

дилась оценка состояния костной ткани в режиме костного окна (WW: 2000; WL: 350). Проведение такой оценки позволило выявить костные поражения у 3 пациентов, которые были подтверждены данными МРТ. В СКТ-признаки поражения позвоночника входило наличие мягкотканого образования (32-48 HU), распространяющегося в паравerteбральные мягкие ткани, вызывающего краевую деструкцию костной ткани, реже разрушение всего тела позвонка. У 2 пациентов процесс сопровождался поражением регионарной лимфоидной ткани. У одного больного выявлена распространенная костная деструкция без мягкотканого компонента и поражения регионарных лимфоузлов. На следующем этапе при клиническом подозрении на метастатическое поражение костей при лимфомах, выполнялась сцинтиграфия костной системы для выявления изменений в других ее отделах.

Не выявленные ранее поражения костной системы были выявлены нами при применении данного метода у 4 пациентов. Основным сцинтиграфическим признаком вовлечения костной ткани явилось интенсивное накопление радиофармпрепарата в очаге поражения по типу «горячего очага». У 2 пациентов при проведении МРТ были выявлены изменения характерные для ЗЛ. У остальных 2 пациентов по результатам МРТ обнаружены дегенеративные изменения с признаками спондилодисцита. При наличии у пациентов очаговой спинальной симптоматики всем больным была проведена МРТ заинтересованного отдела позвоночника. Проведение МРТ позволило получить дополнительную информацию об опухолевом компоненте, распространяющемся в позвоночный канал и оценить степень компрессии спинного мозга. У 4 пациентов только проведение МРТ по клиническим показаниям позволило выявить поражение позвонков. СКТ-картина у данных больных была интерпретирована как норма, либо проявление дегенеративных изменений.

Исследования костной системы в динамике проводились по клиническим показаниям 4 пациентам для оценки эффективности терапии, а также для контроля за состоянием ремиссии. Всем указанным пациентам мы проводили МРТ и СКТ грудной и брюшной полостей. Во время проведения СКТ все полученные изображения в обязательном порядке оценивались в режиме «костного окна». У 2 пациентов была отмечена положительная МР-динамика после курсов терапии. Мы не отметили существенных различий в МР-семиотике костных и мягкотканых поражений при ЛГМ и НХЛ. Патологическая ткань имела преимущественно сниженный сигнал на T<sub>1</sub> и повышенный сигнал на T<sub>2</sub> – взвешенных изображе-

ниях. При узловой форме в телах позвонков определялись локальные участки снижения интенсивности сигнала на фоне неизмененного костного мозга.

Выводы:

1. Обследование пациентов со злокачественными лимфомами методами лучевой диагностики должно обеспечить получение информации о наличии новообразования, уточнение его локализации, степени распространенности и динамический контроль за патологическим процессом до и после лечения.

2. При проведении СКТ грудной клетки и брюшной полости больным злокачественными лимфомами необходимо проводить оценку костной ткани в режиме «костного окна» с использованием тонких томографических срезов и полиплоскостных реконструкций.

3. МРТ имеет значительные преимущества в выявлении поражения костной системы, позволяет объективно выявить характер и наличие опухоли, дает точную информацию о наличии и структуре опухолевого компонента, особенно в оценке его распространенности в позвоночный канал и степени компрессии спинного мозга.

4. В случаях поражения костной системы по данным остеосцинтиграфии, при наличии клинических проявлений, даже при отсутствии изменений при СКТ необходимо выполнять магниторезонансную терапию соответствующей области.

### **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТОВ КРОВИ ПРИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ЭНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ**

*Р.Б. Иванов, В.В. Кутуков*

Астраханская ГМА  
Астраханский ООД

Многолетний отечественный и зарубежный опыт, основанный на использовании современных технологий интенсивного комплексного лечения больных, свидетельствует о том, что в стратегии лечебных мероприятий у больных хирургического профиля одно из центральных мест занимают коррекция метаболических расстройств, устранение нарушений гомеостаза, адекватное обеспечение энергетических и пластических потребностей организма.

Причинами высокой летальности при хирургических операциях на желудке являются несостоятельность швов гастроэнтеро- и эзофагоэноанастомоза, также большое значение имеет нарастание явлений гипопроteinемии, азотемии,

дегидратации и, как следствие, прогрессирующее истощение, которое тяжело купируется.

