

нарушению целостности стента и, как следствие, к сложностям в удалении. При ахалазии пищевода 2-й степени нами был установлен стент 4 больным. Установленный стент имел антирефлюксный клапан и диаметр 18 мм. Через 1,5–2 мес стент удаляли. Миграции стентов не выявлено. Больные наблюдались в течение 2 лет после удаления. Дисфагия не отмечалась, прибавили в массе тела. На рентгеноскопии эвакуация бария в желудок не нарушена, рефлюкс

не определяется. При эзофагоскопии гастроскоп свободно проходит через кардию, слизистая в области кардии.

Выводы. Учитывая наш опыт, считаем, что развитие и распространение методики в лечении злокачественных и доброкачественных стриктур пищевода будут зависеть от совершенствования антимиграционных механизмов стента, материалов для его изготовления.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ НА ЭТАПАХ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО

**А.В. ВОРОБЬЕВ¹, А.А. ЗАВЬЯЛОВ^{1,2}, О.В. ЧЕРЕМИСИНА²,
А.Ю. ДОБРОДЕЕВ², С.А. ТУЗИКОВ²**

*ГУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Томск¹
НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск²*

Рак легкого прочно занимает первую позицию в структуре онкологической заболеваемости и смертности в России, при этом наиболее распространены немелкоклеточные варианты гистотипа этой формы опухоли (75–80 %). Если при I–II стадиях заболевания радикальная операция остается золотым стандартом, то лечение немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) III стадии представляет одну из наиболее сложных проблем клинической онкологии, так как результаты хирургического лечения остаются неудовлетворительными. Развитие рецидива и метастазов в течение первого года после операции указывает на относительный радикализм оперативного лечения. В связи с этим в настоящее время активно развиваются методы комбинированного лечения рака легкого, представляющие собой рациональное сочетание радикальной операции с лучевой и/или лекарственной терапией. В НИИ онкологии СО РАМН продолжается изучение воздействия интраоперационной лучевой терапии (ИОЛТ). В этих условиях особая роль отводится эндоскопическим методам исследования.

Цель исследования – оценить эффективность эндоскопического контроля при комбинированном лечении с применением неоадьювантной химиотерапии и ИОЛТ на фоне радио-

сенсибилизации цисплатином у больных НМРЛ III стадии.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 2 групп пациентов с морфологически верифицированным диагнозом НМРЛ III стадии. Основную группу составили 30 пациентов, у которых комбинированное лечение включало 2 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме паклитаксел/карбоплатин, радикальную операцию с ИОЛТ в однократной дозе 10 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином. Контрольную группу составили 30 пациентов, которым выполнялась радикальная операция с ИОЛТ в однократной дозе 15 Гр. По основным прогностическим признакам группы сопоставимы. Для ИОЛТ применялся малогабаритный импульсный бетатрон МИБ-6Э, который размещен непосредственно в операционном блоке. Фибробронхоскопия (ФБС) проводилась на этапе диагностики, после 2 курсов неоадьювантной химиотерапии (перед операцией), в послеоперационном периоде и в период динамического наблюдения.

Результаты. При оценке эффективности неоадьювантной химиотерапии, с помощью эндоскопических методик, отмечено, что в основной группе регрессия процесса составила $41,4 \pm 9,1$ %. Стабилизация процесса

зафиксирована в $37,9 \pm 9,0$ % случаев, прогрессирование опухолевого процесса – в $20,7 \pm 7,5$ %. Воспалительные изменения со стороны бронхиального дерева носили невыраженный характер. После проведенного хирургического этапа лечения с ИОЛТ в культе резецированного бронха при ФБС обнаружены выраженные воспалительные изменения, проявляющиеся отеком и гиперемией слизистой оболочки. После проведения соответствующей терапии эти явления купировались. Среди послеоперационных осложнений констатировано развитие бронхиального свища, в основной группе – $3,4 \pm 3,3$ %, в контрольной – $4,9 \pm 3,4$ %. Последующее совершенствование методики планирования ИОЛТ, применение новых схем анестезиологического пособия и послеоперационного ведения больных позволили избежать развития этого грозного осложнения.

При изучении двухлетних результатов отмечено, что в основной группе местный рецидив возник у 1 больного ($3,8 \pm 3,7$ %), в контрольной группе – в 3 случаях ($13,5 \pm 5,6$ %). Все случаи рецидивирования, благодаря своевременно выполненному эндоскопическому исследованию,

выявлены на ранней стадии развития процесса. Наличие рецидива установлено визуально и подтверждено морфологически при изучении биопсийного материала. Общая двухлетняя выживаемость в основной и контрольной группах составила $88,4 \pm 6,2$ % и $70,2 \pm 7,5$ %. В исследуемой группе сочетание неоадьювантной химиотерапии и ИОЛТ в однократной дозе 10 Гр на фоне радиосенсибилизации цисплатином обеспечило увеличение длительности безрецидивного периода – $20,2 \pm 1,2$ мес, относительно больных контрольной группы – $12,8 \pm 1,2$ мес.

Выводы. Эндоскопическое исследование необходимо включать в алгоритм обследования больных раком легкого на всех этапах комбинированного лечения и динамического наблюдения. Фибробронхоскопия позволяет адекватно оценить непосредственную эффективность проводимого лечения и его влияние на состояние бронхиального дерева. Предлагаемые схемы лечения позволили обеспечить эффективный локальный контроль и достичь двухлетней общей выживаемости $88,4 \pm 6,2$ % в основной и $70,2 \pm 7,5$ % – в контрольной группах.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНФИЛЬТРАТА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА

М.В. ВУСИК, М.Б. КАРАКЕШИШЕВА, В.А. ЕВТУШЕНКО,
Р.И. ПЛЕШКО, Т.В. АВДЕЕНКО

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Цель – изучение состава клеточного инфильтрата в слизистой оболочке желудка (СОЖ) у больных с катаральным, очаговым атрофическим гастритом и диспластическими изменениями.

Материал и методы. Объектом исследования за период с 2000 по 2003 г. являлся 21 пациент (13 женщин и 8 мужчин), у которых были диагностированы предопухолевые состояния слизистой оболочки желудка. У части пациентов была выявлена дисплазия эпителия II–III степени. Контрольную группу составили

20 условно здоровых лиц (10 женщин и 10 мужчин). Состав клеточного инфильтрата определялся морфометрическим методом. Подсчет клеток производили на сетке Автандилова с пересчетом количества на 1 мм^2 .

Результаты. Подсчет клеточного инфильтрата в СОЖ у больных с поверхностным и очаговым атрофическим гастритом выявил высокую клеточность ($2274,44 \pm 235,08$), преобладающими клеточными элементами которой являлись лимфоциты ($1351,11 \pm 164,01$), с достаточно высоким количеством макрофагов,