

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.

Выводы. Комплексное лечение с применением малоинвазивной хирургии и КВЧ-терапии позволяет предотвратить повторное стенозирование зоны пищевода анастомоза в 93,2 %

случаев, избежать повторного оперативного вмешательства и повысить уровень качества жизни пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВИЗУАЛЬНАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

А.Н. ГУБИН, Л.В. ЧЕРКЕС, Е.С. ВАКУРОВА

РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Цель – оценить возможности лапароскопии в сочетании с ВУЗИ в диагностике опухолевого поражения печени.

Материал и методы. Внедрение в клиническую практику новых средств визуализации внутренних органов существенно изменило диагностические возможности современной клинической медицины. Достижением клинической онкологии является синтез двух методов – лапароскопии и ультразвуковой томографии. У значительного числа онкологических больных, подвергшихся при предварительном обследовании таким современным методам исследования, как стандартное ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, распознать первичное и метастатическое поражение печени не всегда возможно. Последние могут быть распознаны при диагностической лапароскопии, визуально в 92,7 % и при этом в 98,2 % из них возможно получить материал для морфологического исследования. Возможности неинвазивных методов диагностики недостаточны в оценке распространенности патологического процесса. Как результат, число эксплоративных лапаротомий при некоторых злокачественных процессах достигает 80 %. Часто отказом в проведении лапароскопического исследования могут служить ранее выполненные оперативные вмешательства, но, по данным отделения эндоскопии РОНЦ РАМН, проведение диагностической лапароскопии у оперированных больных в значительном числе наблюдений является технически выполнимым, и лишь массивный спаечный процесс не позволил выполнить исследование.

Результаты. В сравнении результатов стандартных УЗТ и РКТ с диагностической лапароскопией установлено, что чувствительность последней в выявлении метастазов по брюшине составляет 89 %, в то время как ультразвуковое исследование определяет очаговые поражения брюшины только в 22 %. Выявление метастатического поражения печени с использованием лапароскопии и ВУЗИ достигает 96 %.

Диагностическая лапароскопия в период с 1999 по 2008 г. выполнена 1050 больным, у 203 пациентов установлена патология печени. У 160 из 203 больных имели место злокачественные (первичные и метастатические опухоли) и доброкачественные новообразования. Среди них было 106 женщин и 97 мужчин в возрасте от 16 до 84 лет. Метастатическое поражение печени выявлено у 47,2 % больных, первичные опухоли печени обнаружены у 6,1 % пациентов. Неопухолевое поражение и доброкачественные опухоли выявлены у 46,7 % больных. Метастатическое поражение печени имело место у пациентов, больных раком желудка, в 43 %, яичников – в 12,3 %, молочной железы – в 9,4 %, печени – в 6,9 %, матки – в 5,9 %, толстой кишки – в 5,4 %, пищевода – в 2,5 %, а также более 15 % случаев у больных с другими локализациями первичной опухоли. Диагностическая лапароскопия выявила метастатическое поражение печени у 77 пациентов, у которых стандартное ультразвуковое исследование не выявило изменений. Лапароскопическое ультразвуковое исследование выполнено нами у 39 пациентов. Исследование позволило уточнить локализацию метастазов в печень у 9 больных, у которых они не были диагностированы при стандартном