

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 неоадьювантного 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 неоадьювантную 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-

плантатов из никелида титана и компьютерных технологий.

Материал и методы. В исследование вошли 28 больных, которые были разделены на две группы в зависимости от методики эндопротезирования: эндопротезирование пористыми имплантатами и имплантатами из никелидтитановой сетки. Эндопротезы изготавливались на основании стереолитографической модели черепа пациента. С целью стимуляции репаративных процессов в послеоперационной ране и сокращения сроков реабилитации данной группе больных в послеоперационном периоде проводилась магнитно-лазерная терапия с использованием инфракрасного лазерного излучения и постоянного магнитного поля аппаратов «Милта-Ф» и «Мустанг-2000». На протяжении всего лечения с диагностической целью нами использовались эндоскопические методики. Эндоскопические исследования осуществлялись с использованием аппарата Olympus 1T 40 BF, в предоперационном периоде, а также на 11-е сут после операции. В дальнейшем контроль осуществлялся каждые 5 сут до момента выписки пациента из стационара. Данные эндоскопии фиксировались с использованием цифровой фото- и видеотехники. Оценивалось положение имплантата, характер течения репаративных процессов в послеоперационной полости в зависимости от используемой методики протезирования, а также влияние на процессы заживления магнитолазерной терапии. Помимо этого под эндоскопическим контролем осуществляли инструментальный туалет носа с использованием антисептиков.

Результаты. В ходе наблюдения за пациентами исследуемой группы выявлено сокращение сроков заживления послеоперационной раневой

поверхности в 2 раза. Процесс эпителизации раневой поверхности сократился до 2 мес, в зависимости от объема оперативного вмешательства и типа индивидуального протезирования. В контрольной группе пациентов, которым проводилось лечение без использования комплекса реабилитационных мероприятий, длительность процессов эпителизации послеоперационной раны составила 3–4 мес. Использование индивидуальной методики изготовления эндопротезов способствовало увеличению точности выполнения операции, повышало функциональность и улучшало процесс адаптации имплантата с окружающими тканями. Сокращение длительности репаративных процессов позволило предотвратить осложнения, связанные с вторичным воспалением в области послеоперационной раневой поверхности. Включение в алгоритм лечебно-диагностических мероприятий эндоскопических методов позволяло в предоперационном периоде произвести визуальную оценку опухолевого процесса, уточнить данные о распространенности поражения, получить материал для морфологического исследования. В послеоперационном периоде использование эндоскопа дало возможность подобрать наиболее адекватную методику стимуляции репаративных процессов в послеоперационной полости, оценить эффективность магнитолазерной методики.

Выводы. Использование предлагаемого комплекса лечебно-диагностических мероприятий позволило сократить сроки заживления послеоперационной раневой поверхности и эпителизации эндопротеза, повысить уровень реабилитации и качество жизни большинства пациентов.