

Проблеми екології та медицини

Том 12 №3-4 2008

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 1997 році

Виходить 1 раз на 2 місяці

М а т е р і а л и н а у к о в о - п р а к т и ч н о ї к о н ф е р е н ц і ї « **Стандарти діагностики, лікування та реабілітації в онкології** » 25 - 26 червня 2008 р. м . П о л т а в а

З м і с т

ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОННИХ МЕРЕЖ В ПРОГНОЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМНОЇ ТЕРАПІЇ МЕТАСТАТИЧНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ В МЕНОПАУЗІ	
Асєєв О.І., Бондаренко І.М.	4
ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ ОНКОЛОГІЇ УМСА	
Баштан В.П., Корнєєв О.В., Кравцова А.П., Литвиненко В.Є., Чорнобай А.В., Шелешко П.В.	5
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ПОЛІНЕОПЛАЗІЙ У ЖІНОК З УРАЖЕННЯМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
Баштан В.П., Кравцова А.П., Лимар Л.О.	5
МІСЦЕ НАДВИСОКОЧАСТОТНОЇ ГІПЕРТЕРМІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ	
Белозор Н.В., Бахталовський В.В., Таран О.А., Тешнер С.М., Кротченко Н.В.	6
ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНВАЗИВНИЙ РАК ШИЙКИ МАТКИ	
Воробйова Л.І., Свінціцький В.С., Неспрядько С.В., Гончарук І.В.	7
РЕЦИДИВЫ РАКА ВУЛЬВЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ	
Воробьева Л.И., Турчак А.В.	7

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВАМИ І МЕТАСТАЗАМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ Гончарук І.В., Воробйова Л.І., Югрінов О.Г.	8
УСКЛАДНЕННЯ ЩОТИЖНЕВОЇ МОНОТЕРАПІЇ ПАКЛІТАКСЕЛОМ У ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ Дмитренко К.О., Бондаренко І.М.	9
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИПИЩЕВОДНЫХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИИ Киркилевский С.И., Ганул В.Л., Лукашенко Л.В., Кондрацкий Ю.Н., Чорнобай Т.Н., Крахмалов П.С.	9
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБХОДНЫХ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДИСФАГИИ Кондрацкий Ю.Н.	10
ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПОЛТАВСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ Лукашенко В. Н., Корнеева Л.Л., Вовк О. Я.	10
ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАК ЖІНОЧИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ Мельниченко А.Ю.	11
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛОР ОРГАНАХ Пичкур И.М., Бойко И.С., Пелюховский С.В., Ищенко В.В., Куприян В.И., Косенко В.В.	12
СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГОРТАНИ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ (2003 – 2007 ГГ.) В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ Пичкур И.М., Косенко В.В., Куприян В.И., Пелюховский С.В., Калишенко А.А.	13
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ Пичкур И.М. Куприян В.И. Косенко В.В. Пелюховский С.В. Калишенко А.А.	13
ИТОГИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В КОМБИНАЦИИ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ОТДЕЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОЛТАВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА Пелюховский С.В., Пичкур И.М., Бойко И.С., Ищенко В.В., Куприян В.И., Косенко В.В.	14
ПРО НЕДОЛІКИ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ Протопопов А.О., Андрусенко О.П., Бубенова Л.С., Супрунець В.Л., Кулай А.С., Кучко С.В.	15
ОПТИМІЗОВАНІ ПІДХОДИ В ОНКОУРОЛОГІЇ ПО ЛІКУВАННЮ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКЕЛЕТНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ Скиба М.Я., Гончар С.В., Стеценко І.В., Литвиненко В.Є.	16
К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ Шелешко П.В., Савельев В.Н., Минько Э.А., Бойко И.С., Жукова Т.А., Яровой А.Ю.	17
О ПРОБЛЕМНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКА И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Шелешко П.В., Баштан В.П., Кравцова А.П., Литвиненко В.Є.	18
ЗНАЧЕННЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПІДХОДІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ Щепотін І.Б., Гайсенко А.В., Поліщук Л.З., Журбенко А.В.	18

ДЕЯКІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

Баштан В.П., Кравцова А.П., Гавловський А.Д., Корнєєв О.В., Кружилова, Н.Б., Гавловська А.Б., Гузенко В.І., Прауліна Т.А., Степанько В.М., Костяна Н.В......20

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ СИСТЕМНОЙ МОНОХИМИОТЕРАПИИ ЛИПОСОМАЛЬНЫМ ДОКСОРУБИЦИНОМ

Бахталовский В.В......22

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г., Заика А.Н.26

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Васько Л.М., Чернобай А.В., Корнєєва Л.Л., Югов В.К......29

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТРОФОБЛАСТИЧНУ ХВОРОБУ ВАГІТНОСТІ

Воробйова Л.І., Ціп Н.П.30

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Жукова Т.О., Чернобай А.В., Васько Л.М., Кривякова І.Є., Філіпас І.В.32

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЗОМЕТЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗОМ

Ковтун В.А., Баштан В.П., Лымарь Л.А.33

СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА 25-РІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ПОЛТАВСЬКОГО ОНКОДИСПАНСЕРУ

Кравцова А.П., Чернобай А.В., Лукашенко В.М., Фісенко В.М., Лимар Л.О., Пелюховський С.В., Ковтун В.О......36

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ИНТЕНСИФИКАЦИИ 1-й ЛИНИИ ТЕРАПИИ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО - ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ И РЕЦИДИВНЫМИ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Лукашенко В.Н., Гаевой К.В., Ковтун В.А......37

РАДИОВОЛНОВАЯ КОНИЗАЦИОННАЯ БИОПСИЯ КАК РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ РАННЕЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЗПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Луценко Н.С., Евтерева И.А., Гераскина Л.Р., Зварич Л.И., Писаренко Г.Ф......39

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЖІНОЧИХ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Ткачук Т.Є.41

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Седаков И.Е., Трухин Д.В., Бондарь А.В., Кобец Р.А.43

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Яковец Ю.И......46

М а т е р і а л и
н а у к о в о - п р а к т и ч н о ї к о н ф е р е н ц і ї
« Стандарти діагностики, лікування
та реабілітації в онкології»
25 - 26 червня 2008 р.
м . П о л т а в а

© Асєєв О.І., Бондаренко І.М.

**ВИКОРИСТАННЯ НЕЙРОННИХ МЕРЕЖ В ПРОГНОЗУВАННІ ЕФЕКТИВНОСТІ СИСТЕМНОЇ
ТЕРАПІЇ МЕТАСТАТИЧНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ В МЕНОПАУЗІ**

Асєєв О.І., Бондаренко І.М.

Дніпропетровська державна медична академія

Вступ

У сучасній онкології описують велику кількість чинників, що мають прогностичне значення в розвитку і перебігу раку молочної залози (РМЗ).

Мета роботи: Нами вивчалось питання про вплив різних прогностичних факторів на ефективність проведеної системної терапії (СТ), і можливості прогнозування результатів СТ у хворих з метастатичним РМЗ (МРМЗ) в менопаузі.

Матеріали і методи

Було проведено ретроспективне дослідження 165 постменопаузальних пацієнток з МРМЗ. Середній вік склав $60,59 \pm 9,27$ років, термін менопаузи – $12,62 \pm 8,12$ років. Хворі були розділені на дві групи. У першу групу було включено 80 жінок, які отримували гормонотерапію (ГТ) інгібіторами ароматази і антагоністами естрогену. Друга група складалася з 85 пацієнток, що отримували хіміотерапію (ХТ) таксанами в монорежимі. Показаннями до призначення ГТ були позитивний рецепторний статус до естрогену і прогестерону, наявність менопаузи. ХТ проводилася хворим на підставі стадії захворювання і поширеності процесу.

Результати оцінювалися за даними спіральної комп'ютерної томографії з використанням критеріїв RECIST.

Результати

Аналіз отриманих даних показав, що на результати проведеної терапії у хворих з МРМЖ в менопаузі достовірний вплив робили наступні чинники: сумарний діаметр пухлини на початку лікування, кількість маркерних вогнищ, кількість віддалених метастазів, наявність метастазів в печінці, кількість уражених лімфатичних вузлів, гістологічна градація пухлини, рецепторний статус, HER2-статус, період до прогресії після закінчення первинного лікування, вік, тривалість менопаузи. Використовуючи отримані дані, на базі нейронної мережі типу багатовимірний перцептрон побудована модель метастатичного раку молочної залози. При перевірці достовірності показані результати на рівні 75% вірних відповідей, що свідчить про достатньо високу ефективність розробленої нейронної мережі.

Висновки

Даний метод вірогідно дозволить прогнозувати ефективність системної терапії на початку лікування і допоможе обирати найбільш ефективний метод терапії для кожної пацієнтки індивідуально.

© Баштан В.П., Корнєєв О.В., Кравцова А.П., Литвиненко В.Є., Чорнобай А.В., Шелешко П.В.

ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТІВ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС КАФЕДРИ ОНКОЛОГІЇ УМСА

**Баштан В.П., Корнєєв О.В., Кравцова А.П., Литвиненко В.Є.,
Чорнобай А.В., Шелешко П.В.**

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Боротьба зі злоякісними пухлинами продовжує залишатися однією з найгостріших проблем сучасної охорони здоров'я. Щорічно в світі виявляється понад 10 млн. нових хворих. Україна за рівнем онкозахворюваності входить у першу десятку країн світу (160 – 180 тис. захворілих на рік). За такої динаміки захворюваності у 2020 р. кожен четвертий житель нашої країни може стати жертвою раку.

У ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» відповідно до межкафедральної програми з онкології всі навчальні теми з вивчення злоякісних пухлин передані на кафедру онкології, базою якої є Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер – багато профільний лікувальний заклад на 420 ліжок, оснащений сучасною лікувально-діагностичною апаратурою.

Навчально-методичне забезпечення кафедри відповідає вимогам, які ставить перед нами вища школа. Методичні рекомендації для студентів лікувального, стоматологічного факультетів, лікарів-інтернів і лікарів-курсантів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» складені з урахуванням останніх наукових досягнень, що стосуються етіології, патогенезу, клініки, діагностики та лікування злоякісних пухлин.

Знайомство з клінічною онкологією студенти медичного факультету УМСА починають з IV курсу, коли вперше приходять на кафедру онкології згідно з програмою вивчення факультетської терапії (6 годин практичних занять та 6 лекційних годин). На цьому етапі закладаються основи онкологічного мислення майбутніх лікарів і надається загальна інформація про необхідність дотримування певних стандартів обстеження і лікування онкологічних хворих. Детальне вивчення цих стандартів відбувається вже на V курсі (54 учбових годин), коли онкологія викладається систематизовано і розділ «Стандарти обстеження та лікування» є обов'язковою складовою всіх методичних розробок практичних занять по конкретним нозологічним одиницям. Закріплення отриманих знань, розширення онкологічного світогляду – VI рік навчання (36 годин). Наголошується, що загальний алгоритм обстеження всіх онкологічних хворих і детальний стандарт для відповідних локалізацій онкологічного процесу є законом і, відповідно, юридичною основою у взаємовідносинах лікар – хворий для вибору метода адекватного лікування цієї складної патології. Таким чином, це один із суттєвих елементів онкологічної деонтології, а стандарти лікування – логічне, осмислене продовження стандарту обстеження.

Колектив кафедри онкології вважає, що стандарти обстеження та лікування не являються еквівалентом і стандартом клінічного мислення, а лише гармонійним доповненням у роботі клініциста, тому формування справжнього фахівця – онколога – перманентний процес, який, зрозуміло, не завершується з отриманням останньої оцінки в заліковій відомості, а є тільки його початком. Так саме, і сьогоденні стандарти діагностики та лікування будуть удосконалюватися відповідно новим науковим досягненням.

Особлива увага закріпленню знань з розділу: «Стандарти діагностики та лікування онкологічних хворих» приділяється на заняттях з лікарями – інтернами які навчаються на кафедрі, але це з фахів «Клінічна онкологія», «Хірургія», «Акушерство та гінекологія», «Загальна практика – сімейна медицина». Зміст методичних розробок орієнтовано на стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих які затверджено Міністерством охорони здоров'я від 17.09.2007р. №554.

© Баштан В.П., Кравцова А.П., Лимар Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ПОЛІНЕОПЛАЗІЙ У ЖІНОК З УРАЖЕННЯМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Баштан В.П., Кравцова А.П., Лимар Л.О.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Полтава

Вступ

Рак молочної залози є найпоширенішою злоякісною пухлиною у жінок у всьому світі. Даній патології належить перше місце у більшості економічно розвинутих країнах Європи та Північної Америки. В Україні ця патологія також посідає перше місце. Кожна жінка, яка хвора на рак молочної залози, в середньому втрачає 17-18 років життя, що складає 53% від усіх втрат жіночої популяції в Україні. Сучасні досягнення хірургічного, комбінованого та комплексного лікування дозволили продовжити тривалість життя та безрецидивний період у хворих на рак. Але поряд з цим, збільшилися потенційні можливості виникнення другої, а іноді і третьої злоякісної пухлини в одному організмі.

Рак молочної залози, рак ендометрія, рак яєчників, рак товстої кишки складають синдром гормонально - асоційованого раку, одним із проявів яких є полінеоплазії. У 42,4 % рак молочної залози поєднується зі злоякісними пухлинами органів репродуктивної системи, у 37,5 % - зі злоякісними пухлинами шлунково-кишкового тракту.

Результати

За результатами нашого дослідження встановлено, що серед 12689 первинних хворих на рак молочної залози синхронні (одночасні) полінеоплазії були виявлені у 152 хворих (1,2%), а метакронні (послідовні) – у 385 хворих (3,0%). Найчастіше метакронні полінеоплазії молочної залози локалізувалися у репродуктивних органах (у 119 із 239 хворих, 50,2%) та травній системі (у 53 із 239 хворих, 22,6%). Інтервал між виникненням злоякісних пухлин при метакронних полінеоплазіях молочної залози в середньому становив $8,5 \pm 2,2$ року, вік хворих при встановленні раку молочної залози $54,4 \pm 3,1$ р., при встановленні другої первинної злоякісної пухлини в інших органах – $62,5 \pm 2,9$ р.

При порівнянні методів діагностики виявлено, що злоякісна пухлина молочної залози, як правило, виявлялася за допомогою клінічної, рентгенологічної, ультразвукового, цитологічного, морфологічного методів дослідження. Другу первинну злоякісну пухлину за допомогою найдоступніших, традиційних методів дослідження було складніше виявити. За нашими даними, у $21 \pm 1,9\%$ (40 із 239) хворих при обстеженні друга (метакронна) злоякісна була встановлена в третій або четвертій стадіях онкологічного процесу. Основною причиною запізнілого виявлення другої пухлини була відсутність клінічних симптомів та прихований перебіг хвороби (у $56,6 \pm 4,2\%$ пацієнтів).

Для формування груп підвищеного ризику з виникнення метакронних полінеоплазій проведено поглиблене морфологічне дослідження з визначенням мітотичного режиму та дослідження експресії рецепторів естрогену та прогестерону у пухлинній тканині при вперше встановленій злоякісній пухлині у молочної залози.

Таким чином, своєчасна діагностика, поглиблене клінічне обстеження та інтерпретація даних з урахуванням факторів ризику полінеоплазій у жінок з ураженням молочної залози, є запорукою своєчасного протипухлинного лікування, покращення якості життя. Це можливо тільки за умови активного пошуку первинно множинних злоякісних пухлин під час диспансеризації онкологічних хворих (протягом усього життя).

© Белозор Н.В., Бахталовський В.В., Таран О.А., Тешнер С.М., Кротченко Н.В.
УДК 616-006-085.849.11

МІСЦЕ НАДВИСОКОЧАСТОТНОЇ ГІПЕРТЕРМІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Харківський обласний клінічний онкологічний диспансер

Харківська медична академія післядипломної освіти

Белозор Н.В., Бахталовський В.В., Таран О.А., Тешнер С.М., Кротченко Н.В.

Вступ

Комплексне лікування хворих на рак із використанням передопераційної променевої терапії на фоні радіосенсибілізатора НВЧ-гіпертермії обґрунтовано радіобіологічними дослідженнями в експерименті. Загальна виживаність хворих на 20 – 25% краща після терморадіотерапії, більше половини хворих перебувають 10-річний термін спостереження, що ще раз підтверджує цінність гіпертермії як радіосенсибілізатора (Смоланка І.І. 2007).

Матеріали і методи

Було застосовано локальну гіпертермію, засновану на надвисокочастотну електромагнітному нагріванні за наступною методикою: перед кожним сеансом стандартного режиму променевої терапії проводили сеанс НВЧ-гіпертермії з прогріванням пухлинного конгломерату до $40 - 42^{\circ}\text{C}$. Джерелом термічного впливу були серійні терапевтичні НВЧ-апарати ЯХТА – 3 (Росія, 1986р.) і КЛМГ «РАДМИР» (Україна, 2003р.). Усі установки генерують електромагнітне випромінювання частотою 915 МГц, а КЛМГ «РАДМИР» додатково генерує електромагнітне випромінювання частотою 434 МГц, і укомплектовані терапевтичними випромінювачами для зовнішнього і внутрішнього нагрівання, а також системами термометрії. Апарат КЛМГ «РАДМИР» більш досконалий: він оснащений вбудованою поршневою системою примусового охолодження випромінювача, восьми каналним термометричним пристроєм, керування апаратом виконується за допомогою персонального комп'ютера та програмного забезпечення. Система охолодження в обох апаратах служить для запобігання наднагрівання поверхневих тканин, що стискаються безпосередньо з випромінювачем. Це дозволяє значно підвищувати вихідну потужність генератора, забезпечуючи, таким чином, адекватний прогрів більш глибоко розташованих тканин. Пристрій термометрії при цьому служить для контролю граничної температури на поверхні. Температуру в тканині вимірювали за допомогою голчастих (Яхта – 3) та оптоволоконних (КЛМГ «РАДМИР») датчиків до апаратів. Активна площа НВЧ-аплікатора перевищувала розміри пухлини на 2 см. Сеанс гіпертермії проводили в положенні «сидячи», «лежачи». Тривалість сеансу термотерапії була 60 хвилин.

Результати

За період декабрь 2005 года - май 2008 года в кабинете надвисокочастотной (НВЧ) гипертермии проведено 363 процедуры 101 пациентам, из них: грудная железа 29 пациенты 127 процедур, кожа – 7 пациента 22 процедур, прямая кишка – 19 пациенты 55 процедуры, простата – 1 пациент 11 процедур, мягкие ткани – 9 пациенты 24 процедуры, голова+шея - 36 пациенты 124 процедуры. Было отмечено улучшение эффекта промеевой терапии у 95% хворих на тлі НВЧ-гіпертермії у вигляді часткової регресії, у останніх спостерігалася стабілізація хвороби.

Висновки. НВЧ – гіпертермія поліпшує ефект променевої терапії у хворих із поширеними пухлинними ураженнями за різною локалізацією.

© Воробйова Л.І., Свінціцький В.С., Неспрядько С.В., Гончарук

ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІНВАЗИВНИЙ РАК ШИЙКИ МАТКИ

Воробйова Л.І., Свінціцький В.С., Неспрядько С.В., Гончарук І.В.

ДУ «Національний інститут раку» м. Київ, Україна

Вступ

Рак шийки матки (РШМ) займає друге місце в структурі онкогінекологічної захворюваності. РШМ - єдиний вид пухлини, захворюваність на яку мала стійку тенденцію до зниження з 22,6 до 17,6 на 100 тис., і зберігалась протягом 25 років. Однак за останні 7 років відмічено збільшення захворюваності і в 2006 році цей показник складав 18,9 (4764 вперше виявлених хворих) за даними Національного канцер-реєстра України. Крім того за останні роки відмічається збільшення захворюваності РШМ у жінок репродуктивного віку, які не встигли реалізувати генеративну функцію. Частота виявлення РШМ Т1 в стадії за даними різних авторів складає 45-50%. Виходячи з позицій якості життя збереження фертильності — одна з важливих вимог в лікуванні молодих жінок із злоякісними новоутвореннями. Стандартний спосіб лікування хворих РШМ Т1в — операція Вертгейма і/або променева терапія — призводять до втрати репродуктивної функції. В 1994 році професор Daniel Dargent (м. Ліон, Франція) розробив і виконав радикальну абдомінальну трахелектомію (РАТ). В теперішній час розроблено декілька методик РАТ, в т.ч. радикальна абдомінальна трахелектомія (Abu-Rustum NR, Ungar L, 2008), яка забезпечує необхідний радикалізм у хворих на інвазивний РШМ і дозволяє зберегти репродуктивну функцію у молодих пацієнток.

Мета роботи. Обґрунтувати можливість органозберігаючого лікування хворих на інвазивний рак шийки матки, які бажають зберегти репродуктивну функцію, шляхом виконання РАТ і оцінити безпосередні результати лікування.

Матеріали і методи

Нами використано спосіб хірургічного лікування хворих на РШМТ1в1 стадії— радикальна абдомінальна трахелектомія (РАТ). Основними етапами РАТ є: ретельна тазова лімфодисекція, абдомінальна екстирпація матки, проксимальна параметректомія, формування матково-вагінального анастомозу, що дозволяє зберегти репродуктивну функцію жінок фертильного віку, не втрачаючи радикалізму лікування.

Результати

Клінічні випробування РАТ проведені у відділі онкогінекології ДУ «Національний інститут раку» при лікуванні хворих на РШМ Т1в1 стадії репродуктивного віку.

З 2006 року хворим на РШМ Т1в1 фертильного віку, які бажали зберегти фертильність, було застосоване хірургічне лікування в обсязі РАТ. За даною методикою проведено хірургічне лікування у 7 хворих. Критеріями ефективності запропонованого методу були: відсутність ознак продовження хвороби, відновлення менструальної функції, збереження репродуктивної функції. РАТ включала здухвинну лімфодисекцію з терміновим інтраопераційним гістологічним дослідженням лімфатичних вузлів і гістологічних зрізів із шийки матки. В усіх випадках була гістологічно підтверджена плоскоклітинна карцинома. На етапі попереднього лікування виконувалась діатермокоагуляція шийки матки у 3 пацієнток. Дві пацієнтки із 7 мали дітей. Післяопераційний період у однієї хворої ускладнився утворенням лімфокісти, яка регресувала після консервативного лікування. Перший досвід проведення РАТ позитивний: час проведення операції складав — 130 ± 15 хв, крововивтрата менша ніж при операції Вертгейма, в середньому — 200 ± 50 мл. Післяопераційний період був без ускладнень. Середній ліжкодень складав — 12 ± 2 дні. За час спостереження рецидивів захворювання не виявлено. Найбільший термін спостереження 25 міс. В усіх хворих відновився менструальний цикл.

Висновки

Перший досвід виконання РАТ свідчить про те, що це ефективний метод лікування хворих на РШМ Т1в1 репродуктивного віку, дозволяє зберегти репродуктивну і менструальну функції і дає можливість покращити психоемоційний стан і якість життя жінок.

© Воробьева Л.И., Турчак А.В.

РЕЦИДИВЫ РАКА ВУЛЬВЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Воробьева Л.И., Турчак А.В.

ГУ «Национальный институт рака», г. Киев

Рецидив значительно чаще, чем не излеченная первичная опухоль является основной причиной смерти больных от рака вульвы (РВ).

Целесообразно, с клинической точки зрения, выделять следующие варианты течения рецидивов РВ.

1. Местный рецидив - рецидив, возникший в области удаления первичной опухоли, области вульвэктомии.
2. Вторым за частотой возникновения вариантом является рецидив, возникший в области локализации паховых лимфатических узлов и являющихся регионарными для данной локализации.
3. Регионарные метастазы - метастазы, возникшие в пахово-подвздошной области, в случаях, когда лимфаденэктомия по какой-либо причине не выполнялась.
4. К рецидивам заболевания можно отнести и отдаленные метастазы, если время их возникновения укладывается в отведенный временной промежуток.

Лечение рецидивов РВ, как, впрочем, и рецидивов других локализаций рака, является сложной проблемой и зачастую носит палиативный характер. Методы их лечения можно разбить на несколько вариантов.

