

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 618.- 07-089

© В.А. Кулавский, С.Ф. Насырова, Е.В. Кулавский, Ф. А. Шавалеева, С.М. Жаринова, И.Ф. Мухамедьянов, 2009

В.А. Кулавский, С.Ф. Насырова, Е.В. Кулавский,
Ф. А. Шавалеева, С.М. Жаринова, И.Ф. Мухамедьянов
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

ГОУ ВПО «Бакирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа

Данная работа посвящена внедрению и использованию новых технологий в гинекологии. Освещены новые направления. Отмечено, что использование высоких технологий в гинекологии ведет к разработке новых подходов к лечению больных, способствует повышению эффективности лечения, качества жизни пациенток и улучшению репродуктивного здоровья.

Ключевые слова: новые технологии, гинекология, репродуктивное здоровье.

V.A. Kulavsky, S.F. Nasyrova, E.V. Kulavsky,
F.A. Shavaleeva, S.M. Zharinova, I.F. Muhamedjanov
NEW TECHNOLOGIES IN GYNECOLOGY

The Given work is devoted introduction and use of new technologies in gynecology. New directions are shined. It is noticed that use of high technologies in gynecology conducts to working out of new approaches to treatment of patients, promotes increase of efficiency of treatment, quality of a life of patients and improvement of reproductive health.

Key words: new technologies, gynecology, reproductive health.

В настоящее время демографическая ситуация в России является неблагоприятной как в количественном, так и качественном отношении (снижение продолжительности жизни, демографическое старение и увеличение заболеваемости всех категорий населения, в том числе женщин и детей). Снижение заболеваемости женщин, репродуктивное здоровье которых является важнейшей составляющей воспроизводства, диктует необходимость разработки комплекса мер по своевременной профилактике, повышению качества диагностики и лечения гинекологической патологии. В условиях современной гинекологической клиники это стало возможным благодаря использованию новых технологий.

В гинекологическом отделении РКБ им Г.Г.Куватова с целью реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения и социального развития организовано выполнение высокотехнологичной медицинской помощи. Всего в 2008 году более 10% оперативных вмешательств проведено с применением высоких технологий: эмболизация маточных артерий, пластические операции с применением пролифтов, повторные операции с выраженным спаечным процессом при эндометриозах и тяжелых видах экстрагенитальной патологии.

Несмотря на успехи современной лекарственной терапии, хирургическое лечение по-прежнему остается ведущим методом лечения доброкачественных заболеваний матки,

прежде всего миомы матки — самого распространенного гинекологического заболевания. Традиционное лечение больных с миомой матки заключается в проведении медикаментозной терапии или хирургического вмешательства (гистерэктомия или миомэктомия). В силу различных экологических, социальных, наследственных причин в последнее время стали появляться пациентки с сочетанной соматической патологией, которым противопоказан любой из перечисленных методов лечения. Многие пациентки категорически отказываются от операции и гормонотерапии из-за психоэмоционального момента или из-за нереализованной репродуктивной функции. Для лечения таких больных целесообразно применение новых технологий, к которым относится рентгеноэндоваскулярная эмболизация маточных артерий (ЭМА) [1,7,8]. Процедура ЭМА заключается в проведении тазовой артериографии с последующей селективной эмболизацией мелких ветвей маточной артерии, кровоснабжающих миоматозные узлы. В качестве эмболизатов применяют частицы поливинилалкоголя размером от 350 до 700 мк. В миоматозных узлах происходят очаговый инфаркт, склерозирование и гиалинизация. При этом кровоснабжение окружающего миометрия быстро восстанавливается за счет множественных коллатералей. Показаниями к проведению ЭМА у больных с миомой матки являются: 1) субмукозное и (или) интерстициальное расположение миоматозных узлов; 2) размеры миоматозного узла более 2 см; 3) не-

эффективность медикаментозного лечения при длительном его применении; 4) рецидив лейомиомы матки после консервативной миомэктомии; 5) обильные и длительные менструации, приводящие к хронической анемизации пациентки; 6) отказ женщины от традиционных методов лечения (гормонотерапия, миомэктомия, гистерэктомия) по личным или религиозным убеждениям; 7) бесплодие, причиной которого является миома; 8) противопоказания к любому хирургическому лечению. К противопоказаниям для проведения ЭМА относят: беременность, острые воспалительные заболевания органов малого таза, почечную недостаточность, подозрение на злокачественный процесс в гениталиях, аллергические реакции на контрастное вещество, коагулопатии. К относительным противопоказаниям — субмукозное и подбрюшинное на ножке расположение узлов; размеры узла, превышающие 10 см в диаметре; общие размеры матки более 13—14- недельного срока беременности [1,2,6,7].

