

3. И.А. Андроненков «Совершенствование организации медицинского обеспечения юношей при подготовке к военной службе», Москва, 2012;
4. Д.В. Рязанов, Т.Г. Авдеева «Сборник материалов XVII Съезда педиатров России "Актуальные проблемы педиатрии"», г. Москва, 2012 г.;
5. T. Avdeeva, I. Otvagin, T. Myakisheva. Tuberculosis in adolescents and young patients in highrevalence region //Journal of Microbiology and Immunology 2 (2012) 4, DOI: 10.1556/EuJMI.2.2012.4.9.
6. Михайлова Ю.В., Сон Н.М., Скачкова Е.И., Стерликов С.Н. Распространение туберкулеза среди детей и подростков в Российской Федерации (анализ данных официальной статистики) // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. - №1. – с. 5-10.
7. Мякишева Т.В., Гуденков М.А., Моисеенкова С.Н. Характеристика эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Смоленской области за период 2007-2012 гг. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. Смоленск. – 2013. – Том 12. –№4. – с. 69-75.
8. Руководство участкового педиатра. Под редакцией проф. Т.Г. Авдеевой. 2-е издание исправленное и дополненное. Москва. ГЭОТАР-Медиа.2014. с. 522.

ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Савоневич Е.Л.¹, Жлобич М.В.¹, Зайцева Т.П.², Матвейчик Н.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²

Гранулезоклеточные опухоли яичников относятся к редким не-эпителиальным новообразованиям и по Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ относятся к новообразованиям стромы полового тяжа. По данным разных авторов гранулезоклеточные опухоли составляют 5-10% от всех злокачественных новообразований яичников (Бохман Я.В. 1989; Урманчеева А.Ф. 2001; Uygun K. 2003). Гранулезоклеточные опухоли продуцируют ряд стероидных и гликопротеидных гормонов. Среди всех гормонопродуцирующих новообразований яичников они являются самыми распространенными. В Гродненской области по данным Белорусского канцер-регистра гранулезоклеточные опухоли диагностируют в среднем у 6-7 женщин в год, что составляет 5,7% от случаев всех злокачественных новообразований яичников. В 1977 году R.E. Scully были выделены два типа гранулезоклеточных опухолей – взрослый (95%) и ювенильный (5%). С 1995 года это отражено в Международной гистологической классификации опухолей ВОЗ. На сегодняшний день гранулезоклеточные опухоли яичников взрослого типа считаются «непрогнозируемыми опухолями», т.к. вопрос об их злокачественном потенциале и достоверных клинико-морфологических факторах прогноза окончательно не решен (Chudecka-Glaz A. et al., 2003).

Целью настоящего исследования было изучение клинико-генетических особенностей гранулезоклеточных опухолей и оптимизация тактики ведения пациенток с данной патологией яичников.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических и морфологических данных из медицинской документации

Гродненского областного онкологического диспансера всех 40 случаев заболевания гранулезоклеточными опухолями яичников в Гродненской области за период с 2007 по 2012гг. Для определения наследственной предрасположенности к злокачественным новообразованиям яичников, ассоциированной с мутацией в гене BRCA1, 11 женщинам с гранулезоклеточными опухолями проведено ДНК-тестирование методом мультиплексной полимеразной цепной реакции. Определялись три основные наследственные мутации в гене BRCA1: 5382insC, 4153delA, C61G. Изоляция ДНК из лейкоцитов венозной крови выполнялась методом солевой экстракции. Молекулярно-генетическая диагностика проводилась в Лаборатории Генетики и Патоморфологии Поморского медицинского университета г.Щетин (руководитель – профессор Я. Любински) в рамках договора о научном сотрудничестве.