Традиционные

- хирургические (как правило, в комбинации с другими методами противоопухолевого воздействия);
- палиативные (химиолучевое);

Альтернативные методы противоопухолевого воздействия

(криодеструкция, лимфотропная, эндолимфатическая, интратуморальная химиотерапия).

Совершенно очевидно, чем раньше выявлен рецидив, тем более успешный и радикальный метод выбора остается в распоряжении клинициста для его терапии.

Профилактика.

К профилактическим мерам можно отнести выбор адекватного объема оперативного вмешательства, что подразумевает обязательное выполнение расширенных операций при местнораспространенных формах заболевания и применение нео-и адьювантных методов при наличии неблагоприятных факторов прогноза.

Выводы

Механизмы развития рецидивов РВ множественны и имеют некоторые особенности, не характерные для других локализаций рака. Проблема профилактики рецидивов носит системный характер - от момента правильной постановки диагноза, до выбора комплекса реабилитационных мер после выписки из стационара.

© Гончарук І.В., Воробйова Л.І., Югрінов О.Г.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З РЕЦИДИВАМИ І МЕТАСТАЗАМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Гончарук І.В., Воробйова Л.І., Югрінов О.Г.

ДУ « Національний інститут раку» м.Київ, Україна

Вступ

Рак шийки матки (РШМ) входить до числа найбільш поширених злоякісних новоутворень. Актуальність складної і багатопланової проблеми РШМ обумовлена високою захворюваністю і незадовільними результатами лікування. Від прогресування основного захворювання від 30 до 45% хворих помирають в перші 5 років. Прогноз у хворих з рецидивами і метастазами РШМ вкрай несприятливий: до одного року після їх виникнення доживають тільки 10-15% хворих, а при паліативному і симптоматичному лікуванні тривалість життя вимірюється місяцями. Поряд із застосуванням системної хіміотерапії представляється перспективним застосування нових технологій в лікуванні рецидивів РШМ, а саме внутрішньоартеріальної (селективної) поліхіміотерапії (ВАПХТ). Доклінічні дослідження показали, що додавання до стандартної хіміотерапії препаратів із групи інгібіторів циклооксигенази- 2 (ЦОГ- 2) може потенціювати протипухлинний ефект хіміотерапії. Визначення якості життя є одним із важливих критеріїв оцінки ефективності лікування в онкології. Якість життя — другий за значенням критерій оцінки результатів протипухлинної терапії після виживаності і є більш важливим ніж первинна «пухлинна відповідь».

Мета роботи — підвищити ефективність лікування хворих з рецидивами і метастазами РШМ шляхом використання поліхіміотерапії та інгібіторів ЦОГ-2, та покращити якість їх життя.

Матеріали і методи

Селективна ВАПХТ застосована при лікуванні тазових рецидивів РШМ у 11 хворих, які раніше отримували комбіноване лікування (8 хворих) або сполучено-променевою терапією (3 хворих), середній вік яких складав - 37 років. Плоскоклітинний РШМ гістологічно підтверджено у 10 хворих, у однієї пацієнтки верифіковано світлоклітинний рак. В умовах рентгеноопераційної трансфеморальним доступом проводили катетеризацію однієї із тазових артерій (а.а. pudenda interna, obturatorius, presacralis) в залежності від розташування первинного рецидива). Характер неоваскуляризації в пухлині оцінювали при агіографічному дослідженні. Катетер встановлювали на 3 дні, інфузії цитостатиків проводили щоденно за допомогою дозатора в таких дозах: цисплатин - 75 мг/м², циклофосфан - , 600 мг/м², 5- фторурацил - 1000 мг/м², при плоскоклітинних карциномах додавали блеоцин - 45 мг/м². Після закінчення циклу ВАПХТ проводили повторне агіографічне дослідження і видаляли катетери. Крім того призначали інгібітор ЦОГ- 2 целекоксіб по 400 мг двічі на добу. Системна ПХТ застосовувалась при лікуванні 10 хворих з віддаленими метастазами РШМ. Курси ПХТ проводили кожні три тижні. Циторедуктивний ефект оцінювали через 10-14 днів після лікування. Для визначення якості життя застосовували опитувальник SF 36.

Результати

Клінічно тазові рецидиви проявлялись щільними, болісними інфільтратами, які розповсюджуються на параметральний простір до тазової кістки — у 9 хворих, в культі вагіни — у 2 пацієнток. Віддалені метастази виявлено в легенях — у 2 пацієнток, в печінці - у 1, в парааортальних лімфатичних вузлах — у 5 , в надключичних — у 2. Серед клінічних симптомів всі хворі відмічали біль різного ступеня інтенсивності, слабкість. Дизуричні явища були у 5 хворих, біль в нижніх кінцівках — у 4, біль в попереку — у 5, набряки нижніх кінцівок у 4 хворих. При УЗД виявлено ознаки гідронефрозу у 8 пацієнток. Всі хворі відмічали зменшення або зникнення болю через 10-14 днів після 1-го циклу ВАПХТ. Встановлено, що у хворих, якість життя яких до початку лікування була вище, результати лікування були кращими.

Висновки

Системна ПХТ і селективна ВАПХТ дозволяють стабілізувати пухлинний процес, зменшити больовий синдром, що суттєво покращує якість життя хворих на рецидивний і метастатичний РШМ. Оцінка якості життя хворих з рецидивами і метастазами РШМ має прогностичне значення.

© Дмитренко К.О., Бондаренко І.М.

УСКЛАДНЕННЯ ЩОТИЖНЕВОЇ МОНОТЕРАПІЇ ПАКЛІТАКСЕЛОМ У ХВОРИХ НА МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Дмитренко К.О., Бондаренко І.М.

Дніпропетровська державна медична академія

Мета дослідження: порівнювальний аналіз побічних дій у двох когортах хворих на метастатичний рак молочної залози (МРМЗ), яким проведене лікування паклітакселом в дозі 80 мг/м² щотижнево терміном до 24 тижнів, та в такій же дозі без лімітування терміну терапії до прогресування захворювання.

Матеріали і методи

128 хворих, поділених на 2 групи, - 61 і 67 хворих. Загальна доза, яка отримана кожною хворою перевищувала стандартну (рекомендовану) дозу - 175 мг/м² одноразово - в середньому на 49%.

Результати

Незважаючи на це, перериви в лікуванні, зниження щотижневої запланованої дози або відкладення ін'єкції не було частіше ніж у 7% хворих на МРМЗ з обох груп. Значного погіршення якості життя не виявлено. Частотність реакцій гіперчутливості була у двох групах тотожною і не більше 2% (премедикація використовувалася одна й та ж для обох груп). Клінічно значних (аж до 3-4 ступеню) реакцій токсичності ні в одному випадку не спостерігалось. У декількох хворих (8% з першої групи і 2% - з другої) стандартної премедикації було не досить. Використовувалися антимієтики, анальгетики, антигістамінні згідно з необхідністю. Стан був розцінений як 3 ступінь гіперчутливості. Нейтропенія 4 ступеню взагалі не перевищувала 4% і була однаковою для двох груп: цифри падіння нейтрофілів були найнижчі в 1 групі ($0,77 \times 10^9/\text{л}$) і в 2 групі ($0,61 \times 10^9/\text{л}$). Основним проявом нейротоксичності була сенсорна нейропатія I і II ступеню у 77,8% хворих. Кореляційний аналіз хворих в обох групах показав, що різниці у частоті побічних дій немає. Наприклад, в порівнянні залежності від віку (до і після 65 років): гематологічні ускладнення у хворих в обох групах виникали з однаковою частотою – нейтропенія до 65 років у 23%, а після 65 років – у 59%, лейкопенія – у 10% й 31%, тошнота – 20% і 38%. Ці дані вказують на приблизно рівну адекватність обох схем лікування по профілю токсичності.

Висновки

Монотерапія паклітакселом при його щотижневому застосуванні є ефективною і безпечною схемою лікування МРМЗ. Збільшення тривалості хіміотерапії понад 24 тижні дещо підвищувало частоту ускладнень лікування. Вирішення питання про необхідність продовження лікування в таких випадках повинно базуватись на співставленні токсичності з відповіддю пухлини на лікування за даними комп'ютерної томографії.

© Киркилевский С.И., Ганул В.Л., Лукашенко Л.В., Кондрацкий ЮН., Чорнобай Т.Н., Крахмалов П.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИПИЩЕВОДНЫХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИИ

Киркилевский С.И., Ганул В.Л., Лукашенко Л.В., Кондрацкий ЮН., Чорнобай Т.Н., Крахмалов П.С.

Отделение торакальной онкологии ГУ "Национальный институт рака" МОЗ Украины

Внутрипищеводные саморасширяющиеся стенты в последние годы широко применяются в лечении больных раком пищевода и кардии. Показания к их применению: а) дисфагия и/или пищеводные свищи при неоперабельных опухолях пищевода и кардии; б) дисфагия и/или пищеводные свищи из-за распространения на пищевод опухолей смежных органов; в) осложнения радикальных операций – несостоятельность пищевода анастомоза, стриктура пищевода анастомоза.

С 2002 по 2007 гг. стенты установлены 167 больным. Рак пищевода был у 46,8 % пациентов, рак кардии желудка - у 34,0 %. рак легкого – у 7,9 %, первичные или метастатические опухоли средостения - у 4,2 %, др. - у 7,1 %. По поводу дисфагии различной этиологии агентирование проведено 121 пациенту, по поводу свищей (в т.ч. при несостоятельности анастомозов) - 46 пациентам. Всем больным были установлены стенты украинского производства (МЦ «ЭндоМед»), изготавливаемые из Z-образной стальной пружины, имеющие покрытие из политетрафторэтилена. Длина стентов колебалась от 8 до 20 см, но наиболее часто применяли стенты длиной 14 см. Установку стентов большинству пациентов проводили под прямым рентгеноскопическим контролем. Семи больным стенты были установлены субоперационно. Функциональные результаты лечения хорошие, даже у больных

со свищами. Средняя продолжительность и медиана жизни больных раком пищевода: при стентировании по поводу дисфагии, соответственно, 4,0 и 3,0 мес., при свищах - 4,8 и 3,5 мес.

© Кондрацкий Ю.Н.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБХОДНЫХ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДИСФАГИИ

Кондрацкий Ю.Н.

Отделение торакальной онкологии ГУ «Национальный институт рака» МОЗ Украины

Цель исследования: Разработать эффективный способ устранения дисфагий у больных раком желудка с переходом на пищевод.

Материалы и методы

За период с 2005 по 2007 гг. мы наложили обходные анастомозы 30 пациентам. У всех пациентов была дисфагия 3-4 степени. У большинства больных раком желудка с переходом на пищевод опухоли представляли собой огромные неподвижные опухолевые конгломераты. Практически у всех пациентов имелись множественные отдаленные метастазы. Контрольную группу составили пациенты со сходными показателями, которым проводилась только химиотерапия.

Результаты

Послеоперационные осложнения в виде несостоятельности швов анастомоза мы наблюдали у одного пациента (3,3%). Послеоперационная летальность равна нулю. Все пациенты на 5-е сутки питались кашеобразной пищей. Всем пациентам проводилась послеоперационная химиотерапия. Средняя продолжительность жизни составила 6,7 мес. В контрольной группе – 3,1 мес.

Выводы

Использование обходных пищеводно-кишечных анастомозов у больных раком желудка с переходом на пищевод является относительно безопасным, высокоэффективным методом устранения дисфагий.

© Лукашенко В. Н., Корнеева Л.Л., Вовк О. Я.

ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПОЛТАВСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Лукашенко В. Н., Корнеева Л.Л., Вовк О. Я.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер, г. Полтава, Украина

Введение

Лечение колоректального рака остается актуальной проблемой в онкологии, так как по-прежнему занимает ведущее место в причинах смертности от злокачественных образований. Несмотря на значительные достижения онкологической науки и практики, частота осложнений и летальность после радикальных и полиативных операций остаются высокими. До нынешнего момента хирургический метод лечения колоректального рака является основным.

Совершенствование хирургической техники позволило значительно повысить операбельность и существенно снизить частоту возникновения послеоперационных осложнений, летальность и улучшить функциональные результаты лечения. Но, несмотря на это, пятилетняя выживаемость при сугубо хирургическом лечении рака прямой и ободочной кишки, стабильно держится на уровне около 50%.

Материалы и методы

Предметом данного сообщения является опыт клиники г. Полтавы по лечению колоректального рака, в сравнительной характеристике за последние 6 лет (1999-2005гг.) Всего за этот период выполнено 1497 радикальных операций по поводу колоректального рака, в том числе 914 при раке прямой кишки и 556 при раке ободочной кишки.

Самая обширная группа больных представлена возрастом 60-69 лет, что составляет 41,7 %, а общее количество больных старше 60 лет, подвергшихся радикальному лечению - 61 %.

При раке ободочной кишки выполнялись общепринятые стандартные операции: ПГКЭ, ЛГКЭ, резекция сигмовидной и поперечноободочной кишки. Что касается хирургического лечения рака прямой кишки, в настоящее время брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по Кеню-Майлсу мы выполняем только при локализации опухоли в анальном канале или инвазии процесса в сфинктер. Во всех остальных случаях предпочтение отдаем сфинктеросохраняющим брюшно-анальным резекциям по Свенсону, Дюамелю, переднюю резекцию в зависимости от локализации процесса и отделам прямой кишки. Операция Гартмана выполнялась лицам старческого возраста с выраженной соматической патологией.

Осложнения, которые наблюдались в послеоперационном периоде, мы условно разделили на «соматические» и «внутрибрюшные». В структуре этих осложнений еще до недавнего времени преобладали гнойно-септические, что в свою очередь четко прослеживается при сравнительном анализе показателей количества осложнений.

Результаты

Из 556 больных в период с 1999 года по 2002 год после радикальных операций на ободочной кишке выше указанные осложнения возникли в 23 больных (4,1%), умерло 11 больных (1,9%). За последние 3 года количество осложнений, в том числе гнойно-септических, значительно снизилось, что в свою очередь привело к резкому уменьшению послеоперационной летальности. Из 230 радикальных операций на ободочной кишке в период с 2003 года по 2005 год, такие осложнения возникли у 7 больных (3%). Аналогичная тенденция видна при анализе радикального хирургического лечения рака прямой кишки.

С 1999 года по 2002 год выполнено 568 операций. Осложнения наблюдались у 90 больных (15,8%), преобладающими из которых был некроз низведенной кишки, нагноения послеоперационных ран и абсцедирование брюшной полости у 73 больных (81%), у остальных 17 больных (18,8%) в послеоперационном периоде имели место явления острой сердечно-сосудистой недостаточности. Умерло после проведения радикального хирургического лечения 12 больных (2,1%). За период с 2003 года по 2005 год прооперировано 346 больных, из числа которых послеоперационный период осложнился гнойно-септическими процессами у 30 больных (8,6%), у 3 больных (0,6%) возникли явления острой сердечно-сосудистой недостаточности, у 1 больного (0,2%) явление ранней спаечной кишечной непроходимости. Всего умерло после радикального хирургического лечения 8 больных (2,3%).

Выводы

Причину столь значительного снижения частоты осложнений и за счет этого летальности, прежде всего мы видим в росте профессионального уровня хирургической техники, отработки внедренных методик, длительного опыта выполнения данных операций, качественного анестезиологического пособия и интенсивной терапии, улучшении медикаментозного обеспечения в до и послеоперационном периоде.

© Мельниченко А.Ю.

ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА РАК ЖІНОЧИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ

Мельниченко А.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика м.Київ

Вступ

Загально відомо, що проблема онкології давно вийшла за межі однієї країни і носить глобальний характер.

Профілактика і рання діагностика злоякісних новоутворень є найважливішою соціально-біологічною проблемою. Незважаючи на широкий спектр досліджень фону, на якому найчастіше виникає рак, деякі питання залишаються не вирішеними. Серед них особливу увагу привертає вивчення схильності до розвитку раку і оцінки індивідуального ризику виникнення онкологічної патології, що у теперішній час являє собою пріоритетний напрям досліджень в онкології.

Результати

Проведене генетико-популяційне дослідження 51 хворих на дисплазію шийки матки встановило, що онкологічна патологія спостерігалась у родичів пробандів у 22 (42%) родоводах, в яких, у пробандів виявлено 47 злоякісних пухлин різного генезу.

Серед родичів I ступеня спорідненості злоякісні пухлини були виявлені у 32,1% матерів, 30,4% батьків, 17,1% сестер, 15,1% братів, 2,5% дітей. Серед них найчастішою патологією був рак тіла матки (РТМ)- 20%, рак шийки матки (РШМ)-15%, рак шлунку (РШ)- 15,3%, рак легень (РЛ)- 11,4%, рак шийки матки (РМЗ) – 8,9%. Рідше, спостерігались рак товстої кишки (РТК) – 2,8% і рак яєчників (РЯ) – 2,7%. Загалом, кількість злоякісних пухлин органів репродуктивної системи у родичів пробандів складала 31,6%, не враховуючи РШМ у пробандів. Деяку меншу кількість (29,5%) складали у родоводах злоякісні пухлини шлунково-кишкового тракту.

Одержані результати стали підґрунтям для проведення порівняльного аналізу результатів клініко-генеалогічного обстеження хворих на дисплазію шийки матки, як фону, на якому виникає РШМ, і практично здорових жінок. Визначення у родоводах, об'єжених на онкологічну патологію, злоякісних пухлин жіночої репродуктивної системи і переважання серед родичів з онкологічною патологією матерів і батьків дозволило підтвердити спадковий характер РШМ.

Порівняльний аналіз клінічних даних у хворих з фоновою патологією у родоводах і без такої показав наступне. У хворих з дисплазіями шийки матки з онкологічною патологією в родоводах виявлені деякі клінічні особливості: так на 9,8 % було більше хворих у яких мали місце пологи великим плодом і в анамнезі у яких було більше 3 абортів на 12,6%.

Висновки

В зв'язку з вище викладеним, є доцільним проведення на базі онкологічних диспансерів медико-генетичного консультування хворих на рак жіночих репродуктивних органів та їх родичів для визначення родин з локалізацією пухлин різних органів, оцінки величини індивідуального ризику розвитку раку у родичів пробанда із подальшим поглибленим обстеженням і моніторингом здоров'я пацієнтів і формування даних для сімейного канцер-реєстру.

Даний підхід дозволить економічно використовувати дорогу діагностичну техніку, бо обстежуваний контингент жінок досить обмежений і буде відібраний на основі науково обґрунтованих критеріїв формування груп онкологічного ризику. Клініко-генетичний моніторинг за групами ризику дозволить здійснювати профілактику у вигляді своєчасного лікування фонової та передракової патології та відповідних рекомендацій щодо корекції способу життя, харчування тощо.

Реєстр ракових родин на базі онкологічного диспансеру може бути інформаційною базою даних щодо спадково обумовлених форм раку у даному регіоні, а також використовуватись для профілактики, діагностики і лікування онкологічних захворювань.

© Пичкур И.М., Бойко И.С., Пелюховский С.В., Ищенко В.В., Куприян В.И., Косенко В.В.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛОР ОРГАНАХ

*Пичкур И.М., Бойко И.С., Пелюховский С.В.,
Ищенко В.В., Куприян В.И., Косенко В.В.*

Полтавский областной клинический онкологический диспансер

Введение

Тяжелое длительное заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, значительно перестраивают личность онкологического больного и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни [2,3,4] (Березкин Д.П., 1979; Герасименко В.Н. и соавт. 1988; Напалков Н.П., 1979)

Поэтому целью нашего исследования было изучение психоэмоционального состояния онкологических больных на разных этапах лечения в Полтавском областном клиническом онкологическом диспансере (ПОКОД).

Материалы и методы

Объектом исследования были 45 онкологических больных, находящихся на стационарном лечении в отделении опухолей головы и шеи ПОКОД. Для изучения психоэмоционального состояния онкологических больных была использована методика Бажина Е.Ф., Гнездилова А.В. [1] (Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., 1979)

Результаты

Установлена прямая зависимость между тяжестью психоэмоциональных реакций, выявленных до операции, и осложнениями послеоперационного периода. Наиболее сильная психоэмоциональная реакция у 45 обследуемых больных была выражена на этапе поступления в онкологический диспансер, несколько снижаясь на предоперационном этапе. На этапе поступления в онкодиспансер реакция тяжелой степени была выражена у 27 (60%) больных. Больные были удручены нарушением функции голосообразования, афонией, нарушением носового дыхания, у 12-х больных наблюдалась агрессивность, которая выражалась в раздражительности и многочисленных повышенных требованиях. Реакция средней степени тяжести наблюдалась у 15 (33,5%) больных. У них отмечалась осторожность, мнительность, болезненные переживания. У 3 (6,6%) – легкая степень тяжести, что характеризовалось сдержанностью, повышенной чувствительностью.

На послеоперационном этапе степень выраженности всех отрицательных переживаний больных резко снижалась. Для большинства из них операция являлась временным психологическим облегчением состояния. Легкая степень наблюдалась у 33 (63%) больных, средняя – у 12 (25%), а тяжелая – у 5 (12%).

Легкая степень проявлялась чувством тревоги за успех проведенной операции, страхом перед осложнениями. Средняя степень выражалась неуверенностью, наладятся ли нарушенные оперативным вмешательством функции организма, вялостью. При тяжелой степени было резко выражено недовольство результатами операции. Больных раздражал плохой уход, возможность инвалидизации, сожаление о том, что дали согласие на операцию, утверждая, что были введены врачом в заблуждение относительно особенностей оперативных вмешательств. У них была выражена боязнь афонии, нарушением голосообразования, наличием трахеостомы и постоянного канюленосительства, боязнь повторной операции.

В половых различиях выявлена тенденция к усилению психоэмоциональных реакций у женщин – в 80% случаев и только в 20% у мужчин.

Исследования показали прямую зависимость между степенью калечащей операции, которая определялась местом поражения, и выраженностью психоэмоциональных расстройств.

Таким образом, у всех онкологических больных с поражением ЛОР органов имеются различной степени выраженности психоэмоциональные расстройства, что необходимо учитывать при проведении индивидуальной психокоррекции.

© Пичкур И.М., Косенко В.В., Куприян В.И., Пелюховский С.В., Калишенко А.А.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ГОРТАНИ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ (2003 – 2007 ГГ.) В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Пичкур И.М., Косенко В.В., Куприян В.И., Пелюховский С.В., Калишенко А.А.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер

Под нашим наблюдением за период 2003-2007 гг. в ПОКОД находилось 475 больных со злокачественным заболеванием гортани, из них 2003г. – 94ч., 2004г. – 105ч., 2005г. – 106ч., 2006г. – 78ч., 2007г. – 92ч..

По Полтавской области, в г. Полтава за весь период диагностировано 73 случая; г. Кременчуг – 70; Лубенский р-он – 25; Лохвицкий р-он – 24; Гадячский р-он – 22; Зеньковский р-он – 19; В. Багачанский р-он – 18; Миргородский р-он – 18; Глобинский р-он – 17; Кобеляцкий р-он – 17; Полтавский р-он – 15; Н. Санжарский р-он – 13; Кременчугский р-он – 13; Карловский р-он – 12; Семеновский р-он – 11; Оржицкий р-он – 10; Пирятинский р-он – 10; г. Комсомольск – 10; Гребенковский р-он – 9; Хорольский р-он – 9; Чутовский р-он – 9; Шишацкий р-он – 9; Чернухинский р-он – 8; Козельщанский р-он – 8; Решетилowski р-он – 7; Машевский р-он – 6; Дыканский р-он – 5; г. Котельва – 5; Котелевский р-он – 3.

У женской половины населения данное заболевание было установлено в 19 случаях, что составляет 4% от общего количества.

По возрастным категориям, до 60 лет, рак гортани выявлено в 2003г. – 38ч. (40,4%); 2004г. – 50ч. (47,6%); 2005г. – 49ч. (46,2%); 2006г. – 36ч. (46,1%); 2007г. – 48ч. (52,1%).

Для установления диагноза кроме анамнеза и объективного обследования проводилось комплексное лабораторное, инструментальное, рентгенологическое, в том числе КТ, эндоскопическое, цитологическое и патогистологическое исследование

По патогистологическому исследованию основная масса заболеваний принадлежит плоскоклеточному раку гортани - 98,7%.

