы гриппа, вирус Эпштейна-Барра, цитомегаловирус. Широкий спектр клинических проявлений – от субклинического течения до тяжелого – зависит от ряда факторов, таких как характеристики инфекционного агента, генетические особенности, возраст и пол больного, состояние иммунологической реактивности больного. Диагноз ста-

вится при совокупности полученных данных (анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методов исследования). Основным проявлением миокардита во всех возрастных группах является развитие сердечной недостаточности. Возможно возникновение различных дисритмий, в том числе пароксизмальной тахикардии, трудно контролируемой антиаритмическими препаратами.

Представляем случай длительного приступа пароксизмальной тахикардии у ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев. Мальчик Л. поступил в отделение ИТАР ИГОДКБ в тяжелом состоянии. Доставлен бригадой санитарной авиации. Жалобы при поступлении на резкую слабость, вялость, беспокойство, одышку, отказ от еды. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение недели, отмечались умеренные катаральные явления, субфебрильная температура в течение 2 дней. Наблюдался педиатром по месту жительства,