

у больных с неблагоприятным клиническим течением раневого процесса.

Таким образом, гнойные заболевания кисти у больных сопровождаются нарушением показателей Т-клеточного звена иммунитета, степень и характер которых зависит от формы и длительности заболевания. Вклю-

чение в комплексное лечение циклоферона повышает его эффективность и сопровождается нормализацией иммунологических показателей, положительным течением цитологического пейзажа и клиническим выздоровлением больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дубровина В.И. Основы инфекционной иммунологии: Лекции. — Иркутск, 2005. — 59 с.
2. Казакова Т.В., Миронов В.И., Данчинов В.М. Рациональная антибиотикотерапия при гнойных заболеваниях пальцев кисти в условиях хирургического стационара // Журнал инфекционной патологии. — Иркутск, 2003. — Т. 10, № 4. — С.47.
3. Конищев А.В. Гнойная хирургия кисти // И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпников / Хирургические инфекции. — СПб.: Питер, 2003. — С.457-509.
4. Любский А.А. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев кисти — М.: Янус, 2003. — <http://handsurg-kiev.narod.ru/piosur.html> (14 января 2006).
5. Пинегин Б.В. Современные представления о стимуляции антиинфекционного иммунитета с помощью иммуномодулирующих препаратов // Антибиотики и химиотерапия. — 2000. — № 12. — С.3-8.
6. Ступин В.А., Гридчик И.Е., Коваленко А.Л. Применение иммуномодуляторов в хирургической практике. — М.: Тактик-Студио, 2005. — С.56.
7. Чадаев А.П., Нурписов А.М., Пичугин А.В., Атауллаханов Р.И. Иммуномодуляторы «Иммуномакс» и «Гепон» в комплексном лечении больных острой хирургической инфекцией // Русский медицинский журнал. — 2004. — Т. 12, № 24. — С.1427-1433.

Адрес для переписки:

416540, Астраханская область, г. Знаменск, ул. Ленина, дом 31, E-mail: krainukov68@mail.ru

Крайнюков Павел Евгеньевич, кандидат медицинских наук, начальник 19 военного госпиталя Ракетных Войск Стратегического Назначения.

© ПИНЕЛИС И.С., ПОНУРОВСКАЯ Е.А. — 2009

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ СЕЛЕНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

И.С. Пинелис, Е.А. Понуровская

(Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин, кафедра хирургической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. И.С. Пинелис)

Резюме. Включение препарата «Неоселен» в комплекс лечения больных с осложненными переломами нижней челюсти позволяет восстановить показатели липопероксидации и концентрации селена до уровня контроля, способствует ускорению остеорегенерации и купированию воспалительного процесса.

Ключевые слова: Неоселен, осложненные переломы нижней челюсти, остеорегенерация.

SELENIUM EFFECTS IN COMPLEX TREATMENT OF COMPLICATED MANDIBLE FRACTURES

E.A. Ponurovskaya, I.S. Pinelis
(Chita State Medical Academy)

Summary. Using of Neoselenium in complex treatment of patients with complicated mandible fractures allows restoring lipoperoxid indices and selenium concentration, increasing bone regeneration and stopping inflammatory process.

Key words: Neoselenium, the complicated crises of the bottom jaw, osteoregeneration.

Проблема профилактики и лечения воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти остается одной из самых актуальных в стоматологии [5,6,8,9].

Репаративные процессы при переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда изначально происходят в условиях инфицированной костной раны, что обуславливает снижение остеопластической функции, нарушение микроциркуляции, тканевой гипоксии, выраженного дисбаланса в системе «перекисное окисление липидов — антиоксидантная защита» и др. [4,11].

В связи с этим является перспективной оценка влияния антиоксиданта — селена на процессы репаративной регенерации костной ткани челюстно-лицевой области [1].

Целью исследования явилось оценка эффективности комплексного лечения больных с переломами нижней челюсти при коррекции процессов липопероксидации.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 54 больных с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда (42 мужчины и 12 женщин) в возрасте от 18 до 41 года. Большинство пострадавших госпитализировано на 4-6 сутки после трав-

мы. Все они были разделены на 2 группы. В основную группу вошло 29 больных, получавших по 1,0 мл Неоселена нейтрального (500 мкг селенита натрия), разведенного в 100 мл воды 1 раз в 3 дня на протяжении 9 дней. Кроме того, им проводили промывание щели перелома 50 мл 0,1% раствора селенита натрия (10000 мкг), разведенного физиологическим раствором 1:5 через день. Группу сравнения составили 25 больных, леченных традиционным методом.