Совместно с отделением рентгенодиагностики в гинекологическом отделении РКБ в 2008 году ЭМА проведена 72 женщинам с единичными или множественными миоматозными узлами межмышечной, субмукозно-межмышечной и субсерозно-межмышечной локализаций. Среди них 3 женщины были в возрасте 20-29 лет; 18 - в возрасте 30-39 лет; 39 - в возрасте 40-49 лет; 12- в возрасте 50 лет и старше. Через 6 месяцев после ЭМА у наблюдаемых больных объем кровянистых выделений сократился на 62,4%, их длительность — на 32,6%, через 1 год после проведения ЭМА менструальная функция нормализовалась у большинства больных. Боли, связанные с миомой, исчезли после лечения к 3 месяцу у 97,3% больных, компрессионные симптомы исчезли у всех пациенток. Размеры матки в течение первых 3 месяцев в среднем уменьшились на 32,2%, а к году регрессия достигла в среднем 57,4%. Самая выраженная регрессия миоматозных узлов наблюдалась при межмышечной их локализации. При проведении доплеровского контроля наибольшая регрессия наблюдалась в миоматозных узлах с выраженным кровотоком, меньшая — в узлах с умеренным кровотоком, минимальная — в узлах со слабым кровотоком. За период, в течение которого мы наблюдали больных после ЭМА в нашей клинике, рецидивы наблюдались только у двух. Проведенные исследования показали, что эмболизация маточных артерии является высокоэффективным, малоинвазивным, органосохраняющим, малореци-

дивным методом лечения миомы матки. Клиническая эффективность и хорошая переносимость процедуры позволяют успешно использовать ее при лечении миом матки.

Проблема коррекции несостоятельности мышц тазового дна, опущения стенок влагалища и выпадения матки, недержания мочи находится в центре внимания акушеров-гинекологов, урологов и проктологов. В связи с постоянной тенденцией к «омоложению» этой сочетанной патологии, которая приносит тяжелые физические и моральные страдания и приводит к социальной дезадаптации со снижением качества жизни, вопросы диагностики и лечения пролапса гениталий и недержания мочи приобретают особую актуальность, выходя за рамки сугубо медицинских. В последние годы большое внимание уделяется совершенствованию техники реконструктивно-пластических операций при опущениях половых органов различной степени и нарушениях функций тазовых органов с использованием минимально инвазивных методов, современных шовных и синтетических материалов [3,4].

В настоящее время выделяют 4 основные причины, которые ведут к несостоятельности связочного аппарата внутренних половых органов и тазового дна, хотя возможно и их сочетание: 1) посттравматическое повреждение тазового дна (наиболее часто возникающее в процессе родов), 2) несостоятельность соединительно-тканых структур в виде «системной» недостаточности (проявляющаяся наличием грыж других локализаций, опущением других внутренних органов, т.е. спланхноптозом), 3) нарушение синтеза стероидных гормонов, 4) хронические заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов, микроциркуляции. Среди существующих классификаций пролапса гениталий наиболее известной и применяемой в клинической практике представляется классификация К.Ф.Славянского, согласно которой степень пролапса гениталий оценивают по отношению к половой щели:

I. Смещение влагалища книзу: 1) опущение передней стенки влагалища, задней или обеих вместе; во всех случаях стенки не выходят за пределы входа во влагалище; 2) частичное выпадение передней влагалищной стенки и части мочевого пузыря, задней и части передней стенки прямой кишки или комбинация обоих выпадений; стенки выходят наружу от влагалищного входа; 3) полное выпадение влагалища, сопровождающееся часто выпадением и матки

II. Смещения матки книзу: 1) опущение матки или ее шейки — шейка матки опущена до уровня входа во влагалище; 2) частичное (начинающееся) выпадение матки или ее шейки; шейка матки при натуживании выступает за пределы половой щели; 3) неполное выпадение матки: вне половой щели определяется не только шейка, но и часть тела матки; 4) полное выпадение матки: вне половой щели (между выпавшими стенками влагалища) определяется вся матка, при этом можно свести указательный и средний пальцы обеих рук над дном матки.

