

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.

В начале XXI века внимание онкоурологов привлек тот факт, что при гистологическом исследовании биоптатов предстательной железы (как биопсийных, так и послеоперационных) у пациентов с верифицированным РПЖ до 40-73% встречалось сочетание РАК + ПИН. В настоящее время всё большее количество специалистов считают ПИН высокой степени факультативным предраком, но на сегодняшний момент нет четких рекомендаций по тактике наблюдения, срокам ребиопсии и возможной лекарственной коррекции данного неопластического процесса.

Целью исследования явилось определение распространенности ПИН в биоптатах ПЖ и сроков ребиопсии при выявлении изолированной ПИН высокой степени.

Материалы и методы. За последние 5 лет выполнено более 400 биопсий предстательной железы под ТРУЗИ контролем у пациентов с подозрением на опухоль предстательной железы. Средний возраст составил 64 года (46-75 лет). Средний уровень сывороточного ПСА на момент выполнения биопсии соответствовал 11 нг/мл (1-30 нг/мл). При выявлении ПИН высокой степени в биоптате пациентам выполнялись ребиопсии с интервалом в 3, 6 и 12 мес, либо до момента выявления РПЖ.

Результаты. При оценке гистологического материала выявлено, что порядка 41,6% (173) биоптатов содержали ПИН высокой степеней в сочетании с различной фоновой патологией (ДГПЖ, Хр.простатит и др). РПЖ был найден

в 26,4% (109) случаев. Сочетание ПИН+РПЖ обнаружено в 19,7% (82) гистологических образцов. Если в возрастной группе 50 – 59 лет 44,3% биоптатов содержали ПИН, то в возрасте от 70 до 79 лет их доля составила 38,7% (частота выявления РПЖ в указанных возрастных группах составила 3,1% и 61,4% соответственно).

При проведении повторных биопсий у пациентов с ПИН высокой степени через 3 мес обнаружен РПЖ в 6 (3,5%) случаях, через 6 месяцев число верифицированного РПЖ увеличилось на 19 (10,7%), через 12 мес выявлено ещё 4 (2,3%) случая РПЖ.

Выводы. Наше исследование подтвердило, что при проведении биопсии ПЖ у пациентов с подозрением на злокачественную опухоль диагноз ПИН выявляется в 1,7 раза чаще, чем РПЖ. Частота обнаружения ПИН увеличивается с возрастом, достигая пика в шестом десятилетии и опережая возникновение большинства карцином более чем на 10 лет, что косвенно подтверждает участие ПИН в канцерогенезе РПЖ. Этот факт требует дальнейшего более детального изучения. Исходя из полученных результатов, 6 мес – наиболее адекватный срок ребиопсии при выявлении ПИН высокой степени в первичном гистологическом материале. Особый научный интерес представляет изучение количества и качества биопсийных фрагментов при первичной и повторной биопсиях, а также прогностического значения фокусов ПИН в паре ПИН + РПЖ. Результаты данных научных изысканий будут доложены в последующих публикациях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ

М.Б. ЯКУБОВА, К.В. ЮГАЙ, Д.Т. АРЫБЖАНОВ, Н.Т. МАХМУТОВ,
Е.Э. МАКЛАКОВА, А.У. КАСКАБАЕВ

*Южно-Казахстанская государственная медицинская академия,
областной онкологический диспансер, г. Шымкент, Казахстан*

Актуальность. Рак шейки матки является одной из наиболее распространенных опухолей у женщин. Ежегодно в мире выявляется около 500 тыс. новых случаев. В целом, отличительной чертой рака шейки матки является относитель-

но продолжительное местное распространение заболевания, высокая частота первичной неизлеченности в структуре неудач лечения, преимущественная локализация рецидивов в зоне первичной опухоли. В связи с этим при раке шейки матки