

контролем рентгеноскопии проводили жесткую струну – проводник с атравматическим наконечником, аппарат извлекали. По струне-проводнику проводили доставочное устройство, устанавливали рентгеноконтрастными метками дистальной части выше на 2 см наложенных клипс маркеров. Полному раскрытию стента предшествовало введение водорастворимого контрастного вещества по катетеру доставочного устройства. После раскрытия стента доставочное устройство извлекалось. Стул у всех пациентов состоялся на операционном столе. Полное расправление стентов достигнуто в первые сутки после имплантации. Нормализация стула получена на 2-е сутки. 4 пациента оперированы в сроки 2 нед после стентирования толстой кишки.

Пациент с неоперабельным раком сигмовидной кишки в течение 6 мес дважды обращался в клинику для повторной имплантации стента вследствие его миграции. Первая миграция через 1 мес, затем следовал период мнимого благополучия 1 мес с нормальным стулом. Вторая миграция через 2 мес от первичной имплантации, стент установлен, толстокишечная непроходимость ликвидирована. Смерть пациента через 5 мес, до последнего дня жалоб на нарушения стула не было.

Пациенту с канцероматозом брюшной полости наложена илеостомы. Больной выписан для симптоматического лечения по месту жительства без нарушения пассажа по толстой кишке.

Заключение. Установка никелид-титановых саморасправляющихся колоректальных стентов – эффективный, малотравматичный и современный метод решения острой обтурационной непроходимости кишечника опухолевого генеза, способный улучшить качество жизни пациентам перед радикальной операцией или с паллиативной целью.

Эндопротезирование имеет высокий технический и клинический эффект в сравнении с традиционной хирургией. Для пациентов с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни и наличием обструкции толстой кишки стентирование – наиболее приемлемый метод паллиативного лечения.

Огай Д.К.¹, Кутлиева Г.Д.¹, Наврузов С.Н.², Абдужампаров С.Б.², Исламов Х.Д.², Хакимов А.М.²

О НЕОБХОДИМОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

¹«Институт микробиологии» АН Республики Узбекистан, ²«Республиканский онкологический научный центр» Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Общепризнанна важная роль микроэкологии кишечника в обеспечении здоровья организма в целом, так как минимальные нарушения состава микрофлоры приводят к развитию различных заболеваний органов и систем. Нормальная флора кишечника с ее специфическими функциями – защитной, обменной и иммуноиндуцирующей – определяет биоценоз кишечника. Нарушение одной из этих важнейших

функций приводит к расстройству различных видов метаболизма, дефициту витаминов, минеральных веществ, снижению иммунитета, в результате чего возникают выраженные функциональные нарушения в пищеварительном тракте и в организме в целом. Вследствие нарушений микробиоценоза кишечника нарушается синтез и усвоение многих биологически активных веществ, снижается иммунобиологическая резистентность организма. Кроме того, дисбиоз кишечника является ведущим фактором в развитии хронических заболеваний пищеварительного тракта. Таким образом, роль дисбиотических расстройств в развитии ряда функциональных и органических заболеваний человека очевидна. В целом наиболее сильные доказательства эффективности пробиотиков связаны с их использованием для улучшения функционирования кишечника и стимулирования иммунной системы. Развитие дисбактериоза кишечника различной этиологии отягощает течение основного заболевания. В ряде случаев дисбактериоз становится определяющим фактором в формировании патологического процесса в организме. Применительно к противоопухолевой терапии необходимо отметить, что она является фактором, губительно действующим на нормальную микрофлору кишечника. В большинстве случаев нарушенная экология толстой кишки восстанавливается самостоятельно, но не у людей с нарушенным уровнем иммунитета. Поэтому у ослабленных больных, особенно с нарушениями иммунитета, самовосстановления микрофлоры кишечника не происходит, и часто у них появляются клинические симптомы дисбактериоза.

Дисбактериоз при злокачественных новообразованиях клинически проявляется функциональной диспепсией или тяжелой интоксикацией с выраженными расстройствами всасывания, анемией, кровоточивостью слизистой оболочки ЖКТ. Коррекция дисбактериоза – это мощный фактор профилактики и лечения злокачественных опухолей и является необходимым звеном в комплексном лечении онкологических больных. Проблемами реабилитации онкологических больных занимаются медицинские учреждения во всем мире, в том числе и в Узбекистане.

Актуальность проблемы: распространенность и неуклонный рост онкозаболеваемости колоректальным раком, наличие отягощающего влияния массивной химио- и лучевой терапии на состояние микрофлоры толстой кишки послужили основанием для проведения исследований у больных с данной патологией.

Цель и задачи исследований – изучение микрофлоры кишечника больных колоректальным раком, проведение диагностики дисбиоза с последующей коррекцией отечественными пробиотическими препаратами. Исследования проводятся на базе РОНЦ МЗ Республики Узбекистан в отделении онкокопроктологии. Объектом исследования послужили 20 больных с колоректальным раком в возрасте 40–75 лет. Обследования проводили до и после курса лечения. Все микробиологические исследования были проведены в баклаборатории СЭС МСО МЗ Республики Узбекистан.