Тактика ведения больных с выпадением матки и влагалища, объем и доступ хирургического лечения должны определяться возрастом больной, необходимостью сохранения генеративной функции, наличием и тяжестью сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний, нарушением функции соседних органов. Основным принципом хирургического лечения пролапса гениталий, вне зависимости от доступа является коррекция всех структур, участвующих в сохранении нормального анатомо-топографического расположения тазовых органов, восстановление функций тазовых органов, применение новых технологий в лечении данной патологии [3].

В последние годы хирургическое лечение носит анатомо-специфический характер, и как правило, включает базовую «классическую» операцию (передняя кольпорафия, кольпоперинеорафия, гистерэктомия) и направлено на устранение всех анатомических дефектов тазового дна различными доступами (лапароскопический, лапаротомический, влагалищный и комбинированный).

В отделении гинекологии РКБ проводится устранение центральных дефектов передней стенки влагалища, паравагинальных дефектов, поперечных верхушечных дефектов, выпадения купола влагалища (фиксация к сакроспинальной связке и сакрокольпопексия), дефектов прямокишечно-влагалищной фасции, укрепление купола влагалища. Поступившим в отделение проводятся различные хирургические вмешательства влагалищным доступом. Влагалищная экстирпация матки произведена в 2008 году 52 пациенткам в сочетании с кольпорафией и кольпоперинеорафией.

Хирургическая тактика у молодых женщин направлена на коррекцию функциональных нарушений, восстановление анатомических взаимоотношений, сохранение или восстановление репродуктивной функции. С

этой целью в отделении проводится: ампутация шейки матки при ее выраженной элонгации с укорочением и укреплением кардинальных связок, передняя кольпорафия с укреплением фасции мочевого пузыря, кольпоперинеорафия и леваторопластика, укорочение круглых связок матки, укрепление крестцово-маточных связок, устранение сопутствующей гинекологической патологии.

Восстановление тканей тазового дна у 85% пациенток производилось за счет собственных тканей, у 15% пациенток для устранения цистоцеле или ректоцеле использовались синтетические материалы (полипропиленовые сетки Prolift). Кроме того, в 2008 году проведено хирургическое лечение 30 пациенток со стрессовым или смешанным недержанием мочи с использованием методик TVT, TVT-O, TVT-S.

Не ослабевает интерес исследователей к проблеме эндометриоза — одного из самых трудно объяснимых гинекологических заболеваний у женщин. Эндометриоз встречается у 10—50% женщин репродуктивного возраста, его обнаруживают при лапароскопии у 21% женщин с бесплодием [4].

В зависимости от локализации эндометриоидных гетеротопий выделяют: 1) генитальный эндометриоз (поражение половых органов: матки, влагалища, яичников, брюшины прямокишечно-маточного и пузырно-маточного пространства, промежности); 2) экстрагенитальный эндометриоз (развитие патологического процесса в других органах и системах).

Согласно классификации эндометриоза Американского общества фертильности (R-AFS, 1985) различают:

Малые формы: стадия I (1—5 баллов);
Легкие формы: стадия II (6—15 баллов);
Умеренные формы: стадия III (16–40 баллов);
Тяжелые формы: стадия IV (более 40 баллов).

Аденомиоз (внутренний эндометриоз) может быть диффузным и очаговым (узловым). Классификация аденомиоза диффузной формы [4]:

Стадия I — патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки.

Стадия II — патологический процесс переходит на мышечные слои.

Стадия III — распространение патологического процесса на всю толщу мышечной стенки матки до ее серозного покрова.

Стадия IV — вовлечение в патологический процесс помимо матки париетальной брюшины малого таза и соседних органов. Классификация эндометриоидных кист яич-

ников.

Стадия I — мелкие точечные эндометриодные образования на поверхности яичников, брюшине прямокишечно-маточного пространства без образования кистозных полостей.

Стадия II — эндометриодная киста одного из яичников размером не более 5—6 см с мелкими эндометриодными включениями на брюшине малого таза. Незначительный спаечный процесс в области придатков матки без вовлечения кишечника.