Актуальным является вопрос внедрения в практическое здравоохранение качественного искусственного лечебного питания (так называемая нутриционная поддержка). Нутриционная поддержка представляет собой научно обоснованную систему диагностических и лечебных мероприятий, направленных на поддержание необходимых метаболических и структурно функциональных процессов в организме, обеспечивающих должные гомеостаз и адаптационные резервы.

В связи с чем одним из перспективных направлений искусственного лечебного питания больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта, является энтеральное питание, которое в настоящее время получает широкое распространение. Несомненная польза и необходимость использования энтерального зондового питания (ЭЗП) доказана многими исследователями. Однако возможности его полностью не раскрыты, практикующим врачам приходится сталкиваться с отсутствием специальных знаний в области нутрициологии и недостаточным внедрением опыта в области лечебного питания.

Цель исследования: улучшение ближайших результатов хирургического лечения больных, оперированных на желудке.

Задача: разработать способ коррекции метаболических нарушений у оперированных на желудке больных с выраженной сопутствующей патологией (сахарный диабет, анемия, метаболические заболевания сердца).

Методы: смеси «Пикногенол» и «Глютамин» использовали в предоперационном периоде per os. Интраоперационно устанавливали назоинтестинальный зонд на 40 см за анастомоз, капельно или порционно суточную калорийность смеси (3200 ккал) обеспечивали введением питательных смесей типа «Нутризон-энергия», «Берламин-модуляр», «Протеин-модуль». В раннем послеоперационном периоде продолжали болюсное введение питательных смесей в течение 5 суток с последующим расширением диеты.

Результаты и обсуждение.

Интраоперационное и раннее послеоперационное энтеральное зондовое питание, как способ коррекции метаболических расстройств при гастрэктомии, было применено нами в основной группе было 29 человек, при этом мужчин – 18, женщин – 11. В контрольной группе всего выполнено 52 гастрэктомии, мужчин - 31, женщин – 21.

Уровень натрия сыворотки крови в основной группе до операции -  $136,6 \pm 1,74$  ммоль/л, на 1-е сутки незначительное снижение до  $128,12 \pm 1,7$

ммоль/л, на 5-ые сутки повышение показателя до  $140,1 \pm 1,71$  ммоль/л, что выше исходного уровня. В группе сравнения до операции - на уровне  $139,8 \pm 2,0$  ммоль/л, на 1-е сутки показатель снизился до  $129,2 \pm 1,8$  ммоль/л, на 5-ые сутки повышение до  $134,3 \pm 1,78$  ммоль/л, но по-прежнему ниже исходного.

Уровень калия сыворотки крови в основной группе до операции на уровне  $3,5 \pm 0,1$  ммоль/л, на 1-ые сутки показатель снизился до  $3,1 \pm 0,11$  ммоль/л, на 5-ые сутки подъем до  $3,8 \pm 0,2$  ммоль/л, что выше исходного значения.

В группе сравнения до операции показатели калия на уровне  $3,7 \pm 0,3$  ммоль/л, на 1-е сутки снижение до  $3,2 \pm 0,29$  ммоль/л, на 5-е сутки повышение показателя до  $3,5 \pm 0,31$  ммоль/л.

Видны следующие изменения в динамике натрия: в основной группе показатель уменьшается на 6,2% на 1-ые сутки после операции и повышается на 2,56% на 5-ые сутки по сравнению с исходными значениями. Аналогичные изменения наблюдаются и в динамике калия: уменьшение на 11,4% и повышение на 8,57% соответственно. В группе сравнения отмечается отрицательная динамика показателей электролитного баланса на 5-ые сутки после операции – уменьшение натрия на 3,93% и калия на 5,4% по сравнению с уровнем до операции.

У больных, получавших нутриционную поддержку (основная группа пациентов), на 5-ые сутки отмечается повышение показателей  $\text{Na}^+$  и  $\text{K}^+$ , так как используемая питательная смесь содержит большой спектр электролитов (в том числе  $\text{Na}^+$  и  $\text{K}^+$ ). В группе сравнения проводилась только инфузия физиологического раствора, а дефицит  $\text{K}^+$  ничем не восполнялся. Концентрация натрия и калия в плазме крови у пациентов обеих групп на всех этапах исследования оставалось стабильным без существенных отклонений от нормы. По сравнению с исходными данными ни в одной из обследованных групп не выявлено статистически достоверных расстройств водно-электролитного баланса.

На основании проведенного исследования можно сделать предварительное заключение. Применение периоперационной нутриционной поддержки у больных после гастрэктомии улучшает ряд клинических и биохимических параметров. При этом следует отметить, что несостоятельности анастомозов, в том числе при выраженных нарушениях гомеостаза у онкологических больных, не было.

