

жиме реального времени. Тест позволяет выявлять и определять концентрацию ДНК 12 типов ВПЧ. Для пациентов, инфицированных вирусом папилломы человека, реальным путем предупреждения развития интраэпителиальных неоплазий, следовательно, и рака шейки матки, может быть только выявление папилломавирусной инфекции высоко достоверным, доступным и информативным методом [9].

Важный метод вторичной профилактики рака шейки матки – проведение тотального цитологического скрининга женского населения. Основываясь на опыте различных стран по организации скрининга рака шейки матки, предлагаются следующие рекомендации для проведения профилактических программ в России: возраст начала скрининга – 25 лет; возраст, в котором нецелесообразно продолжать скрининг – 65 лет; интервалы проведения скрининга – каждые 3 года у женщин моложе 50 лет и каждые 5 лет у женщин в возрасте 50-65 лет.

Ну и, наконец, особо перспективными в плане предотвращения развития карцином шейки матки следует рассматривать терапевтические подходы, представляющие собой воздействие на основные механизмы канцерогенеза:

- ингибирование экспрессии онкогена E7 ВПЧ и синтеза 16-альфа-гидроксиэстрогена.
- ингибирование ДНК-метилтрансферазы.
- стимулирование опухоль-супрессорного белка – фосфатазы PTEN.

#### Список литературы

1. Городецкая С.Б. и соавт. Значение исследования уровня экспрессии онкобелка E7 вируса папилломы человека 16 и 18 типов в цервикальном материале в диагностике неопластических образований шейки матки // Молекулярная медицина. – 2010, N5.
2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России – 2014. – 250 с.: илл.
3. Киселев В.И., Муйжнек Е.Л. Молекулярные механизмы развития дисплазии шейки матки: новые знания – новые возможности // «Лаборатории ДНК-диагностики» – 2011, N4(13).
4. Патологическая анатомия: национальное руководство / гл. ред. М.А. Пальцев, Л.В. Кактурский, О.В. Зайратьянц. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с.
5. Хунова Л.З. Качественная оценка молекулярно-биологических факторов раннего канцерогенеза шейки матки. / Л.З. Хунова. – Автореф. канд. дисс. – М., 2011. – 23 с.: ил.
6. Zur Hausen H. Papillomaviruses causing cancer: evasion from host-cell control in early events in carcinogenesis // J Natl Cancer Inst. – 2000, Vol.92(9). – P.690-698.
7. von Knebel Doeberitz M. New molecular tools for efficient screening of cervical cancer. // Dis Markers – 2001, Vol.17(3) – P.123-128
8. Richart R.M. Cervical Intraepithelial neoplasia // Pathol. Ann. – 1973. – Vol. 8. – P. 301-328.
9. World Health Organization (WHO). Comprehensive Cervical Cancer Control. A guide to essential practice. – Geneva: WHO, 2006. – [http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical\\_cancer\\_gcp/text.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/text.pdf).

#### ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА И ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ

Степанков А.В.

*Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, e-mail: stepankov\_artem88@mail.ru*

**Актуальность.** В настоящее время во всем мире отмечается рост злокачественными новообразованиями головы и шеи, что обусловлено множеством факторов. Статистика свидетельствует о неуклонном росте пациентов с онкозаболеваниями. С 2001 по

2011 год их прирост составил 17,3%. Долгосрочные прогнозы ВОЗ так же неутешительны [1, с. 35]. Среди злокачественных опухолей головы и шеи рак полости рта занимает 4-е место после рака кожи, щитовидной железы и гортани [2, с. 119]. Ежегодно в мире диагностируется около 275000 случаев заболеваний раком слизистой оболочкой полости рта, а число умерших от рака данной локализации достигает 127500 [3, с 309-310]. Рак слизистой полости рта и орофарингеальной зоны имеет особую специфику течения опухолевого процесса ввиду сложности анатомо-топографического строения. Общепринятыми методами лечения опухолей слизистой полости рта и орофарингеальной зоны по-прежнему остаются хирургический метод, лучевой и химиотерапевтический. При рассмотрении этапов хирургического лечения таких как, падающее воздействие на слизистую оболочку, мягкие ткани, при резекции опухоли и адекватный гемостаз, необходимо давать должную оценку, от которой во многом зависят, как процессы заживления, так и реабилитация пациентов с данной патологией. В свою очередь операции при злокачественных опухолях языка, слизистой дна полости рта, ротоглотки, выполняются с массивной кровопотерей, обусловленной особенностями кровоснабжения данной анатомической области. С целью адекватного гемостаза при стандартных операциях используется лигирование сосудов (перевязка) и коагуляция сосудов диаметром 1 мм и менее.

