

контактные кровотечения – у 19 (13,5%) больных, сочетанные жалобы определены у 8 (5,7%) женщин. Распределение больных по гистологическому типу опухоли показало значительное преобладание плоскоклеточных изменений – 132 (93,6%) наблюдения – над аденогенными – 9 (6,4%). Из общего числа обследованных пациенток в 63 (44,7%) случаях выявлена локализация патологического процесса в области эктоцервикса, у 35 (24,8%) патологический очаг располагался в эндоцервиксе и у 43 (30,5%) выявлена смешанная локализация опухоли. Пангистерэктомия, либо, при переходе процесса на влагалищные своды, операция Фора была выполнена 118 (83,7%) больным, широкая конизация шейки матки с одномоментным выскабливанием цервикального канала осуществлена 17 (12,1%) пациенткам, операция Вертгейма была произведена 6 (4,2%) женщинам. В течение 5-летнего срока прослеживания рецидив

заболевания был выявлен в 6 (4,3%) наблюдениях: у 5 (4,2%) – после пангистерэктомии и у 1 (5,9%) – после конизации шейки матки. Таким образом, 5-летняя безрецидивная выживаемость составила: 95,7% – для всех методов, 95,8% – для пангистерэктомии, 94,1% – для конизации шейки матки.

Выводы. Несмотря на численную неоднородность сравниваемых групп, полученные результаты демонстрируют сходные показатели 5-летней безрецидивной выживаемости, что является основанием для продолжения исследований. Однако, принимая во внимание частоту выявления сопутствующей экстрагенитальной патологии в постменопаузе, уже сейчас представляется возможным рекомендовать применение широкой конизации шейки матки с одномоментным выскабливанием цервикального канала – как наиболее щадящий метод лечения *Ca in situ* у данной категории больных.

ГОРМОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ПРОГНОЗЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Д.А. ХАРАГЕЗОВ, М.Л. МАЛЕЙКО

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Эндокринной системе принадлежит важная роль в возникновении и росте злокачественных опухолей и в формировании противоопухолевой резистентности. Роль гормонов в развитии рака желудочно-кишечного тракта, а также значения эндокринных нарушений при этих новообразованиях изучены недостаточно, объясняются по-разному, а нередко вообще отрицаются.

Целью исследования явилось изучение состояния глюкокортикоидной функции коры надпочечников у больных раком желудка после оперативного лечения.

Материал и методы. В моче 97 больных раком желудка III стадии определяли экскрецию суммарных и свободных 17-оксикортикостероидов (17-ОКС), кортизола (F), кортизона (E) и их тетрагидроформ (ТНF, ТНЕ).

Результаты. У большинства больных общее количество экскретируемых 17-ОКС соответ-

ствовало норме, а свободные формы 17-ОКС превышали норму в 2 раза ($p < 0,001$), что говорит о нарушении их инактивации в почках и печени. Анализ содержания отдельных глюкокортикоидов и их метаболитов показал, что, несмотря на нормальный уровень общих 17-ОКС, отмечалась повышенная концентрация кортизола и сниженное количество кортизона и тетрагидрокортизона в суточной моче больных. Уровень тетрагидрокортизола оставался без изменений по сравнению с нормой. Исследование глюкокортикоидной активности коры надпочечников после хирургического метода лечения проводили в динамике с учетом эффективности лечения. Было установлено, что у больных, проживших менее 3 лет, нормальный уровень в моче кортизола поддерживался за счет замедления его трансформации в кортизон, причем на всем протяжении наблюдения. Если на первом этапе исследования (3-6 мес) содержание E в моче имело

тенденцию к снижению, то на втором и третьем этапах отмечалось статистически достоверное снижение данного гормона соответственно в 1,6 и 1,7 раза ($p < 0,001$) по отношению к здоровым. Наблюдалось также снижение экскретируемых с мочой тетрагидроформ глюкокортикоидов ТНЕ и ТНФ, наиболее выраженное на втором этапе исследования. Исследование экскреции глюкокортикоидных гормонов у больных раком желудка после радикальной операции с продолжительностью жизни менее 3 лет показало, что у пациентов с позитивным результатом лечения отмечался нормальный уровень в суточной моче как кортизола, так и кортизона. Исключением явился 1-й этап исследования, где содержание кортизона через 3-6 мес после лечения было снижено в 1,3 раза. Восстановленные формы глюкокортикоидов ТНФ и ТНЕ на протяжении всего периода наблюдения (3-36 мес) соответствовал уровню здоровых лиц. Исследования экскреции глюкокортикоидных гормонов у больных раком желудка в отдаленные сроки после радикальной операции с продолжительностью жизни более трех лет показали, что положительный результат лечения сопровождался нормализацией метаболизма глюкокортикоидов на периферии. В случае неэффективного лечения поддержание физиологического уровня корти-

зола происходило за счет адаптивных реакций, направленных на восстановление нарушенного гомеостаза. Динамика изменения коэффициента F/E, определяющего естественную трансформацию активного глюкокортикоида в депо-форму, на этапах исследования обеих групп носила фазный характер, у всех больных через 3-6 мес после хирургического лечения коэффициент снизился до нормальной величины. На 2-м и 3-м этапах исследования у больных с неэффективным лечением соотношение F/E увеличилось соответственно в 1,4-1,5 раза по сравнению со здоровыми ($p < 0,01$). Необходимо подчеркнуть, что повышение данного коэффициента отмечалось у 75% пациентов до появления признаков прогрессирования заболевания и при возникновении рецидива и метастазов отношение F/E оставалось стабильно высоким. У больных с эффективным лечением на указанных этапах наблюдения соотношение глюкокортикоидов колебалось в пределах нормы.

Выводы. Определение величины соотношения кортизола к кортизону в суточной моче больных раком желудка после хирургического лечения можно использовать в качестве прогностического критерия эффективности лечения.

ДЕЙСТВИЕ ГРАНУЛОЦИТАРНОГО КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА НА ПОДАВЛЕННЫЙ ЦИТОСТАТИКОМ ГРАНУЛОЦИТОПОЭЗ В УСЛОВИЯХ ИСТОЩЕНИЯ ДЕПО КАТЕХОЛАМИНОВ

Е.С. ХМЕЛЕВСКАЯ, Н.Н. ЕРМАКОВА, Т.В. АНДРЕЕВА

НИИ фармакологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В клинической практике препараты гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) используют для профилактики и лечения различных видов нейтропений (предупреждения, связанного с ними снижения устойчивости к инфекционным осложнениям), восстановления гемопоэза у онкологических больных, подвергающихся цитостатической химиотерапии. Между тем применение Г-КСФ ограничено вследствие наличия

у него достаточно большого спектра побочных эффектов. Известна высокая чувствительность подавленного цитостатиками гемопоэза к нейрофармакологическим средствам (симпатолитик, адреноблокаторы, нейролептик, антисеротониновый препарат). Причем их действие на кроветворные клетки во многом опосредовано модуляцией (восстановлением) активности гемопоэзиндуцирующего микроокружения (ГИМ). Логично предположить, что при этом