

Мы определили коэффициент соотношения эстрадиола и прогестерона в ткани опухолей желудка. Оказалось, что в ткани условно-интактной слизистой мужчин коэффициент составил  $15,0 \pm 0,8$ , а в ткани женщин  $13,6 \pm 0,7$ . В ткани аденокарциномы желудка женщин данный показатель изменился незначительно, тогда как у мужчин он был снижен по сравнению с контролем в 2,3 раза.

В ткани опухоли при сочетании аденокарциномы с перстневидноклеточным раком соотношение показателей изменилось больше у женщин: в 3,3 раза против 2,8 раза у мужчин относительно контрольных показателей. Уровень же коэффициента соотношения эстрадиола и прогестерона в опухоли при перстневидноклеточном раке у женщин увеличился на 57%, а в ткани опухоли мужчин коэффициент достоверно не изменился относительно контроля.

По содержанию тестостерона в тканях опухолей различных морфологических типов были выявлены половые различия. Уровень этого стероида был повышен в ткани аденокарциномы желудка у мужчин и женщин соответственно в 6,7 и 10,2 раза относительно контрольных показателей, а в ткани опухоли при сочетании аденокарциномы с перстневидноклеточным раком в среднем в 8,5 раз. Активность тестостерона в группе больных женщин с перстневидноклеточным раком увеличилась в 5,5 раз. У мужчин уровень тестостерона возрос в десятки раз и превышал показатель в контроле более чем в 40 раз. Это отразилось и на коэффициенте соотношения тестостерона и прогестерона. При перстневидноклеточном раке у мужчин отмечалось увеличение коэффициента в 13 раз. Коэффициент тестостерон/прогестерон у женщин увеличивался в группах больных с аденокарциномой и перстневидноклеточным раком в 3 и 6 раз соответственно.

Проведенное нами исследование содержания пролактина у больных раком желудка, не выявило активного участия гормона в развитии данного злокачественного процесса. Однако наблюдалось снижение активности гормона у мужчин больных перстневидноклеточным раком желудка на 24,6 % по сравнению с контрольными показателями.

**Выводы.**

Из представленных данных видно, что в целом при развитии злокачественного процесса в желудке активность стероидов повышается и в значительной мере состояние местного гормонального гомеостаза зависит от взаимоотношений половых гормонов.

Перстневидноклеточный рак имеет по сравнению с другими гистологическими типами рака желудка свои метаболические особенности. Ткань

перстневидноклеточного рака характеризовалась выраженной локальной гиперэстрогенией на фоне неизменной активности прогестерона у женщин и локальной гиперандрогенией на фоне повышенного уровня прогестерона у мужчин. Мы предполагаем, что выявленные закономерности являются патогенетическим моментом развития этой морфологической формы рака желудка.

Обнаруженные изменения метаболизма стероидов на уровне опухолевой ткани свидетельствует об их несомненном участии в развитии злокачественной неоплазмы желудка.

---

### **ОПЫТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР В АМБУЛАТОРНОЙ ОНКОГИНЕКОЛОГИИ**

*А.И. Кokoшко, Л.К. Дигай,  
А.А. Шмидт, А.Е. Коновалов*

РДЦ, г. Астана, Казахстан  
Городской ОД, г. Астана, Казахстан

---

Анестезиологическое обеспечение в амбулаторной практике – это специфическое направление в медицине, позволяющее расширить оказание лечебной помощи и проведение болезненных диагностических манипуляций в амбулаторных условиях, что способствует снижению негативного влияния «госпитализации» на психоэмоциональное состояние пациента, а также снижающее экономические затраты. Разработаны безопасные и эффективные методики общей анестезии, позволяющие выполнить хирургические или диагностические вмешательства различной длительности и сложности, и в то же время быстрой постнаркозной реадaptации больных. Однако сложность применения общей анестезии в амбулаторных условиях заключается в том, что ни один из широко распространённых ингаляционных и внутривенных анестетиков не отвечает в полной мере требованиям, предъявляемым к анестезии в амбулаторных условиях при наличии индивидуальных особенностей больных. При этом к анестезиологу предъявляются максимально высокие требования к безопасности пациента, а также повышенные требования пациентов к комфортным условиям в пред- и послеоперационный периоды.

