

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Астафьев Б.А., Яроцкий Л.С., Лебедев М.Н. Экспериментальные модели паразитов в биологии и медицине.—М: Наука.—1989.—279 с.; 2) Березанцев Ю.А. Проблемы тканевого паразитизма.—Л.: Наука, 1985.—50 с.; 3) Гриндбаум Н.Б. Иммунологические механизмы в патогенезе острого гломерулонефрита // Клинич. мед., 1970.—№ 7.—С 13; 4) Майборода А.А., Майборода С.И. Черняк Б.А. // Материалы конфер. ЦНИЛ «Патохимия и клинич. биохимия».—Иркутск,—1991; 5) Майборода А.А., Куприянова Н.Ю., Семинский И.Ж. // Медиц. паразитология и паразитарные б.ни.—1991.—№ 4.—С 47—49; 6) Майборода А.А., Семинский И.Ж. и др. Способ моделирования гнойного воспаления // Изобретение № 50306 84 (010989) —1993; 7) Майборода А.А., Кирдей Е.Г., Семинский И.Ж., Цибель Б.Н. // Сибирский медицинский журнал.—1994.—№ 1; 8) Маянский Д.Н. Хроническое воспаление.—М.: Медицина,—1991.—272 с.; 9) Пронин Г.А., Пронина С.В. Взаимоотношения в системе паразит — хозяин.—М.: Наука,—1987.—172 с.; 10) Семинский И.Ж. Сравнительная оценка асептического и гнойного воспаления // С. Проблемы проф. патологии.—Новокузнецк,—1991.—С. 74—76; 11) Семинский И.Ж. Сравнительная характеристика паразитоцидного действия препаратов // Тюмень,—1991.—С. 48—52; 12) Струков А.И., Кауфман О.И. Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни. М.—1989; 13) Цибель Б.Н. О некоторых особенностях морфологии гломерулонефрита у детей // Педиатрия.—1970.—№ 12.—4 с.; 14) Цибель Б.Н. Морфология почечной недостаточности // В кн.: Хроническая почечная недостаточность.—Л.: Медицина,—1976. С. 59—89; 15) Цибель Б.Н. Случай острого гломерулонефрита у новорожденного // Педиатрия.

- 1977.—№ 6.—3 с.; 16) Цибель Б.Н. Морфология гломерулонефрита // В кн.: Гломерулонефрит. Л.: Медицина,—1980.—С. 50—66; 17) Цибель Б.Н. К классификации гломерулонефрита // Архив патологии.—1987.—№ 9. 2 с.; 18) Цибель Б.Н. Антошкина Н.П. О морфологии туберкулезного менингита у детей // Архив патологии.—1992.—Т. 54 — № 6. С. 25—29; 19) Цибель Б.Н. О морфологии интракапиллярного гломерулонефрита // Архив патологии.—1962.—№ 9.—С. 43—48; 20) Чеснокова М.В. Электронно-микроскопическое строение фибробластов капсулы цистицерков в печени белых крыс // Сб. Актуальные проблемы медицинской паразитологии.—Баку, 1983.—Вып. 3.—С 229—231; 21) Kumar V., Cortan R.S., Robbins S.L. Basic Patology.—5 th Ed.—1992.—Saunders Co; 22) Maiboroda A.A., Seminsky I. I. // Proc. 1 st. Int., Symp. Methods end Proc., of Japan—Russia.—Niigata, 1993.—P. 268—269; 23) Muir's Text Boock of Pathology.—13 th Ed.—1992, ELBS. 24) Vorlaender K.O. // Deutch. Arch. Klin. Med.—1955.—Bd. 202.—S. 253; 25) Yoshizawa N., Sagel I. // Proc 11 th Intern. Congr. Nephrol. Tokyo, 1991.—P. 845; 26) Yoshizawa N., Trescr G., Sagel I. et al // Am. J. Pathol.—1973.—V. 70.—P. 131.