Результаты. У всех обследованных был выявлен дисбиоз IV степени. Из микрофлоры толстой кишки были выделены условно-патогенные микроорга-

низмы: *Enterococcus faecalis* ($8,9 \log_{10}$ КОЕ/г) 58%, *Klebsiella pneumoniae* ($7 \log_{10}$ КОЕ/г) 18%, *Proteus vulgaris* ($5,7 \log_{10}$ КОЕ/г) 10%, *Staphylococcus aureus* ($4,6 \log_{10}$ КОЕ/г) 10%, *Candida spp.* ($6 \log_{10}$ КОЕ/г) 2%, *Pseudomonas aeruginosa* ($6 \log_{10}$ КОЕ/г) 2%. У всех больных отмечено отсутствие лактобактерий (100%), в норме которые должны быть не менее 10^7 – 10^8 КОЕ/г. Бифидобактерии отсутствовали или представляли очень низкий титр клеток 10^1 – 10^2 КОЕ/г (в норме до 10^9 КОЕ/г). Коррекцию проводили отечественными препаратами лактобактерин, бифидумбактерин, колибактерин» и бификол. Установлено, что у 80% леченых больных наблюдается изменение микробиоценоза в положительную сторону, связанное с восстановлением нормофлоры толстой кишки (титр клеток лакто- и бифидобактерий был восстановлен до 10^7 – 10^8 КОЕ/г). Количество условно-патогенных бактерий обнаружено в пределах допустимой нормы. Коррекция микрофлоры кишечника больных колоректальным раком способствует повышению эффективности лечения больных, профилактике осложнений после операций, а также улучшению состояния больных. Полученные результаты исследования особенностей микробной флоры кишечника у пациентов с колоректальным раком могут способствовать разработке методов профилактики и лечения онкологических больных, основанных на изменении диеты, для создания функционального питания и улучшении микробного биоценоза толстого кишечника с целью снижения риска развития данной патологии.

Опенко Т.Г.¹, Ранута В.Ф.²

АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ И ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ОКРЕСТНОСТЯХ КРУПНОЙ АВТОМАГИСТРАЛИ НОВОСИБИРСКА

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», ²«Институт вычислительной математики и математической геофизики» СО РАН, г. Новосибирск, Россия

Одна из причин роста заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) – постоянное увеличение техногенного загрязнения территории современного города. Основными источниками являются не столько промышленные предприятия, которые за счет улучшения технологий постоянно снижают количество вредных выбросов, сколько автомобильный транспорт. В составе выхлопных газов автомобилей содержится комплекс вредных веществ, и их общее количество достигает 300. Специфика распространения выбросов от двигателей внутреннего сгорания заключается в их низком расположении, близости к домам, образовании устойчивых зон загрязнения и практически круглосуточном воздействии.

Настоящее исследование выполнено с целью изучения заболеваемости ЗНО в социально-однородной популяции в Новосибирске в зависимости от уров-

ней загрязнения воздуха автомобильными выбросами. Это популяционное исследование. Исследования такого типа имеют преимущество в том, что они проходят в естественных условиях, не ограничены по времени воздействия изучаемого фактора, который влияет в равной степени на проживающих в сходных условиях людей.

В конце зимних сезонов 2009–2012 гг. проводились полевые, химико-аналитические исследования загрязнения снежного покрова бенз(а)пиреном, тяжёлыми металлами, макрокомпонентами в окрестностях крупной автомагистрали Новосибирска по ул. Большевикская. Эта улица является одной из самых напряженных в городе, протяженность в границах жилой застройки около 5 км. По шоссе передвигается до 5 тыс. автомобилей в час или 66 тыс. машин в сутки.

Маршруты пробоотбора располагались в поперечных к трассе направлениях. Удаления точек отбора проб от них достигали 150 м. Для всех параметров химического состава проб с удалением от автотрассы наблюдалось в целом монотонное уменьшение концентрации. Особо следует отметить высокую степень загрязнения снегового покрова бенз(а)пиреном в окрестностях исследуемой магистрали. В зонах интенсивного воздействия выбросов концентрации бенз(а)пирена превышают среднегородскую в 4–8 раз. Установлены также многократные превышения концентраций от средних пыли, оксидов азота, формальдегида.

Численный анализ полученных экспериментальных данных на основе разработанной малопараметрической модели переноса полидисперсной примеси показал вполне удовлетворительную согласованность с результатами моделирования во всем диапазоне исследуемых расстояний по обе стороны от автотрассы.

Источником данных о заболеваемости ЗНО послужил популяционный регистр рака (1988–2012 гг., 345 тыс. жителей, 30 320 записей). По данным регистра рака рассчитаны грубые интенсивные показатели заболеваемости ЗНО у лиц в возрасте 20 лет и старше в 1988–2012 гг. в Новосибирске, проживающих вдоль ул. Большевикская на расстоянии, не превышающем 200 м от края проезжей части.

Выбранную территорию в зависимости от удаленности от проезжей части и сторон света условно разделили на 4 зоны: до 100 м от дороги на север – I зона и на юг – II зона; от 100 до 200 м от дороги на север – III зона и на юг – IV зона. Дополнительно I и II зоны, ближайшие к проезжей части, разделили вдоль: меньше 50 м – Ia и IIa зоны; от 50 до 100 м – Ib и IIb зоны.

Расчеты выполняли стандартными статистическими методами с использованием пакета прикладных программ SPSS, версия 11.5. Для расчета риска применен метод множественной логистической регрессии.

Результаты. По данным государственного комитета по статистике определено количество жителей в возрасте 20 лет и старше в зонах I – IV вдоль ул. Большевикская – 7932 человека, в том числе зона I – 2604, II – 2543, III – 664 и IV – 2121 житель. Количество впервые выявленных случаев рака на территории зон за 25 лет – 1023 случая, в том числе зона I – 355, II – 352, III – 88 и IV – 228 случаев.