Цель работы: оптимизировать режимы предоперационного обследования и оценки состояния больных в амбулаторной практике. Внедрить в практику наиболее эффективные и безопасные методики анестезиологического обеспечения больных при онкогинекологических вмешательствах в условиях диагностического центра.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Республиканского диагностического центра РК и поликлиники Городского онкологического диспансера г. Астана в период с 2009 по 2011 гг. Проведено исследование 84 анестезиологических пособий при малых гинекологических вмешательствах и диагностических исследованиях. Средний возраст пациенток составил  $47,8 \pm 4,6$  лет, из них 16 пациенток относились ко II классу физического состояния по классификации ASA, 60 - III класс, у 8 пациенток выставлен IV класс. Во всех случаях вопрос об анестезиологическом обеспечении решался индивидуально в зависимости от вида сопутствующей патологии и степени ее компенсации, а также от соотношения оперативного риска и пользы исследования. Исследуемые пациентки были разделены на две группы: первая группа – 36 человек, вторая – 48.

В первой группе в качестве анестезиологического пособия применялась многокомпонентная тотальная внутривенная анестезия (МТВА) с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВП) в качестве анальгетика и пропофола в качестве гипнотика. Осмотр пациента анестезиологом осуществлялся за несколько дней до операции. Пациент заполнял анкету и давал письменное согласие на выполнение запланированного вида анестезиологического пособия. В приложении к этому документу содержалась информация об анестезии. Мы считаем полезным как можно более подробно знакомить пациента с предстоящей процедурой, что облегчает общение и снимает большинство вопросов. Перечень лабораторных исследований, необходимых для амбулаторной операции, включал развернутый клинический анализ крови, анализ крови на глюкозу, определение времени свертываемости крови и времени кровотечения, анализы на сифилис, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, а также ЭКГ. В большинстве случаев этих данных было вполне достаточно, но иногда возникали показания к проведению дополнительных исследований.

Во второй группе пациентов в качестве анестезиологического обеспечения применялась сочетанная анестезия с использованием местной анестезии шейки матки наропином в качестве анальгетика и кетамина в субминимальных дозах ( $0,2-0,3$  мг/кг) в качестве гипнотика. С целью нивелирования фазы возбуждения как побочного эффекта кетамина использовался унитиол в дозе 5 мл. 5% раствора. Сбор анамнеза и другой необходимой информации делался по телефону. Обычно в этом участвовала медсестра, заполняющая обширную анкету по ходу телефонного разговора. На основании тщательно собранного анамнеза анестезиолог решал вопрос о получении более подробной информации от лечащего врача, консультациях специалистов, проведении дополни-

тельных методов исследования, анализов крови. В день операции пациентка прибывала в центр и, после прохождения процедуры регистрации, встречалась с анестезиологом. В ходе беседы с пациенткой анестезиолог уточнял детали анамнеза, проводил осмотр с особым вниманием состоянию воздухоносных путей, обсуждал план анестезиологического пособия с подробным изложением возможных побочных эффектов, риска осложнений, а также альтернативных вариантов обезболивания. В обеих группах накануне вечером разрешался непоздний и необильный ужин, при волнении на ночь назначался феназепам. Нестандартный подход использовался лишь в отношении утреннего приема жидкости. При категорическом запрете на прием пищи пациенту рекомендовалось утром выпить немного (3–4 глотка) воды. Во-первых, это снижало дискомфорт, во-вторых, согласно ряду исследований, небольшое количество выпитой утром жидкости способствует эвакуации накопившегося за ночь желудочного сока и снижает риск регургитации. Также пациентке напоминалось о запрете на вождение автомобиля в день операции. В обеих группах пациенток во время наркоза на операционном столе осуществлялось ЭКГ-мониторирование (стандартные ASA отведения II, V5), пульс оксиметрия, измерение АД манжеткой в автоматическом режиме минимум каждые 5 минут, мониторинг температуры тела пациентки.

Для определения клинико-экономической эффективности анестезиологического обеспечения был проведен ABC/VEN анализ. Процедуры подготовки к наркозу и непосредственно наркоз по стоимости были распределены на три группы: А (методы высокой стоимости или наиболее затратные, стоимость которых составляет 80% от всех финансовых затрат), В (методы, занимающие промежуточное положение между группами А и С, стоимость которых составляет 15%) и С (методы невысокой стоимости или наименее затратные, стоимость которых не превышает 5%). В зависимости от необходимости методы классифицировались на категории V (vital), E (essential) и N (non-essential). Для определения клинико-экономической эффективности методов определяли коэффициент затратной эффективности (Keff) его рассчитывали как отношение стоимости к эффективности по формуле:  $Keff = Cost/Eff$  где Cost - суммарные затраты на услугу, Eff - эффективность.

Результаты обсуждения.