На основании проведенного исследования можно сделать предварительное заключение. Данная методика позволяет устранить нарушения обмена веществ, восполнить энергетические, а в

последующем пластические потребности организма.

Применение периоперационной нутриционной поддержки у больных после гастрэктомии улучшает ряд клинических и биохимических параметров. При этом следует отметить, что несостоятельности анастомозов, в том числе при выраженных нарушениях гомеостаза у онкологических больных, не было.

### **СОСТОЯНИЕ ГОРМОНОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА У БОЛЬНЫХ ПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЭНДОМЕТРИЯ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

*Л.А. Коломиец, А.Л. Чернышова, Н.В. Бочкарева*

НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН, г. Томск

Рак эндометрия занимает первое место по частоте среди опухолей женских половых органов в развитых странах и второе место в развивающихся странах. За последние 20 лет заболеваемость раком эндометрия в России увеличилась в 2 раза и составляет 28,5 случая на 100000 населения.

В Томске и Томской области по итогам 2007 г. заболеваемость увеличилась с 11,2 человек на 100000 населения в 1997 году до 12,4 на 100 тыс. населения в 2007 г. Наличие нейроэндокринных нарушений (ожирение, артериальная гиперплазия, сахарный диабет) относят к факторам риска развития рака эндометрия. Высокая частота рака эндометрия у женщин на фоне метаболического синдрома диктует необходимость изучения гормонально - метаболических особенностей заболевания у этой категории больных.

С учетом сравнительно хорошо известных данных об условиях и факторах, способствующих возникновению новообразований гормонозависимых тканей, это в очередной раз подталкивает к необходимости анализа связей между заболеваемостью метаболическим синдромом и раком и тех последствий, которые могут быть результатом сочетания этих процессов.

Цель исследования: изучение уровня гормонов регулирующих энергетический баланс – лептина, грелина у больных с пролиферативными процессами и раком эндометрия на фоне метаболического синдрома.

Материал и методы исследования.

Исследуемые 62 пациентки были разделены на две группы: с гиперпластическими процессами

и раком эндометрия с метаболическим синдромом и без него.

Результаты исследования.

Отмечался большой диапазон колебания уровня лептина: от 30,9 до 107,1 нг/мл, в 1б от 15,8 до 51,5 нг/мл. Диапазон колебания уровня лептина составил: 2а – от 38,55 до 105,2 нг/мл., 2б – от 3,67 до 42,1 нг/мл. Содержание лептина у больных на фоне метаболического синдрома было статистически значимо выше, чем в группах 1б (19,9±16,8) и 2б (22,9±16,5) ( $p < 0,001$ ). Выявлена прямая корреляционная зависимость между содержанием лептина и основными антропометрическими показателями: ИМТ ( $r=0,57$ ,  $p < 0,001$ ), ОТ – окружность талии ( $r=0,47$ ,  $p < 0,001$ ), ОБ – окружность бедер ( $r=0,66$ ,  $p < 0,001$ ).

Содержание грелина в подгруппах 1б и 2б было статистически значимо выше, чем у больных 1а и 2а групп – 115,18±2,77 и 110,57±5,14 нг/мл соответственно ( $p=0,046$ ). Выявлена обратная корреляционная зависимость между уровнем грелина и основными антропометрическими показателями: ИМТ ( $r=-0,56$ ,  $p=0,044$ ), ОТ/ОБ ( $r=-0,61$ ,  $p=0,021$ ).

Таким образом, уровень гормонов, регулирующих энергетический гомеостаз в группах больных с пролиферативными процессами и раком эндометрия на фоне метаболического синдрома, характеризовался гиперлептинемией и снижением уровня грелина натошак, а также коррелировал с рядом антропометрических показателей.

### **К ВОПРОСУ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ МЕЛКИХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

*Е.П. Корнева, М.В. Ростовцев*

Уральская ГМАДО  
Челябинская ОКБ, г. Челябинск

Опухоли мелких трубчатых костей составляют по разным литературным данным 8-20% от опухолей скелета, причем чаще поражаются кости кисти. Доброкачественное течение имеют до 98% образований. Первичные злокачественные опухоли костей кистей и стоп встречаются крайне редко.

Целью нашей работы является определение частоты поражения мелких трубчатых костей опухолями.

Материалы и методы.

За пятилетний период в ЧОКБ, из 148 пациентов с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей, образования с локализацией в