

ния не превышают 2 лет. В группе больных, подвергнувшихся комбинированному лечению (лапароскопическая операция + АПК), полное выздоровление констатировано у 27 (84,3%) больных. У 5 (15,7%) больных отмечался рост сегмента ПБ вследствие рецидива ГПОД и ГЭР. 6 пациентов отказались от оперативного лечения. Им была выполнена АПК в сочетании с длительной консервативной антирефлюксной терапией. Стабилизация процесса достигнута лишь у 1 (16,7%) больного, а у 5 (83,3%) на сроках 4–8 мес наступил рецидив ПБ.

Выводы. При отсутствии противопоказаний всем больным ПБ показано хирургическое ле-

чение. Лапароскопические антирефлюксные операции являются адекватным пособием в лечении ГПОД и ГЭР, но в лечении ПБ их эффективность составила, по нашим данным, лишь 56%. Считаем комбинацию лапароскопической антирефлюксной операции с последующей АПК наиболее оптимальным и эффективным методом лечения ПБ. При сочетании ПБ с аденокарциномой пищевода показана трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной пластикой стеблем желудка. Пациенты с ПБ должны находиться на пожизненном диспансерном учете, как потенциальные онкологические больные.

МИОМА МАТКИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

А.Б. МУНТЯН, Л.А. КОЛОМИЕЦ, Н.В. БОЧКАРЁВА, С.Л. СТУКАНОВ,
И.В. КОНДАКОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

За последнее десятилетие заболеваемость раком эндометрия (РЭ) среди онкологической патологии женской репродуктивной системы возросла с 18,6 до 27,6%. Частота сочетания рака эндометрия (РЭ) и миомы матки (ММ) колеблется от 16,2 до 64%. В настоящее время особенности клиники, системной и локальной гормональной, синтеза эстрогенов тканями-мишенями, рецепторного статуса при сочетании ГП и РЭ и ММ остаются недостаточно изученными.

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 63 больных РЭ, из которых у 50 пациенток РЭ сочетался с ММ, 83 пациентки с простой и комплексной гиперплазией эндометрия, из них у 68 имелась ММ. Группу контроля составили 54 пациентки без патологических изменений эндометрия, из них у 41 имелась ММ. В периферическом и локальном маточном кровотоке определяли уровни эстрогена, эстрадиола, прогестерона, глобулина, связывающего половые

стероиды, и пролактина с использованием радиоиммунного анализа. Определение уровня ароматазной активности проводили радиометрическим методом, рецепторов эстрогенов и прогестерона (ER и PR) – радиолигандным методом.

Результаты. Частота 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%, без ММ – в 38,5% случаев ($p < 0,05$), значимых различий в частоте встречаемости ожирения и сахарного диабета 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 ($p = 0,040$). 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 ($p=0,015$). Уровень пролактина у больных РЭ с ММ был значимо выше в локальном кровотоке, чем в системном ($p<0,05$). 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 ($p>0,05$). В то же время 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, чем у больных без ММ. Высокий уровень гормонемии в локальном маточном кровотоке, а также высокая активность ароматазы в опухоли эндометрия, миометрии и ткани миоматозных узлов у больных РЭ в сочетании с ММ позволяют предположить их значимость в качестве источников локальной гиперэстрогемии и гиперпролактинемии. Вероятно, ММ при наличии клинических проявлений обменно-эндокринного синдрома может выступать в качестве фактора риска ГП и РЭ.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙТРОННОЙ И НЕЙТРОННО-ФОТОННОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Л.И. МУСАБАЕВА, В.А. ЛИСИН, Ж.А. ЖОГИНА, В.В. ВЕЛИКАЯ, О.В. ГРИБОВА

НИИ онкологии СО РАМН, г Томск

Цель исследования – анализ результатов нейтронной и нейтронно-фотонной терапии онкологических больных с различными локализациями.

Материал и методы. Лечение больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) быстрыми нейтронами 6,3 МэВ в НИИ онкологии проводится с 1984 г. Нейтронная терапия (НТ) проводилась на основе дозиметрических и радиобиологических исследований, выполненных на терапевтическом канале циклотрона U-120. Для энергетического спектра используемого нейтронного пучка найдена зависимость относительной биологической эффективности нейтронов как функция поглощенной дозы. Разработана модифицированная модель время-доза-фракционирование (ВДФ), на основе которой построены режимы нейтронной терапии и создана компьютерная программа для планирования нейтронной и нейтронно-фотонной терапии. За 25-летний период накоплен опыт лечения более 1000 пациентов с первичными и рецидивными опухолями области головы и шеи,

метастазами в лимфатические узлы, мягкие ткани, у больных с первичным местнораспространенным раком молочной железы (МРРМЖ) и местными рецидивами. При комбинированном лечении нейтронная терапия применяется у больных в пред- или послеоперационном периодах. Предоперационный курс состоит из 3 сеансов нейтронной терапии: РОД 2,4Гр, СОД 7,2 Гр (38-40 Гр по изодозе). Послеоперационный курс НТ чаще применяется при раке щитовидной железы, опухолях слюнных желез и других локализациях. При этом РОД быстрых нейтронов составляет 1,4–1,7 Гр, СОД 9-10Гр (40–50 Гр по изодозе). У неоперабельных больных нейтронная терапия применялась в сочетании с фотонной терапией по радикальной программе. Вклад быстрых нейтронов в курсовую дозу нейтронно-фотонной терапии варьировал от 40 до 80% в зависимости от локализации опухоли.

Результаты. Предоперационный курс нейтронной терапии при МРРМЖ не оказывал отрицательного влияния на заживление по-