Стадия III — эндометриодные кисты обоих яичников. Эндометриодные гетеротопии небольших размеров на серозном покрове матки, маточных труб и на париетальной брюшине малого таза. Выраженный спаечный процесс в области придатков матки с частичным вовлечением кишечника.

Стадия IV — двусторонние эндометриодные кисты яичников больших размеров (более 6 см) с переходом патологического процесса на соседние органы — мочевой пузырь, прямую и сигмовидную кишки. Распространенный спаечный процесс.

Что касается тактики лечения эндометриоза, в отделении гинекологии РКБ проводятся сложные операции при обширных спаечных процессах (стадия III, IV), бесплодии с использованием современного подхода к лечению данной патологии. Наш опыт показывает, что хирургический подход, направленный на удаление всех очагов эндометриоза, а также комбинированное лечение с применением агонистов гонадотропин-рилизинг гормона значительно снижают частоту рецидивов заболевания [4,6]. Перед проведением оперативного вмешательства проводится терапия в течение 3 месяцев с применением агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (золадекс, диферелин, бусерелин и др.). В послеоперационном периоде с учетом выраженности спаечного процесса и распространенности эндометриоза проводится система реабилитационных мероприятий. Эти мероприятия включают продолжение терапии аго-

нистами гонадотропин-рилизинг гормона, монофазными комбинированными оральными контрацептивами (КОК), гестагенами [6].

Наряду с вышеуказанными операциями в гинекологическом отделении широко используются эндоскопические диагностические и хирургические вмешательства (гистероскопия и лапароскопия) при лечении бесплодия, хронических воспалительных процессов, эндометриоза, доброкачественных опухолей и других видах патологии. В 2008 году проведено 454 лапароскопические операции при различных видах акушерской и гинекологической патологий, освоена лапароскопическая ампутация матки. Широко используются гистероскопические исследования и вмешательства. Внутриматочная хирургия открывает возможности минимально инвазивной коррекции целого ряда заболеваний. В 2008 году проведено 215 гистероскопий, в том числе 43 гистерорезектоскопии по поводу миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия, внутриматочных синехий, наличия инородных тел в полости матки.

В заключение следует отметить, что гинекологическое отделение РКБ оказывает высококвалифицированную помощь женскому населению Республики Башкортостан, в нем внедрены современные диагностические и лечебные технологии, позволяющие добиваться положительных результатов при лечении гинекологических заболеваний различной степени сложности и направленные на нормализацию нарушений в репродуктивной системе. Использование новейших технологий в диагностике и лечении гинекологических больных приведет к разработке новых типов операций, альтернативных традиционным, отказу от неоправданных хирургических и других лечебных вмешательств, что в целом будет способствовать повышению эффективности лечения, качества жизни пациенток и улучшению репродуктивного здоровья женщин как фактора демографического развития республики.

Сведения об авторах статьи

Кулавский Василий Агеевич — доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Института последипломного образования Башкирского Государственного медицинского университета.

450000, г. Уфа, ул. Ленина 3, ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава»

Насырова Светлана Фаниловна — к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ.

Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Айская, 75 — 65, тел. 53 — 26 — 58

Кулавский Евгений Васильевич — к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

450000, г. Уфа, ул. Ленина 3, ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава»

Шавалеева Фаниса Абдулловна — врач-ординатор гинекологического отделения РКБ им. Г.Г.Куватова МЗ РБ

450000, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Достоевского 132, РКБ им. Г.Г. Куватова МЗ РБ

Жаринова Светлана Махмутовна — врач-ординатор гинекологического отделения РКБ им. Г.Г.Куватова МЗ РБ

450000, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Достоевского 132, РКБ им. Г.Г. Куватова МЗ РБ

Ильшат Фанисович Мухамедьянов — зав. отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения РКБ им.