Клинические проявления рака гортани в большинстве случаев проявляются длительной (более 1 мес.) охриплостью и значительным ослаблением голоса, затрудненное дыхания, временами очень выраженное, что приводит к наложению срочной трахеостомы в urgentном порядке, длительная болезненность в горле и др..

Выявляемость рака гортани у первичных больных с Т3 – Т4 ст. за 2003г. составило 57 случаев (60,6%); 2004г. – 72 (68,5%); 2005г. – 77 (72,6%); 2006г. – 56 (71,7%); 2007 – 65 (70,6%).

Из больных, выявленных с раком гортани в период с 2003г. по 2007г. включительно, в этот промежуток времени умерло 236 человек, что составляет 49, 6% от общего количества.

Выводы:

1. раком гортани в большинстве случаев болеет мужское население;
2. отмечается рост заболевания у лиц работоспособного возраста;
3. сохраняется низкий уровень диагностики при проф. осмотрах, что приводит к высокому проценту выявления заболевания на поздних стадиях.

© Пичкур И.М. Куприян В.И. Косенко В.В. Пелюховский С.В. Калишенко А.А.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Пичкур И.М. Куприян В.И. Косенко В.В. Пелюховский С.В. Калишенко А.А.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер

Постоянно меняющаяся экологическая и радиационная обстановка способствуют росту заболеваний щитовидной железы. По данным ВОЗ, за последние годы заболеваемость раком щитовидной железы в мире удвоилась, главным образом за счет заболевания лиц молодого и среднего возраста. Одним из основных вопросов в онкологии является вопрос взаимодействия рака щитовидной железы с фоновыми процессами. Заболеваемость раком щитовидной железы в 2007 году по Полтавской области составила 5,3 на 100 тыс. (по Украине 5,2), запущенность 27,0% (Украина 19,1%). Население Полтавской области составляет 1609400 человек. За последние 3 года в области впервые выявлено 265 больных раком щитовидной железы (в 2005 году - 88 больных, в 2006-87, в 2007г.-90), из них мужчин-35 (13,2%), женщин-230(86,2%).

возраст	мужчины	женщины
20-29 лет	27,2%	12,6%
30-39лет	45,4%	18,9%
40-49лет	18,%	21,5%
50 и более	9,1%	46,8%

Заболеваемость по районам области: Полтавский-17,3%, Кременчугский-23,0%, Комсомольский—13,9%, Лубенский-10,9%, Пирятинский-6,0%, Миргородский-2,8%, Глобинский и Гребенковский-2,6%, Котелевский, Семеновский и Ново-Санжарский-1,5%, Хорольский, Козельщанский, Оржицкий, Карловский, Чернухинский и Лохвицкий-1,1%, Шишацкий, Машевский, Диканьский-0,9%.



Выводы :

- 1) в последние годы заболеваемость раком щитовидной железы увеличивается за счет лиц молодого и среднего возрастов,
- 2) заболеваемость выше у жителей промышленных районов,
- 3) для раннего выявления и диагностики заболеваний рекомендовано проведение УЗИ щитовидной железы не реже 2-х раз в год.

© Пелюховский С.В., Пичкур И.М., Бойко И.С., Ищенко В.В., Куприян В.И., Косенко В.В.

ИТОГИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ В КОМБИНАЦИИ С ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВЫ И ШЕИ В ОТДЕЛЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ ПОЛТАВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

**Пелюховский С.В., Пичкур И.М.,
Бойко И.С., Ищенко В.В., Куприян В.И., Косенко В.В.**

Полтавский областной клинический онкологический диспансер

Отделение опухолей головы и шеи при Полтавском областном клиническом онкологическом диспансере на 48 коек было основано в 1983 году. В отделении проводятся оперативные вмешательства на ЛОР органах, на верхней и нижней челюсти, полости рта, щитовидной железе и мягких тканях головы, лица и шеи.

С 1983 года по 2007 год в отделении на лечении находилось 18505 больных с различными опухолевидными образованиями головы и шеи, из них 16290(88,0%) больных было со злокачественными опухолями. Из них было прооперированно 10925(67,1%) больных.

Операций на гортани было проведено у 570(5,2%) больных, на щитовидной железе у 1180(10,8%) больных, на органах полости рта у 540(4,9%) больных, на слюнной железе у 248(2,2%) больных и раке кожи у 1659(15,1%) больных. Послеоперационная летальность составила 0,2%. Удельный вес больных, получивших комплексное и комбинированное лечение составил 48,7%.

Кроме вышеперечисленных оперативных вмешательств большую группу составляют операции с катетеризацией магистральных артерий для введения полихимиотерапии непосредственно к опухоли.

Катетеризация наружной височной артерии при опухолях верхней челюсти с целью введения полихимиотерапии была проведена у 185(1,8%) больных. Перевязка наружной сонной артерии при резекции верхней челюсти была проведена у 134(1,3%) больных.

Катетеризация язычной артерии при распространенном раке языка, корня языка с метастазированием в подчелюстные лимфоузлы, лимфоузлы дна полости рта – была проведена у 268(2,7%) больных. Катетеризация лицевой артерии при раке нижней губы и поражении мягких тканей лица была произведена у 125(1,1%) больных.

Данные операции были проведены с целью внутриартериального введения химиопрепаратов в опухоль. Назначались следующие препараты: 5-фторурацил, цисплатина, метатрексат, блеомицин, доксорубицин. Полихимиотерапия назначалась в зависимости от гистологической структуры опухоли и степени ее дифференциации.

Морфологическая верификация опухолей полости рта составляет 92,2%, гортани – 88,3%, щитовидной железы – 91,5%.

Все это позволило снизить летальность до года в этих нозологических единицах до 15,8% при раке полости рта, до 20,0% при раке гортани, до 7,7% при раке щитовидной железы.

Таким образом, внутриартериальное введение полихимиотерапии при радикальных операциях при опухолях головы и шеи позволяет снизить летальность в среднем на 21,3%.

© Протопопов А.О., Андрусенко О.П., Бубенова Л.С., Супрунець В.Л., Кулай А.С., Кучко С.В.

ПРО НЕДОЛІКИ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

*Протопопов А.О., Андрусенко О.П., Бубенова Л.С.,
Супрунець В.Л., Кулай А.С., Кучко С.В.*

Волинський обласний онкологічний диспансер

Вступ

Відомо, що вибір лікувальної тактики у курабельних онкологічних хворих має на меті дати пацієнтам максимальний шанс на стійке одужання. В цьому плані стандартизація методів лікування, яка ґрунтується на позитивному світовому досвіді, дозволяє якнайкраще вирішити цю проблему. Нині на теренах України діють уніфіковані Протоколи надання онкологічної допомоги населенню за спеціальністю "онкологія", котрі базуються на досягненнях Національного Інституту раку та рекомендаціях Європейського товариства медичної онкології (E8MO). Вони містять порядок і сукупність усіх видів необхідної медичної допомоги онкохворим, ефективність яких науково доведена і економічно виправдана.

Разом з тим, досвід показав, що не усім онкологічним хворим можна провести лікування згідно стандартних технологій. На заваді цього стає вік пацієнтів, супутня патологія, ускладнення спеціальних методів лікування (стійкі лейкопенії, променеві ураження), або відмова хворих від лікування. Не останню роль відіграють і матеріальні нестатки хворих. Природньо, що все це негативно відображається на показниках дорічної летальності і 5-річної виживаності онкохворих, котрі розглядаються загалом, а тому лише частково характеризують стан і ефективність надання онкологічної допомоги населенню.

Мета роботи: вивчити недоліки стандартного лікування хворих на злоякісні новоутворення шлунково-кишкового тракту і намітити шляхи їхнього усунення.

Матеріали та методи

Матеріал і методи стосуються 480 первинних хворих на рак шлунку (РШ), ободової і прямої кишок, які в 2007 році знаходились на обстеженні в обласному онкодиспансері, або в інших лікувальних закладах області. Серед них I-II стадії захворювання зареєстровані у 276 (57,5%), III ст. - 71 (14,8%), IV ст. - * 133 (27,7%). Вже на амбулаторному прийомі з-за занедбаності процесу або відмови від лікування 76 (15,8%) хворих були скеровані на симптоматичне лікування по місцю проживання. 192 (40%) пацієнтів госпіталізовані в лікувальні заклади області (переважно в проктологічне відділення обласної лікарні) і 212 (44,2%) - в онкохірургічне відділення онкодиспансеру.

Радикальне оперативне втручання проведено 61 хворому на РШ (44,5 % від числа госпіталізованих з цією патологією), 19 (13,9%) зроблені паліативні оперативні втручання, у 57 (41,6%) пацієнтів виявлені протипокази до операції під час поглибленого стаціонарного обстеження, однак 29 із них підлягали паліативній поліхіміотерапії.

З числа хворих на колоректальний рак (КРР) радикальне оперативне втручання проведено 131 хворому (49,6% від числа госпіталізованих), 35 (13,1%) зроблені паліативні операції і у 101 (37,8%) пацієнтів виявлені протипокази до оперативного лікування, однак 69 із них підлягали паліативній поліхіміо- променевій терапії. Аналіз відповідності проведеного лікування стандартним технологіям проводився згідно Протоколу надання медичної допомоги населенню за спеціальністю "онкологія" (2007).

Результати

Із числа хворих на РШ, котрі були радикально прооперовані, дотримання стандартів відмічено лише у 19 (31,2%), серед тих, що прооперовані паліативно - 7 (36,8%). У хворих з IV ст. РШ, котрі підлягали паліативній поліхіміотерапії, остання в повному об'ємі проведена у 10 (34,5%). Найчастіше недотримання стандартних лікувальних технологій відбувалось за рахунок редукції курсів поліхіміотерапії, котрих як відомо, передбачається не менше 6 з інтервалом в 21-28 днів.

Погіршення загального стану хворих, диспептичні явища, загострення супутньої патології і прогресування хвороби є найчастішою причиною відмови від подальшого проведення ад'ювантної поліхіміо- променевої терапії.

Із числа хворих на КРР, котрі були радикально прооперовані, дотримання стандартних технологій відмічено у 34 (25,9%) хворих; серед тих, що прооперовані паліативно - у 6 (17,2%). У хворих з IV ст. рака, які підлягали паліативній поліхіміо- променевій терапії, остання в повному об'ємі проведена лише у 7 (10,2%) пацієнтів. Як і в попере-

дньому випадку, недотримання державних стандартів відбувалось за рахунок редукції ад'ювантної поліхіміотерапії та променевої терапії.

Загалом дотримування державних стандартних технологій лікування серед радикально прооперованих хворих на РШ, прямої та ободової кишок відмічено в 53 (27,6%) випадків, тобто менше ніж у третини пацієнтів. Серед хворих, прооперованих паліативно (в об'ємі резекції) аналогічний відсоток складав 24,1. У хворих із занедбанними пухлинами, котрим за станом здоров'я могла бути проведена паліативна хіміопроменева терапія, остання в повному об'ємі здійснена лише в 17 (17,3%) випадків; у всіх інших хворих на фоні проведення спеціального лікування спостерігалось прогресування хвороби з інтоксикаційним синдромом. Слід відмітити, що у пацієнтів, котрі лікувались в спеціалізованих онкологічних закладах, випадків не дотримування державних стандартних технологій було значно менше, ніж у тих, що були під контролем в загальнолікарняній мережі. Дана обставина пояснюється багатостадійністю та тривалістю лікування пацієнтів з онкологічною патологією, а також відсутністю ефективної диспансеризації в цих установах.

Висновки:

1. Незважаючи на усі позитивні сторони впровадження стандартних технологій в онкологічну практику, застосування їх в повному об'ємі при лікуванні хворих на РШ і КРР можливе лише в 27,6% випадків;
2. На заваді впровадження стандартних технологій в лікування хворих на РШ і КРР є висока занедбаність, незадовільний стан вперше виявлених хворих, агресивність сучасних методів ад'ювантної поліхіміо-променевої терапії.
3. Намагання провести стандартне лікування у хворих на РШ і КРР в повному об'ємі "за будь-яку ціну" нерідко супроводжується розвитком стійких ускладнень, в тому числі і прогресуванням злоякісного процесу.

© Скиба М.Я., Гончар С.В., Стеценко І.В., Литвиненко В.Є.

ОПТИМІЗОВАНІ ПІДХОДИ В ОНКОУРОЛОГІЇ ПО ЛІКУВАННЮ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКЕЛЕТНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Скиба М.Я., Гончар С.В., Стеценко І.В., Литвиненко В.Є.

Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

Мета. Оцінка ефективності застосування бісфосфонатів - клодронової кислоти (бонефос) та золедроновой кислоти (зомета - виробник компанії «Новартіс», Швейцарія) при лікуванні хворих на рак передміхурової залози (РПЗ), рак нирки (РН) з вперше виявленими кістковими метастазами.

Матеріали і методи

В дослідження було включено 61 хворий з кістковими метастазами. Хворі були поділені на дві групи. В першу групу (n=43) ввійшли хворі, які отримали бонефос по 300 мг 3 курси по 5 вливань, далі по 1600 – 2400 мг на день (повторні курси при відновленні болю в кістках). В другу групу (n=18) ввійшли хворі, які отримали лікування зометою по 4 мг в/в протягом 15 хв. 1 раз в 28 днів, препарати кальцію та вітаміна D на щоденно. Терапія супроводу для хворих на РПЗ – бікалутамід (калумід) (виробник Гедеон Ріхтер) по 50 мг на день, неовастат (виробник Атріум Біотехнологі Інк. Канада), який блокує процес проростання судин в пухлині, знижує здатність пухлинних клітин до метастазування, індукує апоптоз судинних клітин в пухлині, що веде до порушення обміну та апоптозу злоякісних клітин, по 60 – 240 мл щоденно для хворих на РН.

Результати

Частота виникнення кісткових метастазів при раку передміхурової залози (РПЗ) – 65 – 75%, раку нирки (РН) – 20 – 25%. Основна проблема в лікуванні кісткових метастазів в урології для більшості лікарів є те, що ключовий момент для початку лікування – біль в кістках, а профілактика скелетних ускладнень не є спонукаючим фактором для початку лікування, немає чітких критеріїв, як відстежувати ефективність лікування, немає чіткого розуміння мети лікування і чітких комунікацій з пацієнтами на цю тему. Найбільш розповсюджені скелетні ускладнення метастазів є патологічні переломи і тріщини кісток, стиснення спинного мозку, гіперкальціємія на тлі злоякісних пухлин, больовий синдром. Роль бісфосфонатів в лікуванні кісткових метастазів – попередити або відстрочити розвиток скелетних ускладнень, зменшити больовий синдром, покращити якість життя. Саме важливе – зберегти хворому автономність пересування і побутову незалежність від інших людей.

У хворих, які отримували лікування бонефосом, не відмічалось значне зниження больового синдрому та розвитку ускладнень кісткових метастазів. У хворих, які отримували зомету, відмічалась позитивна динаміка, яка проявлялась значним зниженням больового синдрому, нормалізації рівня кальція крові, та за результатами контрольної томографії та сцинтиграфії кісток скелету відмічалось зменшення деструкції в ділянках ураження. Також позитивним моментом є зручність і швидкість введення та безпечність застосування препарату.

Висновки

Зомета є бісфосфонатом, який максимально ефективний не тільки при остеосклеротичних, але і при остеобластичних метастазах, які частіше за все і утворюються при пухлинах уrogenіталій. Зомета значно зменшує кількість пацієнтів, у яких має розвиток те чи інше кісткове ускладнення, подовжує час до появи першого кісткового

ускладнення та час до прогресії кістково – метастатичної хвороби, від чого залежить показник якості життя хворих на рак з кістковими метастазами.

© Шелешко П.В., Савельев В.Н., Минько Э.А., Бойко И.С., Жукова Т.А., Яровой А.Ю.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

**Шелешко П.В., Савельев В.Н., Минько Э.А.,
Бойко И.С., Жукова Т.А., Яровой А.Ю.**

Торакальное отделение Полтавского областного клинического онкологического диспансера

Цель. Выяснение основных причин поздней диагностики рака легкого с обоснованием соответствующих рекомендаций по их устранению на различных уровнях оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы

Статистические данные Полтавского областного клинического онкологического диспансера по заболеваемости раком легкого среди жителей Полтавской области. Ретроспективный анализ 1200 историй болезни больных, находившихся на обследовании и лечении в торакальном отделении областного онкологического диспансера. Анализ протоколов запущенности больных раком легкого.

Результаты

Заболеваемость раком легкого в Полтавской области составляет 50,3 на 100 тыс. населения, ежегодно регистрируется более 800 больных раком этой локализации. Удельный вес запущенных форм приближается к 40% к числу впервые выявляемых больных. Среди 1200 анализируемых нами историй болезней больных было 1050 (87,5%) мужчин и 150 (12,5%) женщин в возрасте от 26 до 82 лет. Средний возраст больных раком легкого равнялся 65,5 годам. Среди этих больных у 510 (42,5%) рак легкого был IV стадии (T_{3-4} , N_{1-2} , M_1), у 610 (50,8%) – опухоль была III стадии (T_3 , N_{1-2} , M_0) и у 80% (6,7%) – рак был II стадии (T_2 , N_0 , M_0). Из 1200 больных у 270 (22,5%) опухоль была выявлена при профилактических осмотрах. У остальных больных рак легкого был диагностирован при обращении их в различные лечебные учреждения с наличием определенной легочной симптоматикой (кашель, повышение температуры тела, кровохаркание, боли в грудной клетке). Среди 1200 больных только 47 (3,9%) находились на диспансерном учете по поводу таких заболеваний легких, как хронический бронхит, рецидивирующие пневмонии, перенесенный туберкулез легких. У 240 (20,0%) больных в анамнезе отмечались профвредности (работа в металлургической, горнодобывающей и обогащательной промышленности, работа газо- и электросварщиками, контакт с ядохимикатами). Из 1200 больных 112 (9,3%) до направления в областной онкологический диспансер лечились от 1 месяца до 1,5 лет по поводу рецидивирующей пневмонии, хронического бронхита и даже туберкулеза легких без тщательного бронхологического обследования. Из 112 больных у 80 (71,4%) правильный диагноз был поставлен только при КТ или МРТ легких с бронхологическим обследованием и забором материала для цито- и гистологического исследования. Из 1200 больных 870 (72,5%) были заядлыми курильщиками со стажем курения от 5 до 40 лет. Из этих больных только 16 (1,8%) находились на диспансерном учете по поводу хронического бронхита. Следует отметить, что 85 (7,1%) больных из 1200 обратившихся за медицинской помощью ставились различные диагнозы только с учетом данных предшествующих флюорограмм и рентгеноскопий имевших давность от 2 до 6 месяцев. У 18 (1,5%) диагностировался плеврит воспалительного генеза с проведение многократного торакоцентеза без консультации торакального хирурга.

Выводы

Таким образом, среди основных причин запоздалой диагностики раком легкого значится:

- 1) недостаточная диспансеризация больных с хроническими заболеваниями легких, а также лиц, имеющих или имевших профвредности, в том числе курильщиков с различным стажем курения;
- 2) лечение больных с симптомами легочных заболеваний без тщательного рентгенологического исследования только на основе данных флюорограмм и рентгеноскопий легких давностью от 1 мес. до 1 года;
- 3) отсутствие бронхологического обследования у большинства больных с неясной клиникой заболевания легких;
- 4) несвоевременность осмотра больных торакальным онкохирургом с сомнительными изменениями в легких, протекающими с клиническими симптомами или без них.

© Шелешко П.В., Баштан В.П., Кравцова А.П., Литвиненко В.Є.

О ПРОБЛЕМНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКА И РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шелешко П.В., Баштан В.П., Кравцова А.П., Литвиненко В.Є.

Кафедра онкологии Высшего государственного учебного заведения Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

Цель. Определить факторы, оказывающие негативное влияние на внедрение стандартов диагностики предрака и рака молочной железы в практическую работу семейного врача (первичный уровень медицинской помощи).

Материалы и методы

Статистические данные Полтавского областного клинического онкологического диспансера о заболеваемости женского населения раком молочной железы, сведения о техническом оснащении лечебных учреждений области. Директивные документы и методические письма по составлению среди населения групп повышенного риска относительно предрака и рака молочной железы. Результаты бесед с семейными врачами в процессе их обучения на кафедре онкологии.

Результаты

В Полтавской области заболеваемость раком молочной железы среди женского населения составляет 57,5 на 100 тыс. населения. Удельный вес IV ст. составляет 11,2%, а III ст. – 17,1% к числу впервые выявляемых больных. Ежегодно регистрируется более 430 больных раком этой локализации, на диспансерном учете находится 4270 больных раком молочной железы.

Не подлежит сомнению тот факт, что решение вопросов, связанных со своевременной диагностикой злокачественных опухолей вообще, а раком молочной железы в частности, не возможно без семейного врача, имеющего тесный контакт с населением своего участка. Так, семейный врач для проведения соответствующих профилактических мероприятий должен иметь достаточное представление о четырех патогенетических формах рака молочной железы, о факторах риска рака этой локализации, о предраковых заболеваниях, а так же о различных вариантах рака молочной железы. Каждая из перечисленных нозологий имеет свои клинические симптомы, которых в совокупности более 30, общее число факторов риска рака молочной железы с бальной их оценкой от 0,5 до 5 баллов приближается к 40. Семейный врач получает указания, что женщинам в возрасте 30 лет и старше, имеющих 2 и более факторов риска необходимо ежегодно производить УЗИ молочных желез или крупнокадровую маммографию. Остальным женщинам в возрасте свыше 30 лет профилактическая маммография или УЗИ молочной железы должны выполняться 1 раз в 2 года.

Согласно отчетным данным, за истекший год в лечебных учреждениях области было произведено только 1380 маммографий и 1500 УЗИ молочной железы. Эти исследования выполнялись только в областном центре (г. Полтава). Цитологическое исследование материала из молочных желез проводилось только в цитологической лаборатории онкологического диспансера.

Семейные врачи подчеркивают, что выделить среди населения группы риска относительно рака молочной железы из-за размера обслуживаемого участка сравнительно трудно. Выполнить это без компьютерной техники и дополнительного медперсонала практически невозможно. Направление в ПОКОД нуждающихся в обследовании сдерживается экономическими трудностями. Сюда входят расходы на проезд, проживание от 2 до 3 дней в областном центре, плата за обследование. Среди других негативных факторов значатся: недостаточность санитарно-просветительной работы среди населения, в том числе и по самообследованию молочных желез. Низкое качество профосмотров (текущих и комплексных), небрежное отношение больных к своему здоровью.

Выводы

Таким образом, для повышения эффективности внедрения стандартов диагностики рака молочной железы на первичном уровне медицинской помощи необходимо: 1) уменьшить участки обслуживания семейными врачами; 2) обеспечить компьютерами семейных врачей с дополнительным выделением среднего медперсонала; 3) производить в районных больницах УЗИ молочных желез и цитологическое исследование материала, получаемого из них; 4) повысить качество профосмотров и улучшить санитарно – просветительную работу с акцентом на самообследование молочных желез.

© Щепотін І.Б., Гайсенко А.В., Поліщук Л.З., Журбенко А.В.

ЗНАЧЕННЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ПІДХОДІВ ДЛЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ

Щепотін І.Б., Гайсенко А.В., Поліщук Л.З., Журбенко А.В.

ДУ "Національний інститут раку"

Однією із актуальних проблем онкології є розробка стратегії надання своєчасної і оптимальної медичної допомоги онкологічним хворим. У цій проблемі можна виділити декілька основних аспектів, серед яких найважливіше значення має уніфікація стандартів медичних технологій на різних етапах діагностичного і лікувального процесів.

Процес стандартизації у системі охорони здоров'я України був розпочатий на початку 90-х років минулого століття. Проте, незважаючи на значні досягнення медичної науки, якісний рівень впровадження стандартів діагностики і лікування онкологічних хворих порівняно з міжнародною практикою є недостатнім. Це обумовлено тим фактом, що клінічні рекомендації, які ґрунтуються на результатах доказової медицини усього світу, є еталоном технології лікування хворих, і деякі з них не можуть бути застосовані у якійсь одній країні з погляду її реальних можливостей надання медичної допомоги. Тому першим завданням у розробці стратегії лікування в Україні є адаптація до системи охорони здоров'я населення існуючих клінічних рекомендацій з подальшою розробкою медичних стандартів діагностики і лікування у різних регіонах і у залежності від рівня доступності медичної допомоги.