SUMMARY

The immunological mechanisms of progression acute inflammation to chronic interstitial inflammation are shown on examples of viral hepatitis and glomerulonephritis. The formation of different types granulemas in connection with different types of immunological mechanisms is shown too (tuberculosis, syphilitic, parasites, silica). The leading role of T-chelpers and macrophags in formation of fibroblastic reaction in chronic inflammation is noted.

© АЛЕКСЕЙЦЕВА С.П., ШВЕЦКИЙ А.Г., ПАЛСАЧЕВ В.И., 1995
УДК 616.33—002.44 : 616.327.2—072.1—07

ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛИГНИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

Алексейцева С.П., Швецкий А.Г., Палсачев В.И.

(Красноярский мединститут, кафедра хирургии № 2 —
зав.каф.доц. А.Г. Швецкий; Московский стоматологический
институт хирургии — зав.каф.проф. И.В. Ярема)

Резюме. Люминесцентная эндоскопия у 648 больных подтвердила накопление флюорената натрия клетками слизистой оболочки желудка с измененным метаболизмом. Ее использование для прицельной биопсии повысило точность диагностики рака желудка, развивающегося на фоне хронической язвы (до 89,7%), и точность диагностики дисплазии слизистой, являющейся предраковым состоянием желудка (до 92,3%).

Эндоскопическая диагностика малигнизации хронических язв желудка, развивающихся на фоне атрофического гастрита, представляет определенные трудности, поскольку, даже производя прицельную биопсию, врач не может быть уверен, что биоптат взят из участков малигнизации [1, 2, 6, 14, 18, 20]. Частота же малигнизации по данным литературы от 7% до 85% [19, 23].

Еще одна проблема связана с тем, что выявляемые при морфологическом исследовании диспластические изменения слизистой желудка могут рассматриваться как прямое доказательство предракового состояния [5, 9, 22]. Отсутствие видимых изменений в зонах дисплазии эпителия не позволяет применять методику прицельной биопсии. Улучшению диагностики ранних раков в язве способство-

вала разработка методов контрастирования патологического очага [4, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17).

Методы и материалы

В клинике за семь лет обследовано 648 больных с хронической язвой желудка, разделенных по морфологическим диагнозам на четыре группы:

1 группа — больные с заведомо доказанным морфологическим раком желудка (18 больных) — была контрольной;

2 группа — больные с хронической язвой желудка с малигнизацией и ранним изъязвившимся раком (68 больных);

3 группа — больные с хронической язвой желудка и сопутствующей дисплазией или кишечной метаплазией (68 больных);

4 группа — больные с хронической язвой желудка (494 больных).

Возрастной и половой состав больных в группах существенно не отличался от данных, приводимых в литературе.

318 больных были подвергнуты резекции желудка с дополнительным морфологическим

обследовании. Отдаленные результаты прослежены у 57 неоперированных больных 3 и 4 группы в сроки от 1 месяца до 1 года.

Методика люминесцентной эндоскопии сводится к следующему: накануне обследования за 12—16 часов больной перорально получает флюоресцеин 10%-ный — 5 мл. Вначале эндоскопическое исследование проводится при обычном освещении, а затем с использованием специального осветителя с длиной волны 442 нм. Кроме того, в диагностический комплекс входят: интерференционный светофильтр, флуориметр, телеустановка с видеоконсом ЛИ — 702, снабженным однокаскадным усилителем. На темно-фиолетовом фоне участки, поглотившие краситель, дают свечение салатного цвета.

Материал, взятый при прицельной биопсии из светящихся участков, изучался в патолого-анатомической лаборатории по общим правилам. Люминесценция оценивалась вначале с помощью флуориметра, а затем визуально в бальной системе: яркая (++), слабая (+). В последнем случае для более четкого отличия от фона приходилось использовать интерференционный светофильтр с усилителем яркости.

