

перед и после проведения комплекса реабилитационных мероприятий. У больных 2-й группы оценка проводилась сразу после завершения, через 3 и 6 мес после проведенного противоопухолевого лечения.

Результаты. Средний уровень депрессии у пациенток 1-й группы сразу после лечения составил $6,6 \pm 0,33$, тревоги – $9,08 \pm 0,45$, перед проведением комплекса реабилитационных мероприятий $6,68 \pm 0,33$ и $9,24 \pm 0,46$, после завершения реабилитации $6,16 \pm 0,31$ и $7,4 \pm 0,37$, соответственно. Средний уровень нейровегетативных расстройств по шкале менопаузальных расстройств после завершения противоопухолевого лечения равнялся $20,72 \pm 1,04$, перед проведением реабилитационных мероприятий – $20,68 \pm 1,03$, после завершения разработанного комплекса реабилитационных

мероприятий – $17,24 \pm 0,86$. У пациенток 2-й группы средний уровень депрессии сразу после лечения составил $6,75 \pm 0,34$, тревоги – $9,35 \pm 0,47$. Через 3 мес эти показатели равнялись $6,85 \pm 0,34$ и $9,3 \pm 0,47$, через 6 мес – $6,7 \pm 0,34$ и $9,25 \pm 0,46$, соответственно. Средний уровень нейровегетативных расстройств по шкале Куппермана у пациенток 1-й группы после лечения равнялся $20,75 \pm 1,04$, через 3 мес – $20,65 \pm 1,03$, через 6 мес – $20,7 \pm 1,04$.

Выводы. Таким образом, разработанный комплекс реабилитационных мероприятий оказывает положительное влияние на уровень тревожно-депрессивных расстройств, способствуя снижению уровня ранних климактерических – нейровегетативных расстройств. Дальнейшее наблюдение позволит получить более точные данные об эффективности данного комплекса.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ И МИОМА МАТКИ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ГОРМОНАЛЬНЫЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

А.Б. Мунтян

ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН», г. Томск

Актуальность. За последнее десятилетие заболеваемость раком эндометрия вышла на первое место среди опухолей женских половых органов (Аршафян Л.А., Новикова Е.Г., 2001). Несмотря на патогенетическую неоднородность гиперпластических процессов и рака эндометрия, доказанную роль эстрогенов не только в их развитии, но и миомы матки, высокий удельный вес сочетанной патологии эндо- и миометрия, практически отсутствуют данные об особенностях клиники, системной и локальной гормонемии, синтеза эстрогенов тканями-мишенями, рецепторного статуса при сочетании гиперпластических процессов эндометрия и миомы матки.

Целью исследования явилось изучение клинических, биохимических и гормональных особенностей у больных с гиперпластическими процессами и раком эндометрия в сочетании с миомой матки.

Материал и методы. В исследование включены результаты исследования 63 больных раком эндометрия, из которых у 50 пациенток рак эндометрия сочетался с миомой матки, 83 пациентки с простой и комплексной гиперплазией эндометрия, у 68 пациенток из них имелась миома матки. Группу контроля составили 54 пациентки без патологических изменений эндометрия, у 41 из которых имелась миома матки.

В сыворотке крови, взятой из локтевой вены и локального маточного кровотока, определяли уровень половых стероидных гормонов (эстрогена, эстрадиола, прогестерона) и глобулина, связывающего половые стероиды (SSBG) с использованием радиоиммунного и радиометрического анализов. Определение уровня ароматазной активности проводили радиометрическим методом.

Результаты. Менометроррагия у больных раком эндометрия с миомой матки встречалась

чаще в пери- и постменопаузальном периодах (в 83,3 % и 86,8 % соответственно), чем в репродуктивном периоде (33,3 %, $p=0,009$). Бессимптомное течение рака эндометрия на фоне миомы матки было чаще в репродуктивном периоде (50 %), а гиперпластических процессов – в постменопаузе (22 %, $p<0,05$). У больных раком эндометрия с миомой матки была выше частота ожирения, артериальной гипертензии и нарушений углеводного обмена, чем без миомы матки. У больных раком эндометрия миома матки была диагностирована впервые в возрастной период после 40 лет в 87,5 % случаев, а у больных железистой гиперплазией и у пациенток без патологических изменений в эндометрии – в 61 % ($p=0,006$) и 52,5 % случаев ($p<0,001$) соответственно. У 65,3 % больных раком эндометрия возраст выявления миомы матки соответствовал постменопаузальному, а у 82 % пациенток с железистой гиперплазией эндометрия миома матки была выявлена в репродуктивном периоде ($p<0,001$).

Наиболее часто встречающимся гистологическим вариантом рака эндометрия был умереннодифференцированный (45 % случаев в подгруппе без миомы матки, 34 % – в подгруппе с миомой). Частота встречаемости высокодифференцированной аденокарциномы у больных с миомой матки была выше, чем в подгруппе без миомы, – 32 % и 21 % соответственно. Кроме того, у больных раком эндометрия с миомой матки отмечена тенденция к более частому выявлению рака «in situ» и Ia стадий, по сравнению с больными без миомы матки, и более редкому выявлению II–III стадий.

Уровень эстрадиола в сыворотке крови у больных раком эндометрия без миомы матки был в 2 раза выше, чем у больных с миомой ($p=0,013$). Уровень эстрона сыворотки крови больных раком эндометрия выше при наличии миомы матки, чем у больных без миомы ($p=0,$ -

040). Уровень эстрона в регионарном кровотоке у больных раком эндометрия с миомой матки был выше, чем в системном ($59,0 \pm 25,0$ нмоль/л и $45,1 \pm 25,9$ нмоль/л, $p=0,015$), а SHBG был, наоборот, выше в системном кровотоке, чем в регионарном ($28,8 \pm 9,5$ нмоль/л и $22,9 \pm 8,1$ нмоль/л, $p=0,031$). У больных раком эндометрия без миомы матки уровень эстрона в локальном кровотоке был ниже ($32,1 \pm 16,9$ нмоль/л, $p=0,-015$), чем у больных с миомой матки.

Наиболее высокий уровень ароматазной активности в эндометрии наблюдался в группах больных раком эндометрия, наименьший – в группе контроля ($p<0,05$). Уровень ароматазной активности в опухолевой ткани зависел от наличия миомы матки, причём он был выше при выявлении миомы матки в возрастной период от 30 до 40 лет и ниже – при выявлении миомы в возрасте старше 40 лет. Высокая ароматазная активность в ткани миоматозных узлов не зависела от морфологического состояния эндометрия.

Выводы. Полученные результаты могут свидетельствовать о существовании единых патогенетических моментов в возникновении гиперпластических процессов, рака эндометрия и миомы матки, а также большей глубине эндокринно-метаболических нарушений у пациенток с сочетанной патологией эндо- и миометрия. У больных с миомой матки можно предполагать усиление не только пролиферативного воздействия эстрогенов на эндометрий, за счёт интенсификации процессов ароматизации в ткани миомы, эндометрии, жировой ткани и эстрогенов гонадного происхождения, но и усиление генотоксического воздействия эстрогенов на эндометрий, за счёт увеличения уровня эстрадиола, эстрона, и их производных – катехолэстроген-ортохинонов, что может увеличивать риск развития событий в эндометрии по II патогенетическому варианту.