Другим завданням у сучасній політиці стандартизації є оцінка якості медичної допомоги шляхом визначення системи індикаторів якості. Згідно з програмою національного стратегічного планування розвитку системи медичних стандартів в Україні (2006), індикатор якості – це показник якості лікування, який визначається ретроспективно, при цьому відносно його існують докази його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги. Звідси походить, що індикатори якості будуть різними на етапах обстеження хворих, діагностики пухлинного процесу і лікування. Отже, можна говорити про індикатори якості діагностики, які у свою чергу є вагомим внеском для оцінки індикатора якості лікування. Взяті разом ці індикатори дозволять оцінити загальну якість надання медичної допомоги. Отже, до індикаторів якості лікування можна віднести питому вагу органозберігаючих операцій, збільшення питомої ваги хворих на рак I-II стадій, зменшення летальності до року після встановлення діагнозу, зменшення кількості ранніх рецидивів і т.п.

Таким чином, сучасний процес стандартизації діагностики і лікування хворих, у тому числі онкологічного профілю, та оцінка якості медичної допомоги таким хворим потребує подальших систематизованих розробок.

© Баштан В.П., Кравцова А.П., Гавловський А.Д., Корнєєв О.В., Кружилова, Н.Б., Гавловська А.Б., Гузенко В.І., Прауліна Т.А., Степанько В.М., Костяна Н.В.

ДЕЯКІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ

Баштан В.П., Кравцова А.П., Гавловський А.Д., Корнєєв О.В., Кружилова, Н.Б., Гавловська А.Б., Гузенко В.І., Прауліна Т.А., Степанько В.М., Костяна Н.В.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

На основании клинического опыта авторы рекомендуют следующие направления деятельности центра реабилитации онкологических больных: консультирование больных опытным специалистом онкологом по различным вопросам медицинского и социального профиля, помощь психотерапевта, направление на санаторно-курортное лечение, протезирование больных по заключению врача, поддержка волонтерского движения и санитарно – просветительная работа. Проведение реабилитационных мероприятий должно способствовать возвращению здоровья, хорошего эмоционального самочувствия и обеспечит лучшее качество жизни.

Ключевые слова: реабилитация онкологических больных, психотерапевтическая помощь, протезирование.

Вступ

У структурі онкологічної захворювання жіночого населення останніми роками перші 6 місць займають рак молочної залози, шкіри, тіла матки, шийки матки, яєчників більшість яких складають показники репродуктивної сфери (Н.А. Жилка, Л.І. Воробйова, 2005р.). Показники захворювання та смертності в Україні свідчать, що рак молочної залози займає перше місце. Встановлено, що серед захворілих 37,1%, а серед померлих 30,2% складають особи працездатного віку. Однак розвиток сучасної медичної науки дає сьогодні надію багатьом пацієнтам. Багато випадків раку вилікувано. Запровадження в Україні європейських стандартів захисту прав пацієнтів врятує не одне життя.

Одною з основних задач сучасної онкології є створення системи реабілітації онкологічних хворих (І.Б. Щепотін, І.І. Смоланка, 2007). Найбільша робота та перші результати отримані у хворих на рак молочної залози. Соціологічні анкетування свідчать, що після закінчення лікування лише 35% хворих отримали докладні і вичерпні рекомендації лікаря стосовно реабілітації. Ще 40% рекомендації отримали, але недостатні, а 25% - взагалі ніяких. Жінкам, онкологічним хворим, має бути гарантоване психологічне консультування, післяопераційна реабілітація, а також соціальне забезпечення.

Матеріали і методи

На виконання резолюції Х з'їзду онкологів (2001р.) України з метою вирішення цих проблем на кафедрі онкології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» разом із співробітниками ПОКОД був створений центр реабілітації онкологічних хворих. За цей період нами розроблені наступні напрямки діяльності центру:

1. Консультування хворих на рак органів репродуктивної системи після закінчення лікування з питань подальшого спостереження та профілактики онкозахворювань, реабілітації та інше. Проведення лекцій, бесід, а також сумісних конференцій лікарів та хворих жінок на злоякісні пухлини з участю громадськості, радіо, телебачення, представників духовенства. На консультацію в центр реабілітації звернулись 952

хворих. Серед них: рак молочної залози діагностовано у 493 жінок (51,2%), середній вік – 49,2 \pm 5,4 р.; рак шийки матки – 208 жінок (21,6%), середній вік 37,3 \pm 4,9р.; рак тіла матки – 82 жінки (8,5%), середній вік – 61,3 \pm 5,4р.; рак яєчників – 91 жінка (9,4%), середній вік – 55,2 \pm 5,8 р.; трофобластичні пухлини – 31 жінка (3,2%), середній вік – 29,3 \pm 5,4 р.; інші – 47 жінок (4,8%), середній вік – 51,9 \pm 5,9 р.

Коло питань, які обговорювались з лікарем це насамперед можливості профілактики метастазів та рецидивів, а також виникнення іншої пухлини, так званих полінеоплазій, особистий спосіб життя, харчування, лікувальної фізкультури, необхідність використання взагалі гормональної терапії, а в деяких випадках і замісної гормонотерапії, необхідності фітотерапії, контрацепції, можливостей статевого життя, репродукції та багато іншого. Обговорюються також питання соціального захисту, отримання засобів реабілітації, юридичні питання.

2. Психотерапевтична допомога онкохворим, що надається досвідченим психотерапевтом, який пройшов спеціалізацію в центрах реабілітації хворих, проведення тренінгу, як засобу реабілітації. Нами проводились дослідження фрустраційних станів за методикою С. Розенцвейга та анкетування «Дослідження рівня тривожності» за Спілбергером. Анкетування проводилося у 30 жінок, хворих на рак молочної залози до тренінгу і після нього. Простежувалась позитивна динаміка в отримуваних результатах. Рівень ситуативної тривожності знизився на 14,9 балів, рівень особистої тривожності на 4,4 бали, але ці показники продовжують залишатися високими і потребують подальшої корекції. Аналізуючи данні видно, що рівень соціальної адаптації в групі підвищився на 10 балів у порівнянні з попереднім дослідженням, що свідчить про реадaptaцію та ре соціалізацію онкохворих жінок.

3. Використання можливостей санаторно – курортного лікування в санаторії «Хорол» курорту «Миргород». Ми спостерігали у хворих жінок на рак грудної залози після радикальної мастектомії (1 група – 38 хворих) і у хворих на рак шийки матки після радикальної операції – розширеної пангістеректомії (2 група – 13 хворих) з наявністю лімфостазу верхніх і нижніх

кінцівки. Всього 51 хвора. В першій групі хворих лімфостаз був розділений на 3 ступені тяжкості за даними національної мережі „Лімфадема” ІНК, 1997р. Серед обстежених нами хворих у 27 був лімфостаз І ст., у 9 хворих – ІІ ст. У 2 хворих ІІІ стадії був лімфостаз легкого ступеню тяжкості. Основною оздоровчою дією в умовах курорту був метод пневматичної компресії кінцівок, який здійснювався за допомогою апарату „Пневмопресінг – біорегулятор ОО4”. Кількість сеансів – 10. У всіх пацієнтів з І ст. лімфостазу та у 7 хворих з ІІ ст. відновлені розміри кінцівки, у інших 7 хворих з ІІ ст. – покращення, в однієї хворої ефекту не спостерігали. Крім пневмопресінгу пацієнтам проводилася лікувальна фізкультура на спеціальних тренажерах, індиферентні ізотермічні ванни, інгаляції, дієтотерапія, психотерапія. Все це сприяло покращенню загального стану хворих, поновленню порушених функціональних показників, підвищенню працездатності. Крім цього, хворі, які перебували в умовах санаторно-курортного закладу, припиняли фіксувати свої соматичні відчуття, виходили з тяжкої стресової ситуації, пов’язаної з основним захворюванням, наслідками радикального лікування завдяки курортному режиму. Найближча задача, яка обговорюється зараз на відповідних інстанціях – це створення відділення реабілітації онкологічних хворих у санаторії «Хорол».

4. Проведення заходів по забезпеченню технічними засобами реабілітації жінок після радикальної мастектомії (безкоштовне отримання комплексу спеціальної білизни, протезу, компресійного рукава), згідно державної соціальної програми. Протезування проведено у 589 жінок, вперше отримали протези 231 жінка, повторно – 358 жінок. В залежності від будови грудної залози, розміру та виду післяопераційного рубця, жінки потребують індивідуального підходу при виборі протезу, тому ми використовували протези різних форм та ваги, полегшені післяопераційні протези, серцевидні, каплевидні, асиметричні та інші. Жінкам запропоновано також спеціальні протези та купальники з високою проймою для занять аквафізкультурою в басейні. Вивчалися медичні та соціальні аспекти необхідності постійного використання спеціальної білизни та протезу. Індивідуальний професійний підбір їх забезпечує корекцію осанки, попереджає розвиток різних захворювань хребта та розвиток лімфостазу. У 20% прооперованих жінок деяких сільських місцевостей, які не бажали, або не мали можливостей постійно носити протези спостерігались такі ускладнення як набряки верхніх кінцівок, викривлення хребта та зовнішній дискомфорт. Найбільше значення для пацієнток має відновлення природної естетичної форми, необхідність швидкої соціальної адаптації після радикального лікування. Використовуючи сучасні удоско-

налені протезні форми, спеціальну білизну різного дизайну, жінка має можливість почувати себе комфортно і впевнено, вести активний спосіб життя: займатися спортом, працювати, приймати участь у суспільному житті.

5. Сумісна праця з волонтерськими організаціями «Надія» та «Донна», які створили групу психологічної підтримки хворих. Спілкування в гуртках підтримки є цілющим, оскільки воно допомагає жінці позбутися почуття ізоляції, страху, сприяє впевненості у власних силах та розвитку якісно нового рівня життя. Кожен рік жінки волонтери приймають участь у тренінгах, які базуються на вивченні позитивної психотерапії, приймають участь у міжнародних змаганнях серед жінок інвалідів. Волонтерські організації проводять просвітницьку роботу щодо профілактики та ранньої діагностики раку, формують у жінок свідому потребу проходити профілактичні обстеження.

Санітарно – просвітницька діяльність, виступи по радіо, телебаченню, круглі столи з метою підвищення санітарної культури населення, їхньої обізнаності з методами само обстеження та ранньої діагностики передпухлинних і злоякісних новоутворень є основною складовою частиною роботи центру реабілітації онкологічних хворих.

Висновки

Таким чином ми розробили наступні напрямки медичної та соціальної реабілітації хворих на рак органів репродуктивної системи, а саме: консультування хворих після закінчення лікування з різних питань їх подальшого способу життя та спостереження; надання психотерапевтичної допомоги, тренінги: направлення на санаторно – курортне лікування з використанням можливостей курорту Миргорода санаторія «Хорол»; безкоштовне забезпечення технічними засобами реабілітації (протез, білизна, компресійний рукав) жінок після радикальної мастектомії, сумісна праця з волонтерськими організаціями. Всі ці напрямки після подальшого обговорення можуть бути включені в систему реабілітації онкохворих, створення якої є суттєвою вимогою сучасності.

Література

1. Воробьева Л.И. Актуальность проблемы и пути усовершенствования диагностики и лечения визуальных форм раков. В кн: Злоякісні новоутворення. Збірка наукових робіт. Випуск 3. Київ, 2002. – С 7-10.
2. Жилка Н.Я. Стан та проблеми онкології в Україні. //Матеріали науково – практичної конференції «Хіміотерапія в лікуванні онкологічного раку». Чернівці, 2005. – С. 4-7.
3. Щепотин И.Б. Онкология Украины сегодня //Онкология. – 2008, Т10, №1. – С.9-11.

Summary

SOME TRENDS OF REHABILITATION IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE SYSTEM MALIGNANCIES

Bashtan, V.P., Kravtsova, A.P., Gavlovsky, A.D., Korneev, O.V., Kruzhlyova, N.B., Gavlovskaya, A.B., Guzenko, V.I., Naulina, T.A., Stepan'ko, V.M., Kostyana, N.V.

Purpose: participating in developing of oncology patients' rehabilitation system.

Basic results of the study: basing upon clinical experience, authors recommend the following directions of oncology patients' rehabilitation center activities: consulting of patients by experienced oncology specialists on various medical and social issues, psychoanalyst help, referring to resort treatment, prothesing of patients according to MD's reference, sustaining of voluntary movement and personal, social and health education.

Conclusion: rehabilitation measures should facilitate regaining health, good emotional state and provide better quality of life.

© Бахталовский В.В.

УДК 618.19-006-085.451.2-036.8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ СИСТЕМНОЙ МОНОХИМИОТЕРАПИИ ЛИПОСОМАЛЬНЫМ ДОКСОРУБИЦИНОМ

Бахталовский В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Харьковский областной клинический онкологический диспансер

Повысить эффективность лечения больных раком молочной железы за счет снижения токсичности химиотерапии с использованием липосомального доксорубицина. Режим НАХТ с использованием липосомального доксорубицина вызывал изменения значений ЭКГ в пределах физиологических значений. Было зарегистрировано 98 случаев гематологических реакций на химиотерапию у 64 пациенток, из них 28 случаев возникали повторно (в группе сравнения – 36 случаев у 32 пациенток и 14 случаях повторно). Статистически значимых изменений гематологической токсичности зарегистрировано не было. Общая слабость возникала в 28% случаев (в группе сравнения – в 100%), анорексия – 38%, (в группе сравнения – 100%), тошнота – 38% (в группе сравнения – в 100%), рвота – 8% (в группе сравнения – 100%), стоматит – только в основной группе – 13%. Состояние физической активности по ECOG изменялось с 0 на 1 в основной группе у 18 (28 %) пациенток, а в контрольной группе – у всех пациенток. Медиана выживаемости в основной группе составила 37 месяцев, а в контрольной группе – 40,5 мес., а средняя продолжительность жизни была одинаковой 37,2 и 37,4 мес., соответственно ($p>0,05$). Без усиления профиля токсичности монохимиотерапии были получены удовлетворительные отдаленные результаты лечения рака молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, монохимиотерапия, липосомальный доксорубин.

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний среди женщин. По данным Украинского национального канцер-реестра в 1999 году средний показатель заболеваемости РМЖ составил 57,4 на 100 тысяч женского населения. Особое значение приобретает запущенность случаев впервые выявленных случаев РМЖ. В 2003 году этот показатель составил 17 %. Пятилетняя выживаемость этих пациентов может составлять 29,4 – 54 % (S.D. Merajver, 1997, А.Ф. Олексенко, 2001). Используя метод неоадьювантной химиотерапии (НАХТ), возможно проведение консервативных операций на молочной железе в 62 – 67 % случаев (L. Mauriac, 1991, B. Fisher, 1998). Отдаленные результаты выживаемости после НАХТ, по крайней мере, эквивалентны результатам адьювантной химиотерапии (S.M. Scholl, 1994). Улучшение результатов лечения возможно при интенсификации режима НАХТ, но влечет за собой получение серьезных токсических эффектов, и соответственно, увеличение сроков до проведения операции, тем самым, ухудшая в целом результаты комплексного лечения местно-распространенного РМЖ (M.N. Levine, 1998, B. Fisher, 1999, J. Bergh, 2000, D. Elling, 2000, P. Fumoleau, 2001). Продолжая поиск новых путей для улучшения результатов лечения запущенных форм РМЖ, была проведена оценка безопасности и эффективности использования липосомального доксорубицина в интенсивном режиме химиотерапии в комплексном лечении рака молочной железы.

Цель работы: повысить эффективность лечения больных раком молочной железы за счет снижения токсичности химиотерапии с использованием липосомального доксорубицина.

Материалы и методы

В основу настоящего исследования легли собственные клинические наблюдения за 96 пациентками

больными раком молочной железы (РМЖ) T1–4N0–3M0 стадий, которым было проведено комплексное лечение в 2001 – 2004 г.г.. Пациенток распределяли в 2 группы - в основную, вошло 64 пациентки, что составило 66,7 %, в другую, контрольную, вошло 32 пациентки, что составило 33,3 % от общего количества случаев. Возраст пациенток находился в диапазоне 26 – 70 лет, средний возраст при этом составил $51,5 \pm 9,1$ года. В пременопаузе в основной группе находилось 36 пациенток, в контрольной – 5 пациенток, что составило 56,3 % и 15,6 %, соответственно. В постменопаузе – в основной группе состояло 28 пациенток, в контрольной – 27 пациенток, соответственно 43,7 % и 84,4 % случаев от общего числа. Показатель физической активности пациенток по шкале ECOG равнялся нулю. Проведенный статистический анализ показал, что сравниваемые группы при рандомизации по описанным выше признакам достоверно не отличались между собой ($p>0,05$). Согласно дизайну исследования, все пациентки в основной группе на первом этапе комплексного лечения получали интенсивную НАХТ. Для этого была разработана методика проведения НАХТ для липосомального доксорубицина препарата «Липодокс». Предполагалось его введение в 1-й, 8-й, 15-й и 22-й дни. Методика разрабатывалась с учетом сокращения времени проведения НАХТ в 2 раза. В связи с этим доза липосомального доксорубицина была так же снижена в 2 раза и составила 30 мг/м^2 . Учитывая фармакокинетику липосомальных препаратов (А.С. Дудниченко, 2001), исследовалась неоадьювантная химиотерапия «Липодоксом» в монорежиме. Для оценки гематологической токсичности проводился мониторинг показателей гемограммы перед каждым введением химиопрепарата. Проводился мониторинг работы сердца – исследовались значения ЭКГ - интервалов PQ, QRS, QT, RR и ЧСС, перед каждым введением химиопрепарата. В контрольной группе пациентки получали НАХТ в классическом режиме АС (доксорубин – циклофо-

сфан: 60/600 мг/м², соответственно, однократное внутривенное введение каждые три недели, всего 4 введения). Мониторинг за гематологическими и ЭКГ-показателями проводили перед каждым курсом НАХТ. Определение и оценку выраженности токсических или аллергических проявлений химиотерапии оценивалась по критериям общей токсичности «The NCI Common Toxicity Criteria version 2.0 (CTC NCI)». Лучевую терапию назначали и проводили всем больным. В зависимости от полученного эффекта НАХТ использовали два метода лучевой терапии: предоперационный или послеоперационный. При достижении положительного объективного эффекта после химиотерапии, а так же лучевой терапии, выполняли радикальные мастэктомии по Холстеду, а так же в модификации Пейти и Маддена. При анализе, результаты обработки принимались за достоверные по уровню не менее 95 % (p < 0,05).

Результаты и их обсуждение

Во время проведения НАХТ наибольшее число изменений в электрокардиограммах регистрировалось в интервалах QT и RR. Наименьшую чувствительность к химиопрепаратам проявил интервал PQ. Во время проведения НАХТ было зарегистрировано 17

случаев сокращения во времени этого интервала, из них 11 случаев были отмечены впервые (8 из основной, 3 из контрольной), что составило 12,5 % и 9,4 % соответственно. Несколько большую чувствительность к химиопрепаратам показал комплекс QRS. Во время проведения НАХТ было зарегистрировано 24 изменения со стороны QRS, при этом впервые выявленные изменения отмечалось в 18 случаях (15 в основной, 3 в контрольной), что составило 23,4 % и 9,4 % соответственно. Со стороны интервала QT, регистрировали 28 новых случаев отклонений от нормальных значений и 40 отклонений регистрировавшихся повторно: в основной группе было выявлено 23,4 % случаев выявленных впервые, что было меньше, чем, в контрольной группе – 34,4 % случаев. Изменения в электрокардиограмме интервала RR регистрировали в 80 случаях, из которых впервые было зарегистрировано 42 случая: в основной группе – 37,5 % случаев, в контрольной группе – 56 % случаев. Это в свою очередь повлияло на увеличения показателя ЧСС. В табл. 1 представлены данные, показывающие количество впервые и повторно выявленных изменений в электрокардиограммах у больных во время прохождения НАХТ.

Таблица 1
Количество впервые и повторно выявленных изменений со стороны интервалов ЭКГ в исследуемых группах

Показатели ЭКГ	Основная группа		Контрольная группа	
	впервые	повторно	впервые	повторно
PQ	8 (12,5 %)	4 (6,3 %)	3 (9,4 %)	2 (6,3 %)
QRS	15 (23,4 %)	4 (6,3 %)	3 (9,4 %)	2 (6,3 %)
QT	17 (26,6 %)	31 (48,4 %)	11 (34,4 %)	9 (28,1 %)
RR	24 (37,5 %)	28 (43,8 %)	18 (56,3 %)	10 (31,3 %)
ЧСС	24 (37,5 %)	28 (43,8 %)	18 (56,3 %)	10 (31,3 %)

Таблица 2
Виды и количество гематологических токсических эффектов у пациенток в сравниваемых группах за период НАХТ

Показатели гемограммы	Основная группа, n=64		Контрольная группа, n=32	
	однократное	повторное	однократное	повторное
Снижение концентрации гемоглобина	17 (26,6 %)	14 (22,9 %)	3 (9,4 %)	7 (21,9 %)
Тромбоцитопения	4 (6,3 %)	3 (4,7 %)	2 (6,3 %)	–
Лейкопения	5 (7,8 %)	8 (12,5 %)	1 (3,1 %)	4 (12,5 %)
Нейтропения	5 (7,8 %)	3 (4,7 %)	1 (3,1 %)	3 (9,4 %)
Лимфопения	20 (31,3 %)	19 (29,7 %)	7 (21,9 %)	8 (25 %)

Таблица 3
Виды и количество гематологических токсических эффектов 2 степени в сравниваемых группах за период НАХТ

Показатели	II степень токсичности	Основная группа, n=64		Контрольная группа, n=32	
		однократное	повторное	однократное	повторное
Гемоглобин, Г/Л	80 – < 100,0	3 (4,7 %)	–	–	–
Лейкоциты, ×10 ⁹ /Л	≥ 2,0 – < 3,0	3 (4,7 %)	–	–	–
Нейтрофилы, ×10 ⁹ /Л	≥ 1,0 – < 1,5	6 (9,4 %)	–	3 (4,7 %)	–
Лимфоциты, ×10 ⁹ /Л	≥ 0,5 – < 1,0	17 (26,6 %)	6 (9,4 %)	4 (12,5 %)	3 (4,7 %)

Таблица 4
Виды и степени токсических реакций, возникшие у пациентов исследуемых групп во время проведения НАХТ

	Основная группа		Контрольная группа	
	1 степень	2 степень	1 степень	2 степень
Астения	18 (28 %)	–	32 (100 %)	–
Алоpecia	51 (80 %)	13 (20 %)	–	32 (100 %)
Анорексия	23 (36 %)	1 (2 %)	32 (100 %)	–
Тошнота	24 (38 %)	–	19 (59 %)	13 (41 %)
Рвота	5 (8 %)	–	15 (47 %)	17 (53 %)
Стоматит	7 (11 %)	1 (2 %)	–	–

Таблица 5
Состояние физической активности по ECOG во время проведения НАХТ

	ECOG	
	0	1
Основная группа	46 (72 %)	18 (28 %)
Контрольная группа	–	32 (100 %)

Таблица 6
Средняя продолжительность жизни пациентов в зависимости от выбранного метода противоопухолевого лечения на втором этапе.