**Цель.** Оптимизировать этап хирургического лечения при опухолевой патологии слизистой полости рта и орофарингеальной зоны с использованием высокочастотного ультразвука при рассечении мягких тканей и осуществлении гемостаза.

Поставленная цель достигалась следующими задачами:

1. Минимизировать агрессивное воздействие на слизистую и уменьшить кровопотерю.
2. Осуществить должный гемостаз при резекции слизистой и мягких тканей в сложной анатомической области с целью более точной визуализации границ опухоли.
3. Сократить сроки ранней послеоперационной реабилитации (дыхания, приема пищи и речи).

**Материалы и методы.** В отделении опухолей головы и шеи № 2 Самарского Областного Клинического Онкологического Диспансера в сроки проведено 19 операций с использованием ультразвукового скальпеля, при злокачественных опухолях языка, дна полости рта, боковой стенки ротоглотки, мягкого неба. Из 19 пациентов, которым проведено хирургическое лечение: 14 первичных больных, 5 пациентов с продолженным ростом после полного курса лучевой терапии. Количество больных со злокачественными опухолями языка 10 человек. По стадийности опухолевого процесса распределились следующим образом: 2 пациента (I), 4 больных (II), 2 пациента (III), 2 больных с (IV) с индексом N0, N1.

С опухолями слизистой дна полости рта 4 больных. Со (II) стадией 1 пациент, с (III)N0 – 2, с (IV) N1 – 1 больной. У 2 пациентов рак слизистой оболочки (II) и у 3 (III)N0, N1 стадии опухолевого процесса. Возраст больных составил от 43 до 88 лет. На долю женщин пришлось 12%, на долю мужчин 88%.

**Результаты.** При I, II, III стадии рака языка выполнены резекции с использованием ультразвукового скальпеля (половинная и субтотальная) без использования трансплантата. В ходе операции получен хороший гемостаз и минимальная кровопотеря, что показано на следующих рисунках.



Рис. 1. Больной Б., 70 лет, T2M0N0, II стадия, G2, гист. тип плоскоклеточный ороговевающий рак. До операции



Рис. 2. Тот же больной. Ход операции (половинная резекция языка). Виден хороший гемостатический эффект



Рис. 3. Тот же больной. Отсечение препарата с опухолью (правая половина языка)



Рис. 4. Тот же больной. После отсечения препарата (правая половина языка). Адекватный гемостаз. Рана готова к ушиванию

На лимфатическом коллекторе шеи 6 пациентам выполнена двусторонняя и односторонняя селективная шейная диссекция (I-II) уровней [4, с. 11-12]. У 5 пациентов при выполнении половинной резекции, язычная артерия и вена не перевязывались, а была осуществлена коагуляция ультразвуковым скальпелем. С IV стадией опухолевого процесса, выполнена экстирпация языка с селективной и радикальной шейной диссекцией при помощи ультразвукового скальпеля, с пластикой дефекта дезэпидермизированным кожным лоскутом, взятым с шейной области в одном случае, а в другом без использования трансплантата. Пациентам со злокачественными новообразованиями слизистой дна полости рта выполнены различные объемы операций, а именно: комбинированная резекция фронтального отдела дна полости рта с пластикой дефекта на себя, селективной и радикальной шейной диссекцией; резекция бокового отдела дна полости рта с половинной резекцией языка; комбинированная резекция бокового отдела дна полости с пластикой дефекта дезэпидермизированным кожным лоскутом с шейной области. Резекция мягкого неба с использованием ультразвукового скальпеля выполнена 2 пациентам. Резекция боковой стенки ротоглотки с пластикой дефекта дезэпидермизированным кожным лоскутом с шейной области 2 пациентам, и 1 больному с пластикой кожно-мышечным трансплантатом с использованием грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. На лимфоколлекторе шеи проведены операции в объеме модифицированной и радикальной шейной диссекции. Всем пациен-

там выполнена привентивная нижняя трахеостомия. Кровопотеря при половинных резекциях языка с использованием ультразвукового скальпеля в среднем составила от 30–80 мл; при резекциях слизистой дна полости рта с селективной или радикальной шейной диссекцией 150-300 мл; при резекциях слизистой ротоглотки с радикальной шейной диссекцией или модифицированной 190–350 мл. Больные находились на зондовом питании. Пациентам из 15 человек проведены 7-10 сеансов ГБО терапии. На 4-6 сутки после операции у 5% пациентов отмечен гипоксический дерматит трансплантата. На 20 сутки выполнена некрэктомия. Данная группа больных деканулирована на 6-8 сутки. Прием пищи через рот разрешен на 7-10 сутки. Логопедические занятия проводились до операции и возобновлялись на 10 сутки. В послеоперационном периоде группе пациентов со II, III, IV стадиями опухолевого процесса и гистологическими формами представленными плоскоклеточным ороговевающим и неороговевающим раком (G2, G3, G4) проведен курс дистанционной лучевой терапии СОД 50 Гр.

