

ние у 10 из них метакронно возникших опухолей толстой кишки, подтвержденных цитологическим и гистологическим исследованием в сроки от 2 до 4 лет.

Выводы:

Итак, определение соотношения активности каталазы в ткани опухоли и перифокальной зоне, раково-эмбрионального антигена в ткани опухоли позволяют прогнозировать вероятность развития метакронных опухолей толстой кишки. Таким образом, данные методы позволяют формировать на доклиническом этапе группы риска по развитию метакронной опухоли, что значительно облегчит обнаружение метакронной опухоли на ранних стадиях ее развития, что позволит улучшить результаты лечения больных первично-множественным раком толстой кишки.

ОСОБЕННОСТИ СТЕРОИДНОГО ГОМЕОСТАЗА ОПУХОЛЕВОЙ ТКАНИ РАЗЛИЧНЫХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА

О.И. Кит, Е.М. Франциянц, Ю.А. Геворкян, Е.Ф. Комарова, М.А. Малейко, М.М. Сальникова

РНИОИ, г. Ростов-на-Дону

Тенденцией последних десятилетий является изменение частоты встречаемости основных морфологических гистологических типов рака желудка, в пользу превалирования диффузных (перстневидноклеточный рак) и смешанных, достигающих по данным некоторых авторов до 88% от всех форм.

Участие гормонов в злокачественном росте гормонозависимых опухолей в настоящее время не оспаривается. Однако, значительные уровни стероидных рецепторов в опухолях, традиционно не считавшиеся гормонозависимыми (рак пищевода, толстой кишки, желудка, поджелудочной железы, остеогенные саркомы) говорят в пользу гормональной чувствительности злокачественных клеток. В опухолях желудка часто выявляют клетки с признаками эндокринной дифференцировки, на основании чего можно полагать важную роль гормонов в патогенезе развития рака желудка.

Цель исследования: изучение участия стероидов в развитии различных гистологических форм рака желудка, делая акцент на перстневидноклеточном его варианте.

Материалы и методы исследования.

В основу работы положен анализ результатов исследования послеоперационного материала, полученного от 48 пациентов в возрасте от 52 до 69 лет, которым было выполнено оперативное вмешательство в радикальном объеме. Все больные имели распространенный процесс.

Перстневидноклеточный рак был диагностирован в 13 (27,1%) случаях, аденокарцинома желудка – в 19 (39,6%): у 7 больных умеренно дифференцированная (G₂) и у 12 больных – низкодифференцированная аденокарцинома (G₃). У 16 (33,3%) пациентов имело место сочетание перстневидноклеточного рака и аденокарциномы различной степени дифференцировки: у 5 больных с умеренно дифференцированной и у 11 больных с аденокарциномой низкой степени дифференцировки.

В образцах ткани опухоли определяли уровень половых гормонов – прогестерона, тестостерона, эстрадиола, и содержание пролактина с помощью наборов для иммуноферментного анализа фирмы Хема. В качестве контроля использовали слизистую желудка, полученную по линии резекции при операциях по поводу острой язвы желудка. Морфологически слизистая не имела признаков воспаления.

Результаты и их обсуждение.

Установлено, что уровень изученных стероидных гормонов в ткани аденокарциномы желудка вне зависимости от гистологического типа был повышен по сравнению с показателями в интактной ткани, однако были выявлены половые различия.

Содержание прогестерона в ткани аденокарциномы желудка у мужчин и женщин было повышено в среднем в 5 раз. В опухолевой ткани при сочетании аденокарциномы с перстневидноклеточным раком активность прогестерона у мужчин достоверно не отличалась от таковой в ткани аденокарциномы и была повышена в 6 раз. При этом у женщин содержание гормона в ткани опухоли при сочетании аденокарциномы с перстневидноклеточным раком было повышено относительно условно-интактной ткани и ткани аденокарциномы соответственно в 9 и 2,2 раза. В ткани перстневидноклеточного рака желудка уровень прогестерона у мужчин был повышен в 3,5 раза по сравнению с условно-интактной слизистой, тогда как у женщин не было выявлено достоверных отличий.

Анализируя активность эстрадиола в ткани различных гистотипов рака желудка, следует отметить повышение его как у мужчин, так и у женщин. Содержание гормона в ткани аденокарциномы увеличивалось в среднем в 2,6 раза, а в ткани при сочетании аденокарциномы с перстневидноклеточным раком – в 2,5 раза относительно контроля.

В ткани условно-интактной слизистой желудка женщин был обнаружен исходно более высокий уровень эстрадиола. Несмотря на это, ткань перстневидноклеточного рака мужчин характеризовалась более значительным (в 3,8 раза) повышением активности этого стероида в сравнении с женщинами, у которых уровень его в опухолевой ткани повышался только в 1,6 раза.

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. Кокошко, А.К. Дигаи,
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.