Группы	Дополнительная ХТ, мес	Лучевая терапия, мес	Хирургическое лечение, мес	Общая средняя, мес
Основная	26,8	25,1	28,1	27,3
Контрольная	28,0	20,3	28,3	25,1

Таблица 7
Показатели выживаемости в сравниваемых группах в зависимости от клинических факторов

Группы	Медиана выживаемости, мес.	Средняя продолжительность жизни, мес.	p
Основная	37	37,2±16,79	p>0,05
Контрольная	40,5	37,4±14,82	
Возрастная категория			
40–50 лет			
Основная	40,0	42,66±16,3	p>0,05
Контрольная	42,0	42,0±2,0	
50–60 лет			
Основная	34,0	34,12±14,75	p>0,05
Контрольная	42,0	40,9±15,85	
60–70 лет			
Основная	41,0	36,22±18,03	p>0,05
Контрольная	26,0	30,25±9,37	
Стадия AJCC			
IIIa			
Основная	39,5	38,0±14,86	p>0,05
Контрольная	43,0	41,8±14,55	
IIIb			
Основная	33	31,04±16,68	p>0,05
Контрольная	36	31,3±13,5	
Значение N			
N1			
Основная	37	36,52±16,67	p>0,05
Контрольная	40	36,73±13,75	
N2			
Основная	34	34,5±14,97	p>0,05
Контрольная	44	41,0±17,49	
Эффект после НАХТ			
частичная регрессия			
Основная	38,5	40,8±16,41	p>0,05
Контрольная	40,5	38,37±14,05	
стабилизация			
Основная	36	34,75±16,04	p>0,05
Контрольная	45	38,0±17,66	

Таблица 8
Показатели выживаемости в сравниваемых группах в зависимости от специального лечения

Группы	Медиана выживаемости, мес.	Средняя продолжительность жизни, мес.	p
Очередность метода специального лечения на втором этапе комплексного лечения			
НАХТ+О+ЛТ			
Основная	39,0	40,13±16,44	p>0,05
Контрольная	42,0	42,53±11,68	
НАХТ+ЛТ+О			
Основная	35,0	35,11±17,17	p>0,05
Контрольная	36,0	31,23±16,09	
НАХТ+ХТдоп+ЛТ+О			

Основная	36	38,25±16,7	p>0,05
Контрольная	26	32,33±15,5	
Неоперированные:			
Основная	40,0	37,5±18,91	p>0,05
Контрольная	36,0	32,81±16,99	

Как показывают результаты, оба режима НАХТ не проявили своей кардиотоксичности при лечении рака молочной железы.

Во время проведения НАХТ, среди показателей гемограмм, в основной группе всего было зарегистрировано 98 случаев токсических реакций у 64 пациенток, в контрольной группе – 36 случаев у 32 пациенток (табл. 2).

В контрольной группе отмечались следующие преимущества (табл. 3): меньшее количество однократных и повторных случаев снижения концентрации гемоглобина, отсутствие повторных случаев с тромбоцитопенией, меньшее число однократных лейкопений, меньшее число однократных случаев с нейтропенией, а также меньшее число однократных и повторных случаев снижения числа лимфоцитов. В основной группе единственным преимуществом было меньшее число повторных случаев нейтропений. Большее количество токсических случаев 2 степени во время проведения НАХТ наблюдали у пациенток основной группы (табл. 3).

Однократные проявления 2 степени гематологической токсичности во время проведения НАХТ наблюдали в обеих группах. В основной группе частота их возникновения составила 45,3 % случаев, и 29,6 % от общего числа токсических проявлений, а в контрольной группе – 21,9 % случаев и 19,4 % случаев от общего числа токсических проявлений. Повторных реакций 2 степени токсичности наблюдали у 6-ти пациенток в основной группе, и у 3-х пациенток в контрольной группе, что составило соответственно, 10,9 и 9,4 %, а в общем числе случаев токсических проявлений химиотерапии это составило 6,1 и 8,3 % соответственно. Признаков III – IV степени гематологической токсичности в сравниваемых группах выявлено не было.

Во время проведения НАХТ у большинства пациенток возникал такой симптом как общая слабость или разбитость, возникающий главным образом на 2 день после введения химиопрепаратов, и продолжавшийся в течение всего цикла НАХТ. Возникший симптом иногда сопровождался снижением аппетита, тошнотой, рвотой, стоматитом (табл. 4).

При возникновении токсических реакций во время проведения НАХТ изменялось общее состояние больной, которое соответственно влияло на снижение ее физической активности. Состояние физической активности изменилось более чем у половины пациенток (табл. 5).

В основной группе у 18 (28 %) пациенток изменился статус по ECOG во время проведения химиотерапии, а в контрольной группе – у всех пациенток.

В 2005 году был проведен анализ общей средней продолжительности жизни пациенток, т.е. через четыре года после начала отбора в исследование. Как показали исследования, результаты незначительно отличались, но в общем зачете были лучшими в основной группе (табл. 6).

В 2007 году медиана выживаемости в сравниваемых группах не достоверно отличалась. В табл. 7 представлены результаты выживаемости в зависимости от исследуемых клинических признаков.

Так же не было получено достоверных отличий медианы выживаемости между группами в зависимости от очередности методов специального лечения после проведения НАХТ (табл. 8)

Наилучшие результаты были получены в подгруппах, где на втором этапе лечения проводилось хирургическое лечение в обеих группах, и в подгруппе, где пациентки вовсе не оперировались (p>0,05).

Выводы

Использование липосомального доксорубина «Липодокс» позволяет получить удовлетворительные результаты в комплексном лечении рака молочной железы без усиления профиля токсичности химиотерапии.

Литература

1. Дудниченко А.С., Краснопольский Ю.М., Швеце В.И. в кн. Липосомальные лекарственные препараты в эксперименте и клинике. Харьков. «Па-Каравелла». 2001. с. 144.
2. Олексенко А.Ф., Дышлева Л.Н., Бахталовский В.В. Опыт лечения рака молочной железы. Мат. X съезда онкологов Украины. 2001. Киев. С. 195.
3. Bergh J, Wiklund T, Erikstein B, Lidbrink E, et al. Tailored fluorouracil, epirubicin, and cyclophosphamide compared with marrow-supported high-dose chemotherapy as adjuvant treatment for high-risk breast cancer: a randomised trial. Scandinavian Breast Group 9401 study. Lancet. 2000 Oct 21;356(9239):1384-91. Erratum in: Lancet 2000 Dec 23-30;356(9248):2196.
4. Elling D, Krock J, Kümmel S, et al. Dose intensified adjuvant chemotherapy in high risk breast carcinoma with 4-9 positive lymph nodes. Zentralbl Gynakol. 2000;122(4):207-16.
5. Fisher B, Anderson S, DeCillis A, et al. Further evaluation of intensified and increased total dose of cyclophosphamide for the treatment of primary breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-25. J Clin Oncol. 1999 Nov;17(11):3374-88.
6. Fisher B, Bryant J, Wolmark N, et al. Effect of preoperative chemotherapy on the outcome of women with operable breast cancer. J Clin Oncol. 1998 Aug;16(8):2672-85.
7. Fumoleau P, Chauvin F, Namer M, et al. Intensification of adjuvant chemotherapy: 5-year results of a randomized trial comparing conventional doxorubicin and cyclophosphamide with high-dose mitoxantrone and cyclophosphamide with filgrastim in operable breast cancer with 10 or more involved axillary nodes. J Clin Oncol. 2001 Feb 1;19(3):612-20.
8. Levine MN, Bramwell VH, Pritchard KI, et al. Randomized trial of intensive cyclophosphamide, epirubicin, and fluorouracil chemotherapy compared with cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil in premenopausal women with node-positive breast cancer. National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. J Clin Oncol. 1998 Aug;16(8):2651-8. Comment in: J Clin Oncol. 1998 Dec;16(12):3916-7.
9. Mauriac L, Durand M, Avril A, et al. Effects of primary chemotherapy in conservative treatment of breast cancer patients with operable tumors larger than 3 cm. Results of a randomized trial in a single centre. Ann Oncol. 1991 May;2(5):347-54.

10. Merajver SD, Weber BL, Cody R, et al. Breast conservation and prolonged chemotherapy for locally advanced breast cancer: the University of Michigan experience. J Clin Oncol. 1997 Aug;15(8):2873-81.
11. Scholl SM, Fourquet A, Asselain B, et al. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumours considered too large for breast conserving surgery: preliminary results of a randomised trial: S6. Eur J Cancer. 1994;30A(5):645-52.

Summary

THE REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF THE WIDESPREAD BREAST CANCER AT NEOADJUVANT MONOCHEMOTHERAPY LIPOSOMAL DOXORUBICIN

Bakhtalovskiy V.V.

The purpose: to increase efficiency of treatment sick of a breast cancer due to decrease in toxicity of chemotherapy with use liposomal doxorubicin.

Results:

Neoadjuvant chemotherapy with liposomal doxorubicin caused changes values of an electrocardiogram within the limits of physiological values. 98 cases hematological reactions to chemotherapy at 64 patients have been registered, from them 28 cases arose repeatedly (in group of comparison - 36 cases at 32 patients and 14 cases repeatedly). Cases III-IV of a degree hematological toxicity it has not been registered. The common weakness arose in 28 % of cases (in group of comparison - in 100 %), an anorexia - 38 %, (in group of comparison - 100 %), a nausea - 38 % (in group of comparison - in 100 %), vomiting - 8 % (in group of comparison - 100 %), a stomatitis - only in the basic group - 13 %. The condition of physical activity on ECOG changed with 0 on 1 in the basic group at 18 (28 %) patients, and in control group - at all patients.

The median of overall survival rate in the basic group has made 37 months, and in control group - 40,5 months, and average life expectancy was identical 37,2 and 37,4 months, accordingly ($p>0,05$).

Conclusions: without amplification a structure of toxicity of monochemotherapy the satisfactory remote results of treatment of a breast cancer have been received.

© Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г., Заика А.Н.

УДК 616.33-006.6-089.844:159.922:303.6

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю., Бондарь В.Г., Заика А.Н.

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина.

За период с 1970 по 2007 годы в Донецком областном противоопухолевом центре пролечено 11006 больных раком желудка (резектабельность составила 54,3%). При выполнении гастрэктомии использовался разработанный Г.В. Бондарем муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз, который доказал свою надежность и эффективность и остался актуальным и востребованным и в XXI веке. Сегодня на повестке дня стоит вопрос о качестве жизни больных раком желудка перенесших гастрэктомию и путях улучшения этого качества. В этой связи, нами предложен хирургический метод двухуровневой профилактики постгастрэктомических осложнений в виде использования функциональноактивных анастомозов: муфтообразный пищеводно-тонкокишечный анастомоз, как первый уровень, продольно-поперечный межкишечный анастомоз, как второй уровень профилактики постгастрэктомических осложнений.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, качество жизни, функциональные результаты.

Введение

Одним из важнейших критериев эффективности лечения рака желудка следует признать максимально полное восстановление функции желудочно-кишечного тракта после радикальной операции. Решая проблемы хирургического лечения при этой патологии, особое внимание необходимо уделять восстановлению качества жизни больных и искать возможности для его улучшения. Отдавая должное известным инструментальным и лабораторным методам обследования мы считаем, что субъективная оценка качества собственной жизни самим пациентом представляется наиболее достоверной. Мы согласны с мнением Горбуновой В.А. и Бредера В.В. [2], которые высказали мнение о том, что «...больной человек является лучшим судьей своей жизни, поэтому его субъективная оценка всегда должна быть первостепенной». Социальное положение больного и его родственников, наличие или отсутствие различных сопутствующих заболеваний, состояние его психики,

неизбежно будут оказывать влияние на качество жизни. В этой связи, одна из важнейших задач онкохирургии – использование наиболее надежных и функционально замещающих способов оперативного восстановления желудочно-кишечного тракта для максимального снижения неизбежных постгастрэктомических нарушений, которые возникают у всех больных, перенесших гастрэктомию. В качестве примера можно привести результаты применения муфтообразного пищеводно-тонкокишечного анастомоза, разработанного Г.В. Бондарем, который обладает высокой надежностью, практически исключает возможность развития несостоятельности, а так же обладает выраженным антирефлюксным действием и обеспечивает более высокий уровень качества жизни и социальной реабилитации больных. По данным А.Ю. Поповича [8], внедрение муфтообразного пищеводно-тонкокишечного анастомоза о котором идет речь в данной статье, обеспечивает именно этот оптимальный уровень. В то же время, значение межкишечного анастомоза, формируемого в процессе выполнения

этого хирургического вмешательства, по-нашему мнению, так же высоко и может оказать влияние на функциональные результаты и, как следствие, на качество жизни [4].

Цель работы. Изучить качество жизни у больных раком желудка после выполненной гастрэктомии, в зависимости от способа постгастрэктомической реконструкции.

Материалы и методы

За период с 1970 по 2007 годы в Донецком областном противоопухолевом центре гастрэктомии выполнены 3429 пациентам с использованием различных методов постгастрэктомической реконструкции пищевого тракта, из которых 637 (18,6%) были комбинированными и 673 (19,6%) - паллиативными. Послеоперационная летальность составила 5,4%, в том числе после радикальных операций - 3,3%. Частота несостоятельности пищевого-кишечного анастомоза составила 0,82%, а после радикальных гастрэктомий - 0,25%. Качество жизни изучено нами у 447 больных. Средний возраст больных составил $58,1 \pm 0,5$ лет. Основная масса больных - 91,2% (доверительный интервал $88,4\% \div 93,7\%$), оперированы по поводу местно-распространенного опухолевого процесса (Т₃₋₄). Исследуемую группу составил 241 (53,9%) больной. У них постгастрэктомическая реконструкция пищевого тракта выполнена с использованием разработанного в клинике продольно-поперечного межкишечного анастомоза [7]. В контрольную группу вошли 206 (46,1%) пациентов, у которых межкишеч-

ный анастомоз формировался по Брауну. Пищеводно-тонкокишечный анастомоз в обеих группах больных накладывался по методике Г.В. Бондаря [1].

Не выявлено статистически значимого различия частоты распространенности первичной опухоли у больных исследуемой и контрольной групп ($p=0,55$). Отдаленные метастазы (M₁) имели место у 5,8% (доверительный интервал $3,8\% \div 8,2\%$) пациентов, которым были выполнены паллиативные гастрэктомии. Различные сопутствующие заболевания отмечены у 248 (55,5%, доверительный интервал $50,9\% \div 60,1\%$) из 447 пациентов.

В 29,5% (доверительный интервал $24,4\% \div 34,8\%$) случаев у больных в послеоперационном периоде выявлены различные патологические состояния, которые можно отнести к постгастрэктомическим синдромам. У 70,5% больных никаких функциональных нарушений выявлено не было, эти пациенты жалоб не предъявляли, при инструментальном и клиническом обследовании отклонений от нормы выявлено не было.

Выполнение гастрэктомий у большинства больных повлияло на их трудоспособность, только $12,5\% \pm 1,9\%$ пациентов сохранили свою работу, заменив ее на более легкую. Остальные $87,5\% \pm 1,9\%$ на момент обследования не работали. Из них $53,1\% \pm 3,1\%$ в последующем получили II-III группы инвалидности.

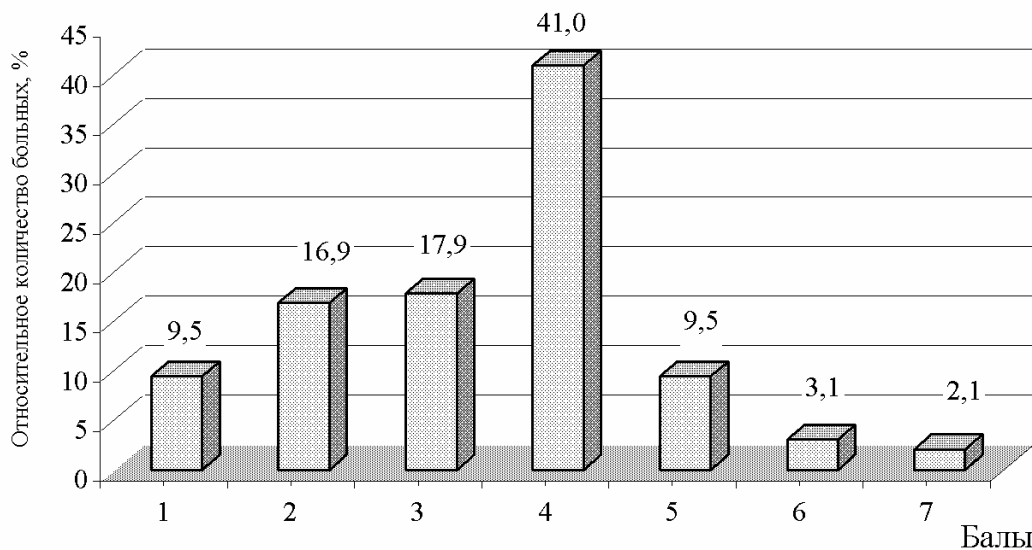


Рис. 1.
Оценка качества жизни больных раком желудка через 12 месяцев после гастрэктомии.

Для оценки качества жизни используется множество различных методов. По данным Новика А.А. с соавт.[6] в настоящее время существует более 400 различных общих и специальных опросников. Стандартными анкетами-опросниками являются: FACT - Functional Assessment of Cancer Therapy (функциональная оценка противоопухолевой терапии) [2, 3]; EORTC - QLQ - C 30 - вопросник Европейской организации исследований в лечении рака, содержащий 30 вопросов, 5 параметров плюс параметры общего

качества жизни. Используется данный опросник в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде и некоторых протоколах США [2, 3, 9]; RSQL - Роттердамская школа оценки качества жизни [2, 3]; CARES-SF - система оценки после раковой реабилитации - 59 вопросов, 5 параметров, плюс оценка общего качества жизни [2]; GLQI [8] и множество других. Некоторые исследователи используют шкалу A.Visik [8]. Многогранность понятия "качество жизни" порождает и сложность его оценки.

В своей работе мы применили метод анкетирования, используя при этом анкету-опросник EORTC – QLQ – C 30.

Анкеты были разосланы всем пациентам, а также заполнялись больными при контрольном осмотре в поликлинике. Анкеты получены от 447 больных, перенесших гастрэктомию. Качество их жизни оценивали через 12 и 24 месяца после удаления желудка.

Результаты и их обсуждение

Совокупная оценка качества жизни больных, после гастрэктомии, через 12 месяцев представлена на рисунке 1. Из гистограммы видно, что 41,0% (доверительный интервал 35,5%÷46,7%) прооперированных оценивали качество своей жизни на «удовлетворительно», а 55,6% – на «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично».

Качество жизни больных через 24 месяца после гастрэктомии представлено на рисунке 2. При этом количество больных, которые оценивали качество своей жизни на «удовлетворительно» увеличилось до 42,0% (доверительный интервал 36,5%÷47,7%). Так же увеличилось количество пациентов, которые счи-

тали, что качество их жизни соответствует оценкам «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично» – 62,0%. Улучшение качества жизни больных через 24 месяца после гастрэктомии мы объясняем негативным влиянием проведения противоопухолевой химиотерапии на протяжении первых 12 месяцев, а так же операционного стресса, материальных затрат во время операции и послеоперационного периода, утраты работы, изменением режима питания и многим другим.

Изучение качества жизни больных раком желудка при различных способах постгастрэктомической реконструкции показало, что применение предложенного способа реконструкции пищеварительного тракта уже через 12 месяцев после гастрэктомии обеспечивает «удовлетворительное», «хорошее» и «отличное» качество жизни в 62,8% (доверительный интервал 55,3%÷70,2%) случаев, в то время как при использовании межкишечного анастомоза по Брауну – только в 47,0%, различие является статистически значимым ($p=0,005$).

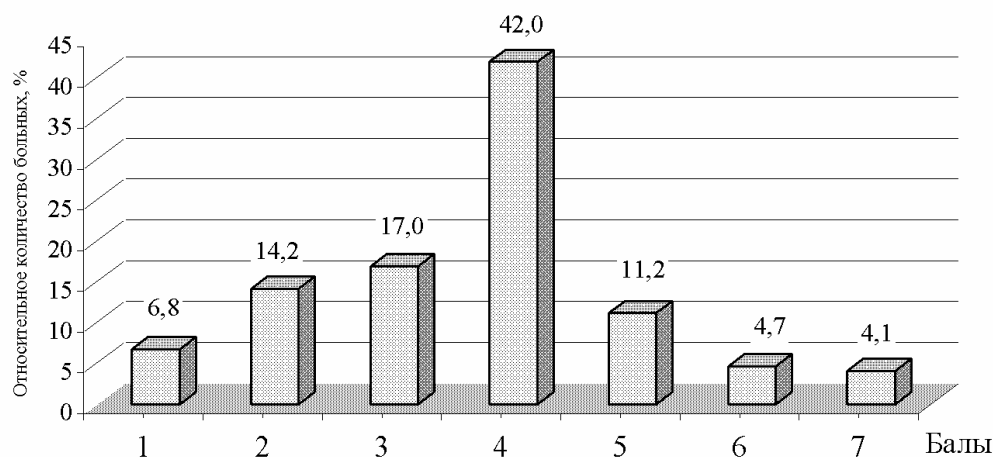


Рис. 2.

Оценка качества жизни больных раком желудка через 24 месяцев после гастрэктомии.

Еще лучшие показатели качества жизни больных после гастрэктомии были отмечены через 24 месяца. У больных исследуемой группы 67,3% из них оценивали качество своей жизни на «удовлетворительно», «хорошо», и «отлично», в контрольной группе – 55,9% (доверительный интервал 47,4%÷64,5%) больных ($p=0,03$).

Выводы

Предложенный способ постгастрэктомической реконструкции обеспечивает достоверное улучшение качества жизни больных, перенесших гастрэктомию в сравнении с больными контрольной группы, у которых постгастрэктомическая реконструкция предусматривала формирование межкишечного анастомоза по Брауну.

Улучшение качества жизни пациентов после гастрэктомии через 24 месяца объясняется негативным влиянием противоопухолевой химиотерапии на протяжении первых 12 месяцев, а так же тем, что включаются механизмы функциональной адаптации к новым условиям питания.

Литература

1. Бондарь Г.В., Байдалин Ю.Д. Пути снижения послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью пищеводно-кишечного анастомоза // Клиническая хирургия. – 1971. – №5. – С. 1-5.
2. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // IV ежегодная Российская онкологическая конференция, г. Москва 21-23 ноября 2000 г. – Москва, 2000. – С. 125-127.
3. Ионова Т.И., Новик А.А., Сухонос Ю.А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. – 2000. – № 1-2. С. 25-28.
4. Колесник В.С. Оценка качества жизни в медицине // Российский семейный врач. – 2002. – № 1. – С. 23-26.
5. Мартынов Г.В., Рольщиков И.М. «Качество жизни» – как один из факторов в фармакоэкономике при лечении больных раком желудка // V Дальневосточная онкологическая конференция Владивосток, 26-27 сентября 2003 г. – Владивосток, 2003. – С.152-154.
6. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. 2000.—С. 10-13.
7. Пат. 46608 А Україна, МКИ А 61 В 17/00. Спосіб формування ентеро-ентероанастомозу / Г.В.Бондар (Україна), Г.Г.Псарас (Україна), О.Є.Єфімочкін (Україна), О.М.Заїка

- (Україна), М.Ель Дхайбі (Ліван); Заявл. 18.09.01; Опубл. 15.05.02; Бюл. № 5.
8. Попович О.Ю. Поширений рак шлунка: проблеми, можливості відновлювальної хірургії: Автореф. дис... докт. мед. наук: 14.00.14 / Донецький державний медичний університет ім. М.Горького. - Д., 2000. - 32 с.
 9. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. // J. nat. Cancer Inst. - 1993, 85 (5). - P. 365-376.

Summary

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER GASTRECTOMY

Bondar G.V., Dumanskiy V.V., Popovich A.V., Bondar V. G., Zhaika A.N.

From 1970 till 2007 in the Donetsk Regional Oncological Center suffered 11006 patients with gastric cancer (resectability amount to 54,3%). During surgery (gastrectomy) we used smuf gastrointestinal anastomosis, that shown safeness and efficiency and became actual in XXI century. Today's question for modern oncology is the quality of life of patients after gastrectomy. In this reason, we propose surgical method of the two-levels prophylaxis of postgastrectomic complications by using functional-active anastomoses: smuf esophageointestinal one, like first level of prophylaxis, and intestino-intestinal anastomosis, like the second one.

© Васько Л.М., Чорнобай А.В., Корнєєва Л.Л., Югов В.К.

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Васько Л.М., Чорнобай А.В., Корнєєва Л.Л., Югов В.К.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

Представлены результаты исследования заболеваемости раком прямой кишки населения Полтавской области. Показано, что количество заболевших этой патологией в регионе имеет стабильный рост, при этом наибольшая заболеваемость регистрируется в г.Полтава и Кременчугском районе. Максимальное число больных отмечается в старшей возрастной группе (70-79 лет).

Ключевые слова: рак прямой кишки, Полтавская область.

