фия (ОКТ) – новый метод получения прижизненного изображений внутренней микроструктуры биологических тканей в поперечном сечении с высоким уровнем разрешения (15–20 мкм). Метод неинвазивен и безопасен благодаря использованию низкоинтенсивного излучения ближнего ИК-диапазона с мощностью порядка 0,3–1 мВт на объекте.

Цель исследования – демонстрация возможностей ОКТ в визуализации различных состояний эндометрия.

Материал и методы. ОКТ эндометрия произведено в условиях *ex vivo* (операционный материал после гистерэктомии). В работе использован ОКТ прибор, созданный в ИПФ РАН (Нижний Новгород), номер госрегистрации 29/13010104/ 6204–04. Проведено сравнение полученных изображений со стандартными гистологическими препаратами (гематоксилин-эозин).

Результаты. Первые проведенные исследования (65 послеоперационных образцов) позволили установить, что внутренний слой матки является сложной для ОКТ исследования биологической тканью. Тем не менее получены специфические оптические изображения эндометрия в различные фазы менструального цикла и при различных патологических состоя-

ниях. Так, эндометрий в фазу пролиферации имеет отличное от фазы секреции изображение, а атрофия значительно отличается от гиперплазии, при этом атипичная и простая гиперплазия визуализируются по-разному. Однако самое важное клиническое значение имеют данные, полученные при сканировании аденокарциномы эндометрия. Во-первых, рак эндометрия имеет оптическое изображение, сходное с томограммами аденокарциномы других локализаций. Во-вторых, оптическое изображение аденокарциномы эндометрия специфично и значимо отличается от неизменной ткани, атрофии, простой и атипичной гиперплазии. Существующие сложности интерпретации ОКТ изображений могут быть минимизированы за счет методологических и технологических усовершенствований, например использования поляризационного варианта ОКТ.

Выводы. Полученные данные дают веские основания предположить, что внедрение ОКТ в комплексное исследование эндометрия позволит повысить эффективность диагностики патологии эндометрия. Планируется перейти к исследованиям *in vivo* (в сочетании с гистероскопией и УЗИ), а также приступить к изучению возможностей новых модификаций

ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ КИСТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ БОХМАНА

А.В. Панов

Клинический онкологический диспансер Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Цель исследования – профилактика лимфатических кист с помощью методики дренирования забрюшинного пространства малого таза активными воздухоструйными двухпросветными дренажами после операции Бохмана.

Материал и методы. С 2004 по 2006 г. на базе отделения онкогинекологии Клинического онкологического центра Министерства здравоохранения Республики Татарстан находилось на лечении 188 больных раком эндометрия, из которых 42 (22,3 %) была выполнена операция Бохмана. Возраст пациенток от 38 до 73 лет. По стадии заболевания больные распределены следующим образом: $T_{1a}N_0M_1$ (метастаза пупочной области) – 1, $T_{1b}N_0M_0$ – 20, $T_{1c}N_1M_0$ – 3, $T_{1c}N_0M_0$ – 4, $T_{1c}N_1M_0$ – 2, $T_2N_0M_0$ – 6, $T_2N_1M_0$ – 5,

$T_3N_1M_0$ – 1. Гистологическая структура опухолей была представлена следующими вариантами: высокодифференцированная аденокарцинома – 8, умереннодифференцированная аденокарцинома – 22, низкодифференцированная аденокарцинома – 6, светлоклеточная низкодифференцированная аденокарцинома – 2, железисто-плоскоклеточный рак – 3, серозно-папиллярная аденокарцинома – 1.

Результаты. После удаления препарата культи влагалища ушивалась наглухо. Три забрюшинных дренажа устанавливали в obturatorные ямки и к культе влагалища. После узловой перитонизации 4-й дренаж устанавливался в полость малого таза. Дренажи удалялись после прекращения экссудации на сроках 7–10 дней (в среднем 8 дней).

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.