Контролем служили показатели крови, смешанной слюны и мочи 15 практически здоровых жителей Забайкалья, соответствующего возраста. Препарат «Неоселен» зарегистрирован Минздравмедпромом России № 04-31/344. Код ОКП 9325740288. Код ОКДП 423257 от 20.06.96, утвержден Государственным Фармакологическим комитетом Минздрава России (№ 11-15-2133 от 26.06.96).

Обследование больных с переломами нижней челюсти проводили по общепризнанным канонам, включая оценку и анализ динамики клинических проявлений, а также комплекс общепринятых инструментально-лабораторных исследований. Для оценки интенсивности болевых ощущений нами модифицирована шкала визуально-аналоговая из болевого опросника Мак-Гилла (пер. В.В. Кузьменко и др., 1986), которая представляла собой линию с делениями от 0 до 10.

Для определения наличия перелома и изменений костной ткани больным проводили ортопантомографию до лечения, после иммобилизации, перед выпиской из стационара и через 6 месяцев.

С целью изучения активности костеобразования в зоне перелома проведено радиоизотопное исследование нижней челюсти (сканирование, радиометрия). Обработка результатов включала получение изображений и их анализ с получением количественных критериев различия накопления радиофармпрепарата в зоне перелома нижней челюсти.

Данные радиометрии оценивали по количеству импульсов в секунду, фиксируемых счетчиком аппарата над областью излучения, выводимых на экран монитора. Исследование осуществляли до лечения, через 20 суток и через 6 мес. после лечения.

Динамику показателей ПОЛ-АОЗ в крови и слюне у больных с переломами нижней челюсти определяли по концентрации диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ); продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой, каталазы, общей антиоксидантной активности до и после лечения [2,7]. Содержание селена в крови, ротовой жидкости и моче выявляли по методу И.И. Назаренко (1970).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерных программ Biostat (С. Гланц, 1999). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Среди всех осложнений наиболее часто развивалось нагноение костной раны (57%), реже — абсцессы околочелюстных тканей (23%) и флегмоны челюстно-лицевой области (10%).

При обследовании обнаруживали наличие болезненного отека или инфильтрата, гиперемии кожных покровов, зачастую с участками кровоизлияния в подкожную клетчатку в стадии рассасывания, разобщение прикуса в зависимости от степени смещения отломков,

тов ПОЛ на 22,2% ($p < 0,05$) и 41,9% ($p < 0,05$) соответственно. При этом было зарегистрировано снижение АОА на 40,4% ($p < 0,05$) (табл. 1).

Больные группы клинического сравнения через 8 дней отмечали уменьшение интенсивности боли до $5,3 \pm 1,1$ баллов по ШВА. К моменту выписки 95% больных оценивали болевые ощущения в $2,4 \pm 1,2$ балла и лишь 5% — как 0 баллов. Средние сроки регрессии отека составили $15,0 \pm 1,3$, а инфильтратов — $20,1 \pm 1,5$ дней. Гнойное отделяемое из щели перелома прекращалось к 7 суткам.

Очищение гнойных ран наступало к $9,4 \pm 1,3$, а их эпителизация — через $17,6 \pm 1,5$ дней после вскрытия гнойных полостей. На рентгенограмме к моменту выписки прослеживалась расширенная линия перелома с нечеткими контурами. На сканограмме отмечено увеличение площади накопления РФП на 3% в сравнении с исходными данными ($4,7 \pm 0,6 \text{ см}^2$). Данные радиометрии составили $1697,6 \pm 74,5$ имп./с, что свидетельствовало о незначительном повышении активности регенерирующих клеток в зоне перелома.

Исследование показателей ПОЛ-АОЗ в крови и смешанной слюне после лечения у больных, получавших традиционное лечение, показало уменьшение концентрации первичных продуктов ПОЛ в гептановой и изопропанольной фазах липидного спектра, количества ТБК позитивного материала, но уровня контроля ни один из показателей не достиг, за исключением содержания кетодиенов в изопропанольной фазе сыворотки крови. Также отмечено повышение АОА и снижение активности каталазы, но результаты были ниже контрольных значений.

Определение концентрации селена в биологических жидкостях до лечения выявило дефицит микроэлемента в крови. Однако на протяжении периода лечения уровень микроэлемента в крови имел прежние значения и не имел тенденции к восстановлению. Элиминация селена с мочой по-прежнему оставалась высокой (табл. 1).