За даними ESMO, в країнах ЄС рак прямої кишки (РПК) складає 35% усіх випадків колоректального раку із частотою реєстрації 15-25 випадків на 100 000 населення на рік, смертність – 4-10 випадків на 100 000 населення. В структурі онкологічної захворюваності на Україні РПК займає 5-6 місце, а в структурі смертності – 3-4 місце. Захворюваність на цю патологію складає 18,6 випадків на 100 000 населення на рік, а смертність – 12,1 випадків [1,2,3]. В Полтавській області ці показники складають відповідно 21,8 та 14,9. В останнє десятиріччя спостерігається стійке збільшення числа онкологічних уражень прямої кишки [3]. За даними Українського національного канцер-реєстру, у 29% пацієнтів, при первинному зверненні, діагностують занедбані випадки захворювання [3].

Метою даного дослідження було вивчення структури захворюваності, частоти розповсюдження РПК серед населення Полтавської області за період 2003 – 2007 рр. в залежності від статі, віку та місця проживання.

Матеріали та методи

Дослідження проводились за матеріалами Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру. Аналіз захворюваності було проведено у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб Х перегляду (1997р. – МКХ – 10), де C20 – злоякісні новоутворення прямої кишки. Основними джерелами інформації були історії хвороб (ф № 090/о) та амбулаторні картки

хворих (ф № 25) з висновками цитологічних та гістологічних досліджень. Для роботи також використовувались зведені статистичні щорічні форми звітів (ф. № 61 – ж, ф. № 7) про захворюваність злоякісними новоутвореннями та контрольні картки диспансерного спостереження (ф. № 30-6/о).

Результати та їх обговорення

З 2003 по 2007 роки у Полтавському обласному клінічному онкологічному диспансері взято на облік 1473 первинних хворих на РПК. Із них - 823 (55,8%) чоловіків та 650 (45,2%) жінок. Аналіз звітів та літературних джерел свідчить, що не існує єдиної думки щодо переважного ураження РПК чоловіків чи жінок. За даними нашого дослідження кількість захворівших чоловіків у 1,3 рази вища, ніж жінок. Захворюваність спостерігалась у хворих віком від 29 до 87 років, середній вік складав - 61,8 р. Найбільшу кількість хворих було зареєстровано у вікових категоріях 60-69 років – 467 (31,7%) та 70-79 років – 532 (36,1%). Слід відмітити, що з 2003 по 2007 роки хворих на РПК віком від 29 до 39 років було лише 8 чоловік. Щодо місця проживання, то більша кількість захворювань відмічалась у жителів села – 898 (60,9%). Серед міського населення зафіксовано 575 (39,1%) випадків захворюваності на РПК. Наведені дані свідчать, що жителі села хворіють у 1,6 рази частіше, ніж жителі міста. Найбільша захворюваність зафіксована у м. Полтаві – 343 (23,2%) випадків, Кременчуцькому - 307 (20,8%) та Миргород-

ському – 94 (6,4%) районах Полтавської області. Можливо в цих районах слід провести більш детальне епідеміологічне дослідження, що дало б змогу виявити причинний зв'язок різних факторів (способу життя та навколишнього середовища) з онкозахворюваністю в цих регіонах. Морфологічна будова пухлин прямої кишки у хворих Полтавської області відповідає даним літературних джерел. У 97,6% випадків це була аденокарцинома різного ступеню диференціювання: високо – 19,9%, середньо – 62,5% та низькодиференційована – 17,6%. Із 1473 хворих рак I стадії діагностовано у 270 (18,4%) чоловік, II стадії – у 311 (21,1%), III стадії – у 680 (46,1%), IV стадії – у 212 (14,4%). Порівняльний аналіз за 5 років показав, що в цілому в Полтавській області відмічається тенденція до зниження занедбаності РПК. Це, зокрема, стосується хворих з IV стадією захворювання (у 2003 році – 14,7% від загальної кількості хворих, у 2007 – 13,9%). Питома вага хворих з III стадією збільшилась на 6%, а однорічна летальність знаходиться на рівні загальноукраїнських показників. У 2003 році спеціалізоване лікування одержали в Полтавській області 58,1% пацієнтів, у 2007 році – 64,1%.

Висновки

Захворюваність на РПК в Полтавській області має тенденцію до зростання. Аналіз даних свідчить, що хворих чоловічої статі у 1,3 рази більше, ніж жіночої. В середньому жителі села хворіють у 1,6 рази частіше, ніж жителі міста. Найвища захворюваність зафіксована у м. Полтаві, Кременчуцькому та Миргородському районах. Найбільшу кількість хворих було зареєстровано у віці 70-79 років. В цілому в Полтавській області відмічається тенденція до зниження занедбаності РПК. На наш погляд, покращення цих показників пов'язано із введенням та чітким дотриманням стандартів діагностики та лікування онкологічних хворих.

Література

1. Збірник показників діяльності, рентгенологічної та радіологічної служби України за 2005 рік. Центр мед. статистики МОЗ України. – 2006 - 98с.
2. Дацун А.І., І.Ю.Костінський. Передракові захворювання та рак товстої кишки. Івано-Франківськ: Місто НВ, 2003. – 132 с.
3. Рак в Україні, 2005 – 2006 рр. Бюлетень національного канцер-реєстру України №8 – Київ, 2007. - 94с.
4. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих. – Київ, 2007. – 199 с.

Summary

THE PECULIARITIES OF RECTAL CANCER MORBIDITY IN POLTAVA REGION POPULATION

Vasko L.M., Chornobay A.V., Korneeva L.L., Ugov V.K.

The results of rectal cancer morbidity in Poltava region population are presented. It is shown that the amount of patients with this disease in the region has a stable increase; the highest morbidity rate is registered in the city of Poltava and Kremenchug region. The highest number of patients is noted in the elderly age group (70-79 years of age).

© Воробйова Л.І., Ціп Н.П.

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТРОФОБЛАСТИЧНУ ХВОРОБУ ВАГІТНОСТІ

Воробйова Л.І., Ціп Н.П.

Національний інститут раку, Київ

В статті приведено определение трофобластической болезни беременности (ТББ), а также указан алгоритм радикального лечения в зависимости от риска развития резистентности и стадии распространения опухолевого процесса. Отмечено, что лечение больных группы низкого риска возможно в онкологических диспансерах, а больные группы высокого риска нуждаются в лечении только специализированных центрах. Общая выживаемость больных трофобластической болезнью беременности (ТББ) в группе низкого риска составляет 100%, а в группе высокого риска – 80%.

Ключевые слова: клинический протокол, трофобластическая болезнь беременности.

Трофобластична хвороба вагітності (ТХВ) - це збірне поняття, що включає групу доброякісних та злоякісних новотворів трофобласту. ВООЗ включає в поняття ТХВ міхуровий занос (МЗ) - повний та частковий, інвазивний міхуровий занос (ІМЗ), хоріокарциному (ХК), пухлину плацентарного ложа, епітеліоїдну трофобластичну пухлину. Найчастіше в клінічній практиці зустрічаються МЗ (повний - 72,2%, частковий - 5%) та ХК (17,5%) [1]. Домінуючий контингент пацієнтів - жінки репродуктивного та працездатного віку.

Серед злоякісних новотворів жіночих статевих органів ТХВ складає 1-2,5% випадків. Рікість патології зумовлює, на жаль дуже багато помилок при лікуванні хворих.

Сьогодні провідними трофобластичними центрами світу прийнято наступний алгоритм радикального лікування хворих на ТХВ.

Трофобластична хвороба вагітності (ТХВ) I, II, III ст, з низьким ризиком розвитку резистентності

Хірургічне втручання - вишкрібання стінок матки у випадку кровотечі.

Метотрексат щотижня або	30-50 мг/м	в/мчи в/в	1-й день
Метотрексат Кожні 2 тижні або	0,4 мг/кг	в/м	з 1-го по 5-ий день
Метотрексат	1 мг/кг	в/м чи в/в	1-й + 3-й +5-й + 7-й дні
Кальціумфолинат	0,1 мг/кг	в/м чи в/в	2-й + 4-й + 6-й + 8-й дні
Метотрексат	300-500мг/м	2 в/в	Кожні 2 тижні
Кальціумфолінат	15 мг	в/в (внутрь) Q> 60 x 4 дози	Інтервал між курсами 14 днів
Актиноміцин Д	0,3 мг/м ²	в/в	з 1-го по 5-ий день Кожні 2 тижні

Загальна виживаність хворих на ТХВ (%) [1].

<p>Таким чином, використання сучасних режимів протипухлинної медикаментозної терапії дозволяє вилікувати 100% хворих групи низького ризику (навіть з метастатичною формою захворювання) і 80% хворих групи високого ризику консервативними методами із збереженням репродуктивної функції [2].</p>	<p style="text-align: center;">Література</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Annual report on the results of treatment in gynaecological cancer //J.epid. biostat. – 2001. – Vol. 6, №6, №1. – P. 177-184. 2. Adjuvant hysterectomy in low-risk gestational trophoblastic disease //K.Suzuka, H.Matsui, Y.Iitsuka et al. //Obstet. Gynecol.
--	---

1. Annual report on the results of the treatment in gynaecological cancer //J.epid. biostat. – 2001. – Vol. 6, №6, №1. – P. 177-184.
2. Adjuvant hysterectomy in low-risk gestational trophoblastic disease /K.Suzuka, H.Matsui, Y.Iitsuka et al. //Obstet. Gynecol. – 2001/ – №97 – P. 431-434.

Summary

CLINICAL PROTOCOL OF SPECIALIZED TREATMENT OF TROPHOBLASTIC PREGNANCY DISEASE

Vorobyova L.I., Tsip N.P.

The article describes the definition of trophoblastic pregnancy disease as well as an algorithm of radical treatment depending on the risk of resistance development and the stage of the tumor. It is stated that the treatment of low risk patients is possible in oncology centers, whereas high risk patients need treatment only in specialized centers. Overall survival of trophoblastic pregnancy disease patients at low risk constitutes 100%; and at high risk – 80%.

© Жукова Т.О., Чорнобай А.В., Васько Л.М., Кривякова І.Є., Філіпс І.В.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Жукова Т.О., Чорнобай А.В., Васько Л.М., Кривякова І.Є., Філіпс І.В.

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

Проанализированы результаты лечения местнораспространённого рака гортани (T₂₋₃). В группе больных, где использовалось комплексное лечение (медикаментозное цитостатическое в сочетании с лучевой терапией) процент больных, которым удалось провести органосохраняющее лечение был значительно больше, по сравнению с группой больных где использовалось комбинированное лечение. При этом годовичная и трёхлетняя выживаемость оказалась достоверно выше.

Ключевые слова: рак гортани, комплексное и комбинированное лечение

Статистично доведено, що гортань і гортаноглотка по частоті захворюваності є основними локалізаціями серед органів голови і шиї, а рак гортані (РГ) вийшов на 10-е місце в у чоловіків в Україні [1]. Не дивлячись на відносну стабілізацію захворюваності в Україні за останні 3 роки, щорічно виявляють біля 2,5 тис. випадків і 1,5 тис. пацієнтів щорічно помирає. У Полтавській області за період 2003 – 2007 роки захворюваність на РГ збільшилась від 5,1 до 6,6 на 100 тис. населення, а кількість виявлених занедбаних випадків зросла на 4% [1, 5]. Слід відмітити, що 45-52 % пацієнтів становлять особи працездатного віку, а 60% первинних пухлин гортані діагностується в поширених та занедбаних стадіях (III – IV) [4]. В переважній більшості літературних джерел відмічається, що на теперішній час не існує стандартизованих методів лікування РГ. Зокрема, хворих із III-IV стадіями де монометоди не ефективні, а 5-річна виживаність складає 15-45 % [1,4].

Метою даного дослідження став порівняльний аналіз лікування хворих на рак гортані для визначення ефективності медикаментозного цитостатичного компоненту в поєднанні з променевою терапією в комплексному лікуванні з метою розширення можливостей органзберігаючого лікування цієї патології.

Матеріали та методи

Для досягнення мети був проведений ретроспективний аналіз 285 історій хвороб пацієнтів із злоякісними пухлинами гортані, які лікувались в Полтавському обласному клінічному диспансері з 2003 по 2007 рр. Серед захворівших чоловіків було 271 (95%), жінок 14 (5%), що повністю корелює з літературними даними де наводиться співвідношення захворюваності жінок та чоловіків 1:20. Середній вік хворих складав 56,3 роки, тобто працездатний вік. Найвища захворюваність відмічена у віці 60 – 69 років – 94 (32,9%). За стадіями пацієнти розподілялись наступним чином: I стадія – 17 (5,9%), II стадія – 87 (30,6%), III стадія –

169 (59,3%), IV стадія – 12 (4,2%). Щодо локалізації процесу, то у 169 (58,9%) пацієнтів зареєстроване ураження надголосникового відділу гортані, у 103 (36,3%) – голосникового відділу та у 13 (4,8%) – підголосникового. Морфологічно – 99,3% пухлин мали будову плоскоклітинного раку. Для визначення ефективності проведеного лікування нами використовувались дані наступних методів обстеження: непряма ларингоскопія, фібрларингоскопія, конвенційна томографія та комп'ютерна томографія гортані.

Результати та їх обговорення

Проведений аналіз показав, що обсяг лікувальних заходів визначався в залежності від стадії захворювання. Так, хворим з поширеністю процесу T₁N₀M₀ було проведено хірургічне лікування в об'ємі хордектомії. При поширеності процесу T₂N₀M₀ пацієнти отримували комбіноване лікування: радикальні операції з послідовним опроміненням за класичною методикою та передопераційне опромінення, з наступним хірургічним втручанням (при залишкових пухлинах). При лікуванні місцево розповсюдженого раку гортані T₃N₀M₀ використовувався комплексний метод лікування різною послідовністю виконання променевого, хіміотерапевтичного (ХТ) і хірургічного компонентів. При поширеності процесу T₄N₀M₀ пацієнти отримували паліативну хіміопроменеву терапію. В результаті проведеного аналізу до уваги було взято 149 (52,3%) пацієнтів з T₃N₀M₀, які розподілились на дві групи. 78 пацієнтам першої групи проводили променеву терапію (по 2 Гр 5 раз на тиждень до 40 Гр) та хіміотерапевтичне лікування із застосуванням препаратів платини, 5-ФУ і блеоміцетину. Друга група (71 пацієнт) отримувала променеву терапію за класичною методикою лікування (по 2 Гр 5 раз на тиждень до 40 Гр). Після закінчення ПТ та ХТ в разі наявності залишкової пухлини вирішувалось питання про хірургічне лікування (ларингектомія). В першій групі один рік

прожило 87% пацієнтів, три роки - 71,5% хворих, в другій групі – 76% та 51% відповідно.

Висновки

Таким чином, впровадження медикаментозного цитостатичного компоненту лікування, як при самостійному променевому, так і при комплексному лікуванні, значно покращує безпосередні та віддалені результати лікування хворих на поширений рак гортані.

Література

1. Абизов Р.А. Онкоотоларингологія. Київ: Книга плюс, 2001. –272с.

Summary

THE ANALYSIS OF THE TREATMENT RESULTS OF LARYNGEAL CANCER

Ghukova T.O., Chornobay A.V., Vasko L.M., Kriviakova I.E., Filipas I.V.

Treatment results of locally advanced laryngeal cancer were analysis. The percentage of patients with organ-preserving operations was markedly higher in the group of patients where complex treatment (cytostatic radiotherapy) in comparison to patient group where combinatory treatment was employed. At this, the one-year and three-year survival proved to be higher.

© Ковтун В.А., Баштан В.П., Лымарь Л.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЗОМЕТЫ ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗОМ

Ковтун В.А., Баштан В.П., Лымарь Л.А.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер, г. Полтава, Украина

Представлен обзор литературы по одной из важных проблем в онкологии - лекарственной терапии вторичных костных осложнений. В течении последних лет терапия костных поражений сделала огромный шаг вперед благодаря появлению группы препаратов - бисфосфонатов. Освещены механизмы развития такого осложнения как гиперкальциемия, особенности терапии бисфосфонатом III поколения - препаратом зомета («Новартис», Швейцария). Материалом для собственных наблюдений послужили случаи поражения костной ткани у пациентов с лимфогрануломатозом, приведен краткий обзор особенностей развития и проявления костных поражений при этой патологии. Сделаны выводы об эффективном применении зометы в комплексном лечении поражении костей опухолевыми процессами лимфоидного генеза.

Ключевые слова: лимфогрануломатоз, зомета, гиперкальциемия.

Некоторые злокачественные опухоли, особенно эпителиальной природы, имеют в качестве "излюбленного" места локализации метастазов костную систему, находя там благоприятное микроокружение: рак молочной железы, легкого, предстательной железы, почки, щитовидной железы.

Современные подходы к лечению метастазов в кости определяются многими параметрами, главными из которых являются локализация и гистологическая форма первичной опухоли. Используется противоопухолевая химиотерапия, гормонотерапия, хирургические вмешательства.

Больные с метастазами других злокачественных опухолей, не обладающих гормональной зависимостью или высокой чувствительностью к химиотерапии, в качестве выбора метода паллиативного лечения получают зачастую только лучевую терапию. Общая тенденция лучевой терапии метастазов в кости различных злокачественных опухолей заключается в проведении коротких курсов терапии за счет использования укрупненных фракций: РОД - 5 Гр, СОД - 25-30 Гр.

2. Алферов В.С. Органосохраняющие методы лечения рака гортани: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1993. – 40с.
3. Амиралиев Н.М., Исаева Э.Г., Ахмедов Ш.М. Профилактика регионарного метастазирования у больных местнораспространенным раком гортани // Журн. Азербайджанского мед. университета, Баку. – 2001. – №3. – С.18 -19.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Медицина, 1997 – 467с.
5. Рак в Україні, 2005 – 2006 рр. Бюлетень національного канцер-реєстру України №8 – Київ, 2007. - 94с.

Несомненные перспективы в паллиативном лечении больных с метастазами в кости, особенно остеолитического характера, открывает использование бисфосфонатов. В общей схеме комплексной противоопухолевой терапии бисфосфонаты представляют новый и отличный от предыдущих подход в терапии.

В довольно многочисленной литературе последних лет изучена эффективность при костных метастазах нескольких препаратов из группы бисфосфонатов: этидроната, клодроната

(бонефоса),памидроната (аредии). Менее изучены бондронат и золедронат - представители III поколения бисфосфонатов.

Практически все работы посвящены применению бисфосфонатов при лечении костных метастазов рака молочной железы, предстательной железы, множественной миеломы, но редко упоминается возможность применения этих препаратов в лечении костных поражений при лимфоидных неоплазиях.

Между тем, среди экстранодальных проявлений лимфогрануломатоза поражение костной системы встречается в 30% случаев, а ряд авторов указывают даже на большую частоту поражений (20-70%),и объ-

яняют это недостаточным обследованием скелета в клинике. Впервые поражение костной ткани описано А.Виганди (1878) и Циглер (1911). Вовлечение костей в преобладающем большинстве бывает вторичным вследствие перехода процесса с лимфатических узлов *per contumitatem* или гематогенным путём при генерализации процесса. При этом поражаются лимфоидные элементы костной ткани, и даже при обширности поражения кости форма костей не меняется, никогда не наблюдается деформации костей, что отличает от гематогенного поражения при эпителиальных опухолях. Чаще всего поражаются плоские кости в местах, близких от групп пораженных лимфоузлов – грудина, позвонки, кости тазового пояса, основания черепа, значительно реже в трубчатых костях. Прогностически поражение костей относительно благоприятно.

Формы поражения костей мало чем отличаются от поражения при солидных опухолях – диффузная остеолитическая, остеосклеротическая, смешанная и с кистозной перестройкой кости. Поэтому клинкорентгенологическая картина поражения костей во многом сходна и для этих больных характерны классические скелетные осложнения (компрессионные, патологические переломы, гиперкальциемия). Патологические механизмы резорбции костной ткани достаточно изучены и описаны в множестве публикаций посвященных костным осложнениям при солидных опухолях. Остеолитические повреждения характеризуются высокими показателями костной деструкции — результат повышения активности остеокластов. Как следствие такого своеобразного давления опухоли на костную систему развивается ряд осложнений — переломы, компресии, сдавление спинного мозга или его корешков, боли. Нередким осложнением является и гиперкальциемия, которая встречается у 10—20% среди всех онкологических больных и у 20—40% среди больных с распространенными формами. Гиперкальциемия может возникать у больных как с метастазами в кости, так и без них, в связи с чем различают 2 типа гиперкальциемии: гуморальную и локально-osteолитическую.

При гуморальной гиперкальциемии повышение кальция в крови может быть следствием локальной или генерализованной костной деструкции, стимулируемой растворимыми факторами, такими как PTHrP (кальцитриол, простагландины, продуцируемые опухолевыми клетками и цитокинами: интерлейкины (IL-1, IL-6), фактор некроза опухоли (TNF- α), ростовые факторы (TGF- β , NF- κ B), вырабатываемые иммунной системой в ответ на возникновение опухоли.

В механизме развития гиперкальциемии, индуцированной злокачественными опухолями, основную роль играют:

- 1) избыточное поступление кальция в кровь в результате активной резорбции костной ткани, что наиболее часто встречается при литических метастазах рака молочной железы и множественной миеломе;
- 2) увеличение тубулярной реабсорбции кальция в почках, что наиболее характерно для рака легкого;
- 3) уменьшение экскреции кальция с мочой как следствие дегидратации и нарушения почечной клубочковой фильтрации.

Гуморальная гиперкальциемия встречается более часто у больных с плоскоклеточным раком легкого, головы и шеи, раком почки. Пациенты с гиперкальциемией в целом имеют более плохой прогноз и короткую продолжительность жизни — от нескольких недель до нескольких месяцев.

Клиническая картина гиперкальциемии как следствие костной резорбции проявляется полиурией, желудочно-кишечными нарушениями, прогрессирующей дегидратацией, снижением почечной фильтрации, увеличением реабсорбции кальция и нарастанием уровня кальция в крови. Тем не менее развитие и тяжесть основных симптомов гиперкальциемии не строго коррелируют с уровнем кальция в крови. При легкой степени гиперкальциемии с уровнем кальция в крови, равном 3 ммоль/л (12 мг%) и более при норме 2,7 ммоль/л (10 мг%), характерные симптомы, такие как анорексия, тошнота, рвота, слабость, запоры, сонливость, обычно нерезко выражены и их трудно отличить от проявлений основной болезни или побочных эффектов противоопухолевой терапии. При умеренной гиперкальциемии (уровень Ca 3,2 ммоль/л, или 12,8 мг %) нарастает почечная недостаточность и появляются отложения кальция в органах и тканях. Тяжелая гиперкальциемия обычно наблюдается при уровне Ca более 3,4 ммоль/л (13,5 мг%) и требует неотложной и активной терапии в связи с нарастающей тяжестью основных симптомов гиперкальциемии, почечной недостаточностью, дегидратацией. Основные принципы лечения гиперкальциемии заключаются в регидратации, которая способствует усилению выведения кальция с мочой и антирезорбтивной терапии средствами, вызывающими ингибирование костной резорбции.

Следует отметить, что в клинической практике при выявлении костных метастазов и проведении комплексного лечения таких пациентов мы всегда определяем уровень сывороточного Ca⁺⁺ с его мониторингом в процессе всего лечения, и случаи злокачественной гиперкальциемии не так часты. У большинства больных наблюдается нормокальциемия или гиперкальциемия легкой степени.

Зомета — новый бисфосфонат, который более активно ингибирует активность остеокластов и уже рекомендовал себя в лечении гиперкальциемии.

Зомета — подавляет функцию зрелых остеокластов,

- задерживает их созревание,
- ингибирует их подвижность,
- уменьшает продукцию цитокинов,
- уменьшает адгезию опухолевых клеток к костному матриксу и инвазию их в кости.

Зомета выпускается в виде стерильного порошка, содержащего 4 мг золедроновой кислоты, хорошо растворимого в растворе для инъекций, вводимого болюсно внутривенно в течение 5—15 мин. I—II фазы клинических исследований показали, что препарат хорошо переносится, удобен для применения в связи с непродолжительностью введения, не требует предварительной регидратации. Препарат высокоэффективен в лечении гиперкальциемии, и рекомендуемая для этой цели доза составляет 4 мг (0,07 мг/кг), хотя снижение уровня кальция до нормы наблюдали и при более низких дозах зометы: 0,04 мг/кг и даже 0,02

мг/кг. Длительность достигнутой при этом нормокальциемии превышала 21 день.

