

циентам в послеоперационном периоде с целью раннего выявления патологических изменений в культе резецированного бронха проводилась традиционная фибробронхоскопия, которая дополнялась измерением лазер-индуцированной аутофлуоресценции слизистой оболочки бронхов методом ЛФС. После проведения спектрально-флуоресцентных измерений выполнялся забор материала слизистой оболочки бронхиального дерева для морфологического исследования.

Результаты. После анализа полученного при ФБС морфологического материала из слизистой оболочки культи резецированного бронха в 3 случаях был выявлен рецидив рака, в 40 – воспаление слизистой оболочки, при этом явления хронического воспаления отмечались у 34 больных, острого воспаления – у 6 пациентов, в 12 наблюдениях патологических изменений не отмечалось. При проведении ЛФС в патологически не измененной слизистой оболочке культи резецированного бронха регистрировалась ин-

тенсивная аутофлуоресценция (1410 ± 340 отн. ед.), значения спектрально-флуоресцентного диагностического параметра D_f были стабильны и варьировали в пределах от 0,8 до 1,0. В участках слизистой оболочки с признаками острого воспаления наблюдалось достоверное падение интенсивности аутофлуоресценции (АФ) в максимуме спектра (583 ± 91 отн. ед.) и возрастание параметра D_f по отношению к показателям в нормальной слизистой оболочке. В случаях диагностированного рецидива злокачественной опухоли в культе резецированного бронха регистрировалось резкое падение интенсивности АФ относительно здоровой слизистой оболочки (117 ± 22 отн. ед.) и возрастание величины спектрально-флуоресцентного диагностического параметра D_f более 1,4.

Выводы. Проведенное исследование АФ слизистой оболочки культи резецированного бронха выявило достоверные отличия в показателях АФ при раке, остром воспалении и нормальной слизистой оболочке.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА

Н.С. РУДАЯ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, г. Северск

Возможность выявления хронических эрозий желудка эндоскопическим методом исследования позволяет произвести забор биопсионного материала для гистологической верификации диагноза. Однако зачастую заключение морфологов о гиперплазии пилорических желез не позволяет исключить более глубокие изменения стенки желудка в зоне эрозии. Эндоскопическая ультрасонография – высокоэффективный метод диагностики, позволяющий детализированно изучать патологические изменения стенки желудка и проводить дифференцированную диагностику хронических эрозий желудка с другими заболеваниями. С целью углубленного исследования хронических эрозий желудка всем пациентам проводили ЭУС желудка.

Материал и методы. Обследовано 237 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка. Исследования проводились

при помощи миниатюрных ультразвуковых радиально сканирующих зондов MN-2R/MN-3R, с частотой сканирования 12/20 МГц, которые проводятся через рабочий канал видеогастроскопа GIF-1T140, видеосистемы EVIS EXERA GLV-160, компании «Olimpus», Япония.

По данным ультрасонографии у 11 (5,9 %) пациентов гиперпластические изменения распространялись на подслизистый слой с расширением сосудов подслизистого слоя и воспалительной инфильтрацией, при повторных множественных биопсиях у 4 из них выявлена дисплазия слизистой. У 83 (35,04 %) пациентов вблизи эрозий отмечаются участки слизистой с уплощенным эпителиальным слоем и множественными островками фиброза, которые визуализируются как множественные гиперэхогенные включения. Вероятно, наличие таких изменений у данной группы больных позволяет считать их доказательством рецидивирующего

течения заболевания, что приводит к нарастанию дистрофических изменений в эпителии.

Отсутствие ясных представлений о патогенезе хронических эрозий не позволяет объяснить причины хронизации эрозивных повреждений.

Полученные эндосонографические подтверждения рецидивирующего течения заболевания позволяют индивидуально и комплексно проводить лечение и снизить до минимума частоту развития осложнений.

ВОЗМОЖНОСТИ СОНОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ РЕЦИДИВОВ РАКА ЖЕЛУДКА

**И.Н. САВЕЛЬЕВ, И.Г. ФРОЛОВА, С.В. ЛУНЕВА, С.А. ВЕЛИЧКО,
С.Г. АФАНАСЬЕВ, М.Б. КАРАКЕШИШЕВА**

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Одной из актуальных проблем онкологии является совершенствование как первичной диагностики рака желудка, так и своевременное выявление рецидивов с целью повышения эффективности лечения. Это связано с тем, что за последние 20 лет рак желудка прочно занял лидирующие позиции в структуре онкологической заболеваемости. Как показывают расчеты ВОЗ, ежегодно в мире заболевает раком желудка более 1 млн человек. Однако хирургическое лечение применимо лишь у 15–25 % больных, к тому же многие оперированные больные погибают от прогрессирования заболевания в виде местных рецидивов, лимфо-гематогенных метастазов в первые два года после радикальных операций, и лишь четвертая часть живет более 5 лет.

Цель исследования – изучение возможности различных методов лучевой визуализации в диагностике рецидивов рака желудка.

Материал и методы. Обследовано 35 больных с рецидивами рака желудка, которым проведено рентгенологическое, ультразвуковое исследование с учетом эндоскопической картины, в сопоставлении с операционными находками. Рентгенологическое исследование желудка выполнялось по стандартной методике. Ультразвуковое исследование проводили на стационарных ультразвуковых аппаратах «Sono diagnost 360» (Philips), «Logio 400 CL» (General Electric Company) с использованием конвексных, линейных и секторных датчиков частотой 3,5 МГц, 5 МГц и 7,5 МГц.

Результаты. Рецидивы рака желудка развились в сроки от 1 года до 3 лет. По данным

морфологического исследования преобладали диффузно-инфильтративный (27 случаев) и язвенно-инфильтративный (8 случаев) характер роста рецидивной опухоли. Аденокарцинома выявлена у 32 больных (у 25 – низкодифференцированная, у 6 – умереннодифференцированная, у 3 – высокодифференцированная), перстневидноклеточный рак диагностирован в 3 наблюдениях.

При рентгенологическом исследовании органов ЖКТ с искусственным контрастированием в отдаленные сроки после операции в большинстве случаев при прогрессировании заболевания выявлялся стеноз отводящей петли, обусловленный сдавлением кишки извне увеличенным конгломератом лимфатических узлов, при этом эндоскопическая картина не позволяла адекватно оценить объем поражения, тогда как рецидив в культе диффузно-инфильтративного характера роста подтверждался при рутинной ЭГДС. Ультразвуковое исследование позволяло выявить рецидивную опухоль и судить о степени прогрессирования процесса. При УЗИ стенка культи желудка, из которой исходит опухолевый узел, как правило, неравномерно утолщена в зависимости от выраженности инфильтрации, пораженный участок лишен эластичности. Контуры четкие, поверхность была ровной при инфильтративном типе роста рецидивной опухоли и бугристой – при смешанном. При рецидивах чаще всего имел место экзогастральный компонент опухоли, который характеризовался объемным образованием, расположенным в брюшной полости и связанным