Средние сроки лечения одиночного перелома составили $25,7 \pm 1,2$ и двойного — $36,1 \pm 1,5$ суток. У 2 (8%) больных этой группы развился травматический остеомиелит.

В основной клинической группе больных на 3 сутки после

Таблица 1

Содержание селена в крови, слюне и моче у больных 3-ей группы сравнения (мкг/л) ($M \pm m$)

Биологическая жидкость	Контроль (здоровые)	Сроки исследования от момента получения травмы (сутки)			
		7	11	14	18
кровь	$101,9 \pm 10,4$	$78,0 \pm 1,3^*$	$78,5 \pm 1,2^*$	$77,9 \pm 0,4^*$	$78,0 \pm 1,4^*$
моча	$32,6 \pm 0,7$	$45,9 \pm 0,7^*$	$44,5 \pm 0,5^*$	$44,3 \pm 0,5^*$	$42,5 \pm 0,5^*$
слюна	$42,0 \pm 0,8$	$33,9 \pm 0,5^*$	$35,5 \pm 0,6^*$	$36,4 \pm 0,5^*$	$36,1 \pm 0,5^*$

Примечание здесь и в табл. 2: * — значимо по отношению к группе здоровых людей.

гнойное отделяемое из щели перелома, отек и гиперемия слизистой в зоне травмы. На рентгенограммах ясно прослеживалась линия перелома с нечеткими контурами краев костных фрагментов. Показатели радиометрии составили $1212,2 \pm 153,2$ имп./сек. Максимальная активность накопления РФП на сканограммах зафиксирована на площади $4,6 \pm 0,7 \text{ см}^2$.

При анализе реакций ПОЛ-АОЗ в крови обнаруживали выраженный дисбаланс параметров СРО. Он проявлялся высоким накоплением начальных метаболитов (на 67% выше контрольных значений), в плазме крови, высокой генерацией продуктов, реагирующих с ТБК в плазме и сыворотке крови, угнетением АОА на 12,8%.

В смешанной слюне также выявлялась активация процессов ПОЛ. В частности, отмечено повышение первичных и вторичных продук-

тов ПОЛ на 22,2% ($p < 0,05$) и 41,9% ($p < 0,05$) соответственно. При этом было зарегистрировано снижение АОА на 40,4% ($p < 0,05$) (табл. 1).

тов ПОЛ на 22,2% ($p < 0,05$) и 41,9% ($p < 0,05$) соответственно. При этом было зарегистрировано снижение АОА на 40,4% ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 2

Показатели системы «ПОЛ-АОЗ» в крови больных с осложненным течением перелома нижней челюсти ($M \pm m$)

Показатель	Контроль (здоровые)	Группы больных		
		до лечения	сравнения после лечения	основная после лечения
Гептановая фаза				
ДК (ΔE_{232} /мг липидов)	3,40±0,11	4,82±0,18*	4,20±0,07	3,80±0,12
КД и СТ (ΔE_{278} /мг липидов)	0,18±0,01	0,38±0,06*	0,30±0,04*	0,25±0,04*
Изопропанольная фаза				
ДК (ΔE_{232} /мг липидов)	1,61±0,05	3,12±0,08*	2,76±0,07*	1,80±0,05
КД и СТ (ΔE_{278} /мг липидов	0,72±0,02	0,82±0,01	0,79±0,01	0,73±0,02
ТБК сыворотки	1,60±0,07	2,30±0,04*	2,00±0,04*	1,72±0,03
мкмоль/мг липидов				
ТБК эритроцитов, мкмоль/мг липидов	64,60±0,40	76,30±0,20*	71,40±0,30*	65,70±0,50
АОА, %	12,30±0,15	10,90±0,14*	11,40±0,13*	12,50±0,16
Каталаза, н/моль/с*мг белка	1,50±0,05	2,30±0,08	2,00±0,07	1,62±0,04
Каталаза эритроцитов, н/моль/с*мг белка	9,90±0,20	14,10±0,30*	13,20±0,20*	10,80±0,30*