Результаты и обсуждение

У больных 1 группы флуориметрический показатель люминесценции колебался от 1,0 до 1,43 отн.ед., визуально люминесценция была яркой (++). Яркость люминесценции была обратно пропорциональна размерам поражения: при размере очага более 40 мм она составила 1,0 отн.ед., при размере < 10 мм — до 1,43 отн.ед.

Таким образом, яркая люминесценция в контрольной группе отмечена у 12 из 18 человек, слабая у оставшихся 6 пациентов.

При сопоставлении интенсивности люминесценции с характером роста опухоли отмечено, что наибольшую интенсивность дают экзофитные формы, несколько меньшую — эндофитные и смешанные формы. При оценке дифференцировки опухоли оказалось, что наибольший средний показатель люминесценции был у больных с низкодифференцированной опухолью (1,3 отн.ед.).

Важно отметить, что флюоресцеин накапливается только живыми клетками опухоли, распадающиеся клетки его не содержат. Вероятно, этим объясняется обратно пропорциональная зависимость яркости люминесценции и размеров опухоли.

У 68 человек 2 группы биопсия из люминесцирующих участков подтвердила наличие злокачественных клеток; яркая люминесценция (++) наблюдалась у 2/3 больных, у 1/3 она была слабой (+). У 39 человек малигнизированные язвы локализовались в дистальном отделе желудка (13,2%). Средний показатель люминесценции при различной локализации колебался от 1,0 в проксимальном отделе до 1,9 отн.ед. в теле желудка. Так же, как и в контрольной группе, была отмечена обратно пропорциональная зависимость яркости люми-

несценции от размеров язв.

При сопоставлении дифференцировки опухоли и яркости люминесценции отмечено, что у 22 больных этой группы с высокодифференцированным ростом опухоли яркость была 1,2 отн.ед.

При недифференцированном росте [26] яркая люминесценция преобладала у 19 больных, средний показатель составил 1,46 отн.ед. При низкодифференцированном росте яркое свечение наблюдалось у 11 больных; средний показатель 1,31 отн.ед. Средний показатель люминесценции для всех больных 2 группы составил 1,35 отн.ед., что вполне достаточно для визуализации.

В 3 группу вошли 68 больных, у которых при обследовании биоптатов из участков люминесценции был установлен диагноз: хроническая язва с кишечной метаплазией [33] и с дисплазией железистого эпителия [35]. Люминесценция среди больных этой группы была выявлена у 54 человек (79,4%); у 1/3 больных люминесценция была яркой (++), у 2/3 — слабой (+). Точность диагностики дисплазии в язве оказалась достаточно высокой. Только у 3 из 35 больных (8,6%) люминесценция не была выявлена, средний показатель составил 1,2 отн.ед., что также достаточно для визуального обнаружения. Среди больных с кишечной метаплазией у 1/3 люминесценция не выявлялась, у 2/3 была слабой (+). Средний показатель приближался к 0,8 отн.ед., люминесценция была видна только с использованием интерференционного светофильтра и усилителя яркости.

У всех больных 3 группы зависимость люминесценции от размеров дефектов слизистой желудка была такой же, как у больных 1 группы: большинство случаев люминесценции выявлялось при размере поражения до 20 мм. При анализе зависимости люминесценции от локализации поражения отмечено отличие от 2 группы. У больных 3 группы показатель люминесценции более высокий в проксимальном отделе желудка (1,12 отн.ед.), в то время как в теле и антральном отделе он был ниже (0,9 и 0,89 отн.ед.).

Из 494 больных 4 группы люминесценция выявлена всего у 9 больных: яркая (++) у 4 больных и у 5 слабая (+). Зависимость люминесценции от размеров язв та же; у 8 из этих больных размеры язв до 20 мм. Средний показатель — 1,05 отн.ед.

