

резекция ПК с наложением низкого колоанального анастомоза была модифицирована. Путем формирования из дубликатуры из сигмовидной или поперечной нисходящей (в зависимости от объема удаляемых структур) кишки создавался резервуар, способный частично заменять функции резецируемой ампулы ПК. Однако формирование толстокишечного резервуара сопряжено с некоторыми техническими трудностями, а именно мезоперитонеальное расположение данного отдела кишечной трубки, особенности васкуляризации кишки, ограниченная длина выкраиваемого трансплантата.

**Материал и методы.** Предложена и экспериментально апробирована методика низкой передней резекции ПК с формированием J-образного резервуара из сегмента тощей кишки на сосудистой ножке. Экспериментальная часть работы была выполнена на беспородных собаках. Под кетамин-тиопенталовым наркозом срединным лапаротомным доступом вскрывали брюшную полость, мобилизовали ректосигмоидный отдел, ампулу ПК, резецировали

ампулу ПК. Формировали культы прямой и сигмовидной кишок. Далее выкраивали сегмент тощей кишки на питающей ножке, непрерывность тонкого кишечника восстанавливали анастомозом «конец в конец», формировали резервуар в виде буквы «J». Анастомозировали созданный резервуар с культами прямой и сигмовидной кишок. Санировали и послойно ушивали брюшную полость наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. В дальнейшем животных подвергали эвтаназии в срок 30, 60, 90 сут после операции.

**Выводы.** Изучали результаты операции макроскопически и гистологически. Емкость созданного резервуара в среднем составляла 23-25 мл, гистологическая картина в зоне анастомозов представлена регенераторными процессами разной степени выраженности. Таким образом, использование тонкокишечного трансплантата для формирования резервуара при низкой передней резекции ПК является оправданным и обоснованным, несмотря на некоторое усложнение хода оперативного вмешательства.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

В.И. ШТИН

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

**Актуальность.** Воспаление, возникающее в слизистой оболочке дыхательных путей из-за воздействия различных повреждающих факторов, в том числе на фоне инфекционного процесса, хирургической травмы и т.д., является нормальной защитной реакцией, что обычно приводит к уничтожению инфекционного агента, активации процессов регенерации и восстановлению тканей. Однако в целом ряде случаев воспаление выходит за рамки физиологического процесса, возникает неконтролируемое повреждение. Подобную картину можно наблюдать у больных злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух. Комбинированное лечение, включающее лучевую терапию и оперативное вмешательство, способствует снижению мест-

ного и общего иммунитета. Нарушение микроциркуляции и реологических свойств крови, как реакция на операционную травму, способствует увеличению длительности процессов репарации и эпителизации стенок послеоперационной полости. Все это ограничивает возможности реконструктивно-пластических вмешательств на челюстно-лицевой области, из-за воспаления, развивающегося в области имплантатов, что способствует отторжению последних в зонах с недостаточностью процессов интеграции с окружающими тканями. Таким образом, воспаление, возникающее в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазухах после различных хирургических вмешательств в данной области, в целом ряде случаев требует регулирования.

**Материал и методы.** С целью сокращения количества послеоперационных осложнений и сроков реабилитации больных опухолями полости носа и придаточных пазух в НИИ онкологии г. Томска разработан реабилитационный комплекс, включающий индивидуальное эндопротезирование и магнитолазерную терапию. Магнитолазерная терапия проводится ежедневно начиная с 10 сут после операции и до момента выписки пациента, с использованием инфракрасного лазерного излучения и постоянного магнитного поля аппаратов «Милта-Ф» и «Мустанг-2000» (величина магнитной индукции от 10 мТл до 30 мТл, частота в пределах 80 Гц).

**Результаты.** В ходе наблюдения за пациентами исследуемой группы выявлено выраженное противоотечное и противовоспалительное действие, снижение болевого синдрома. Воспалительная реакция в послеоперационной полости наблюдалась в 72,7% случаев, отек мягких тканей окологлазничной и скуловой области выявлен у 86% больных. По завершении лечения удалось полностью ликвидировать указанные проявления у 75% больных. Помимо этого определялось сокращение сроков заживления

послеоперационной раневой поверхности в 2 раза. Отторжение струпа и очищение раны от некротизированных тканей начиналось на 10 сут, как и в контрольной группе больных которым выполнялось типовое протезирование и не использовалось магнитолазерное лечение в послеоперационном периоде. Фаза очищения раневой поверхности длилась 4-6 сут (контрольная группа 7-10 сут). Через 2-3 недели после операции грануляционная ткань полностью закрывала раневую поверхность (контрольная группа - 4 нед). Параллельно начинался процесс эпителизации раневой поверхности, длительность которого составила 1 - 2 месяца, в зависимости от объема оперативного вмешательства и типа индивидуального протезирования. В контрольной группе длительность процессов эпителизации послеоперационной раны составила 3-4 мес.

**Выводы.** Использование послеоперационной магнитолазерной терапии позволяет сократить сроки заживления послеоперационной раневой поверхности и эпителизации эндопротеза, повысить уровень реабилитации и качество жизни большинства пациентов.

## МЕСТО ПИН В ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

З.А. ЮРМАЗОВ

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

**Актуальность.** Важной проблемой современной онкоурологии является широкая распространенность различных опухолевых заболеваний предстательной железы (ПЖ), к которым относятся рак предстательной железы (РПЖ), доброкачественная гиперплазия ПЖ (ДГПЖ). Особое место среди них занимает простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН). По данным разных авторов, ПИН выявляется в 18–48% пункционных биопсий, выполненных больным с подозрением на рак. Американская ассоциация клинических патологов разделяет ПИН на ПИН легкой (низкой) степени и ПИН тяжелой (высокой) степени. Морфологическим субстратом ПИН являются клеточные пролифераты внутри протоков и ацинусов ПЖ.

Их формирование сопровождается тканевой и клеточной атипией. Для ПИН высокой степени характерны типичные и нетипичные структурные варианты строения. К типичным относятся четыре основных варианта: пучковый, микропапиллярный, крибриформный, уплощенный. Нетипичные варианты представлены следующими типами: солидный, перстневидный, мелко нейроэндокринноклеточный, слизистый, инвертированный. Основной отличительной чертой ПИН высокой степени от РПЖ является сохранение целостности базальной мембраны. Высокой степени ПИН территориально тесно связана с инвазивной аденокарциномой, особенно в периферической зоне предстательной железы.