степени выраженности иммунологических нарушений при пневмониях может быть прогностическим критерием, а также способом выбора тактики иммунорегулирующей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Вишнякова Л. А., Путов Н. В.** // Тер. архив.— 1990.— № 3.— С. 15—18.
2. **Ноников В. Е., Зубков М. Н., Гургенидзе Е. Н.** // Пульмонология.— 1991.— № 1.— С. 15—19.
3. **Петров Р. В., Орадовская И. В.** // Тез. докл. Всесоюзной конф. «Экологические аспекты иммунопатологических состояний» и пленума Всесоюзной проблемной комиссии «Эпидемиология иммунодефицитов и оценка иммунного статуса».— Алма-Ата, 1990.— Т. 1.— С. 1—2.
4. **Сильвестров В. П., Федотов П. И.** Пневмония.— М., 1987.— 248 с.
5. **Шуба Н. М.** // V Всесоюзный съезд геронтологов и гериатров: Тез. и реф. докл.— Киев, 1988.— Ч. 2.— С. 738—748.
6. **Caruther D. D.** // Amer. J. Nurs.— 1990.— Vol. 90, N 2.— P. 56—60.
7. **Hryniewicz W.** // Pneumol. pol.— 1987.— Vol. 55, N 7—8.— P. 288—293.

Лечение заболеваний желудка как фактор профилактики рецидивов полипообразования и развития колоректального рака у больных после удаления полипов прямой кишки

Б. С. Троицкий
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Возникновение рецидивов и развитие рака толстой кишки (ТК) остаются основными проблемами в лечении больных с колоректальными полипами — 27 % и 3 % соответственно [5, 6, 9, 10]. Несмотря на постоянное совершенствование методик полипэктомии (лазерная коагуляция, электроэксцизия, криодеструкция и др.), системы динамического диспансерного наблюдения за больными после операции, способов раннего выявления рецидивов заболевания, их процент остается достаточно высоким [7]. Возможно, что ключ к решению проблемы — это применение комплексного подхода к лечению

полипов, рассмотрение их не только как развитие сугубо локального процесса, но и как результат глубоких функциональных и морфологических сдвигов, происходящих в ЖКТ в целом.

При исследовании состояния желудка и двенадцатиперстной кишки у 100 больных с полипами прямой кишки, которым проведена полипэктомия в хирургическом отделении СМСЧ за период с 1988 по 1993 гг., мы пришли к выводу, что патология желудка (в первую очередь хронический гастрит типа В) диагностирована практически во всех случаях. Диагностику заболеваний верхних отделов ЖКТ проводили традиционными методами: клинически, путем исследования кислотообразующей функции желудка в период базальной секреции и после максимальной стимуляции, с применением фиброгастродуоденоскопии и ступенчатой множественной прицельной биопсии с последующим гистологическим изучением биоптатов. Последнее исследование имело ведущее значение в установлении диагноза хронического гастрита [1, 3, 4].

Хронический гастрит лечили также по общепринятым схемам [1, 8]. Назначали диету, отвары трав, в зависимости от уровня кислотообразующей функции желудка — стимуляторы или ингибиторы секреции, средства, нормализующие моторику желудка. При выраженном снижении максимальной кислотной продукции желудка (МАО = 4 ммоль/час и менее) или ахлоргидрии, рефрактерной к введению стимуляторов [8], назначали заместительную и полиферментную терапию. При воспалительных и эрозивно-язвенных процессах в дистальных отделах желудка и двенадцатиперстной кишке применяли средства, влияющие на Campylobacter pylori (де-нол, полусинтетические пенициллины, препараты группы метронидазола). Нешироко использовали хирургические методы лечения заболеваний желудка: 3 пациентам выполнена резекция желудка по Бильрот-1 по поводу хронической язвы малой кривизны, получен хороший результат; 3 пациентам — эндоскопическое удаление аденом желудка, также без признаков их рецидивирования в сроки 3—5 лет. Среднее время пребывания больных в стационаре составило 5,24±0,82 койко-дня, а средние сроки временной нетрудоспособности — 9,29±2,11 дня на 48 работающих.

По той или иной схеме лечение заболеваний желудка

систематически проводили 86 больным после удаления полипов прямой кишки. Из 100 больных 14 пациентов либо отказались от такого лечения, либо по разным причинам несистематически и нерегулярно выполняли рекомендации. На основании данных, полученных в этой группе пациентов (1-я группа), мы пришли к выводу, что ни по возрасту, ни по морфологическому (данные ФГДС и гастробиопсии) и функциональному (исследование желудочной секреции) состоянию слизистой желудка эта группа не отличалась от общей группы, включающей всех обследованных и лечившихся больных (2-я группа). Также не наблюдалось значимых, статистически достоверных отличий в 1-й и 2-й группах по факторам, влияющим на индекс рецидивирования и развития рака толстой кишки после полипэктомии, к которым относятся число, размер и степень ворсинчатой трансформации полипов [5, 6, 7, 9]. В то же время результаты лечения в сроки от 3 до 6 лет в 1-й группе были значительно и статистически достоверно хуже, чем во 2-й (табл. 1). Соответствующие индексы рецидивирования и развития рака ТК после полипэктомии составили 64,29±12,81 % и 12±3,25 %. При этом обоим пациентам, у которых развился колоректальный рак, не проводили терапию гастрита.