Отдаленные результаты были прослежены у 57 больных 3 и 4 групп, у которых при первом обследовании была выявлена люминесценция, а диагноз рака не был подтвержден морфологами. Оказалось, что у всех 9 повторно обследованных больных 4 группы в сроки от 1,5 до 8 месяцев при повторном исследовании диагноз был подтвержден. Аналогично, в сроки от 6 месяцев до года подтвержден диагноз рака желудка у 4 из 29 повторно обследованных больных с явлениями дисплазии в хронических язвах желудка. У 2 из 19 повторно обследованных больных первоначальным диагнозом «хроническая язва желудка с кишечной

метаплазией» также выявлен был рак.

Следовательно, из 57 больных, обследованных повторно, рак выявлен у 15 человек (26,3%). Только у двух из 318 больных без наблюдаемой люминесценции морфологами при исследовании резецированного желудка была выявлена малигнизация язв.

Таким образом, при использовании люминесцентной эндоскопии диагноз рака не был поставлен у 0,63% больных, а гипердиагностика, если считать факт люминесценции обоснованием диагноза, — у 23 человек (14%). Но так как у этих 23 больных имелись признаки дисплазии в язве и окружающей ее слизистой оболочке, вряд ли наличие люминесценции можно в данном случае считать гипердиагностикой.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют, что применение люминесценции в эндоскопии позволяет проводить биопсию прицельно, повысить возможность ранней диагностики малигнизации хронических язв до 89,7%. Точность диагностики дисплазии при использовании данного метода увеличилась до 92,3%, кишечной метаплазии до 57%.

При наличии люминесценции и отсутствии морфологического подтверждения рака у больных с хронической язвой желудка необходимо повторное обследование в ближайшие 1—2 месяца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтуни А.И., Семин А.В. Диагностика ранних форм рака желудка // Респ. конф. онкологов (Молдавия): Тез. докл. — Кишинев, — 1983. — С. 38. 2. Барышева А.А., Франк Г.А., Белоус Т.В., и др. О возможности малигнизации хронических язв желудка // Клинич. медицина. — 1987. — № 2. — С. 86—92. 3. Берестова А.В. Сравнительная морфологическая характеристика дисплазий и раннего рака желудка: Дисс. канд. мед. наук. — М., — 1987. — 150 с. 4. Барский И.Я., Папаян Г.В., Щедрунов В.В., Глухин Ю.А. Люминесцентная эндоскопия // Люминесцентный анализ в медикобиологических исследованиях. Сборник науч. статей. — Рига, — 1983. — С. 182—189. 5. Дейнеко С.В. Клинико-морфологические особенности рака желудка, возникающего из хронической язвы // Врачебное дело. — 1986. — С. 67—70. 6. Дубинскене Л.А. Эндоскопическая диагностика // Акт. вопросы клинич. и теоретической онкологии: Материалы 7-й конф. онколог. Лит. ССР, Паланга, 28—30 марта 1990. — Вильнюс, 1990. — № 2. 7. Наридин И.З. Диагностика рака на почве язвы желудка методом вторичной люминесценции // Клинич. хирургия. — 1965. — № 3. — С. 30—33. 8. Пайкова Л.В. Рак желудка на почве хронической язвы // Арх.