балла, все остальные — 0 баллов по ШВА. Через 2 дня после применения препарата отмечено улучшение общего состояния больного, значительное снижение болей в области перелома нижней челюсти, вплоть до полного купирования болевого синдрома к $8,4 \pm 1,7$ суткам. Ликвидация травматического отека и гематомы у больных наблюдали на 5-6 сутки, гнойное отделяемое из линии перелома значительно уменьшилось на $3,1 \pm 0,9$ сутки от начала лечения и полностью прекратилось на $5,4 \pm 1,1$ сутки. Полная регрессия отека слизистой оболочки в области перелома отмечена на $6,5 \pm 0,9$, а рана на слизистой эпителизовалась в среднем на $7,5 \pm 0,7$ сутки. Инфильтраты рассасывались на $15,1 \pm 1,6$ суток соответственно. Средние сроки консолидации для одиночных переломов сократились на 2 суток, для двойных — на 5 дней по отношению к группе сравнения. Средние показатели, зарегистрированные при проведении радиометрии, равнялись $2345,7 \pm 122,1$ имп./с, что превышает данные группы сравнения в 1,4 раза. Площадь активного накопления РФП составила $5,8 \pm 1,1$ см².

Эффективность Неоселена также подтверждена биохимическими исследованиями. Так, активация антиоксидантной системы в сыворотке крови после его применения была более выраженной, чем при традиционном лечении. При этом антиокислительная активность возросла на 22,6%, по отношению к исходному уровню. Активация антиоксидантной системы способствовала нормализации процессов липопероксидации, что проявлялось снижением концентрации диеновых конъюгатов на 14,4%, кетодиенов и сопряженных триенов — на 15,01% продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой — на 32,5% по отношению к исходному уровню (табл. 2).

Направленность изменений показателей «ПОЛ-АОЗ» в слюне больных была такой же, как и в крови (табл. 3).

Проведенный мониторинг содержания селена у больных показал, что уже 14 суткам после лечения его концентрация в крови возрастает на 15% по сравнению с группой больных, получавших традиционное лечение, а элиминация с мочой снижается в 1,2 раза, при этом

его уровень в слюне к этому времени достигает показателей нормы. На 18 сутки обследования содержание селена во всех исследуемых биологических жидкостях соответствовало данным контрольной группы (табл. 4).

Таким образом, у больных с осложненным течением перелома нижней челюсти имеют место грубые нарушения в системе «Переокисление окисления липидов —

Таблица 3

Показатели системы «ПОЛ-АОЗ» в слюне больных с осложненными переломами нижней челюсти ($M \pm m$)

Показатель	Контроль (здоровые)	Группы больных		
		до лечения	сравнения после лечения	основная после лечения
Гептановая фаза				
ДК ($\Delta E_{232}/\text{мл}$),	3,40±0,11	4,50±0,02*	4,33±0,02	3,52±0,02
КД и СТ ($\Delta E_{278}/\text{мл}$)	0,18±0,01	0,33±0,06*	0,30±0,04*	0,22±0,01
Изопропанольная фаза				
ДК ($\Delta E_{232}/\text{мл}$)	1,81±0,10	3,12±0,10*	2,89±0,20*	1,92±0,10
КД и СТ ($\Delta E_{278}/\text{мл}$)	1,36±0,10	1,75±0,10*	1,67±0,10*	1,42±0,12
АОА, %	5,30±0,20	2,35±0,07*	2,56±0,11*	5,01±0,10
ТБК-активные продукты	1,50±0,07	2,23±0,03*	2,00±0,02*	1,70±0,04*

антиоксиданты», сопровождающиеся повышенной генерацией и накоплением продуктов липопероксидации на фоне угнетения антиоксидантной системы. При этом присутствует дефицит селена в крови и слюне больных при поступлении в стационар и его низкое содержание на всем протяжении лечения. Полученные результаты убедительно свидетельствуют о необходимости применения препарата «Неоселен» в комплексе лечения больных с переломом нижней челюсти с целью коррекции

Таблица 4

Содержание селена в крови, слюне и моче у больных 3-ей основной клинической группы (мкг/л) ($M \pm m$)

Биологическая жидкость	Контроль (здоровые)	Сроки исследования от момента получения травмы (сутки)			
		7	11	14	18
кровь	$101,9 \pm 4,4$	$78,0 \pm 1,3^*$	$82,5 \pm 1,2^*$	$91,9 \pm 0,4^*$	$98,0 \pm 1,3$
моча	$32,6 \pm 0,7$	$45,9 \pm 0,7^*$	$39,5 \pm 0,5^*$	$37,3 \pm 0,5^*$	$36,5 \pm 0,5$
слюна	$42,0 \pm 0,8$	$33,9 \pm 0,5^{**}$	$38,5 \pm 0,6^*$	$39,4 \pm 0,4$	$43,1 \pm 0,5$

