

опухолями молочной железы и эндометрия, молочной железы и яичников.

В связи с этим при работе с пациентками с сочетанными опухолями молочной железы и гениталий мы придерживаемся следующего алгоритма обследования. Первый этап – изучение жалоб и данных анамнеза, клиническое обследование, гинекологический осмотр, ультразвуковое обследование органов брюшной полости и малого таза. Второй этап (при подозрении на опухолевое образование яичников) – определение уровня СА-125. При подозрении на патологическое изменение эндометрия – аспирационная биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание полости матки. Третий этап – интраоперационная ревизия органов брюшной полости и малого таза с проведением срочного гистологического исследования при подозрении на опухолевые образования.

Внедрение в практику эндохирургических методик перевело на качественно новый уровень диагностику и лечение сочетанных опухолей молочной железы и гениталий. Двусторонняя овариоэктомия при раке молочной железы лапароскопическим доступом является в настоящее время рутинным методом лечения. Более того,

лапароскопия позволяет провести детальную ревизию брюшной полости у больных РМЖ. Все чаще при миоме тела матки у больных раком молочной железы выполняется лапароскопическая ампутация матки.

Результаты. В отделении выполнено 36 лапароскопических овариоэктомий, 4 лапароскопических ампутации матки с придатками. В настоящее время при наличии первично-операбельного РМЖ рекомендуется выполнение одномоментных операций – радикальной операции на молочной железе и лапароскопической овариоэктомии. В нашей практике было 3 подобных случая.

Выводы. Больные раком молочной железы требуют особого подхода к обследованию и лечению в связи с высокой вероятностью сочетания патологии молочной железы и гениталий. Лапароскопическая овариоэктомия является процедурой выбора у больных раком молочной железы с подозрением на патологию женской репродуктивной системы, что позволяет осуществить лечебную (подавление гормональной активности яичников) и диагностическую (получение материала для верификации патологических изменений матки и придатков) задачи.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО РАКА ГОРТАНИ

Г.В. УНГИАДЗЕ, Е.С. ВАКУРОВА

РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, г. Москва

Цель исследования – диагностика ранних форм рака гортани.

Материал и методы. Ранняя диагностика рака гортани до настоящего времени остается актуальной проблемой. Неспецифические признаки на ранних стадиях заболевания, а также несовершенство применяемых методов обследования являются причинами диагностических ошибок при раке гортани. Наиболее распространенным, простым и доступным методом диагностики является зеркальный осмотр, который не всегда позволяет полноценно визуализировать все отделы гортани. Диагностические ошибки при использовании данного метода исследования могут достигать 30–50 %. Рак гортани

часто развивается в среднем отделе, на фоне хронического гиперпластического ларингита, дискератоза и папилломатоза. Наибольшая вероятность трансформации в рак отмечена при выраженной диффузной гиперплазии в сочетании с дисплазией, а также при очаговой гиперплазии с бугристой, папиллярной поверхностью. Эндоскопическая диагностика рака гортани с размерами опухоли, соответствующими символу T₂ и выше, затруднений не вызывает. Наиболее важна диагностика процесса в начальных стадиях опухолевого роста.

Результаты. В отделении эндоскопии РОНЦ им. Н.Н.Блохина в течение многих лет проводится исследование, имеющее целью выявить

начальные признаки опухолевого роста на фоне предраковых заболеваний гортани. По нашим данным, начало малигнизации можно предположить при наличии:

1) зернистости и шероховатости слизистой оболочки, лишенной блеска, а также кератоза или папиллярной гиперплазии;

2) атипии формы сосудов, в частности, их деформации, беспорядочности расположения и извитости, повышенной контактной кровоточивости;

3) нарушения целостности эпителия;

4) инфильтрации и/или нарушения целостности эпителия слизистой оболочки, прилежащей к основанию папиллом

При ларингоскопии размеры ранних форм рака гортани не превышают нескольких миллиметров. В наблюдениях рака голосовых складок без кератоза эпителия или если он слабо выражен на поверхности опухоли при ларингоскопии в большинстве случаев выявляются измененные капилляры и нарушение целостности эпителия. Появление углубления или изъязвления на поверхности опухоли чаще всего является признаком инфильтрирующего роста. Неороговевающие опухоли могут иметь вид плоских, полупрозрачных образований и

внешне напоминать полип голосовой складки.

В течение последних нескольких лет при эндоскопическом исследовании верхних дыхательных путей мы используем метод осмотра в узкоспектральном пучке (NBI). В ее основе лежит использование освещения слизистой оболочки световым пучком с узким спектром и длиной волны 415 ± 15 нм, что позволяет контрастировать капиллярный рисунок слизистой слоя и архитектонику слизистой гортани. Ларингоскопия с осмотром в режиме NBI позволяет лучше выявить минимальные изменения слизистой оболочки, капиллярный рисунок слизистой слоя и архитектонику слизистой оболочки и распознать ранние признаки злокачественного новообразования. Метод может быть использован как для преодоления объективных трудностей в дифференциальной диагностики рака, так и для уточнения границ опухолевого поражения и выбора участков для прицельной биопсии.

Выводы. Разработанная нами семиотика начальных форм опухолевого поражения и использование современных эндоскопических методов позволят улучшить диагностику раннего рака гортани.

ЕСТЬ ЛИ ОБЪЯСНЕНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕЦИДИВОВ РАКА В КУЛЬТЕ ЖЕЛУДКА?

**Е.М. ФРАНЦИЯНЦ, О.В. ШЛЯХОВА, С.Д. ДМИТРИЕВА,
Л.Д. ТКАЛЯ, В.М. ЛЕГОСТАЕВ, Е.Ф. КОМАРОВА**

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт», г. Ростов-на-Дону

В отделении эндоскопии РНИОИ за 2 года было обследовано 773 больных, радикально прооперированных по поводу рака желудка. При этом в 65 (8,4 %) случаях выявлен рецидив рака в культе желудка в разные сроки после операции. Наибольшее количество рецидивов приходится на второй год после операции и в два раза меньше – на 3–4 год (48,83 % и 25,0 % соответственно).

Цель исследования – выявление некоторых патогенетических аспектов возникновения опухоли в культе желудка, изучение некоторых

показателей свободнорадикальных процессов в интактной слизистой оболочке желудка (СОЖ) и по линии резекции после радикальной операции и сравнение их с показателями в опухоли желудка и ее перифокальной зоны.

Материал и методы. У 16 пациентов после радикальной операции по поводу рака в СОЖ по линии резекции и в интактной слизистой изучали: концентрацию витаминов А и Е и их соотношение; уровень малонового диальдегида (МДА), суммарную активность супероксиддисмутазы (СОД), коэффициент СОД/каталаза и