

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

мелких трубчатых костях были выявлены у 24 (17%) пациентов. Из них, в 16 (66,8%) случаях были обнаружены хондромы, в 5 (20,8%) – остеохондромы, в двух (8,3%) наблюдениях диагностирована гигантоклеточная опухоль (ГКО) костей и в одном (4,1%) случае ГКО сухожилия с вторичными костными изменениями.

Всем пациентам была выполнена стандартная рентгенография, в 100% случаев получено гистологическое заключение.

Результаты и обсуждение.

По локализации в кости хондромы разделяют на энхондромы (центрально расположенные) и экхондромы (расположенные по периферии). Хондромы растут медленно и чаще всего при энхондромах клинически проявляются при патологическом переломе. Клетки хондромы обладают высокой способностью имплантироваться. Повреждение опухоли во время операции, как правило, ведет к рецидиву.

Хондромы мелких трубчатых костей нами обнаружены в 16 наблюдениях (10 мужчин и 6 женщин). Среди 24 пациентов с выявленными хондромами костей скелета локализация в мелких трубчатых костях составила 66,6%. На долю костей кисти приходится 87,5% (14), стоп 12,5% (2). Средний возраст пациентов составил 35 лет.

По локализации опухоли в кости в 14 случаях была выявлена энхондрома, Экхондрома наблюдалась у двух пациентов. Рентгенологически энхондрома характеризовалась вздутием и деформацией кости, с выраженным, неравномерным истончением кортикальной пластинки. Целостность ее в 6 случаях из 14 наблюдений была нарушена за счет патологического перелома. Очаги просветления литического характера, располагались преимущественно центрально, с полициклическими контурами и четким отграничением. В 5 случаях на рентгенограммах были видны известковые включения в структуре образования. Случаев озлокачествления хондром мы не наблюдали.

Экхондрома рентгенологически проявлялась краевой атрофией, на уровне которой располагалось добавочное образование неоднородной структуры с обызвествлениями. Экхондромы дифференцировали с остеохондромами, отличительной особенностью которых является то, что основание остеохондром всегда представлено костной структурой. Остеохондромы были выявлены в костях кисти у 5 (17,8%), что составляет 10,2% (49) всех остеохондром скелета. Это пациенты мужского пола, средний возраст которых составил 31 год.

Несмотря на то, что ГКО наблюдается достаточно часто (от 12-25% всех опухолей скелета),

мелкие трубчатые кости для данной опухоли являются редкой локализацией. Нами она была выявлена у 2 (6,9%) пациентов (женщины в возрасте 25 и 47 лет). Это составило всего 7,6% от выявленных ГКО скелета.

На рентгенограммах на фоне вздутия кости определялся обширный очаг просветления литического характера с выраженным истончением и нарушением целостности кортикальной пластинки и наличием мягкотканного компонента.

В дифференциальной диагностике образований мелких трубчатых костей необходимо помнить о группе опухолей мягких тканей, в частности доброкачественных синовиом, которые являются самыми частыми образованиями пальцев кисти и стопы. В 30% случаев наблюдаются вторичные костные изменения.

Синовиома (представлена гигантоклеточным образованием сухожильного влагалища) с костными изменениями нами выявлена в одном (3,4%) случае. На рентгенограммах по медиальной поверхности, в мягких тканях в области первого межфалангового сустава определялось дополнительное не костное образование с четкими контурами, прилежащее к головке основной фаланги первого пальца кисти. Костные изменения определялись в виде ячеистой структуры очага просветления с истончением кортикальной пластинки.

Выводы: опухоли мелких трубчатых костей в 87,6% имеют костно-хрящевую природу, причем поражаются преимущественно кости кистей у лиц молодого и среднего возраста, что согласуется с данными литературы.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОНКОЛОГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*В.Н. Королев, А.Ю. Кинзерский,
И.Ю. Суровцев, К.И. Кулаев*

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

В 2009 в рамках федеральной программы «Онкология» в эндоскопическом отделении ЧОКОД произошло полное переоснащение эндоскопических комплексов. Уникальные видеоскопические комплексы с возможностью аутофлюоресцентной диагностики, эндоскопического ультразвукового обследования, многократного оптического увеличения позволяют значительно расширить спектр диагностических и лечебных манипуляций в условиях специализированной онкологической клиники.