звеньев процессов липопероксидации, что способствует быстрейшему купированию воспалительного процесса и ускоряет процессы остеорегенерации. Подтверждением сказанному также являются тесные корреляционные взаимосвязи между уровнем селена в крови и активностью клеток в зоне костеобразования по данным радиометрии ($r = 0,89$), уровнем селена и содержанием ТБК-продуктов ($r = -0,96$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А.С. Репаративная регенерация травматического костного дефекта нижней челюсти при использовании антиоксиданта тиофана: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2006. — 25 с.
2. Андреева Л.И., Кожмякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой // Лабор. дело. — 1988. — № 11. — С.41-43.
3. Барабой В.А. Биологические функции, метаболизм и механизмы действия селена // Успехи современной биологии. — 2004. — Т. 124, № 2. — С.157-168.
4. Ерохин И.А., Шляпников С.А. Экстремальное состояние организма. — СПб, 1997. — 152 с.
5. Лебедев П.А., Лебедев А.А. // Химико-фарм. журн. — 1996. — Т. 30, № 10. — С.54-55.
6. Иванюта И.В. Оптимизация процесса репаративного остеогенеза при лечении больных с переломами нижней челюсти: Автореф. дис... канд. мед. наук. — Ставрополь, 2006. — 25 с.
7. Изосимов А.А. Ретроспективный анализ частоты разви-

- тия воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти // Сборник статей III Республ. конф. практикующих врачей-стоматологов. — Уфа, 2007. — С.31-33.
8. Промыслов М.Ш., Демчук М.Л. Модификация метода определения суммарной активности антиоксидантной активности сыворотки крови // Вопросы медицинской химии. — 1990. — № 4. — С.90-92.
9. Бердюк И.В. и др. Профилактика и лечение воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти // Вісник стоматології. — 2005. — № 2. — С.52-53.
10. Осипян Э.М., Караков К.Г., Караков И.В. Причины возникновения посттравматических осложнений у больных с переломами нижней челюсти. Совершенствование методов лечения в современных условиях // Материалы юбил. научной конф., посвящ. 90-летию со дня рождения профессора М.С. Макарова: сб. науч. тр. — Ставрополь, 1998. — С.143.
11. Хасанов А.И., Абдулаев Ш.Ю. Значение уровня продуктов перекисного окисления липидов для прогнозирования травматического остеомиелита нижней челюсти // Стоматология. — 2002. — № 2. — С.27-29.

Адрес для переписки:

672090, Чита, ул. Горького 39-а, кафедра хирургической стоматологии, Пинелис Иосиф Семенович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии Читинской государственной медицинской академии, E-mail: pinelis1@mail.ru
Понуровская Елена Андреевна, аспирант кафедры хирургической стоматологии Читинской государственной медицинской академии. E-mail: adel_82@mail.ru.

©ДВОРНИЧЕНКО В.В., АФАНАСЬЕВ С.Г., ШЕЛЕХОВ А.В., РАСУЛОВ Р.И., МОСКВИНА Н.А. – 2009

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

В.В. Дворниченко¹, С.Г. Афанасьев², А.В. Шелехов¹, Р.И. Расулов¹, Н.А. Москвина¹

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ²ГУ НИИ онкологии Томский научный центр СО РАМН, директор — член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Ц. Чойзонов)

Резюме. Цель работы: изучить результаты лечения больных осложненным раком прямой кишки. Материалы и методы. Группа клинического сравнения (ГКС) (n=68) — выполнение оперативных вмешательств по поводу стенозирующего рака прямой кишки при стандартной предоперационной подготовке, проведение послеоперационной лучевой терапии. Основная группа (ОГ) (n=88) — лечение больных, страдающих раком прямой кишки, осложненным ОС с применением эндохирургических методов, выполнение предоперационной лучевой терапии. Результаты. 35 (51,5%) больным ГКС выполнен обструктивный вариант оперативного вмешательства. Предоперационная химиолучевая терапия в ГКС не проводилась. В ОГ, после восстановления толстокишечного пассажа, проведена предоперационная лучевая терапия. 20 (22,8%) больным выполнена обструктивная резекция прямой кишки (p<0,01). Пятилетняя безрецидивная выживаемость в контроле составила при II стадии 50,2%, в ОГ — 71,7% (p<0,01), при III стадии в контроле 15,2%, в ОГ — 33,6% (p<0,01). Заключение. Эндохирургические методы в процессе лечения больных со стенозирующим раком прямой кишки дают возможность проведения неоадьювантного лечения, уменьшают число обструктивных операций. Предоперационная лучевая терапия увеличивает пятилетнюю безрецидивную выживаемость у больных раком прямой кишки, осложненным ОС.