Второе направление развернутых клинических исследований — изучение эффективности зометы в лечении и профилактике костных метастазов.

Предклинические исследования зометы предполагают, что, помимо действия на остеокласты и костную резорбцию, зомета обладает противоопухолевой активностью и может подавлять метастатический процесс. Кроме того, *in vitro*, при инкубации опухолевых клеток с зометой отмечено уменьшение процента выживших клеток и увеличение количества клеток в апоптозе. Установлено также ингибирование роста клеток эндотелия, индуцируемого ростовыми факторами, с чем связывают возможный антиангиогенный эффект зометы.

В отделении химиотерапии Полтавского областного клинического онкологического диспансера проведено лечение 5 пациентам лимфогрануломатозом с поражением костей скелета. Сроки возникновения костных проявлений после окончания первичного лечения колебались от 11 до 75 месяцев. У всех пациентов регистрировали рецидив заболевания в лимфатических узлах (медиастинальных, паховых, таза). Костные изменения диагностированы в трех случаях при компьютерной томографии, в двух при радиоизотопном исследовании костей скелета, носили многоочаговый характер с преимущественным поражением ребер, грудины, костей таза, позвонков, болевой синдром разной интенсивности наблюдался у всех пациентов. Препарат Зомета («Новартис», Швейцария) вводился в стандартном дозовом режиме - 4 мг в виде 15-20 минутной инфузии с интервалом 21-28 дней между введениями, количество введений варьировало от 4 до 8 в зависимости от эффекта лечения рецидива в пораженных группах лимфатических узлов. Всем пациентам проводились курсы цикловой полихимиотерапии в соответствии с существующими стандартами лечения рецидивов лимфогрануломатоза. Приводим клинический случай комплексного лечения поражения костной ткани сопровождающееся выраженным болевым синдромом, большим объемом очагов костной деструкции, сопровождающейся легкой степени гиперкальциемии у больного лимфогрануломатозом с применением препарата зометы. Б - ной Г., 24 года, обследован в июле 2003 г. в клинике и установлен диагноз: Лимфогрануломатоз, вариант с подавлением лимфоидной ткани, ст. III Б, кл. гр. П. Проведено химиолучевое стандартное лечение по радикальной программе, которое закончено в августе 2004г.

В июле 2005 г. госпитализирован с жалобами на выраженные боли в правой половине таза, онемение

правой конечности, нарушение опорной функции, увеличение паховых лимфоузлов. При КТГ- исследовании костей тазового пояса и малого таза установлено: деструкция правого крыла подвздошной кости с деструкцией вертлужной впадины. Крестцовая кость и тела поясничных позвонков структурные. Заключение: ЛГМ, переход процесса на кости таза. Больному проведена полихимиотерапия по схеме ВАСОР, введение зометы 4 мг. через 3 нед. моно ХТ среднетоксичным метотрексатом 250-300 мг/м² (РД = 500-600мг) путем 6-ти часовой инфузии в сочетании с ДЛТ на область деструкции в СОД = 24 Тр., повторное введение зометы. Через 3 нед. провели повторно введение зометы и монотерапию метотрексатом. Всего пациент получил четырежды введение зометы с интервалом в 21 день и 4 курса терапии метотрексатом, закончил лечение в октябре 2005г. При контрольной КТГ - остеосклероз в области вертлужной впадины, контуры головки правой бедренной кости сохранены, восстановление краевой пластинки тазовой кости справа с кистозной перестройкой её структуры. Лимфоузлы таза не увеличены.

Комплекс проведенных лечебных мероприятий позволил добиться стойкой клинической ремиссии с устранением болевого синдрома, неврологических расстройств.

Таким образом, применение зометы со стойким клиническим эффектом возможно в комплексном лечении не только солидных костных метастазов, а и при поражении костей опухолевыми процессами лимфоидного генеза.

Литература

1. Лимфогрануломатоз. / Ф.В. Курдыбайло / Медгиз, 1961, 53-54.
2. Справочник по онкологии / под ред. Н.Н. Трапезникова и И.В. Поддубной / М: КАППА, 1996, 467-479.
3. Онкология / под ред. Д. Касчиато, пер. с англ. / М: Практика, 2008, 575-592.
4. Кондратьева А.П. Современные подходы к лечению метастазов в кости // Современная онкология, т.2 № 4, 2000.
5. О.Бондарук, О. Пономарева, Н. Огородникова, А. Москалец Эффективность золедроната при лечении метастатического поражения костей у пациентов с различными первичными опухолями // Онкология, т.8, №4, 2006, 348-354.
6. О. Пономарьова, О. Бондарук, Н. Огородникова та ш. Диагностика та лікування хворих на злоякісні лімфоми з метастатичним ураженням кісток // Онкология, т.8, №3, 2006, 287-290.
7. Керри Веллингтон, Карен Л. Гоа Зомета (золедроновая кислота) в лечении костных метастазов и гиперкальциемии при злокачественных опухолях / обзор литературы // Тверь: ООО «Издательство „Триадa“, 2003, 32 с.
8. Інформація представництва „Novartis Pharma Services AG“ // Онкология, т.7, №2, 2005, 126-131.

Summary

THE CLINICAL USE OF ZOMETA BU PATIENTS CASES WITH BONE LESIONS IN LYMPHOGRANULOMOTOSIS Kovtun V.A., Bashtan V.P., Limar L.A.

A literature survey on one of the most important problems in oncology, medication therapy of secondary bone complications is presented. In the late years treatment of bone lesions made a large leap ahead due to the emergence of bisphosphonates. Mechanisms of such complications as hypercalcemia were highlighted, as well as treatment by third generation drug Zometa (Novartis, Switzerland). Material of own experience were constituted of patients cases with bone lesions in lymphogranulomatosis, a brief survey of peculiarities of development and manifestations of bone lesions in this disease were presented. Conclusions were drawn on the use efficacy of Zometa in complex treatment of bone lesions caused by tumors of lymphoid genesis.

© Кравцова А.П., Чорнобай А.В., Лукашенко В.М., Фісенко В.М., Лимар Л.О., Пелюховський С.В., Ковтун В.О..

СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА 25-РІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ ПОЛТАВСЬКОГО ОНКОДИСПАНСЕРУ

**Кравцова А.П., Чорнобай А.В., Лукашенко В.М.,
Фісенко В.М., Лимар Л.О., Пелюховський С.В., Ковтун В.О..**

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава
Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

Проведен анализ 25-и летнего периода лечения больных раком шейки матки по данным Полтавского областного клинического онкологического диспансера. Установлены основные тенденции развития методик лечения этой патологии, где приоритет в настоящее время принадлежит комплексному лечению с использованием хирургического и химиолучевого методов.

Ключевые слова: рак шейки матки, лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое лечение.

Рак шийки матки (РШМ) – одна з найчастіших візуальних форм злоякісних пухлин у жіночій популяції населення, яка ще 10 років тому мала тенденцію до зниження захворюваності завдяки профілактичним оглядам, цитологічному скринінгу [2, 5]. Але останнім часом число хворих на РШМ знову почало збільшуватись, що пов'язано, насамперед, з ростом інфекцій, які передаються статевим шляхом [1,2].

Матеріал та методи

Нами проаналізовані клініко-статистичні показники захворюваності та методи лікування хворих на РШМ за наступні періоди: I період – 1985-1992 рр., II період – 1993-2002 рр., III період – 2003-2007р.р. За даними канцер реєстру по Полтавській області стандартизований показник захворюваності склав у I період 16,9 на 100 тис. населення, у II період 15,6 на 100 тис. населення, III період характеризувався збільшенням захворюваності до 18,7 на 100 тис. населення. РШМ займає 7 місце серед онкологічної захворюваності і 2 місце серед злоякісних пухлин геніталій. Питома вага занедбаних випадків має досить високий рівень: у I період – 40%, II період – 36%, III період – 28%. Позитивною тенденцією є те, що за останні роки все частіше діагностується рак *in situ*. В минулі роки це були поодинокі випадки, а за останні 5 років діагностовано у 34 хворих, які знаходяться на обліку в ПОКОД, що складає 3,2%. Цей відсоток з року в рік збільшується, на нашу думку, завдяки поширенню кольпоскопічного дослідження на Полтавщині.

Результати та їх обговорення

I період спостереження характеризується тим, що більшість хворих на РШМ (88%) отримали поєднану променеву терапію (ППТ), яка була єдиним методом лікування і тільки у 10-12% хворих проводилось хірургічне лікування. У той час ми спостерігали достатній відсоток рецидивів та метастазів у регіональні та віддалені лімфатичні вузли, що привело до пошуку більш радикальних методів лікування.

У II період спостереження нами були розроблені показання до хірургічного втручання у хворих на РШМ після проведення повного курсу поєднаної променевої терапії. Серед них – наявність ракових клітин при цитологічному дослідженні мазків з шийки матки, виявлення РШМ при мікроскопічному дослідженні біоптату, а також наявність збільшених здухвинних лімфовузлів, що виявляються при ультразвуковому дослідженні та комп'ютерній томографії. У всіх випадках вирішувалось питання про наявність технічних умов

для виконання операції. У цей період хірургічне втручання виконано у 30,2 % хворих на РШМ. В тому числі у 19% хворих після повного курсу поєднаної променевої терапії. Проведення хірургічного втручання в обсязі операції Вертгейма після повного курсу поєднаної променевої терапії дозволило підвищити 5-річне виживання хворих на РШМ (стадії $T_2N_0M_0$ та $T_2N_1M_0$) до 83,1%, в порівнянні з 76,4% хворих, де застосовувалась тільки ППТ.

Оскільки ми спостерігали випадки виникнення раку тіла матки або яєчників після 10 і більше років у хворих, яким проводили ППТ з приводу РШМ, слід вважати, що хірургічне втручання могло б попередити виникнення пухлини у матці або яєчниках.

З 2003 р. (III період спостереження) ми почали активно застосовувати медикаментозну цитостатичну терапію в комбінації з променевою терапією при злоякісних пухлинах шийки матки. Хіміопроменеве лікування отримали 170 пацієнток (84%), які мали рак шийки матки II стадії ($T_2aN_0M_0$, $T_2bN_0M_0$) та 46 (88%) хворих, які мали рак шийки матки III ст. $T_3a-bN_0-1M_0$, $T_1-3aN_1M_0$.

При II ст. онкологічного процесу поєднану променеву терапію у традиційному варіанті проводили з застосуванням поліхіміотерапії. Використовували стандартні схеми з включенням препаратів цисплатин, фторурацил (156 випадків) або фторурацилом (5-ФУ) у режимі радіомодифікації (10 випадків), ендолімфатична поліхіміотерапія (ЕПХТ) була застосована у 36 пацієнток (схеми MPF та CMF).

З 2004р. у 30 пацієнток з місцево розповсюдженим раком шийки матки, за відсутності оптимальних умов для проведення контактного опромінення, застосували поєднану променеву терапію за розщепленим курсом. На 1-му етапі виконували курс ПХТ препаратами цисплатин $50-75\text{мг/м}^2$ в/в в 1 день, фторурацил $450-700\text{мг/м}^2$ дні 1–5 (або ЕПХТ) в комбінації з дистанційною гамма-терапією за загально прийнятою методикою у статичному режимі опромінення РОД 2 Гр до СОД в т. В 30Гр. Променеве лікування проводили на фоні проти запальних та проти інтоксикаційних засобів. Після підведення вище зазначеної дози променевої терапії робили перерву на 2 тижні. На 2-му етапі лікування проводили 2-й курс поліхіміотерапії (за тією ж схемою), продовжували дистанційну гамма-терапію до СОД в т. В 44–46 Гр, яку чергували з контактною гамма-терапією на шланговому гамма-терапевтичному апараті АГАТ-ВУ РОД 5 Гр до СОД в т. А 50–55 Гр, ритм опромінення 2–3 рази на тиждень.

Після закінчення повного курсу променевої терапії проводили 2–3 курси поліхіміотерапії.

Застосування такої схеми лікування, зокрема хіміотерапії, дає змогу спостерігати часткову регресію злоякісної пухлини шийки матки уже на початку II етапу лікування, зменшення парапухлинного запалення, інтоксикації, больового синдрому. зменшення ранніх та пізніх променевих реакцій та пошкоджень (загальних та місцевих), зменшення частоти місцевих рецидивів та віддалених метастазів. Однорічне виживання складає більше 95%.

Висновки

Підсумовуючи проведений метааналіз еволюції розвитку методів лікування хворих на РШМ в умовах ПОКОД, можна зазначити чітку тенденцію до комплексного лікування місцево поширених форм РШМ. Де все більшого значення набуває застосування хіміо-

променевої терапії в поєднанні з хірургічним методом лікування.

Література

1. Баранов С.Б., Гусейнов К.Д. Оценка эффективности предоперационной химиолучевой терапии больных раком шейки матки // Вопросы онкологии. – 2000, Т49, №5. – С.612-614.
2. Вінницька А.Б. Ретроспективний аналіз комбінованого лікування хворих на рак шийки матки: шляхи оптимізації лікувальних програм. // Онкологія. – 2002.- №1. - С.40 – 41.
3. Вишневская Е.Е., Косенко И.А. Отдаленные результаты комплексной терапии больных раком шейки матки с неблагоприятным прогнозом// Вопр.онкол. – 1999. – Т.45. – С.420– 423
4. Ермакова Н.А Роль химиотерапии на различных этапах лечения рака шейки матки. // Практическая онкология. – 2002, Т.3, №3. – С.211-219.
5. Онкогинекология /Под ред. З.Ш. Гилязутдиновой и М.К. Михайлова. – М. МЕДпресс. – 2000. – 383с.

Summary

STATISTICS OF INCIDENCE AND 25-YEAR EXPERIENCE TREATMENT OF CERVICAL CANCER PATIENTS BASING ON POLTAVA CLINICAL ONCOLOGY CENTER

A.Kravcova, A.Chernobay, V. Lukashenko, V.Fisenko, L.Limar, S. Peluhovski, V.Kovtun.

An analysis of a 25-year period treatment of cervical cancer patients basing on Poltava Clinical Oncology center data was carried out. The major trends of treatment methods of this disease in which present day priority belongs to combined surgical and chemo-radio treatment were defined.

© Лукашенко В.Н., Гаевой К.В., Ковтун В.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ ИНТЕНСИФИКАЦИИ 1-Й ЛИНИИ ТЕРАПИИ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНО - ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ И РЕЦИДИВНЫМИ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

Лукашенко В.Н., Гаевой К.В., Ковтун В.А.

Полтавский областной клинический онкологический диспансер, Полтава, Украина.

Общепринятым является предложение проводить раннюю интенсификацию лечения в 1-й частичной ремиссии после 2-3-х циклов СНОР(АСОР). Целью исследования явилось применение химиотерапевтических режимов для лечения неходжкинских лимфом в режиме интенсификации индукции первичной ремиссии, а также при рецидивах НХЛ, в сравнении со стандартной терапией схемой АСОР. Наблюдали в 2005-06 году 64 пациентов по поводу НХЛ IV - III стадии процесса, из них 24 больных с рецидивами заболевания. Лечение по схеме АСОР получали 46 пациентов, у 12 больных после двух курсов АСОР индукционную ПХТ интенсифицировали схемами ProMACE / CytaBOM, EIP-SAr. У 6 первичных пациентов с CD-20 положительными рецепторами проводили терапию по схеме FMD. Полные ремиссии достигнуты у 53,3% больных НХЛ пролеченных АСОР, а при интенсификации химиотерапии 70% больных НХЛ. Применение режимов интенсификации полихимиотерапии позволяет добиться большего числа полных ремиссий и ответов на лечение.

Ключевые слова: неходжкинская лимфома, индукционная химиотерапия, ранняя интенсификация лечения.

Введение

Среди опухолевых заболеваний кроветворной ткани неходжкинские лимфомы (НХЛ) занимают третье место после лейкозов и лимфогрануломатоза и пятое место в структуре онкологической заболеваемости, составляя около 45% от всех гемобластозов. Заболеваемость

НХЛ ежегодно возрастает на 3-5%, так в Полтавской области в 2006г. составляла 6,9 случаев на 100 тыс. населения, в 2007г. соответственно 7,4 случаев. Выявление локализованных форм заболевания встречается менее, чем у 20% больных, это значит что у большинства больных заболевание диагности-

руется в III - IV стадиях, когда необходимо проведение, в основном, только химиотерапии.

Первичная фаза лечения называется индукционной химиотерапией (ИХТ). Достижение полной ремиссии - обязательное условие для успешного лечения НХЛ, что связано с быстрой диссеминацией процесса и довольно коротким промежутком времени до появления признаков поражения костного мозга и лейкемизации. Существование большого количества схем химиотерапии и их модификаций указывает на то, что ни одна из них не может гарантировать успех в каждом конкретном случае. ИХТ "золотым стандартом" - схемой СНОР (АСОР) приводит к наступлению полных ремиссий у 50 - 60% первичных больных.

Циклофосфамид 750 мг/м² в/в 1-й день Доксорубин 50 мг/м² в/в 1-й день Винкристин 1,4 мг/м² в/в 1-й день

Преднизолон 60 мг/м² р.о. 1-5-й день (Интервал между циклами 3 недели).

Разработанная методика радикальной лучевой терапии позволяет увеличить частоту и продолжительность ремиссий, но вместе с тем развитие рецидивов в первые два года регистрируются до 50% больных с НХЛ. Летальность до года у первично выявленных больных в Полтавской области на протяжении последних трех лет колеблется в пределах 24 - 30,4%.

Современные тенденции для повышения частоты полных ремиссий включают несколько направлений : это применение новых нуклеозидных аналогов (флудара), моноклональных антител к В-клеточной линии (мабтера), а так же радиоиммунная терапия конъюгатами моноклональных антител с радиоизотопами, цитокиноterapia (ронколейкин, интерфероны), высокодозовая химиотерапия с последующей трансплантацией костного мозга или периферических стволовых клеток. Последняя получила название интенсификации химиотерапии и является предметом дискуссий в периодической литературе. Большинство авторов высказывают мнение о целесообразности интенсификации лечения больных НХЛ как высокой так и низкой степени злокачественности. Общепринятым является предложение проводить раннюю интенсификацию лечения в 1-й частичной ремиссии после 2-3-х циклов СНОР.

Цель: Поскольку применение схем полихимиотерапии для гемобластозов при лечении гематосарком часто по результатам оказываются лучше, чем схемы используемые для стандартного лечения гематосарком , представилось интересным применить режимы на основе цитарабина для лечения последних в режиме ранней интенсификации индукции первичной ремиссии, а также при рецидивах НХЛ.

Материалы и методы

В отделении химиотерапии Полтавского областного клинического онкологического диспансера в 2005-2006 году получали лечение по поводу НХЛ IV - III стадии процесса 62 пациента, которым проведено 272 курса полихимиотерапии (ПХТ), из них 24 больных с рецидивами заболевания (12 больных с маргинальными и истинными рецидивами, 4 больных с рецидивами - распространениями, 8 больных с рецидивами - генерализациями). При постановке диагноза руководствовались гистологическим и иммуногистохимическим исследованием удаленного лимфатического узла, клинической картиной и стадией заболевания в соответствии с принятыми стандартами. Первичные больные составляли 61,3% , вторичные 38,7%. Рецидивы развивались в сроки от 5 до 21 месяцев , в основном, у пациентов с неблагоприятным прогнозом. Поражение лимфатических узлов наблюдали в 51,8% случаев, экстранодальное в 48,2% - чаще всего в лимфоидном глоточном кольце, желудочно-кишечном тракте, костях, легких, селезенке. Больные III стадией процесса составляли 38,5% , с IV стадией 61,5% больных, четвертая стадия процесса устанавливалась после проведения всем больным с генерализованным увеличением лимфатических узлов стеральной

пункции и цитологической верификацией саркоматозных клеток в пунктате костного мозга. У 6 первичных больных после иммунофенотипирования установлен диагноз В-клеточной НХЛ с экспрессией пан В-клеточного маркера CD-20, что в соответствии с клинико- анамнестической картиной заболевания позволило отнести случаи к индолентным лимфомам. Преобладающими гистологическими вариантами были пролимфоцитарная, лимфоплазмоцитарная, лимфобластная, фолликулярная, лимфома из маргинальной зоны.

Лечение по схеме " золотого стандарта " ACOP получали 46 пациентов (контрольная группа), которым проведено от 4 до 6 курсов ПХТ. У 12 больных после двух курсов ACOP индукционную ПХТ интенсифицировали схемами ProMACE / CytaBOM, SIEP-Ara (по аналогии "терапии отчаяния" при резистентных формах НХЛ, не менее 2-х курсов); у 6 первичных пациентов с CD-20 положительными рецепторами проводили терапию по схеме FMD.

ProMACE/CytaBOM

Циклофосфамид 650 мг/м² в/в 1-й день

Доксорубин 25 мг/м² в/в 1-й день Этопозид 120 мг/м² в/в 1-й день

Преднизолон 60мг/м² р.о. 1-14-й день

Цитарабин 300 мг/м² в/в 8-й день

Блеомицин 5 мг/м² в/в 8-й день

Винкристин 1,4 мг/м² в/в 8-й день

Метотрексат 120 мг/м² в/в 8-й день

Лейковорин 25 мг/м² в/в через 12-24 часа после метотрексата каждые 6 часов четырёхкратно .

Каждые 3-4 недели.

SIEP-Ara

Ифосфамид 1600мг/м² 1-3-й дни

Этопозид 60 мг/м² 1-3-й дни

Цисплатина 30 мг/м² 4-й день

Цитарабин 100 мг/м² 4-6-й день

Солу-медрол 300мг/м² 1-3-й день

Уромитексан в дни введения ифосфамида в дозе составляющей 100-120%

от разовой ифосфамида.

Интервал между курсами 3-4 недели.

FMD

Флударабина фосфат 25 мг/м² в/в 1-3-й дни Митоксантрон 10мг/м² в/в 1-й день

Дексаметазон 8 мг р.о. 1-5-й день

Лучевую терапию проводили на очаги рецидива только в случаях остаточного опухолевого поражения, после проведения не менее 3-х курсов ПХТ.

Результаты и их обсуждения

Полные ремиссии как у первичных так и у рецидивных больных достигнуты у 70% больных НХЛ при интенсификации химиотерапии после частичной ремиссии схемой ACOP, и у 53,3% больных НХЛ пролеченных стандартной ACOP (не менее 4-х курсов) причем у всех больных, где в схемах ПХТ использовали препараты цитарабин, ифосфамид и этопозид (ластет) клинически исчезновение лимфоузлов наблюдали ещё до применения лучевой терапии, что особенно выражено у первичных больных НХЛ.

Из 6 пациентов с В-клеточной CD-20 рецептор-положительными лимфомами ремиссия зарегистрирована у 5 больных, которые наблюдаются уже больше года. Ввиду небольшого количества наблюде-

ний статистически данные недостоверны, однако полученные результаты позволяют говорить об определённой положительной тенденции в лечении таких больных.

Выводы

1. Применение в режимах интенсификации индукционной и реиндукционной цикловой полихимиотерапии препаратов цитарабина, ифосфамида и этопозида (ластет) у больных НХЛ позволяет добиться большего числа полных ремиссий и ответов на лечение, что согласуется с концепцией согласования программы химиотерапии кинетическим характеристикам опухоли. Определить роль и преимущество каждого препарата в отдельности довольно трудно, что возможно связано с различием в составе групп больных по прогностическим признакам, неодинаковой оценки результатов цикловой полихимиотерапии.

2. Проведение интенсификации целесообразно после 2-3-х курсов CHOP.

Summary

THE EFFECTIVE OF THE PROGRAM RREATMENT INTENSIFICATION AT 1ST PARTIAL FROM INDUCTION THE REMISSION IN PATIENTS WITH NON-HCLGKIN LUMPINOMAS

Lukashenko V.N., Gaevooy K.V., Kovtun V.A.

