

Лимфатических кист в послеоперационном периоде не было ни у одной пациентки.

Выводы

1. Подобное послеоперационное ведение больных считаем патогенетически обоснованным.

2. Внедренная методика ведения больных после операции Бохмана позволила исключить развитие лимфатических кист забрюшинного пространства.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ

А.И. Пашов

Красноярская государственная медицинская академия

Цель исследования – оценить гормональный профиль больных раком эндометрия (РЭ) в зависимости от патогенетического варианта.

Материал и методы. Обследовано 86 больных РЭ. 1-я группа – 63 пациентки с высоко- или умереннодифференцированной аденокарциномой, средний возраст – $61,24 \pm 1,92$ года. Во 2-ю группу включены 23 женщины с низкодифференцированными опухолями ($63,28 \pm 2,84$ года). Контрольную группу составили 47 человек (средний возраст – $59,89 \pm 1,96$ года). Исследования проводили радиоиммунологическим и иммуноферментным методами с использованием стандартных наборов реактивов. Изучали содержание ЛГ, ФСГ, пролактина, СТГ, АКТГ, кортизола, эстрадиола (Е2) прогестерона, тестостерона, полового стероидсвязывающего глобулина (ПССГ), инсулина и С-пептида.

Результаты. Секреция эстрадиола у больных 1-й группы превышала контрольные значения в 2,3 раза ($p < 0,001$), тогда как у 2-й – лишь в 1,5 раза ($p < 0,001$). Противоположная тенденция наблюдалась в отношении уровня прогестерона, который, напротив, был снижен в 1-й группе – в 2,3 раза, во 2-й – всего в 1,5 раза ($p < 0,001$). Отмечался также рост концентрации ЛГ в периферической крови больных обеих групп по сравнению с контрольным показателем ($p < 0,001$), причем в большей степени у женщин с низкодифференцированной аденокарциномой ($p < 0,001$). Секреция же ФСГ, напротив, снижалась, особенно у пациенток 1-й группы – в 3,3 раза ($p < 0,001$), во 2-й – всего в 1,9 раза ($p < 0,001$). Несмотря на достоверные различия между группами в концентрации указанных гормонов ($p < 0,001$), их соотношение – ЛГ/ФСГ, значительно превышая параметр здоровых (соответственно, в 4,7 и 5,4 раза; $p < 0,001$), межгруппового отличия

не имело. Уровень СТГ у больных РЭ высокой и умеренной дифференцировки (1-я группа) был существенно ниже контрольного ($p < 0,001$), тогда как во 2-й группе его содержание практически не отличалось от показателя здоровых (между группами – $p < 0,001$). Содержание в периферической крови АКТГ и кортизола было повышенным в обеих группах больных ($p < 0,001$), однако у пациенток с низкодифференцированной аденокарциномой их концентрация достоверно превышала таковую в первой группе (АКТГ – $p < 0,01$; кортизол – $p < 0,05$). Уровень пролактина, напротив, был выше при высоко- и умереннодифференцированных опухолях и по сравнению с контролем ($p < 0,001$), и по отношению к показателю пациенток 2-й группы ($p < 0,01$). У пациенток 1-й группы отмечалось и увеличение секреции тестостерона ($p < 0,001$ – и с контролем, и со 2-й группой). Концентрация же ПССГ при этом оставалась на уровне здоровых лиц. При втором варианте (2-я группа) – содержание ПССГ достоверно превышало и параметр контроля ($p < 0,01$), и соответствующий показатель 1-й группы ($p < 0,001$). Гиперинсулинемия наблюдалась в обеих группах обследованных женщин ($p < 0,001$), однако при низкодифференцированной аденокарциноме концентрация гормона была выше ($p < 0,001$).

Выводы. Полученные при исследовании данные свидетельствовали о выраженной зависимости формирования высоко- и умереннодифференцированных опухолей от изменения концентрации половых гормонов. При низкодифференцированных опухолях наблюдалось сохранение «контрольного» уровня СТГ в сочетании с гиперинсулинемией в условиях снижения чувствительности рецепторов к действию эстрогенов и прогестерона, несмотря на гиперсекрецию соответствующих контргормонов АКТГ и кортизола.