- патологии. — 1982. — № 9. — С. 13—18. 9. Палсачев В.И., Потемкин Е.В., Дзбановский Н.Н. и др. Эндоскопическая флюоресцентная диагностика рака желудка // Вопр. онкологии. — 1990. — № 6. — С. 736—738. 10. Палсачев В.И., Рубин Л.Б., Дзбановский Н.Н. Алексеева С.П. Применение флюоресцентного метода в дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных язв желудка // Вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — 1988. — Красноярск. — С. 3. 11. Палсачев В.И., Рубин Л.Б., Дзбановский Н.Н., Алексеева С.П. Лазерная флюоресцентная дифференциальная диагностика раннего рака желудка // Лазерная биология и лазерная медицина: практика. Тарту, — 1991. — С. 7. 12. Палсачев В.И., Рубин Л.Б., Дзбановский Н.Н. Алексеева С.П. Флюоресцентный метод в дифференциальной диагностике доброкачественных и малигнизированных язв желудка // Лазерная биология, лазерная медицина: практика. Тарту, — 1991. — С. 12. 13. Палсачев В.И., Есаян Г.М., Лазарев В.В., Алексеева С.П. Использование флюоресцентного анализа в ранней диагностике рака желудка // «Здоровья» Клиническая хирургия. — 1992. — № 5. — С. 4. 14. Сорокин И.С. Возможности люминесцентной эзофагогастродуоденоскопии в ранней диагностике рака желудка // Ш Всесоюз. съезд гастроэнтерологов. — М. — Л. — 1984. — Т. 2. — С. 464—466. 15. Чиссов В.И., Вешинимодзе А.А., Кириллов В.С., Карселадзе А.И. Значение дисплазии в возникновении рецидивов рака желудка // Сов. медицина. — 1987. — № 12. — С. 119—124. 16. Швецкий А.Г., Палсачев В.И., Рубин Л.Б., Алексеева С.П. Флюоресцентная дифференциальная диагностика изъязвлений желудка по материалам Красноярской краевой клинической больницы № 1. // Лазерная биология и лазерная медицина. — Тарту, — 1992. — С. 2. 17. Ярема И.В., Палсачев В.И., Алексеева С.П. Ранняя диагностика рака желудка флюоресцентным методом // Врач. — М., — 1993. — № 12. — С. 3. 19. Hameetmaan W., Tytgat L.N.S., Houthoff N.J., Van Den Tweel J.L. Barrett's esofagus: development of dysplasia and adenocarcinoma // Gastroenterology. — 1989. — V. 96, № 5. — P. 1249—1256. 20. Iishi N., Tatsuda M., Okuda S. Endoscopic diagnosis of minute gastric cancer of less than 5 mm in diameter // Cancer. — 1985. — V. 56, № 3. — P. 655—659. 21. Ming S.C. Displasia of gastric epithelium // Front. Gastrointest. Res. — 1979. — V. 4. — P. 164. 22. Ming S.C., Bajatai A., Corraeap., et al. Gastric dysplasia // Significance and photogic criteria cancer. — 1984. — V. 54, № 9. — P. 1794—1801. 23. Ooto K Role of gastric ulcer in the causation of gastric cancer in Japan a histopathological study of 3000 gastrectomy materials // Acta. Un. Int. Cancer. — 1963. — V. 19. — P. 1208.

SUMMARY

Luminescence endoscopy in 648 patients proved the accumulation of fluorecein cells of stomach mucous which was changed by the disturbance of metabolism. Its use for aiming biopsy increased accuracy in diagnosis of cancer of the stomach which was in the process of developing under the existance of chronic ulcer, up to 89,7%. And it increased accuracy in diagnosis of mucous dysplasia which is a pre-malignant state of the stomach, up to 92,3%.

© АПАРЦИН К.А., ПАНАСЮК А.И., ГРИГОРЬЕВ Е.Г., 1995

УДК 616.411—089.843

ОСЛОЖНЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ТКАНИ СЕЛЕЗЕНКИ

Апарцин К.А., Панасюк А.И., Григорьев Е.Г.

(Кафедра госпитальной хирургии ИГМИ, НИИ хирургии ВСНЦ
СО РАМН — заведующий и директор проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Авторы анализируют литературные сообщения о структуре и причинах осложнений аутооттрансплантации ткани селезенки (АТС) после вынужденной спленэктомии. Обсуждаются осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Выделены две основные

группы осложнений АТС: воспалительные (связанные с лизисом перенесенной ткани селезенки) и регенераторные — обусловленные восстановлением спленоидных структур в интраперитонеальной позиции.

АТС выполняет при отсутствии инфицирования брюш-