Ключевые слова: рак прямой кишки, опухолевый стеноз, эндоскопическая хирургия, лучевая терапия.

NONADJUVANT THERAPY OF COMPLICATED RECTAL CANCER

V.V. Dvornichenko¹, S.G. Afanaciev², A.V. Shelekhov¹, R.I. Rasulov¹, N.A. Moskvina¹

(¹Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies; ²Scientific Research Institute of Oncology of Tomsk Scientific Center)

Summary. The purpose of the study: To research results of treatment of the patients, suffering from complicated rectal cancer. Materials and methods: Control group (CG) (n=68) — performance of operative interventions concerning complicated RC by standard preoperative preparation. Basic group (BG) (n=88) — treatment of patients suffering from complicated RC with application of endosurgical methods. Results: Owing to unsatisfactory preparation of the colon, to 35 patients of CG (51,4%) the obstructive variant of operative intervention is executed. Preoperative chemoradiotherapy in CG was not carried out. In BG, after restoration colon passage, preoperative chemoradiotherapy was carried out. The obstructive variant of operative intervention is executed to 20 patients (22,3%) (p<0,01). Five years survival of the patients of BG in II stage was 71,7%, in CG — 50,2 (p<0,01), in III stage was 33,6%, in CG — 15,2 (p<0,01). The conclusion: Endosurgical methods uses during treatment of RC enable carrying out nonadjuvant treatments, reduce number of obstructive operations. Pre operative radiotherapy increases five years survival of the patients suffering from rectal cancer.

Key words: rectal cancer, tumours stenosis, endoscopic surgery, radiotherapy.

К наиболее распространенным формам осложненного рака прямой кишки относят опухолевый стеноз (ОС) и параканкротное гнойно-деструктивное воспаление [1,2].

В современной литературе описаны два основных подхода к лечению больных с осложненными формами рака прямой кишки: хирургический метод лечения на первом этапе, дополняемый проведением послеоперационной лучевой терапии, химиотерапии [4].

Комбинированный метод заключается в проведении на предоперационном этапе дистанционной лучевой терапии, и затем выполнение хирургического вмешательства, направленного на удаление злокачественного новообразования [8,9]. Именно неоадьювантная лучевая терапия способствует снижению удельного веса локальных рецидивов [5]. Согласно мнению ряда авторов осложненное течение рака прямой кишки является противопоказанием к проведению неоадьювантной лучевой терапии [3].

Эндохирургические методы (эндоскопическая реканализация ОС, стентирование ОС толстой кишки, лапароскопическая колостомия) позволяют восстановить толстокишечный пассаж и провести неоадьювантную лучевую терапию [6,7,10].

Цель работы: изучить результаты лечения больных осложненным раком прямой кишки.

Материалы и методы

Работа выполнена за период 1998-2008 гг. Больные были разделены на две группы: основная (n=88) и группа клинического сравнения (ГКС) (n=68). Критерием включения в исследуемые группы являлось наличие рака прямой кишки II-III стадии, осложненного опухолевым стенозом. В ГКС включены больные, которым выполняли радикальный объем оперативного пособия и лучевую терапию в адьювантном режиме. В основной группе выполняли эндоскопические методы коррекции толстокишечного пассажа, лучевую терапию в неоадьювантном режиме и радикальные операции. Для оценки качества проводимого лечения в обеих группах осуществляли контроль следующих показателей: частота послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, вариант оперативного вмешательства и 5-летняя безрецидивная выживаемость.

В контрольной группе мужчин было 28, женщин — 40. Средний возраст больных составил 61,4±1,58 года. В 26 наблюдениях установлена II стадия, в 42 — III стадия опухолевого процесса. В 13 случаях стенозирующий рак прямой кишки сопровождался инфекционными осложнениями (в 12 — параректальным свищем, в 1 — параректальным абсцессом).

На первом этапе лечения больным контрольной группы выполняли радикальные операции. Спустя 3-4 недели после оперативного вмешательства проводили лучевую терапию на ложе удаленной опухоли и пути регионарного метастазирования. Удаленный препарат подвергали гистологическому исследованию. При наличии метастазов в уда-