Г.Г.Куватова. 450000, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Достоевского 132, РКБ им. Г.Г. Куватова МЗ РБ

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации: вып. 2 / под. ред. В.И.Кулакова. – М.:ГОЭТАР – Медиа, 2006. – 560 с.
2. Вихляева В.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки - М.: МЕДпресс, 2004. – 400 с.
3. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы: Клинические лекции/ под ред. В.Н. Прилепской. 3-е изд. - М.: МЕДпресс, 2003. - 432 с.
4. Кулавский В.А. Опухоли матки.– Уфа: Информреклама, 2004.–384 с.
5. Миома матки/А.Л Тихомиров, Д.М. Лубинин -М.: МИА, 2006.–176 с.
6. Эмболизация маточных артерий в лечении лейомиомы матки/Л.В. Адамян, К.Д. Мурватов, И.С. Обельчак (др.), Учебное методическое пособие для системы послевузовского образования.- М.: МГМСУ, 2005. – 46 с.
7. Эмболизация маточных артерий в лечении больных с подслизистой миомой матки: И.А. Краснова, В.Г. Бреусенко, С.А. Капранов / Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005.- Т.4, №1. – С.46-50.
8. Эмболизация маточных артерий у больных с миомой матки/ Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, С.А. Капранов (и др.) / Акуш. и гинекол.-2004. -№ 5. – С. 21-24.

УДК 618.146-006.52-036.2(09)

© Э.Р. Кинзикеева, Д. Болис, К.А. Ливерани, 2009

Э.Р. Кинзикеева, Д. Болис, К.А. Ливерани ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ.

ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА

Вторая клиника Акушерства и гинекологии Института акушерства и гинекологии в госпитале Маджоре Манджиагалли имени королевы Елены при Миланском государственном университете. Милан, Италия

Целью исследования было определение наиболее оптимальных стратегий по предупреждению развития рака шейки матки, включающих как диагностику, так и вакцинацию против вируса папилломы человека (ВПЧ).

Используя базы данных: PubMed, Medline и Cochrane были проведены поиск и сортировка научных статей. Ключевые слова поиска: ВПЧ, эпидемиология ВПЧ, рак шейки матки. Статьи были проработаны в порядке убывания относительно даты публикации. В том числе были рассмотрены различные государственные программы Италии, касающиеся планирования семьи и здоровья населения. Были выбраны и проанализированы такие вопросы, как распространение папилломавирусной инфекции в зависимости от географических широт, влияние на развитие инфекции различных факторов риска, поражение ВПЧ различных органов и тканей человеческого организма, преобладание тех или иных вирусных генотипов.

Заключение: Данный анализ подтвердил основополагающую роль ВПЧ в развитии рака шейки матки (РШМ), среди которых преобладают ВПЧ 16 и 18. С учетом высокой заболеваемости и смертности необходимо участие государства в развитии программ скрининга и вакцинации, которые должны носить массовый характер. Знание эпидемиологии, природы и основных факторов риска папилломавирусной инфекции позволит разработать дальнейшую стратегию по адаптации населения к вакцинации, уменьшению заболеваемости инвазивным РШМ и предраковыми заболеваниями, вызванными ВПЧ.

Ключевые слова: папилломавирус, папилломавирусная инфекция, рак шейки матки, ВПЧ.

E.R. Kinzikeeva, G. Bolis, C.A. Liverani. HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION. NATURAL HISTORY, EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS

The Institute of Obstetric and Gynecology "L.Mangiagalli" of State Milan University. Milan, Italy.

The scope of research is to definite the most optimal strategies for cervical cancer prevention based on HPV testing and anti-HPV vaccination.

PubMed, Medline and Cochrane were searched for articles which were classified and analyzed. Key search words were: HPV, Epidemiology of HPV, cervical cancer. Articles were analyzed in descending order on the date of publication.

We have considered various government programs in Italy, which concerned family planning and health. Were selected and analyzed such issues as the distribution of HPV infection, depending on the latitude, the influence of various risk factors on the development of infection, the distribution of HPV in various organs and tissues of human organism, the prevalence of certain viral genotypes. Conclusion: This analysis confirmed the fundamental role of HPV in the development of cervical cancer, which is dominated by HPV 16 and 18. Looking the high morbidity and mortality of cervical cancer disease it is necessary of the State involvement in the development of screening programs and strategies of vaccination, which must be massive. The knowledge about epidemiology, nature and major risk factors of HPV infection will be useful in the further strategies for adaptation of the population to be vaccinated, to reduce the incidence of invasive cervical cancer and precancerous lesions caused by HPV.

Key words: papillomavirus, papillomavirus infection, cervical cancer, HPV.