

яичников осложнилась развитием острого гнойного сальпингоофорита, что потребовало повторной операции. Одна пациентка умерла вследствие прогрессирования заболевания и развития уремии. Случаев метастатического поражения перемещенных яичников в нашей практике не было. В настоящее время в отделении внедряется лапароскопический доступ

для больных, которым на первом этапе лечения планируется лучевая терапия.

Выводы. Транспозиция яичников в ходе лечения рака шейки матки у женщин молодого возраста действительно позволяет улучшить качество жизни пациенток, сократить сроки социальной и психологической реабилитации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТОКСИКОЗА ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

О.А. ТКАЧУК, В.Е. ВОЙЦИЦКИЙ, Ю.Э. НАРОВ,
М.С. ЛЮБАРСКИЙ, Д.В. ХАБАРОВ

*НГМУ, кафедра онкологии, г. Новосибирск
НИИКиЭЛ СО РАМН, г. Новосибирск*

Актуальность. В структуре онкологической патологии в России рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место, заболеваемость РМЖ составляет 38,53 на 100000, а смертность – 24 тыс. женщин в год. Сегодня под наблюдением онкологов состоят 500 тыс. пациенток, страдающих РМЖ. Основной составляющей комплексного лечения РМЖ остается хирургический метод, но ближайшие послеоперационные осложнения удлиняют период восстановления после вмешательства, требуют значительного перенапряжения иммунитета и в результате истощают его, отдаляя тем самым сроки проведения адъювантной лучевой и химиотерапии. По литературным данным, провоспалительные цитокины – интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкин-2 (ИЛ-2), интерлейкин-8 (ИЛ-8) и интерлейкин-6 (ИЛ-6) принимают непосредственное участие в патогенезе анорексии, кахексии, являются чувствительными маркерами инфекционного эндотоксикоза и системной воспалительной реакции. Определение ИЛ-6 в настоящее время начинает использоваться для ежедневного мониторинга этих процессов.

Цель исследования – определение уровня ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-6 у больных РМЖ в пред- и послеоперационном периодах.

Материал и методы. Исследовали три группы женщин с РМЖ после радикальных операций на молочной железе – первая груп-

па получала стандартное антибактериальное, анальгетическое послеоперационное лечение; вторая группа – детоксикационное лечение и лимфотропное введение антибиотиков и анальгетиков; в третьей группе вводились препараты для коррекции вторичного иммунодефицита, разрешенные для применения в онкологии, а также анальгетики и антибиотики – лимфотропно. Во время научного исследования цитокинового профиля крови у 95 пациенток с РМЖ было проведено определение концентрации четырех провоспалительных цитокинов – ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-6. Определение концентрации интерлейкинов в сыворотке крови выполняли с использованием тест-систем ProCon IL1-beta, ProCon IL6, ProCon IL2, ProCon IL8 производства ООО «Цитокин» (С.-Петербург) по инструкции производителя. Результаты иммуноферментного анализа регистрировали на вертикальном фотометре Multiskan MCC 340 в при длине волны 492 нм.

Результаты. У пациенток третьей группы, где проводилась коррекция вторичного иммунодефицита в раннем послеоперационном периоде, динамика снижения уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови была статистически значимой – уровень ИЛ-1 β у них снизился на 29,1%; ИЛ-2 – на 31,1%, ИЛ-8 – на 32,4%, а содержание ИЛ-6 – на 35,3 % по отношению к исходному (до операции). Это до-

стоверно ниже исходных данных и результатов, полученных для пациентов первой группы, где использовались стандартные методики ведения послеоперационного периода ($p < 0,05$).

Выводы. На основе исследования цитокинового профиля крови пациенток с РМЖ перед операцией было выявлено достоверное повышение концентраций провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИЛ-8 и ИЛ-6. В по-

слеоперационном периоде проведение лечения по стандартной схеме не привело к нормализации содержания тестируемых цитокинов в сыворотке крови, тогда как при применении лимфотропных технологий и коррекции вторичных иммунодефицитов положительная динамика в отношении исследуемых показателей была более выраженной.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПЕРИКАРДА ТКАНЕВЫМ ИМПЛАНТАТОМ НА ОСНОВЕ НИКЕЛИД-ТИТАНОВОЙ НИТИ

Е.Б. ТОПОЛЬНИЦКИЙ

ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», г. Томск

Актуальность. При раке легкого нередко приходится выполнять комбинированные операции с резекцией перикарда. При обширных дефектах перикарда может произойти дислокация сердца с необратимым расстройством кровообращения за счет сдавления путей оттока и перегиба полых вен. Для предупреждения этого осложнения выполняют пластику перикарда плеврой, перикардальным жиром или синтетическими материалами.

Цель исследования – разработать в эксперименте способ пластики пострезекционных дефектов перикарда тканевым имплантатом из сверхэластичной проволоки на основе никелида титана и изучить особенности интеграции его с прилежащими тканями.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на 8 беспородных собаках обоего пола. Все манипуляции и выведение животных из опытов проводили под общей анестезией. В условиях управляемого дыхания выполняли пневмонэктомии слева с резекцией перикарда площадью 10–15 см². Закрывали культи бронха осуществляли сдавлением извне конструкцией с памятью формы, дефект перикарда замещали тканевым имплантатом из TiNi. Животных выводили из опыта в различные сроки с макро- и микроскопическим описанием области вмешательства. Имплантат с окружающим тканевым регенератом исследовали сканирующим электронным микроскопом. Тканевой регенерат и прилежащие ткани, в том числе участок эпикарда, направлялись на гистологическое исследование.

Результаты. Имплантат для пластики дефектов перикарда представляет собой тонкопрофильную ткань, с размерами ячейки 200–240 мкм, сплетенную по текстильной технологии из сверхэластичной TiNi проволоки толщиной 60 мкм. Пористая чешуйчатая поверхность проволоки придает ей высокую адаптированность в тканях организма. Методика операции: на дефект перикарда укладывают выступающий за его края имплантат и фиксируют к перикарду по всему периметру. Благодаря эффекту смачиваемости и капиллярности поры проволоки и ячейки имплантата заполнялись тканевой жидкостью сразу после имплантации. Тканевая жидкость после пропитывания структуры имплантата удерживается в виде пленки под действием силы поверхностного натяжения, создающей своеобразный барьер, который изолирует перикардальную полость от плевральной. В послеоперационном периоде ни в одном случае осложнений не наблюдалось. Макро- и микроскопические исследования свидетельствовали о формировании тканевого регенерата, который прорастал сетчатый имплантат и прочно фиксировался к перикарду. В области взаимодействия поверхности имплантата с перикардом наблюдалось активное развитие соединительной ткани с прорастанием фибробластами, капиллярами и новообразованными сосудами, а на внутренней поверхности имплантата происходило восстановление серозной оболочки. В полости перикарда воспалительная реакция на имплантат была не выражена, носила