Средняя длительность наркоза в первой группе составила  $37 \pm 9$  минут, во второй -  $42 \pm 7$  минут. Гемодинамические и вентиляционные показатели в обеих группах находились в пределах индивидуальных норм и достоверно не отличались от дооперационных и между группами, что свидетельствовало об адекватности анестезии в обеих группах. Выписка из диагностического

центра осуществлялась при восстановлении у пациентки ясного сознания, а также возможности пить и мочиться, при удовлетворительном самочувствии, отсутствии сонливости, головокружения, тошноты, выраженной боли. Выписка амбулаторных пациенток 1 группы производилась через  $75 \pm 6$  минут после вмешательства, второй группы –  $73 \pm 9$  минут. Случаев замедленного пробуждения либо возникновении непредвиденных проблем (длительная тошнота и рвота, сильная слабость и т.п.) в исследуемых группах пациенток не наблюдалось. Таким образом, достоверных различий в качестве анестезиологического обеспечения в обеих группах не было. При этом стоимость анестезиологического обеспечения в 1 группе в сумме составила 14234 тг., во 2-й – 10787 тг. Таким образом клинико-экономический анализ по методу «затраты/эффективность» с подсчетом коэффициента затратной эффективности свидетельствует о преимуществе методики анестезиологического обеспечения применимой во второй группе ( $K_{eff1}=1,42$ ;  $K_{eff2}=1,07$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Предложенная методика подготовки к наркозу и непосредственно анестезиологическое обеспечение отвечает современным требованиям, предъявляемым к амбулаторной анестезии. Сочетание местного обезболивания и внутривенной анестезии, которая базируется на использовании кетамина и унитиола, позволяет провести надежное, управляемое и комфортное для пациента анестезиологическое пособие и свести к минимуму послеоперационные проблемы и осложнения. Для предложенной методики характерно быстрая спокойная индукция, гладкое течение, быстрое пробуждение, отсутствие осложнений, все это наряду с более низким по отношению к другим методикам коэффициентом «затраты/эффективность» позволяет рекомендовать методику к широкому практическому применению.

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ**

*М.Т. Малхазова, Н.Н. Яскевич*

Тюменский ООД

Цель работ: изучение особенностей клинико-анамнестической характеристики у женщин, страдающих миомой тела матки.

Обследовано 76 больных миомой тела матки. Наблюдения и исследования проводили в отделениях гинекологии родильного дома №3 г. Тюмени и Тюменского областного онкологического диспансера. При поступлении в стационар проводили анализ анамнестических данных, осмотр,

оценку общего состояния и объективное исследование органов и систем, осмотр шейки матки в зеркалах, влагалищное исследование на гинекологическом кресле; осуществляли ультразвуковое исследование органов малого таза, консультация терапевта.

Возраст женщин, колебался от 31 до 56 лет, средний возраст составил  $45,5 \pm 0,6$  лет. Большинство из них служащие или рабочие (85,5%), жители города (93,4%), домохозяйки составили 14,5%. Все женщины имели в анамнезе роды. Акушерский анамнез у них чаще всего был отягощен медицинским абортom, реже встречались указания на эктопическую беременность (2,6%) и самопроизвольный выкидыш (1,3%). Длительность основного заболевания составила  $6,8 \pm 0,4$  лет. Размеры матки составили  $10,2 \pm 0,3$  недель, средний размер узлов –  $5,5 \pm 0,3$  см. Обращает на себя внимание высокая гинекологическая заболеваемость наблюдавшихся женщин. В анамнезе у 51,3% больных миомой матки, выявлена патология шейки матки: эрозия, дисплазия, цервикоз. Около 50% женщин имели в анамнезе хронические воспалительные заболевания женских половых органов. Достаточно часто встречается генитальный эндометриоз (38,1%), кисты и поликистоз яичников (39,0%). Реже встречались гиперплазия и полипоз эндометрия (17,2%), а также бесплодие (1,3%).

При анализе соматического анамнеза, выявлено, что наиболее часто он был отягощен заболеваниями сердечно-сосудистой системы (35,55%) и хронической постгеморрагической анемией различной степени тяжести (40,8). Реже встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и желчевыводящих путей (34,2%), а также дыхательных путей (10,5%), эндокринные заболевания (15,9%) – заболевания щитовидной железы, ожирение, сахарный диабет, варикозную болезнь сосудов нижних конечностей (5,2%). Единичными были указания на другие экстрагенитальные заболевания.

Таким образом, большинство больных миомой матки находятся в пременопаузальном периоде. В анамнезе у них превалирует наличие прерываний беременности и хроническая постгеморрагическая анемия.

### **КОРРЕЛЯЦИОННАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ПЛОИДНОСТИ КЛЕТОЧНОГО ЯДРА И СТЕПЕНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА ПРИ ЛИМФОМАХ**

*К.А. Новосёлова, И.А. Новикова, И.Б. Лысенко, Н.А. Торникова, Т.Ф. Пушкарева*

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Лимфомы – это разновидность злокачественных опухолей, поражающих, прежде всего,