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 состоянии 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,

нейтрофилов и плазмоцитов. В группе дисплазии общее количество клеток практически не отличалось от контрольных значений ($2293,64 \pm 147,35$), однако обнаруживается значительное увеличение числа макрофагов ($p_1=3,52E-05$), эозинофилов и нейтрофилов на фоне снижения лимфо- и плазмоцитов ($p_1=0,01$)

Выводы. При развитии диспластических процессов в слизистой оболочке желудка происходит увеличение числа нейтрофилов, эозинофилов, макрофагов и тучных клеток, обеспечивающих клеточный иммунитет, и уменьшение содержания лимфоцитов и плазмоцитов.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ, РАДИКАЛЬНО ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

М.В. ВУСИК, Т.Я. КУЧЕРОВА, В.А. ЕВТУШЕНКО

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Гастрэктомия в большинстве наблюдений выполняется по поводу распространенного опухолевого процесса желудка и в 0,5–50 % случаев приводит к рубцовым сужениям пищеводно-кишечного анастомоза, проблема профилактики и лечения которых остается актуальной.

Цель исследования – изучить влияние комплексного лечения рубцовых стенозов пищеводно-кишечных анастомозов, сформировавшихся после радикальных операций по поводу рака желудка в раннем послеоперационном периоде на непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Материал и методы. В исследование включено 44 пациента с рубцовыми стенозами пищеводно-кишечных анастомозов, сформировавшимися после радикальных операций по поводу рака желудка в раннем послеоперационном периоде. Курс комплексного лечения включал рассечение рубцовой стриктуры, бужирование с помощью гастроскопов различных диаметров в течение 2 нед и применение КВЧ терапии по разработанной в клиниках НИИ онкологии СО РАМН методике.

Результаты. Результат после курса лечения считался «отличным» при расширении анастомоза более 13 мм, при этом дисфагии не отмечалось, пациенты питались любой пищей, ни в чем себе не отказывая. Таких пациентов оказалось 18 (41,2 %). Результат оценивали как «хороший» при диаметре анастомоза от 11 до 13 мм, при этом отмечалась эпизодически возникающая дисфа-

гия, связанная с нарушением диеты. Данный эффект был достигнут у 23 пациентов (52,9 %). «Удовлетворительным» был признан результат при диаметре соустья до 11 мм, когда анастомоз по сравнению с первоначальным был расширен, однако больные отмечали эпизодическую дисфагию, связанную с приемом грубой пищи. Подобный результат был получен у 1 (3 %). Результат считали «неудовлетворительным» при любом диаметре анастомоза, когда не было какого-либо эффекта после эндоскопического лечения. Неудовлетворительный результат был у одного больного (3 %), у которого дисфагия была связана с продолженным ростом опухоли, выявленным при эндоскопическом исследовании, подтвержденном через 5 мес после операции биопсийным материалом. Отдаленные результаты эндоскопического лечения оценивались по классификации Ю.И. Галлингера, Э.А. Годжелло. После лечения у 41 человек (93,2 %) результат оценивался как «хороший». «Удовлетворительные» результаты были получены у 2 (4,5 %) пациентов. Лишь у одного пациента основной группы результат был неудовлетворительным, что было связано с продолженным ростом опухоли. Противовоспалительный эффект комплексной терапии подтвержден морфологическими исследованиями гастробиоптатов. У больных после курса лечения в 70 % случаев отмечалась нормализация процессов регенерации и пролиферации в слизистой оболочке зоны анастомоза в течение 10 дней.