

КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ С ПОМОЩЬЮ СИНТЕТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ*Михаил Абдулович Шарифулин^{1,2}, Наталья Владимировна Протопопова^{1,2},
Надежда Александровна Кравченко², Наталья Владимировна Бурдукова^{2,3}**(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра перинатальной и репродуктивной медицины, зав. – д.м.н., проф. Н.В. Протопопова;**²Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин, гинекологическое отделение, зав. – к.м.н. М.А. Шарифулин; ³Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом подростковой гинекологии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Флоренсов)*

Резюме. В статье приводятся современные взгляды на проблему пролапса гениталий. Проведен анализ лечения 18 пациенток с опущением и выпадением внутренних половых органов с использованием синтетического материала, средний возраст составил 58 лет (от 51 до 62 лет). Показана целесообразность использования синтетического имплантата системы Prolift для реконструкции тазового дна при пролапсе гениталий при строгом соблюдении показаний и противопоказаний к операции с учетом анамнеза, возраста, сопутствующей патологии, характера и особенностей пролапса, нарушений функции тазовых органов.

Ключевые слова: пролапс гениталий, опущение и выпадение внутренних половых органов, реконструкция тазового дна, синтетический имплантат системы Prolift, дисплазия соединительной ткани.

CORRECTION OF GENITAL PROLAPSE WITH SYNTHETIC MATERIALS*M.A. Sharifulin^{1,2}, N.V. Protopopova^{1,2}, N.A. Kravchenko², N.V. Burdukova^{2,3}**(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk Regional Clinical Hospital; ³Irkutsk State Medical University)*

Summary. The paper presents the current views on the problem of genital prolapse. There has been presented the analysis of the treatment of 18 patients with prolapse and prolapse of internal genital organs with the use of synthetic material, the average age was 58 years (range 51 to 62 let). The authors showed the expediency of the use of synthetic implant of the system Prolift for reconstruction of the pelvic floor with genital prolapse in strict compliance with the indications and contraindications to surgery, taking into account medical history, age, comorbidity, the nature and characteristics of prolapse, functional disorders of pelvic organs.

Key words: genital prolapse, ptosis and loss of internal reproductive organs, pelvic floor reconstruction, a synthetic implant of system Prolift, connective tissue dysplasia.

Пролапс гениталий представляет в настоящее время не только медицинскую, научную, но и серьезную социальную проблему. Выраженные формы пролапса в определенном смысле являются увечьем и, безусловно, сказываются на качестве жизни женщин. Актуальность пролапса гениталий обусловлена, прежде всего, высокой частотой данной патологии, удельный вес которой колеблется по данным разных авторов от 28 до 40%; «омоложением» пролапса гениталий; преобладанием его тяжелых форм, осложненных недержанием мочи, дисфункцией прямой кишки [1]. Актуальность также обусловлена недостаточной эффективностью лечения, поэтому отдельную проблему составляют рецидивы после пластических операций по поводу опущения и выпадения внутренних половых органов. По данным разных авторов, в 33-40% случаев наблюдается рецидив пролапса гениталий. Основным звеном в патогенезе пролапса гениталий является дисплазия соединительной ткани, следовательно, коррекция пролапса гениталий собственными тканями, т.е. неполноценными тканями, приводит к большому проценту рецидивов. Поэтому возникает необходимость широкого использования новых медицинских технологий для коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов (ОиВВПО).

Современная хирургическая тактика пластики тазового дна основывается на прочности fascia endopelvina, т.е. таких фасций, как лобково-шеечная и прямокишечно-влагалищная. Известно, что опущение стенок влагалища является следствием возникновения разрывов именно в этих фасциях, а также отрыва их от стенок таза. Концепция этих операций – «заменить» разорванную и неполноценную тазовую фасцию на новую, создав тем самым надежный каркас для органов таза [2,3]. Таким образом, использование синтетического материала является патогенетически обоснованным за счет создания неофасции.

Цель работы: оценка эффективности трансвагинальной коррекции пролапса гениталий с использованием синтетических материалов системы Prolift.

Материалы и методы

Система для реконструкции тазового дна Prolift включает в себя имплантат, а также набор инструментов для установки сетки. Имплантат выпускается в трех исполнениях: Prolift anterior, Prolift posterior и Prolift total. Сетчатый имплантат для реконструкции переднего отдела тазового дна – Ginescare Prolift anterior используется для создания лобково-шеечной неофасции, Prolift posterior – для создания прямокишечно-влагалищной неофасции.

В гинекологическом отделении ИОКБ с соблюдений требований к оформлению добровольного информированного согласия выполнено 18 операций с использованием синтетического материала с установкой системы Prolift: у 4 пациенток установлен имплантат для восстановления переднего отдела, у 15 – для задней реконструкции тазового дна с одновременной установкой TVT-O в 5 случаях с целью коррекции стрессового недержания мочи. Средний возраст оперированных женщин составил 58 лет (от 51 до 62 лет). В анамнезе: все пациентки имели самопроизвольные роды от 2 до 5. При оценке фенотипических и анамнестических данных практически у всех пациенток были выявлены признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) средней и тяжелой степени: варикозная болезнь и геморрой, хроническая венозная недостаточность, грыжи различной локализации, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (хронический запор), изменения со стороны скелета (сколиозы, остеохондроз позвоночника), патология зрения (миопия различной степени выраженности) и др. Ранее по поводу пролапса гениталий оперировались 7 пациенток, т.е. имели рецидив пролапса гениталий. Какие же жалобы предъявляли пациентки: ощущение инородного тела в области влагалища/промежности – 18 (100%), давление внизу живота – 18 (100%), запоры – 11 (61%), чувство неполного опорожнения мочевого пузыря – 7 (39%), затруднение при мочеиспускании – 8 (44%), частые позывы при мочеиспускании – 8 (44%), стрессовое недержание мочи – 5 (27%), диспареуния – 7 (39%), недержание газов – 4 (22%).

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 межблесторного пространства установка системы Prolift posterior была дополнена перинеолеваторопластикой. 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., Жукина 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., ГУЩИН В.В. – 2012
УДК 616-006; 616-089

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

Алексей Владимирович Шелехов¹, Виктория Владимировна Дворниченко^{1,2,3}, Родион Исмаилович Расулов¹, Ирина Васильевна Ларионова², Дмитрий Дмитриевич Мориков², Антон Геннадьевич Захаров², Вадим Викторович Гушин⁴

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра онкологии и лучевой терапии, зав. – д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ³Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ⁴Госпиталь 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 проводилась интраперитонеальная лаваж объемом 3 литра физиологического раствора и 30 мг митомицина С, нагретого до температуры 42°C. При контрольном обследовании на 6 месяцев 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. Shelekhov¹, V. V. Dvornichenko^{1,2,3}, R. I. Rasulov¹, I. V. Larionova², D. D. Morikov², A. G. Zakharov², V. V. Gushin⁴
(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk Regional Oncological Clinic; ³Irkutsk State Medical University; ⁴Hospital Merck, Baltimore, USA)

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