

нированного лечения выполнено оперативное вмешательство в объеме ларингэктомии. Оценка функции внешнего дыхания (ФВД) проводилась с использованием спирографа «Microspigo» (Япония). Обследование пациентов выполнялось в сроки до хирургического лечения, в начале этапа голосовой реабилитации и после восстановления голосовой функции.

**Результаты.** При анализе полученных результатов выявлено, что у всех пациентов до операции отмечается снижение параметров функции внешнего дыхания: ЖЕЛ составила  $70,2 \pm 2,1$ , ОФвыд –  $71,6 \pm 2,0$ , ЧДД –  $17 \pm 2,4$ , МВЛ –  $86,2 \pm 2,9$ , ПОС –  $69,5 \pm 3,1$ , наблюдалась вентиляционная недостаточность ВН 0–I степени ( $p \leq 0,05$ ). Это связано с тем, что все пациенты в анамнезе длительное время курили и имеют ряд сопутствующих легочных заболеваний: хронический бронхит курильщика, пневмофиброз, эмфизему легких, а также той или иной степени выраженности стеноз гортани, вследствие опухолевого процесса. В послеоперационном периоде отмечено ухудшение параметров функции внешнего дыхания по сравнению с дооперационными показателями: ЖЕЛ –  $50,4 \pm 1,9$ , ОФвыд –  $40,8 \pm 1,6$ , ЧДД –  $26 \pm 2,3$ ,

МВЛ –  $139,5 \pm 2,1$ , ПОС –  $37,2 \pm 1,8$ , ВН II степени диагностирована у  $44 \pm 9,9\%$ , ВН III степени – у  $56 \pm 7\%$  ( $p \leq 0,05$ ). Это можно объяснить тем, что в результате полного удаления гортани трахея разобщена с глоткой, верхние дыхательные пути укорачиваются, выключается ротовое и носовое дыхание, нарушается механизм кашлевого рефлекса.

После восстановления голосовой функции выявлены улучшения параметров ФВД: ЖЕЛ –  $52,5 \pm 2,0$ , ОФвыд –  $43,1 \pm 1,9$ , ЧДД –  $23 \pm 2,0$ , МВЛ –  $130,4 \pm 2,8$ , ПОС –  $40,8 \pm 1,9$ . Хотя наблюдаются достаточно выраженные рестриктивные и obstructивные нарушения, отмечено увеличение ВН II степени –  $60 \pm 9,8\%$  и уменьшение ВН III степени –  $40 \pm 9,8\%$  ( $p \leq 0,05$ ).

**Выводы.** Восстановление голосовой функции больных после ларингэктомии по методике с применением биологической обратной связи позволяет адаптировать пациентов к новому типу дыхания через трахеостому. Спирографическое исследование дает возможность провести объективную оценку дыхательной функции ларингэктомированных больных на этапах голосовой реабилитации.

## МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ОСТАВШЕЙСЯ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА И ЗОНЫ АНАСТОМОЗА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА

Н.Г. КРИЦКАЯ, М.В. ВУСИК, Т.Я. КУЧЕРОВА, В.А.ЕВТУШЕНКО

*НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск*

**Цель исследования** – выявить изменения состояния слизистой оболочки оставшейся части желудка и зоны анастомоза в отдаленном послеоперационном периоде у больных после субтотальных дистальных резекций желудка (СДРЖ) по поводу рака.

**Материал и методы.** В отдаленные сроки после СДРЖ обследованы 70 пациентов с явлениями рефлюкс-гастрита, эзофагита, анастомозита, выявленными при эндоскопическом исследовании. Комплексная оценка выражен-

ности и распространенности воспалительных изменений и морфофункционального состояния слизистых оболочек желудка выполнялась с использованием морфогистохимических методик: обзорной окраски гематоксилин-эозином; окраски элементов стромы по Ван-Гизону; выявления нейтральных мукополисахаридов по методу Самсонова (ШИК-реакция в сочетании с тулуидиновым синим); выявления кислых гликозамингликанов методом Хэйла. Обследованным больным в основном была

проведена СДРЖ с наложением анастомоза по Бильрот-II.

**Результаты.** При проведении эндоскопического исследования отмечались явления воспалительного характера – отек, очаговая либо тотальная гиперемия, рыхлость слизистой, наличие в просвете пищевода и культи желудка слизи, жидкости, желчи. Катаральный анастомозит встречался у 63 (90%) больных, катаральный гастрит диагностирован у 41 (58,6%) пациента. Катаральный эзофагит имел место у 7 (10%) пациентов, локализовался в абдоминальном отделе пищевода и во всех случаях сопровождался функциональной недостаточностью розетки кардии. Во время осмотра функциональная недостаточность желудочно-кишечного анастомоза зафиксирована в 24 (34,3%) случаях, что приводило в 22 (31,4%) случаях к рефлюксу содержимого тощей кишки в культи желудка. Морфологический анализ биоптатов, полученных во время гастроскопии, выявил прямую зависимость тяжести структурных изменений слизистой от длительности послеоперационного периода. Во все сроки исследования в слизистой культи желудка и зоны анастомоза сохранялась хроническая воспалительная инфильтрация различной степени выраженности, в зоне анастомоза воспалительный процесс был всегда активнее.

К 6 годам у большинства больных преобладали изменения, характерные для кишечной метаплазии - в покровном, ямочном и железистом эпителии появлялись бокаловидные клетки и каемчатые энтероциты. В слизистой культи желудка на фоне хронического гастрита с перестройкой желез по пилорическому типу с течением времени прогрессировали атрофические процессы в сочетании с кистозным расширением желез, гиперплазией желудочных валиков, нарушением секреции слизи и нарастающим склерозом стромы. С увеличением длительности срока после операции в покровно-ямочном эпителии процессы пролиферации значительно преобладали над процессами дифференцировки, особенно выражено в зоне анастомоза. В эпителии некоторых желудочных ямок в небольшом количестве выявлялись кислые гликозамингликаны (КГАГ). В зоне анастомоза нередки процессы дисплазии эпителиа I-II степени.

**Выводы.** У обследованных больных в различные сроки отдаленного послеоперационного периода выявлены нарушения морфофункционального характера со стороны оставшейся части желудка, свидетельствующие о наличии хронического воспаления и прогрессирующих явлениях атрофии.

## К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

П.А. КРУЗЕ, Н.Е.ЛЕВЧЕНКО, Г.А. НЕРОДО

ФГУ «РНИОИ Росмедтехнологий» г. Ростов-на-Дону

**Цель исследования** – улучшить качество жизни больных раком шейки матки IA2–IV стадии, используя модифицированную оперативную методику.

**Материал и методы.** Было исследовано 74 женщины репродуктивного возраста с IA2–IV стадиями рака шейки матки, 44 из них в качестве хирургического этапа лечения выполнялась чрезвлагалищная экстирпация шейки матки с экстраперитонеальным удалением забрюшинных лимфатических узлов таза. Контрольную группу составили 30 пациенток, которым была произведена гистерэктомия с трубами, верхней

1/3 влагалища и тазовой лимфаденэктомией. Больные обеих групп находились в возрастном промежутке от 20 до 40 лет. В большинстве случаев преобладал плоскоклеточный рак с ороговением или с тенденцией к нему.

**Результаты.** Принцип методики заключался в том, что со стороны влагалища высоко выделялась и скальпелем экстирпировалась шейка матки с последующим формированием культи матки. Операция заканчивалась экстраперитонеальным удалением лимфатических узлов таза. Далее, с целью профилактики лимфокистообразования, помимо дренирования забрюшинных