Результаты. Средний возраст пациенток с гранулезоклеточными опухолями в исследуемой группе составил на момент установления диагноза 54,7 лет (от 28 до 86 лет). В возрасте до 45 лет заболело 8 человек (20%), 45-60 лет – 17 (42,5%). Каждая третья женщина (32,5%) заболела в возрасте 47-53 года. Распределение больных по стадиям согласно классификации TNM было следующим: T1NxM0 – 16 (40%), T2NxM0- 6 (15%), T3NxM0 - 9 (22,5%), T3NxM1 - 2 (5%). В 7 случаях стадия заболевания не установлена. В двух случаях имел место первично-множественный синхронный рак – сочетание гранулезоклеточной опухоли яичника с аденокарциномой эндометрия у пациенток 64 и 78 лет. У одной пациентки спустя два года после лечения гранулезоклеточной опухоли яичников был диагностирован рак молочной железы. Основной метод лечения гранулезоклеточных опухолей – хирургический. Выполняется экстирпация матки с придатками со срочным гистологическим исследованием и интраоперационное стадирование процесса. У молодых пациенток с гранулезоклеточными опухолями нередко возникает вопрос о сохранении репродуктивной функции, в связи с чем особый интерес представляет анализ результатов лечения. Удаление матки с придатками было выполнено 31 больной (78%), при этом в 4 случаях при повторных оперативных вмешательствах. Двухсторонняя аднексэктомия проведена 3 женщинам, частичное удаление опухоли в связи с распространенностью процесса - одной пациентке. Органосохраняющие операции выполнены двум молодым женщинам в РНПЦ ОиМР им. Н.Н. Александрова. Большинство оперативных вмешательств (65%) было проведено в УЗ «ГОКБ», в 11 случаях оперативное лечение проводилось в гинекологических отделениях городских больниц и ЦРБ (28%). Химиотерапевтическое лечение в послеоперационном периоде проводили 21 женщине. За период наблюдения умерло 6 больных (15%). В течение года после установления диагноза умерло 3 женщины. Причиной смерти были поздняя диагностика, одна пациентка умерла от осложнений после хирургического лечения. Таким образом, клиническое течение гранулезоклеточных опухолей в большинстве случаев благоприятное.

ДНК-тестирование на носительство трех наиболее распростра-

ненных в Гродненском регионе мутаций в гене BRCA1 показало отсутствие связи гранулезоклеточных опухолей с нарушениями функции данного гена. Ни одна из мутаций не обнаружена в исследуемой группе женщин с гранулезоклеточными опухолями, тогда как связь этих мутаций с эпителиальными злокачественными опухолями имеет место в 15-20% случаев.

Выводы: Гранулезоклеточные опухоли яичников чаще наблюдаются в пери- и постменопаузальном периоде, чем в репродуктивном. Клинические особенности течения заболевания, возможность проведения органосохраняющих операций, благоприятный прогноз течения заболевания, даже при выявлении распространенных форм и отказа от химиотерапии, диктуют необходимость индивидуального подхода к таким пациентам.

КЛИНИЧЕСКАЯ АППРОБАЦИЯ НОВОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Салмин Р.М., Батаев С.А., Яцкевич В.К.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) является распространенным проктологическим заболеванием, встречающимся у 3-5% трудоспособного населения (Воробьев Г.И. с соавт., 2001; Bendewald F.P., Cima R.R., 2007).

На сегодняшний день большинство специалистов утверждают, что основным подходом в комплексе лечебных мероприятий этого контингента больных является своевременно выполненное радикальное хирургическое вмешательство, при котором ведущими принципами являются адекватная санация и дренирование гнойного очага, а консервативные методы логично использовать на стадии инфильтрата, когда прервать развитие воспалительного процесса еще возможно, или в качестве предоперационной подготовки больных [1,4]. Учеными предложено значительное количество способов хирургического лечения, однако единого подхода к выбору тактики и метода оперативного пособия при данном заболевании на сегодняшний день нет [1, 2].

Результаты хирургического лечения нельзя назвать полностью удовлетворительными в связи с высокой частотой рецидивов заболевания от 2-11 до 30-40% и послеоперационных осложнений от 2,5 до 53% (Воробьев Г.И. с соавт., 2001; Spivak H. et al., 1996). Все это приводит к удлинению сроков лечения, нетрудоспособности пациентов и значительному ухудшению качества их жизни. Из хирургических методов лечения ЭКХ во многих западных странах всё большей популярностью пользуется открытый метод лечения [2, 3]. Сроки заживления раны вторичным натяжением практически идентичны при осложнённых ранах после методов ушивания глухим швом [2].

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных эпителиальным копчиковым ходом путем разработки и внедрения нового метода использования рассасывающейся желатиновой губки «Спонгостан», направленного на быстрейшее заживление раны,