

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

в стандартные схемы лучевой терапии пациентов с ЗНО данной локализации повышает эффективность лечения. Начатые исследования продолжаются. Модернизация центра позволяет надеяться в скором времени на получение новых данных, так как мы значительно увеличили

пропускную способность нейтронного центра. Кроме того, мы существенно расширяем спектр локализаций ЗНО, при которых показано проведение сочетанного фотонно-нейтронного облучения.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ

И.Р. Ахметов, И.С. Анищенко

ПНИЛ ЮУНЦ РАМН, г. Челябинск

Актуальность. В настоящее время не разработана единая тактика в отношении регионарных лимфатических узлов при лечении меланомы кожи туловища и конечностей.

Цель исследования состояла в оптимизации лечебной тактики и улучшении результатов лечения меланомы кожи.

Материал и методы. Объект исследования: 227 больных меланомой кожи туловища разделены на три группы: 1) профилактическая лимфаденэктомия не проводилась, 2) профилактическая лимфаденэктомия проводилась в сроки менее 4 нед после иссечения первичной опухоли, 3) профилактическая лимфаденэктомия проводилась в сроки более 4 нед после иссечения первичной опухоли. Изучение общей и безрецидивной выживаемости проводилось с помощью метода многофакторного линейного регрессионного анализа и метода Каплана-Мейера.

Результаты и выводы. Доказана зависимость результатов лечения (общей и безрецидивной выживаемости) от сроков проведения профилактической лимфаденэктомии после ис-

сечения первичной меланомы кожи. Установлено, что оптимальным является проведение профилактической лимфаденэктомии в срок от 4 до 8 нед после удаления первичной опухоли – такой способ лечения позволяет достоверно улучшить общую и безрецидивную выживаемость по сравнению со способом лечения без использования профилактической лимфаденэктомии. Проведение профилактической лимфаденэктомии в срок менее 4 нед после иссечения первичной меланомы кожи не оказывает статистически значимого влияния на результаты лечения и поэтому не рекомендуется. Для определения показаний к выполнению профилактической лимфаденэктомии предложена математическая модель, позволяющая прогнозировать появление метастазов в регионарные лимфатические узлы. При этом выявлено, что при меланоме кожи туловища и конечностей наиболее значимым прогностическим фактором, оказывающим влияние на вероятность регионарного метастазирования, а также на общую и безрецидивную выживаемость, является степень изъязвления первичной опухоли.