

паллиативной ДЛТ (63%), либо паллиативной химиотерапии (27%), либо наложению разгрузочной сигмостомы (10%).

Из группы радикально пролеченных больных оперированы 43%, из них 5% умерло от прогрессирования процесса в течение 2 лет. Получивших радикальное оперативное лечение и химиотерапию – 14,3%, все пациенты живы. Получивших комплексное лечение (операция + ДЛТ + химиотерапия) – 14,3%, все пациенты живы. При местнораспространенном процессе 10,2 % получили лучевую терапию по радикальной программе, в сочетании с наложением

разгрузочной сигмостомы, из них 2/3 больных не пережило 2 лет. Получивших радикальное оперативное лечение и ДЛТ – 16,2%, из них 25% умерло. Получивших лучевую терапию по радикальной программе с последующей химиотерапией 2%, все пациенты живы.

Таким образом, рак прямой кишки в Бийской медикогеографической зоне является одним из основных онкологических заболеваний. Выявляемость на ранних стадиях достаточно высокая и составляет 79%. Основным методом лечения рака прямой кишки является комбинированный и комплексный, что значительно улучшают результаты лечения.

НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЭНДОМЕТРИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

О.Н. АСАДЧИКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. В последние годы отмечено возрастание частоты встречаемости метаболических нарушений как в популяции в целом, так и у отдельных групп населения. Больные с метаболическим синдромом (МС) более предрасположены к развитию ряда опухолей. Наличие метаболического синдрома у больных раком эндометрия (РЭ) значительно ухудшает прогноз, в связи с высоким риском рецидивирования и прогрессирования опухолевого процесса.

Цель исследования. Изучить показатели углеводного и липидного обмена у больных раком эндометрия на фоне метаболического синдрома.

Материал и методы. В исследование было включено 76 больных РЭ, проходивших лечение в отделении гинекологии НИИ онкологии. Всем больным проводилось стандартное обследование и лечение в зависимости от стадии и морфологического варианта опухоли, кроме того, проводилось исследование липидного спектра, уровня гликемии и инсулина натощак, рассчитывались индекс массы тела, НОМА-индекс. Для постановки диагноза метаболического синдрома использовались критерии Интернациональной Диабетической Ассоциации, IDF (2005). Нали-

чие инсулинорезистентности устанавливалось при значении НОМА-индекса более 2,77.

Результаты исследования. У 41 (53,9%) больной выявлен метаболический синдром, 35 (46,1%) пациенток не имели метаболических нарушений. Средний возраст больных РЭ составил $56 \pm 8,9$ года, в том числе 48 (63,2%) больных находились в постменопаузальном периоде, 28 (36,8%) пациентов в репродуктивном и пременопаузальном периодах. Индекс массы тела у пациентов с метаболическим синдромом составил $35,7 \pm 6,2$ кг/м², в группе без метаболического синдрома – $28,4 \pm 3,4$ кг/м² ($p < 0,05$). Средний уровень гликемии натощак у больных РЭ с МС составил $7,4 \pm 2,3$ ммоль/л, а у больных РЭ без МС – $6,4 \pm 0,8$ ммоль/л. При исследовании уровня инсулина натощак выявлено, что у 52,6% больных РЭ с МС наблюдается гиперинсулинемия, а у больных РЭ без МС – лишь в 22,6% ($p < 0,05$). Синдром инсулинорезистентности у больных РЭ с МС встречается у 82,5%, а у больных РЭ без МС – в 54,8% ($p < 0,05$). В зависимости от значений показателей липидного спектра у 53 (89,8%) больных выявлены дислипидемии: у 26 (49,1%) – Па класса, а у 27 (50,9%) – дислипидемия Пв класса, причем у больных РЭ с МС

преобладает дислипидемия IIb класса (68,8%), а у больных РЭ без МС – IIa класса (76,2%). При анализе фракций холестерина статистически значимые отличия были выявлены только по уровню триглицеридов. У пациенток с метаболическим синдромом уровень триглицеридов

составил $2,4 \pm 1,4$, а у пациенток без метаболического синдрома – $1,7 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, по сравнению с больными РЭ без МС у больных РЭ с МС выявлена высокая частота дислипидемии IIb класса, гиперинсулинемии.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.А. АФАНАСЬЕВА, С.Э. КРАСИЛЬНИКОВ, А.В. ТАРХОВ, А.В. ГЕРАСИМОВ,
Е.В. БАБАЯНЦ, А.П. КУЛИДЖАНЫН, В.Г. СИСАКЯН

ГБУЗ НСО «Новосибирский областной онкологический диспансер»

Актуальность исследования. Рак молочной железы в настоящее время занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин. Рост заболеваемости, в свою очередь, ведет к увеличению частоты выявления рака данной локализации, сочетающегося с другими опухолями женской репродуктивной системы: раком яичников, эндометрия, шейки матки.

Цель исследования – диагностика и лечение сочетанных опухолевых заболеваний молочной железы и гениталий.

Материал и методы. В гинекологическом отделении Новосибирского областного онкологического диспансера ежегодно проходят лечение около 30 больных с сочетанными опухолями молочной железы и половых органов. Больные раком молочной железы нуждаются в определенном алгоритме обследования с целью своевременной диагностики сочетанных опухолей половых органов. Кроме клинического обследования и гинекологического осмотра, необходимо ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, а при необходимости определение концентрации маркера СА-125, взятие аспирата из полости матки с цитологическим исследованием материала либо выполнение раздельного диагностического выскабливания. Заключительным этапом диагностики является ревизия органов брюшной полости и малого таза при оперативном вмешательстве с проведением срочного гистологического исследования при подозрении на опухолевые образования органов малого таза.

Внедрение в практику лапароскопии и эндохирургии перевело на качественно новый уровень диагностику и лечение сочетанных опухолей молочной железы и гениталий. Двусторонняя овариоэктомия при раке молочной железы лапароскопическим доступом является в настоящее время рутинным методом лечения. Более того, лапароскопия позволяет провести детальную ревизию брюшной полости у больных раком молочной железы, на большом увеличении рассмотреть подозрительные участки, взять прицельную биопсию. Выполнение лапароскопической ампутации матки при миоме тела матки у больных раком молочной железы значительно ускоряет процесс выздоровления, позволяя быстрее начать проведение специального противоопухолевого лечения.

Результаты. В гинекологическом отделении Новосибирского областного онкологического диспансера нами выполнено 36 лапароскопических овариоэктомий, 4 лапароскопические ампутации матки с придатками. Послеоперационный период у всех пролеченных нами больных протекал без осложнений. В настоящее время в ряде случаев при наличии первично-операбельного рака молочной железы рекомендуется выполнение одномоментных операций – радикальной операции на молочной железе и лапароскопической овариоэктомии. В нашей практике мы наблюдали 3 подобных случая.

Выводы. Больные раком молочной железы требуют особого подхода к обследованию и лечению в связи с высокой вероятностью