**Выводы.** Анализируя приведенные данные использования высокочастотного ультразвука при операциях на слизистой полости рта и орофарингеальной зоны, должным образом оправданы, что позволяет расширить область и горизонты его применения.

**Список литературы**

1. Поляков А.П., Решетов И.В.. Реабилитация больных с ксеростомией в онкологической практике. Обзор литературы: Журнал Федерации специалистов по лечению заболеваний головы и шеи: Голова и шея, 2013. – № 2. – 69 с.

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи: клин. руководство. М.: Практическая медицина, 2013. – 478 с.

3. Польшкин В.В. и соавт. Фотодинамическая терапия при комплексном лечении рака слизистой оболочки полости рта. – Радиация и риск. – 2011. – Том 20. – № 1. [электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/fotodinamicheskaya-terapiya-pri-kompleksnom-lechenii-raka-slizistoy-obolochki-polosti-rta> (дата обращения 25.02.2014)

4. Мосейчик Л.Е., Людчик Т.Б. Сочетанное, комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области: учеб. – методическое пособие. Мн.: БГМУ, 2008. – 38 с.

#### РАЗРАБОТКА УНИФИЦИРУЮЩЕЙ ВИЗУАЛИЗИРОВАННОЙ СХЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ПЛАЦЕНТЫ ДЛЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Степанян И.А.

*Балтийский федеральный университет им. Иммануила  
Канта, медицинский институт, Калининград, e-mail:  
lublumedicinu@mail.ru*

На протяжении всей беременности в плаценте происходят морфологические изменения, отражающие физиологические процессы созревания. Эхогра-

фически эти изменения лежат в основе разделения плаценты по степеням зрелости. Несмотря на обязательность определения степени зрелости плаценты оценка данного показателя до сих пор отличается высокой степенью субъективизма, что приводит к невыявлению преждевременного созревания плаценты и развитию её осложнений.

Мы проводили ультразвуковое исследование 77 беременных и устанавливали степень зрелости плаценты в каждом случае, руководствуясь теоретическим материалом и сопоставляя с визуализирующимися изменениями на экране. Предлагаемая нами схема включает самостоятельно разработанные векторные изображения.

Внедрение разработанной унифицирующей схемы в медицинские информационные системы объективизирует определение степеней зрелости плаценты, повысит качество диагностического процесса, позволит наблюдать за правильностью и последовательностью развития плаценты на протяжении всей беременности, способствует своевременной и точной диагностике преждевременного созревания плаценты и ликвидации её осложнений.

	Стадии зрелости плаценты			
	0	I	II	III
Хориальная мембрана				
Базальная мембрана				
Паренхима				

#### ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОЗА

Тайжанова Д.Ж., Тауешева З.Б., Таласпаева К.В.,  
Костенко А.С.

*Карагандинский государственный медицинский  
университет, Караганда, e-mail: taizhanova\_kgma@mail.ru*

Согласно проведенным обследованиям, тканевой дефицит железа следует считать как фактор риска функциональных нарушений, а в последующем заболеваний внутренних органов, в том числе гипofункции органов внутренней секреции – щитовидной железы. Нами проанализированы случаи манифестного и субклинического гипотиреоза у 46 женщин молодого возраста (от 18 до 46 лет). При этом тщательно оценивали факт наличия в предшествующий обследованию период железодефицитного состояния (ЖДС) у данных больных. Нами установлено, что у 60% пациентов с первичным и субклиническим гипотиреозом в анамнезе констатировали факторы риска развития железодефицитных состояний в виде повторных носовых, десневых, геморроидальных кровоточивостей, метrorрагии, меноррагии, в основном на фоне тромбоцитопатии, тромбоцитопении. Как

правило, наблюдались спонтанные или после небольшого давления на кожу синяковости. В анамнезе имело место и регулярное донорство без последующего замещения кровопотерь препаратами железа. У всех больных имелись клинические проявления сидеропенического синдрома, со снижением уровня ферритина, гипохромией и микроанизоцитозом.

Таким образом, выявлена связь субклинического и первичного гипотиреоза с предшествующим железодефицитным состоянием, которое способствует снижению активности тканевых дыхательных ферментов (пероксидазы и др.), участвующих в синтезе гормонов щитовидной железы.

#### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОПИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Тайжанова Д.Ж., Дубровская Я.А., Кузнецова О.С.

*Карагандинский государственный медицинский  
университет, e-mail: taizhanova\_kgma@mail.ru*

Согласно проведенным обследованиям 48 наркоманов, потребляющих опиий внутривенно в количестве 2,0-3,0 грамм ежедневно с проведением пункционной биопсии почек под контролем ультразвукового