

Выводы. Таким образом, эффект бисфосфонатов заключается в потере клетками-предшественниками остеокластов способности дифференцировки и созревания, что приводит к уменьшению числа остеокластов. Бисфосфонаты не только снижают потерю костной

ткани, но и уменьшают объем опухолевых масс. Бисфосфонаты являются эффективным и обязательным средством паллиативного лечения больных с костными метастазами, позволяющим значительно улучшить качество жизни этих больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

О.Н. Асадчикова

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

Актуальность. В последнее время отмечено значительное увеличение заболеваемости раком эндометрия (РЭ), который занимает I место в структуре злокачественных опухолей женской половой сферы, кроме того, среди женщин различных возрастных групп отмечается значительный рост нарушений углеводного обмена. Поэтому выявление клинических особенностей РЭ у больных с нарушением углеводного обмена представляется актуальным.

Цель исследования. Изучить клинические особенности рака эндометрия у больных с нарушением углеводного обмена.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни 114 больных раком эндометрия, проходивших лечение в отделении онкогинекологии НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН с 1998 по 2006 г. Всем больным в плане комплексного обследования проведена оценка уровня гликемии натощак. При повышении уровня гликемии натощак более 6,1 ммоль/л, проводилось исследование гликемического профиля. В соответствии с результатами исследования пациентки были разделены на три группы: I группа – 55 (48,3 %) больных РЭ без выявленной патологии углеводного обмена, II группа – 39 (34,2 %) больных РЭ в сочетании с нарушенной толерантностью к глюкозе, III группа – 20 (17,5%) больных РЭ в сочетании с СД II типа. Все больные получали противоопухолевое лечение. Комбинированное лечение было проведено у 75,4 %, хирургическое – у 16,7 %, сочетанная лучевая терапия – у 7,9 % больных.

Результаты. Средний возраст больных в I группе составил $55,25 \pm 7,1$ года, во II – $55,72 \pm 9,95$, в III – $63,75 \pm 8,34$ ($p < 0,05$). При первых клинических симптомах к врачу обратились 35 % пациенток III группы, 47,3 % и 51,3 % в I и II группах соответственно. Период от момента появления первых симптомов до обращения к онкологу был самым длительным в III группе и составил 21,85 мес, что в 2,5 раза превышает показатель в I группе ($p < 0,05$). Удельный вес I стадии РЭ в I группе составил 69 %, во II – 79 %, в III – 55 %. Статистически значимые различия были между I и III группой ($p < 0,05$). Во всех группах преобладающим морфологическим гистотипом была аденокарцинома. Сравнительный анализ возраста наступления менархе, количества беременностей, родов, абортов, количества РДВ в изучаемых группах не выявил существенных различий, но у больных III группы наступление поздней менопаузы в 1,5 раза превышало показатели других групп. Сочетанная патология РЭ с миомой матки в III группе наблюдалась в 70 %, в I – в 46 %, во II – в 50 % случаев ($p < 0,05$). Выявлена тесная связь нарушений углеводного обмена с нарушениями овариально-менструального цикла в III группе. Частота первичного бесплодия в этой группе составила 10 %, в I – 1,8 % ($p < 0,05$). Наибольший удельный вес гипертонической болезни (95 %) и ИБС (60 %) был отмечен в III группе по сравнению с I группой (58 % и 22 % соответственно, $p < 0,05$). Длительность СД у 65 % больных III группы в среднем составила $11,1 \pm 7,93$ года (от 3 до 30 лет). В 30 % случаев СД был выявлен при

обследовании по поводу РЭ. У больных РЭ III группы отмечена склонность к гиперкоагуляции и выраженность дополнительной соматической патологии (ГБ, ИБС), что привело к снижению удельного веса хирургического этапа противоопухолевого лечения у этой категории больных до 80 % по сравнению с I группой – 95 % ($p < 0,05$). Значительных отличий в частоте послеоперационных хирургических осложнений

по группам не выявлено. Медиана безрецидивной выживаемости у больных III группы составила 13,5 мес, в I группе – 17,0 мес, во II – 26,0 мес ($p < 0,05$).

Выводы. Сахарный диабет II типа у больных РЭ оказывает негативное влияние на эффективность лечения у этих больных, что требует дальнейшего детального изучения.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОЙ ФОТОННО-НЕЙТРОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Д.Н. Астафьев, А.С. Доможирова, А.И. Степанова

ПНИЛ «Радиационная онкология» ЮУНЦ РАМН, Челябинский областной онкологический диспансер, ВНИИТФ – Федеральный ядерный центр им. акад. Е.И. Забабахина, г. Челябинск

Актуальность. Контингент больных с тяжёлыми радиорезистентными формами злокачественных опухолей достигает 30 %, что по Российской Федерации составляет 40–50 тыс. человек в год. К таким опухолям относятся злокачественные новообразования области головы и шеи. Хотя лучевая терапия в настоящее время и достигла существенных успехов в лечении данного контингента больных (прежде всего за счёт внедрения различных способов радиомодификации, повышения качества планирования облучения), часто не удаётся добиться удовлетворительных отдалённых и непосредственных результатов лечения. Пятилетняя общая выживаемость, по данным литературы, составляет до 78 %; безрецидивная – 10–55 %, в зависимости от стадии процесса. Применение высокоионизирующего излучения является ещё одним способом преодоления радиорезистентности злокачественных новообразований. На сегодняшний день использование нейтронной терапии получило поддержку в 28 специализированных центрах мира, из них 3 находятся в России (Обнинск, Томск, Снежинск). В 2003 г. произошла модернизация центра, в результате которой изменились физические характеристики пучка нейтронов и самого нейтронного генератора НГ-12И, увеличилась пропускная способность центра.

Материал и методы. Оценить непосредственные результаты нам удалось у 220 пациентов. Опухолевый процесс, соответствующий T_1 , был диагностирован у 40 больных, T_2 – у 58; T_3 – у 52, T_4 – у 41 и N+ – у 29 пациентов. Полная резорбция опухоли наблюдалась в 58 % случаев, резорбция опухоли более 50 % – в 25 % случаев; отсутствие эффекта от лечения – в 13 % случаев; прогрессирование заболевания на фоне проводимого лечения – в 4 %. Результаты лечения пациентов, у которых применялась только гамма-терапия, оказались в 1,5 раза хуже. Отдалённые результаты лечения мы оценивали у пациентов, проходивших курс сочетанной фотонно-нейтронной терапии до модернизации центра (1999–2002 гг.) – 111 пациентов. По стадиям пациенты распределились следующим образом: T_1 – 26 %; T_2 – 30 %; T_3 – 27 %; T_4 – 10 %; N+ – 15 %.

Результаты. Получены следующие результаты: общая выживаемость составила 95 %; трехлетняя – 86 %; пятилетняя – 78 %. Рецидивы заболевания в большинстве случаев возникали в первые 2 года после окончания лечения. Для сравнения, при ДГТ с химиорадиомодификацией выживаемость составляет порядка 50 % за 1 год наблюдения.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что добавление нейтронного излучения