

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

коэффициент СОД/суммарная пероксидазная активность (СПА).

Результаты. В перифокальной зоне аденокарцином желудка больших размеров отмечаются значимые различия в активности свободнорадикальных процессов относительно показателей в перифокальной зоне опухоли малых размеров. Так, содержание МДА было снижено в 3,1 раза и в 5,6 раза отличалось от показателя в интактной ткани. Это происходило на фоне подавления активности обоих звеньев антиокислительной системы. В перифокальной зоне больших опухолей неравномерно снизился уровень витаминов-антиоксидантов А и Е – в 5,6 раза и 1,7 раза соответственно. Поэтому коэффициент их соотношения возрос в 3,4 раза. Активность всех антиоксидантных ферментов в перифокальной зоне аденокарцином желудка больших размеров была снижена: СОД – в 3,3 раза, каталазы – в 3,9 раза, СПА – в 2,5 раза. Однако коэффициенты СОД/каталаза и СОД/СПА не изменялись относительно значений в перифокальной зоне малых опухолей.

Учитывая глубокие перестройки свободнорадикальных процессов в перифокальной зоне аденокарцином желудка, зависящие от размеров новообразования, интерес представляло изучение перекисного метаболизма в слизистой желудка по линии резекции. Найдено, что уровень содержания МДА достоверно не

отличался от показателя в перифокальной зоне опухоли и был в 6,3 раза ниже, чем в интактной слизистой. Уровень витамина Е в этих образцах не отличался от нормальных показателей, тогда как содержание витамина А было снижено в 3,1 раза. В этой связи величина коэффициента соотношения витаминов Е/А достоверно не отличалась от соответствующих показателей в ткани злокачественной опухоли и ее перифокальной зоны. Снижена была и активность изученных антиокислительных ферментов: СОД и каталазы – в 3,1 раза, СПА – в 2,5 раза относительно показателей в интактной ткани. Несмотря на то, что абсолютные показатели активности ферментов были равными (СПА и каталаза) или близкими по значениям (СОД) к показателям в перифокальной зоне злокачественной опухоли и самой опухоли, коэффициенты их соотношения оставались в пределах нормативных величин.

Выводы. Надо полагать, что обнаруженный метаболический статус ткани слизистой является продолжением «опухолевого поля». Такая зона не имеет морфологических признаков злокачественности, но биохимические процессы, происходящие в ней, способствуют потере клетками слизистой уровня нормальной дифференцировки и активации пролиферативного состояния, что и создает условия для последующего рецидивирования опухоли.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Е.А. ЧЕРДЫНЦЕВА, В.А. НОВИКОВ, В.И. ЧЕРНОВ, И.Г. СИНЛКИН,
О.В. ЧЕРЕМИСИНА, С.Ю. ЧИЖЕВСКАЯ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Лимфогенное распространение злокачественной опухоли оказывает существенное влияние не только на показатели выживаемости, но и на выбор метода лечения. Возможности полноценной визуализации лимфатических узлов существенно ограничены, а вопрос об объеме хирургических вмешательств на лимфатических путях по-прежнему остается

предметом для дискуссий. В связи с развитием концепции сторожевых лимфоузлов, позволяющей определять оптимальный объем лимфодиссекции, активно разрабатывается методика лимфосцинтиграфии и интраоперационной гамма-детекции регионарных лимфатических структур. В литературе широко обсуждается вопрос определения показаний для выявления