

скопической резекции слизистой применялась аспирационная методика с использованием дистальных пластиковых колпачков МН и МАУ и эндохирургических петель SD-7P и SD-16L.

Результаты. При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий – эндоскопической резекции слизистой (ЭРС) – учитывали следующие факторы: продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии, локализацию эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого, психологическую готовность больного к операции.

При анализе указанных фактов было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2–3 лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность, повышается риск развития осложнений (кровотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес и более) не заживающие хронические эрозии, при условии полноценного медикаментозного лечения;

- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет, с ежегодными (1–2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;

- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Кроме того, имеется абсолютное показание к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией:

- наличие в биоптатах толстокишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции явились:

- множественные хронические эрозии желудка (более 2);

- острое желудочное кровотечение из эрозии;

- наличие распространенного злокачественного поражения желудка (за пределы собственной мышечной пластинки слизистой);

- тяжелая сопутствующая соматическая патология;

- отказ пациента от оперативного лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

А.В. ШЕЛЕХОВ¹, В.В. ДВОРНИЧЕНКО¹, С.Г. АФАНАСЬЕВ²

*Иркутский областной онкологический диспансер¹
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²*

По данным литературы, «золотым стандартом» в лечении рака прямой кишки (РПК) является сочетание предоперационного облучения и радикальной операции. Однако РПК, осложненный опухолевым стенозом, тем более сопровождающийся наличием параректальных свищей и абсцессов, считается противопоказанием к проведению неoadъювантной лучевой терапии.

Цель исследования – изучить непосредственную и отдаленную эффективность ком-

бинированного лечения осложненного рака с применением эндохирургических методик восстановления толстокишечного пассажа и предоперационной лучевой терапии.

Материал и методы. В исследование включены 157 больных стенозирующим раком прямой кишки II–III стадии. Из них основную группу составили 89 больных, которым на первом этапе восстанавливали толстокишечный пассаж с помощью эндохирургических вмешательств (вре-

менное стентирование, лазерная реканализация, наложение лапароскопической колостомы), затем проводилась предоперационная лучевая терапия (ЛТ) и радикальная операция. Контрольная группа – 68 пациентов, которым выполнялось хирургическое вмешательство с последующей лучевой терапией, СОД 46 Гр, через 3–4 нед после операции. Распределение больных в сравниваемых группах больных по возрасту, полу, стадии процесса, степени и протяженности опухолевого стеноза прямой кишки не имело статистически значимых различий ($p > 0,1$).

Результаты. Предоперационная лучевая терапия сопровождалась низким уровнем токсичности, лучевые реакции возникли у 9,6 % больных, в том числе со стороны смежных органов – в 7,4 %, чаще всего наблюдался лучевой дерматит I степени. Общие реакции были представлены лейкопенией I–II степени, наблюдались в 6,2 % случаев. При этом тяжесть ранних лучевых реакций не превышала I–II степень, что не потребовало перерыва курса предоперационного облучения. Полученные лучевые реакции достаточно легко купировались назначением стандартной терапии сопровождения.

Сочетание неoadъювантного облучения и радикального оперативного вмешательства не ухудшало непосредственные результаты хирургического лечения, в послеоперационном периоде гнойно-септические осложнения в

основной и контрольной группах возникли в 10,1 % и 13,2 % случаев соответственно, уровень летальности составил 2,2 % и 1,5 % ($p > 0,1$). При этом применение предоперационной лучевой терапии в 2,5 раза повысило частоту выполнения сфинктерсохраняющих операций за счет постлучевой регрессии первичной опухоли и увеличения расстояния между дистальной границей новообразования и анальным жомом. Предложенная программа комбинированного лечения осложненного рака прямой кишки достоверно улучшает отдаленные результаты лечения, по сравнению с радикальным оперативным вмешательством с последующей лучевой терапией в суммарной дозе 46 Гр независимо от стадии опухолевого процесса. Так, у больных с осложненным раком прямой кишки II стадии показатели пятилетней выживаемости в основной группе составляют 71,7 %, в контрольной – 50,2 % ($p < 0,05$), при РПК III стадии – 33,6 % и 15,2 % соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Эндохирургические вмешательства являются высокоэффективным методом восстановления толстокишечного пассажа при стенозирующем раке прямой кишки II–III стадии. Их использование позволяет провести неoadъювантную лучевую терапию, что улучшает непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения данной категории онкологических больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ СУБКРАНИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

В.И. ШТИН, В.А. НОВИКОВ, О.В. ЧЕРЕМИСИНА, К.Ю. МЕНЬШИКОВ,
Д.Е. КУЛЬБАКИН, Т.Я. КУЧЕРОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Проведение восстановительных операций у онкологических больных сопряжено с плохим приживлением тканей из-за обилия рубцов после оперативного вмешательства и нарушения трофики в связи с ранее проведенным лучевым и химиотерапевтическим лечением. В настоящее время в отделении опухолей головы

и шеи НИИ онкологии разработан комплекс реабилитационных мероприятий, включающий индивидуальное эндопротезирование имплантатами из никелида титана.

Цель исследования – совершенствование методов реабилитации больных опухолями субкраниальной области с применением им-