Зависимость между проведением терапии заболеваний желудка и степенью рецидивирования полипов и развития рака ТК после полипэктомии можно отразить и с помощью методов корреляционного анализа [2] путем составления 4-польной корреляционной таблицы (табл. 2).

Коэффициент корреляции $r = -0{,}65$ (обратная корреляционная связь средней степени); $m_r = \pm 0{,}06$ (ошибка коэффициента корреляции); $t_r = 10{,}83$ (больше 3, коэффициент корреляции статистически достоверен) — коэффициент достоверности коэффициента корреляции.

Таким образом, между степенью рецидивирования полипов и проведением терапии заболевания желудка существует обратная корреляционная связь средней степени с достаточно высоким и статистически достоверным коэффициентом корреляции $r = -0{,}65 \pm 0{,}06$.

Статистически значимые отличия ($t > 2$) между показателями рецидивирования полипов и развития рака ТК у больных, не получавших терапии гастрита, по отношению ко всей группе обследованных и лечившихся

больных (64,29±12,81 % и 12±3,25 % соответственно), а также наличие корреляционной связи между явлениями (r = —0,65±0,06) свидетельствуют о том, что лечение гастрита и других заболеваний желудка является

Таблица 1

Сравнительная характеристика больных, не получавших лечения гастрита (1-я группа), по отношению ко всей группе обследованных больных (2-я группа) по морфологии полипов и результатам их лечения

Признак: результаты лечения, морфология полипов	Группа больных				Коэффициент достоверности различия t
	1-я (n=14)		2-я (n=100)		
	Абс. знач.	%	Абс. знач.	%	
Число полипов:					
— 1	11	78,57±10,97	83	83±3,76	0,38
— 2 и более	3	21,43±10,97	17	17±3,76	0,38
Размер полипов, см:					
— менее 1	6	42,86±13,23	56	56±4,96	0,93
— 1—2	4	28,57±12,07	38	38±4,85	0,72
— более 2	4	28,57±12,07	6	6±2,37	1,83
Гистологическая характеристика полипа:					
— гиперпластический	1	7,14±6,88	15	15±3,57	1,01
— аденоматозный ворсинчатый	9	64,29±12,81	65	65±4,77	0,05
	3	21,43±10,97	16	16±3,67	0,47
— малигнизированный	1	7,14±6,88	4	4±2,4	0,43
Результаты лечения через 3—6 лет:					
— рецидивные и метахронные полипы	8	57,14±13,28	12	12±4,74	3,21
— рак толстой кишки	2	14,29±9,35	2	2±1,4	1,29
— всего случаев заболевания через 3—6 лет	9	64,29±12,81	12	12±3,25	3,96
Здоровые через 3—6 лет	5	35,71±12,81	88	88±3,25	3,96

важным фактором профилактики рецидивов полипообразования и развития колоректального рака после полипэктомии у больных с полипами прямой кишки. Напротив, отказ от адекватной терапии ведет к высокому риску развития рецидивных и метахронных полипов.

Проведение комбинированного лечения сочетанной патогенетически обусловленной патологии желудка и прямой кишки не оказывает особенного влияния на среднее время пребывания больных в стационаре и на

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа терапии и рецидивирования полипов желудка

Терапия гастрита	Рецидивы полипов и рак толстой кишки		
	нет	есть	всего
Проводилась	83	3	86
Не проводилась	5	9	14
Итого	88	12	100

средние сроки временной нетрудоспособности по сравнению с больными, страдающими аналогичными, но изолированными заболеваниями желудка или прямой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Григорьев П. А.** Хронический гастрит. Тактика лечения: Клиническая лекция.— Врач.— 1991.— № 2.— С. 8—11.
2. **Каминский Л. С.** Медицинская и демографическая статистика.— М., 1974.— С. 95—96.
3. **Клюкина Л. Б., Курдюков Л. В., Муравьев Г. Н., Соломатин В. И.** // Актуальные проблемы онкологии и медицинской радиологии: Сб. науч. работ.— Минск, 1985.— Вып. XIII.— С. 43—45.
4. **Новиков В. С., Шлыков И. А.** // Врач. дело.— 1970.— № 11.— С. 92—95.
5. **Стрекаловский В. П.** // Проблемы проктологии.— 1984.— Вып. 5.— С. 89—92.
6. **Стрекаловский В. П., Эмухвари Г. Н.** // Хирургия.— 1989.— № 2.— С. 59—62.
7. **Федоров В. Д.** // Хирургия.— 1987.— № 1.— С. 82—86.
8. **Фишзон-Рысс Ю. И.** // Тр. Ленингр. сан.-гиг. мед. ин-та.— Л., 1975.— Т. 110.— С. 24—28.
9. **Neugut A. I., Sohnsen Ch. M., Forde K. A., Treat M. R.** // Cancer.— 1985.— Vol. 55, N 7.— P. 1568—1569.
10. **Rossini F. P.** // Minerva chir.— 1981.— Vol. 36, N 23/24.— P. 1583—1585.