

с изъязвлением, слизистой оболочки полости рта, особенно десен, губы. Зубы у них грязно-черные, шейки оголены, многие зубы преждевременно выпадают, отсюда всевозможные патологии в полости рта, в том числе и рак. Неслучайно, рак полости рта у нас по частоте выше среднереспубликанских показателей. Почти у всех пожилых людей зубы кариозные, вставные. Вся это картина является ведущим фактором возникновения рака.

Цель исследования. Определение частоты распространенности и анализ эффективности лечения рака полости рта в регионе.

Материал и методы. Нами анализирована заболеваемость раком полости рта за последние 8 лет (2001-2008 гг.). В 2001 г. отмечено 58 случаев рака полости рта, интенсивные показатели при этом 2,8 на 100 тыс. населения (2,80/0000), в 2002 г. – 83 случая (4,30/0000), в 2003 г. – 99 (4,70/0000), в 2004 г. – 113 (5,30/0000), в 2005 г. – 82 (3,70/0000), в 2006 г. – 66 (2,90/0000), в 2007 г. – 57 (3,10/0000) и в 2008 г. 69 случаев (2,90/0000). Основную массу больных составили люди старше 40 лет, заболеваемость среди местного населения в 4-5 раз выше, чем среди представителей славянского происхождения. Мужчин было 63,6%, женщин – 36,4%. У 52% больных рак локализовался на языке, причем у половины из них на боковых поверхностях языка, и в 37,1% случаев на нижней поверхности языка с переходом на дно полости рта. 57% из этих больных более года получает лечение у стоматологов по поводу различных заболеваний зубов, 37,6% больных обратили внимание стоматологов на

наличие образований, изъязвлений в полости рта. Некоторым из них назначались различные полоскания полости рта, и только 32% больных рекомендовано обратиться к онкологом.

Результаты. При первичном обследовании этих больных в онкодиспансере у 52-56% установлена запущенная форма рака с морфологическим подтверждением диагноза. Рак полости рта – это визуальная форма рака, несмотря на это отмечается крайне низкая онконастороженность врачей общей лечебной сети, стоматологов. Из 627 наших больных стационарное лечение получили 38,8%, при этом хирургическое вмешательство проведено – 23,6%, химиотерапевтическое лечение – 7,0%, лучевое – 11,1%, комбинированное лечение – 20,2% больных, 38,1% больных проведено консервативное лечение. Одногодичная летальность составила 23,5-40,9%, пятилетняя выживаемость с учетом и прошлых лет составила 48,5%, в 2002 г. – 42,7%, в 2003 г. – 43,9%, в 2004 г. – 35,5%, в 2005 г. – 36,6%, в 2006 г. – 37,5%, в 2007 г. – 36,7%.

Выводы. Рак полости рта, из-за широкого потребления наса, содержащего известь и табак, разъедающего слизистую оболочку, разрушающего зубы, наиболее часто встречается в нашей области, являясь краевой патологией. Несмотря на высокую укомплектованность области врачами-стоматологами, очень высок процент выявления этих больных в запущенных стадиях, что составило более чем 50,0%. Рак полости рта среди местного населения встречается в 4-5 раз чаще, чем среди представителей славянской национальности.

МИОМА МАТКИ КАК ФАКТОР РИСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

А.Б. МУНТЯН

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

За последнее десятилетие заболеваемость раком эндометрия вышла на первое место среди опухолей женских половых органов. Частота сочетания рака эндометрия (РЭ) и миомы матки (ММ) колеблется от 16,2% до 64%. Несмотря на патогенетическую неодно-

родность гиперпластических процессов (ГП) и РЭ, доказанную роль эстрогенов не только в их развитии, но и ММ, высокий удельный вес сочетанной патологии эндо- и миометрия, практически отсутствуют данные об особенностях клиники, системной и локальной гормоне-

мии, синтеза эстрогенов тканями-мишенями, рецепторного статуса при сочетании ГП и РЭ и ММ.

Целью исследования явилось изучение клинических, биохимических и гормональных особенностей у больных с ГП и РЭ в сочетании с ММ.

Материал и методы. В исследование включены результаты исследования 63 больных РЭ, из которых у 50 пациенток РЭ сочетался с ММ, 83 пациентки с простой и комплексной гиперплазией эндометрия, у 68 пациенток из них имелась ММ. Группу контроля составили 54 пациентки без патологических изменений эндометрия, у 41 из которых имелась ММ. В сыворотке крови, взятой из локтевой вены и локального маточного кровотока, определяли уровень половых стероидных гормонов с использованием радиоиммунного анализа. Определение уровня ароматазной активности проводили радиометрическим методом, рецепторов эстрогенов и прогестерона (ER и PR) - радиолигандным методом.

Результаты. Частота встречаемости ожирения и артериальной гипертензии у больных РЭ с ММ была выше, по сравнению с больными без ММ. Удельный вес больных с нарушениями углеводного обмена при РЭ с ММ был выше (30%), чем без миомы (18%). У больных с ГПЭ и ММ артериальная гипертензия наблюдалась в 46,3% случаев, без ММ – в 38,5% случаев ($p < 0,05$), значимых различий в частоте встречаемости ожирения и сахарного диабета получено не было. Уровень эстрадиола в сыворотке крови у больных РЭ с ММ был в 2 раза ниже, чем без миомы ($p = 0,013$). У пациенток с ГПЭ и в группе контроля выявлены аналогичные тенденции. Уровень эстрогена сыворотки крови был выше у больных РЭ при наличии ММ, чем

у больных без миомы ($p = 0,040$). Индекс свободных эстрогенов был выше при наличии ММ как при ГП, так и при РЭ, чем без ММ (у больных РЭ $p = 0,018$). Уровень эстрогена в регионарном кровотоке у больных РЭ с ММ был выше, чем в системном ($59,0 \pm 25,0$ нмоль/л и $45,1 \pm 25,9$ нмоль/л, $p = 0,015$), а уровень SHBG – ниже ($28,8 \pm 9,5$ нмоль/л и $22,9 \pm 8,1$ нмоль/л, $p = 0,031$). Причём у больных РЭ без ММ уровень эстрогена в локальном кровотоке был ниже ($32,1 \pm 16,9$ нмоль/л), чем у больных с миомой ($p = 0,015$). Активность ароматазы в группе больных с ГПЭ была высокой и практически не отличалась от уровня при РЭ. Во всех группах наблюдалась тенденция к более высокому уровню активности фермента при наличии ММ. Активность ароматазы в миометрии и миоматозных узлах у пациенток всех групп была высокой ($p > 0,05$). Уровень ER и PR в узлах у больных ГПЭ был статистически значимо выше, по сравнению с больными РЭ, что может свидетельствовать о высоком потенциале миометрия и миоматозных узлов к синтезу эстрогенов из андрогенов у всех больных с ММ.

Выводы. У больных с сочетанной патологией эндо- и миометрия выше частота и степень выраженности экстрагенитальной патологии, а также уровень эстрогена в сыворотке периферической крови, чем у больных с пролиферативными процессами эндометрия без ММ, при сочетании ММ и РЭ наблюдается гиперэстрогемия в локальном маточном кровотоке. Это обуславливает высокие потенции ткани миометрия и миоматозных узлов к синтезу эстрогенов из андрогенов вне зависимости от морфологического состояния эндометрия. Вероятно, ММ при клиническом проявлении обменно-эндокринного синдрома может выступать в качестве фактора риска ГП и РЭ.