

цикла. Установлено снижение максимальной интенсивности и площади как спонтанного, так и индуцированного ХЛ ответа по сравнению с соответствующими параметрами у наблюдаемых больных до начала иммунотерапии ($p < 0,05$). Между тем, не зарегистрировано снижение величины индекса активации ХЛ нейтрофилов, следовательно, клетки сохраняют высокую способность к мобилизации резервной метаболической активности. После третьего и четвертого циклов интерферонотерапии изменения кислородзависимого метаболизма нейтрофилов крови характеризуются удлинением времени выхода на максимум индуцированной ХЛ реакции по сравнению с исходными показателями ХЛ ответа нейтрофилов до начала иммунотерапии ($p < 0,05$).

Динамика изменений показателей хемилюминесцентного ответа нейтрофильных гранулоцитов периферической крови больных раком почки в ответ на интерферонотерапию в контрольной группе была следующей. После первого цикла, как и в основной группе, снижена максимальная интенсивность и площадь спонтанного и стимулированного хемилюминесцентного ответа по сравнению с соответствующими па-

раметрами до начала иммунотерапии ($p < 0,05$). После третьего и четвертого циклов интерферонотерапии изменения хемилюминесцентного ответа нейтрофилов периферической крови характеризуются замедлением времени выхода на максимум индуцированной хемилюминесцентной реакции по сравнению с показателями до начала иммунотерапии ($p < 0,05$). Однако, в отличие от основной группы пациентов, у данных больных наблюдается снижение величины индекса активации ХЛ ответа нейтрофильных гранулоцитов, что отражает пониженные функционально-метаболические возможности данной клеточной популяции.

Выводы. Динамический анализ ХЛ активности нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у больных ПКР в ходе адьювантной интерферонотерапии показал, что у пациентов, получавших лечение с учетом индивидуальной клеточной чувствительности к реаферону *in vitro*, отмечена более адекватная реакция со стороны внутриклеточных метаболических систем, ответственных за продукцию высокоэнергетических оксидантов, по сравнению с группой пациентов, получавших лечение по стандартной схеме.

НИЗКАЯ ПЕРЕДНЯЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ С ОДНОМОМЕНТНЫМ ФОРМИРОВАНИЕМ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА

А. В. ШКРАДЮК

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь

Актуальность. Частота случаев рака прямой кишки (ПК) в Европе составляет 35% всех случаев колоректального рака, т. е. 15-25 случаев на 100 тыс. человек в год. Смертность от этой патологии составляет 4-10 случаев на 100 тыс. человек в год, являясь более низкой среди женщин. Согласно данным «Минимальных клинических рекомендаций Европейского Общества Медицинской Онкологии» (ESMO), стандартом хирургического метода лечения рака данной локализации следует считать операцию низкой передней резекции ПК, выполняемой при локализации опухоли до 3-4 см от переходной

складки анального канала. Передняя резекция ПК, ранее выполняемая при локализации опухоли выше 7 см от ануса, в настоящее время получила более широкое распространение за счет внедрения в клиническую практику сшивающих аппаратов. Ретроспективный анализ отдаленных результатов низкой передней резекции ПК показал, что у большинства больных функциональные результаты операции удовлетворительные, вследствие развития синдрома «низкой передней резекции». Ведущим звеном в патогенезе указанного синдрома явилось частичное или полное удаление ампулы ПК. В дальнейшем,

резекция ПК с наложением низкого колоанального анастомоза была модифицирована. Путем формирования из дубликатуры из сигмовидной или поперечной нисходящей (в зависимости от объема удаляемых структур) кишки создавался резервуар, способный частично заменять функции резецируемой ампулы ПК. Однако формирование толстокишечного резервуара сопряжено с некоторыми техническими трудностями, а именно мезоперитонеальное расположение данного отдела кишечной трубки, особенности васкуляризации кишки, ограниченная длина выкраиваемого трансплантата.

Материал и методы. Предложена и экспериментально апробирована методика низкой передней резекции ПК с формированием J-образного резервуара из сегмента тощей кишки на сосудистой ножке. Экспериментальная часть работы была выполнена на беспородных собаках. Под кетамин-тиопенталовым наркозом срединным лапаротомным доступом вскрывали брюшную полость, мобилизовали ректосигмоидный отдел, ампулу ПК, резецировали

ампулу ПК. Формировали культы прямой и сигмовидной кишок. Далее выкраивали сегмент тощей кишки на питающей ножке, непрерывность тонкого кишечника восстанавливали анастомозом «конец в конец», формировали резервуар в виде буквы «J». Анастомозировали созданный резервуар с культями прямой и сигмовидной кишок. Санировали и послойно ушивали брюшную полость наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений. В дальнейшем животных подвергали эвтаназии в срок 30, 60, 90 сут после операции.

Выводы. Изучали результаты операции макроскопически и гистологически. Емкость созданного резервуара в среднем составляла 23-25 мл, гистологическая картина в зоне анастомозов представлена регенераторными процессами разной степени выраженности. Таким образом, использование тонкокишечного трансплантата для формирования резервуара при низкой передней резекции ПК является оправданным и обоснованным, несмотря на некоторое усложнение хода оперативного вмешательства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ

В.И. ШТИН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Воспаление, возникающее в слизистой оболочке дыхательных путей из-за воздействия различных повреждающих факторов, в том числе на фоне инфекционного процесса, хирургической травмы и т.д., является нормальной защитной реакцией, что обычно приводит к уничтожению инфекционного агента, активации процессов регенерации и восстановлению тканей. Однако в целом ряде случаев воспаление выходит за рамки физиологического процесса, возникает неконтролируемое повреждение. Подобную картину можно наблюдать у больных злокачественными опухолями полости носа и придаточных пазух. Комбинированное лечение, включающее лучевую терапию и оперативное вмешательство, способствует снижению мест-

ного и общего иммунитета. Нарушение микроциркуляции и реологических свойств крови, как реакция на операционную травму, способствует увеличению длительности процессов репарации и эпителизации стенок послеоперационной полости. Все это ограничивает возможности реконструктивно-пластических вмешательств на челюстно-лицевой области, из-за воспаления, развивающегося в области имплантатов, что способствует отторжению последних в зонах с недостаточностью процессов интеграции с окружающими тканями. Таким образом, воспаление, возникающее в слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазухах после различных хирургических вмешательств в данной области, в целом ряде случаев требует регулирования.