It is in common use to suggest treatment intensification at 1st partial response after 2-3 cycles of CHOP(ACOP). The goal of this study constituted use of chemotherapy regimens for non-Hodgkin lymphomas in the mode of intensification induction of primary remission, and also in recurrent NHL, in comparison to the standard therapy by ACOP. In 2005-2006, 64 patients with NHL, 24 of whom had recurrent disease, were under study. 46 patients received ACOP, in 12 patients after 2 courses of ACOP induction polychemotherapy were intensified by ProMACE / CytaBOM, EIP-SARA. In 6 primary patients with CD-20 positive receptors, chemotherapy was conducted with FMD. Complete response was reached in 53,3% of NHL patients treated with ACOP, and with intensified chemotherapy - in 70% of NHL patients. Use of intensification regimens of chemotherapy allowed gaining larger numbers of complete and partial responses to treatment.

© Луценко Н.С., Евтерева И.А., Гераскина Л.Р., Зварич Л.И., Писаренко Г.Ф.

РАДИОВОЛНОВАЯ КОНИЗАЦИОННАЯ БИОПСИЯ КАК РЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ РАННЕЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Луценко Н.С., Евтерева И.А., Гераскина Л.Р., Зварич Л.И., Писаренко Г.Ф.

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Целью исследования было определение реальных сроков и методов верификации и лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки. Радиоволновая конизационная биопсия шейки матки была выполнена 126 пациенткам по поводу цервикальной интраэпителиальной неоплазии в возрасте от 19 до 55 лет. 78 % пациенток диагноз CIN был подтвержден гистологически после биопсии конхотомом в женской консультации. Срок от времени проведения биопсии до проведения радиоволновой конизационной биопсии шейки матки составил 2,5 месяца. Всем пациенткам была выполнена радиоволновая конизация шейки матки с дополнительным петлевым иссечением патологически измененных участков эктоцервикса. Полная эпителизация происходила к 24-28 дню (у 86 % пациенток). Показано, что метод радиоволновой терапии шейки матки обладает уникальными на сегодняшний день возможностями сочетания диагностических и лечебных манипуляций, проведения одномоментных лечебно-диагностических стандартных и конизационных биопсий.

Ключевые слова: радиоволновая конизационная биопсия, неоплазия шейки матки

Несомненно, что древний постулат «кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит» актуален до сих пор. Особенно это касается визуальных форм рака и цервикальной интраэпителиальной неоплазии шейки матки (CIN). Однако, несмотря на возможности современной медицины, процент выявления «поздних» случаев заболевания все еще остается высоким.

3. У больных с первичными НХЛ регрессия клинических проявлений заболевания более ранняя и выраженная по сравнению с рецидивными пациентами.

Литература

1. Болезни системы крови / Гусева С.А., Вознюк В.П. / М: «МЕДпресс-информ», 2004: 413-432.
2. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой / М: Практическая медицина, 2005: 467-493.
3. Менделеева Н.П., Савченко В.Г., Павлова О.А., и др. Высокодозная химиотерапия и трансплантация аутологичных гемопоэтических клеток при лимфосаркомах. // Современная онкология / экстр-выпуск, 2002: 12-14.
4. Поддубная И.В. Обоснование лечебной тактики при неходжкинских лимфомах. // Современная онкология / экстр-выпуск, 2002: 15-19.
5. Сивкович С.А. Застосування нових цитостатичних препаратів у схемах лікування хворих на лімфому Ходжкіна та неходжкінські злоякісні лімфоми // Онкологія, т. 9, №3 2007; 229-223.
6. Сивкович С.А., Губарева А.А. Неходжкінські лімфоми // Мистецтво лікування, №1 [027], січень 2006; 75-81.

фикации диагноза. Так, в обычной районной и/или городской женской консультации от момента взятия мазков для цитологического исследования с поверхности шейки матки до получения ответа проходит до 7 дней. Очень часто еще 7-10 дней «набегает» из-за отсутствия возможности своевременно посетить врача.

При втором посещении, как правило, выявляется воспалительный процесс, который требует лечения в течение 7-10 дней. Третье посещение – это наиболее вероятное время проведения биопсии. Следует помнить о том, что биопсия на фоне воспалительного процесса повышает вероятность ложноположительных результатов. Среднее время получения патолого-гистологического заключения колеблется в пределах 18-28 дней. Практически, только через 20 дней, во время 4-го визита пациентка узнает свой диагноз и ей предлагается вариант лечения. От этого момента до 5 визита, когда, собственно проводится лечение предопухолевого процесса (с учетом фазы менструального цикла и «рабочих» возможностей пациентки) еще минимум 2-3 недели. Итого, при обычной ситуации, без учета влияния дополнительных факторов (командировка, болезнь пациентки, ее близких, болезнь врача, отпуск, праздники, забывчивость пациентки, несерьезное отношение к своему здоровью) среднее минимальное время от первого обращения (профилактического осмотра) до верификации диагноза составляет 2-3 месяца, а порой 6-8 месяцев. При этом среднее количество визитов к врачу достигает 5.

Кроме длительности верификации большое значение имеет и метод верификации диагноза. Рутинная биопсия конхотомом визуально измененных участков шейки матки не обеспечивает ни качества материала («раздавленные» ткани) ни точности обследования (неточность визуальной и кольпоскопической диагностики, невозможность взятия биопсии из средней и верхней трети цервикального канала). Поэтому внедрение радиоволнового метода в диагностику и лечение патологии шейки матки – это уникальная возможность сочетания диагностических и лечебных манипуляций.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 153 пациентки с цервикальными интраэпителиальными неоплазиями, которым было проведено клиническое обследование, расширенная кольпоскопия, цитологическое исследование, обследование на ВПЧ-инфекцию методом ПЦР и выполнена радиоволновая конизационная биопсия шейки матки.

Результаты и их обсуждение

Радиоволновая конизация шейки матки была выполнена 126 пациенткам по поводу цервикальной интраэпителиальной неоплазии в возрасте от 19 до 55 лет. 63 % обследованных были в возрасте до 40 лет, 37 % - в возрасте после 40 лет. У 78 % пациенток диагноз CIN был подтвержден гистологически после биопсии конхотомом в женской консультации. Срок от времени первого обращения до времени проведения биопсии составил, в среднем 2 мес., а от времени проведения биопсии до выполнения радиоволновой конизации шейки матки составил 2,5 месяца. 92 % женщин отмечали, что все это время они находились

в состоянии хронического стресса, ожидая результатов патогистологического исследования. Всем пациенткам была выполнена радиоволновая конизация шейки матки с дополнительным петлевым иссечением патологически измененных участков эктоцервикса (при необходимости).

Остальным 27 женщинам выполнена конизационная биопсия, в сроки 1,9мес. Имеющийся опыт проведения радиоволновых конизационных биопсий шейки матки и наличие бескровного поля позволяет визуально оценивать ткани в области операционного поля с дополнительной оценкой после окрашивания раствором Люголя, а технические возможности аппарата «Сургитрон ТМ» – проводить послойное тонкое (до 0,2-0,3 см) иссечение измененных тканей. В 97,4 % случаев имелось гистологическое заключение об удалении патологического очага в пределах здоровых тканей. Остальным женщинам была проведена дополнительная радиоволновая эксцизия патологически измененных участков слизистой. Это позволило предупредить рецидивы заболевания (наблюдение проводилось в течение 12 месяцев).

Радиоволновой метод позволил объединить диагностику и лечение и произвести лечебно-диагностическую биопсию. Это ускорило процесс верификации диагноза, избавило пациенток от необходимости промежуточного вмешательства – биопсии, болевого и психического стресса, значительно сократило время до установления окончательного диагноза и проведения радикального лечения, резко снизило психологическую нагрузку на пациентку, а, следовательно, улучшило качество ее жизни.

Во всех случаях заживление проходило с образованием белого струпа. Неполная эпителизация происходила к 10-12 суткам, полная – к 24-28 дню (у 86 % пациенток). На фоне сахарного диабета и воспалительных изменений слизистой сроки полной эпителизации удлинялись на 2-3 недели.

Таким образом, метод радиоволновой терапии шейки матки обладает уникальными на сегодняшний день возможностями сочетания диагностических и лечебных манипуляций, проведения одномоментных лечебно-диагностических стандартных и конизационных биопсий. Другим несомненным преимуществом метода является возможность морфологического подтверждения удаления патологического очага в пределах здоровых тканей, что резко уменьшает процент рецидивов заболевания.

Выводы

1. Радиоволновая конизационная биопсия шейки матки представляет собой лечебно – диагностическую процедуру, реально сокращающую время верификации диагноза, количество врачебных приемов и сроки лечения цервикальных интраэпителиальных дисплазий.

2. Радиохирургия при патологии шейки матки дает возможность не только оперировать в комфортных условиях и улучшать исходы операций, но и значительно повысить качество жизни пациентки в предоперационном и послеоперационном периодах. Этот метод позволяет иссекать патологически измененную часть слизистой оболочки без повреждения здоровой ткани по принципу экономной хирургии; не нарушать архитектуру цервикального канала; обеспечить

безрубцовое заживление и полное выздоровление пациентки.

Литература

1. Новикова Е.Г., Чиссов В.И. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии. – М., 2000.
2. Радзинский В. Е. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки-матки.- Москва 1998г.

/ Информационное письмо для врачей-гинекологов.- С. 9-12

3. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний.- СПб, 1994.- 480 с.
4. Bodo M, Dobrossy L. Forschr Oncol 1987: 14:71-78.
5. Gupta JW, Gupta PK, Rosenschein N. Shah KV. Ada cytol 1987; 36 (I): 1-5.
6. Alvarez S. Rev Obstet Gynecol Venerol 1988: 48(3):124-125.

Summary

RADIO-WAVE CONIZATION BIOPSI AS REAL WAY FOR EARLY VERIFICATION CERVICAL INTRAEPHYTELIAL NEOPLASIA OF THE UTERINA CERVIX

Lutsenko N.S., Evtereva I.A., Geraskina L.R., Zvarich L.I., Pisarenko A.F.

The trail objective is to estimate the possibility of the radio surgical treatment of dysplasia of the uterine cervix. 126 patients from 19 to 55 years old have underwent radio surgical conization of the uterine cervix. In 78 % of the cases the diagnosis was confirmed histologically after the traditional biopsy. It was necessary to wait for the results of the investigation for 2,5 months; almost all the women were under stress during the whole period. The technical capabilities of the radio surgical unit «Surgitron» allowed to perform the fine layer-after- layer excision of the transformed tissues, to combine the diagnosis and treatment, to effect the diagnostic-curative biopsy. It also allowed to loosen the psychological strain of the patients, saved them from pain and hastened verification of the diagnosis. The healing of the wounds was advantageous, complete epithelization within 24-28 days (86 % of the patients).

Medical Academy of Advansed Training, Zaporozhye

© Ткачук Т.Є.

УДК 616.0-616-07-618.16

СТАНДАРТИЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЖІНОЧИХ ЗОВНІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Ткачук Т.Є.

Волинський обласний онкологічний диспансер, м.Луцьк

Для унификации исследовательской и клинической работы рационально использовать классификацию патологии вульвы комитета ISSVD при ВООЗ 1989г. Предложенный алгоритм обследования позволяет выявлять патологию вульвы на всех этапах её течения от дисплазии до микроинвазивного рака, его можно использовать в пределах существующей системы профилактических осмотров без дополнительных финансовых затрат.

Ключевые слова: стандартизация, злокачественные образования женских наружных половых органов

Вступ

Рак вульви становить в Україні 5-8% онкогинекологічної захворюваності, у Великобританії – 4%, у США – 2,21 на 100 000 жінок, але серед жінок похилого віку (старше 75 років) цей показник майже в 10 раз більше і сягає 20 на 100 000 жінок (5. Olatain A, Murdocb J, 2000, 6. Tortolero-Luna G, Franco E.L, 2004). Отримати інформацію про захворюваність на рак вульви вкрай важко, внаслідок того, що в звітній документації ця локалізація не виділена окремо.

Успішне лікування злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів залежить від своєчасної діагностики, тому зосередження лише на клінічних проявах раку веде до виявлення переважно розповсюджених форм злоякісних пухлин (за зверненням). Саме тому в Україні 70-75% хворих на рак жіночих зовнішніх геніталій розпочинають лікування у III-IV стадіях захворювання, коли наявний місцево-поширений злоякісний процес утруднює, або навіть і робить неможливим, виконання адекватного лікування. Тільки 20-25% хворих приступають до лікування у I-й стадії захворювання (2. Ткачук Т.Є., 2001).

Рак вульви – візуальний рак, максимально доступний для своєчасного виявлення, але проблема ефективної діагностики злоякісних пухлин жіночих зовнішніх статевих органів по даний час не вирішена.

Принципи діагностики карцином вульви ґрунтуються на концепції, що біля 75% з них проходять стадії доброякісних епітеліальних захворювань (фонові захворювання), вульварної інтраепітеліальної неоплазії – VIN I, II, III (дисплазії), мікро- та інвазивного раку. У 25% хворих дисплазії та карциноми розвиваються на фоні візуально неушкоджених тканин вульви (1. Воробйова Л.І., Ткачук Т.Є., 2002).

Патологічні процеси жіночих зовнішніх геніталій трактувалися багато років по різному клініцистами та морфологами. Комітетом по термінологіям ISSVD при ВООЗ у 1989 р. прийнята класифікація патології вульви, що ґрунтується на морфологічних змінах тканин, якою користується широке коло науковців та практичних лікарів всього світу і передбачає виділення наступних захворювань вульви:

I. Доброякісні епітеліальні захворювання (ДЕЗ):

- Склеротичний лишай (раніше атрофічна дистрофія без атипії).

- Плоскоклітинна гіперплазія (раніше гіперпластична дистрофія без атипії).

- Інші дерматози.

II. Вульварна інтраепітеліальна неоплазія (VIN):

1. Плоскоклітинна вульварна інтраепітеліальна неоплазія (VIN):

VIN I (слабка дисплазія)

VIN II (помірна дисплазія)
VIN III (тяжка дисплазія та мікроінвазивна карцинома).

2. Неплоскоклітинна інтраепітеліальна неоплазія.

- Хвороба Педжета.

- Неінвазивна меланома.

III. Інвазивні пухлини.

Злоякісні пухлини вульви уражують, переважно, жінок старшої вікової групи (понад 60 років), а в Україні кількість жінок такого віку сягає 25%, і зберігається тенденція до зростання кількості жіночого населення цієї вікової групи. Це надає проблемі ефективності діагностики карцином вульви особливої актуальності.

Мета дослідження – стандартизація діагностики злоякісних новоутворень жіночих зовнішніх статевих органів.

Матеріал і методи

Проведено комплексне обстеження 877 хворих з ДЕЗ вульви за період 1988 по 2007 рік. Методика обстеження виконувалася в два етапи: 1-й етап здійснювали ФАП, оглядові кабінети міських та центральних районних лікарень, жіночі консультації; 2-й – обласний онкологічний диспансер. При обстеженні застосовано клініко-лабораторні, цитологічний, ендоскопічний (вульвоскопія), гістологічний та статистичний методи. В роботі використана класифікація патології вульви затверджена комітетом по термінології ISSVD при BOO3 у 1989р. Статистичний аналіз проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Вірогідними вважалися дані $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

На першому етапі серед жіночого населення було виявлено 877 хворих з ДЕЗ вульви (склеротичний лишай, плоскоклітинна гіперплазія, змішана форма). Найбільше хворих (40,7%) перебувало у віці 61-70 років, а 22,3% були старші за 70 років. ДЕЗ характеризуються наявністю численних скарг: свербіння, печія, поколювання, болі, сухість, відчуття стягування, наявність екскоріацій, білих плям, безсоння, подразливість, депресія. Хворі звертаються до гінекологів, дерматологів, терапевтів і тривалий час не дообстежуються і отримують неадекватне лікування. До фахівця, який верифікує діагноз і розпочинає адекватне лікування лише 34,5% з них потрапили на протязі 1 року від появи скарг, в той же час у 31,7% хворих анамнез сягав понад 10 років. При гінекологічному огляді при ДЕЗ візуалізується – потовщення, або витончення шкірно-слизових покривів, втрата складчастості, еластичності, поява екскоріацій, телеангіоектазій, ділянок депігментації, вогнищ сухих бляшок білуватого, сіруватого, або жовтуватого кольору. При виникненні карциноми візуалізується пухлина, або виразка з болями та гнійними, а/або гнійно-кров'янистими виділеннями. При ендоскопічному дослідженні (вульвоскопія) патологічних станів вульви, які виконуються за допомогою кольпоскопу виявлено при ДЕЗ на фоні витончених шкірно-слизових покривів: телеангіоектазії (46,5%), справжні ерозії (57,1%), запальні процеси – вульвіти (34,5%), непроліферуючу лейкоплакію (45,5%). При вульварних інтраепітеліальних неоплазіях (VIN) – вульвоскопічно визначали: непроліферуючу лейкоплакію (46,5%), проліферуючу лейкоплакію (40,7%), основу лейкоплакії (34,5%). Важливою ендоскопічною ознакою VIN є наявність характерного мо-

номорфізму вульвоскопічних тестів – однакова форма, розмір, колір епітеліальних та судинних структур, рівень їх розташування. Для початку малігнізації характерно наявність поліморфізму епітеліальних та судинних структур, висоти і форми епітеліальних комплексів, біло-сірий колір та скловидна прозорість тканини. Цитологічні дослідження є пріоритетними у програмі зниження захворюваності та покращення результатів діагностики патології жіночих зовнішніх статевих органів, як візуальної локалізації. До останнього часу інформативність цитодіагностики при захворюваннях вульви сягала 60%, а у 30% випадків мала місце гіподіагностика. Для взяття матеріалу для цитологічного дослідження запропоновано вульварний ніж (З. Ткачук Т.Є., 2005), який дозволяє отримати для досліджень життєздатні клітини глибоких шарів епітелія методом примусової ексfolіації (4. Ткачук Т.Є., 2007). Діагностична достовірність метода становить 86%. Завдяки застосування цього методу при цитологічному дослідженні хворих з ДЕЗ вульви виявлено: VIN I – 259 (29,5%), VIN II – 267 (30,4%), VIN III – 153 (17,4%), в тому числі у 29 (3,3%) випадках виявлена мікроінвазивна карцинома. У всіх пацієнток було виконано, мультицентрично, морфологічне дослідження і виявлено: акантоз, гіпер-, дис-, паракератоз, склероз підепітеліального шару. Співпадіння цитологічного та гістологічного діагнозів становить при VIN I та VIN II 88,7%, а при VIN III та карциномах вульви – 100%. Отже запропонований алгоритм виявлення злоякісних пухлин жіночих зовнішніх геніталій, за допомогою модифікованого цитологічного метода діагностики, особливо серед пацієнток з ДЕЗ вульви, дає можливість виявляти VIN I, VIN II, VIN III, мікро- та інвазивної карциноми з достатньо високим рівнем гістологічного підтвердження, тобто діагностувати злоякісні новоутворення на етапі передраку та початкового раку, що суттєво зменшить кількість занедбаних випадків цієї візуальної локалізації.

Висновки

1. Доцільно дотримуватися класифікації патології вульви запропонованої комітетом по термінології ISSVD при BOO3 у 1989 р., якою користується широке коло науковців та практичних лікарів всього світу, що дозволить уніфікувати, як дослідницьку, так і клінічну роботу. 2. Пропонуємо алгоритм обстеження можливо впровадити в межах існуючої програми профілактичних оглядів жіночого населення України, без додаткового устаткування. 3. Даний алгоритм обстеження доцільно застосовувати для своєчасної діагностики патології вульви на всіх етапах її перебігу, що забезпечує своєчасну діагностику, а це, в свою чергу, найбільшу ефективність лікування даної патології.

Література

1. Воробйова Л.І., Ткачук Т.Є. Діагностика, лікування та профілактика фонових та передракових захворювань жіночих зовнішніх статевих органів //Методичні рекомендації. – Київ. – 2002. – 16С.
2. Ткачук Т.Є. Сучасні принципи діагностики злоякісних новоутворень зовнішніх статевих органів //Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2001.- №2(12). – С. 38-42.
3. Ткачук Т.Є. Патент №8786, «Вульварний ніж», 2005.
4. Ткачук Т.Є. Патент №24284, «Спосіб цитологічної діагностики патології вульви», 2007.
5. Olatain A, Murdocb J. Clinical management of vulva cancer //Revies Gynaecol. Pract. – 2000. – Vol.2. – P. 16-22.

6. Tortolero-Luna G, Franco E.L. Epidemiology of Cervical Vulvar, and Vaginal Cancers. In Gershenson D.M., McGuire W.P., Gore M., Quinn M.A., Thomas Geditors. Gynecologic

Cancer. Controversies in Management. ELSEVIER; Churchill Livingstone, 2004.

Summary

DIAGNOSTICS STANDARDIZATION OF EXTERNAL FEMALE REPRODUCTIVE ORGANS MALIGNANT NEWGROWTHS

Tkachuk T.

Objective: Diagnostics standardization of external female reproductive organs malignant newgrowths.

Basic research results: 877 patients with benign epithelial vulva diseases were examined. Vulva pathology classification by ISSVD Board at WHO 1989 was used in the work. Due to application of cytological vulva pathology examination modification, i.e. vital cells compulsory exfoliation method (patents №№ 8786/2005, 24284/2007), the following was detected: VIN I - 259 (29.5 %), VIN II - 267 (30.4 %), VIN III - 153 (17.4 %). Microinvasive carcinoma was detected among 29 patients (3.3 % of cases). Compliance of cytological and histological diagnoses was 88.7 % for VIN I and VIN II, and it was 100 % for VIN III and vulva carcinomas.

Conclusions: Vulva pathology classification by ISSVD Board at WHO 1989 proved to be rational for unification of research and clinical work. The offered examination algorithm makes it possible to detect vulva pathology at all stages of its course from dysplasia to micro- and invasive cancer, it can be used within the existing system of prophylactic check-ups without extra financial expenses.

© Седаков И.Е., Трухин Д.В., Бондарь А.В., Кобец Р.А

УДК 618.19. - 006.6

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Седаков И.Е., Трухин Д.В., Бондарь А.В., Кобец Р.А

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

Горловский городской онкологический диспансер, Украина

Определены условия достижения больными раком молочной железы полноценной функциональной и психоэмоциональной реабилитации после комплексного лечения. Показана возможность широкого применения функционально-щадящих и органосохраняющих операций, использования современных дополнительных приемов при выполнении хирургического вмешательства (подкожного кисетного шва, электросварки мягких тканей), что улучшает эстетические и функциональные результаты лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, реабилитация больных, функционально-щадящие и органосохраняющие операции, подкожный кисетный шов, электросварка мягких тканей.

Вступление

Актуальность проблемы лечения рака молочной железы трудно переоценить, потому что на протяжении многих лет РМЖ лидирует в структуре онкологической заболеваемости среди женского населения во всем мире. Статистические данные свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости раком молочной железы за последние 20 лет без тенденции к стабилизации показателей.

Ежегодно в мире регистрируется больше 1 млн. новых случаев этой патологии. В странах СНГ рак молочной железы занимает первое место в структуре смертности от онкологических заболеваний у женщин трудоспособного возраста. В Украине также отмечается увеличение заболеваемости раком молочной железы. Так, за последние 10 лет этот показатель увеличился более чем на 10%, в Донецкой области за этот период заболеваемость выросла с 51,3 до 67,6 на 100 тыс. женского населения. Смертность от злокачественных новообразований молочной железы в мире составляет 17,9 на 100 тыс., а в Украине 30,6 на 100 тыс. женского населения.

По данным канцер-регистра, заболеваемость раком молочной железы в целом в 2006 году по Украи-

не составила 60,9 случаев на 100 тысяч женского населения (первое место в структуре онкологической заболеваемости), из них 71,7% приходится на 1-2 стадии. Наибольшее количество "ранних" раков диагностировано в Винницкой области (89,9%), Сумской области (92,6%), г. Киеве (87,1%). К сожалению, в Донецкой области всего лишь у 60,8% диагноз рака молочной железы был поставлен на начальных стадиях. Начало лечения на ранних стадиях не только улучшает его ближайшие и отдаленные результаты, но составляет основу для улучшения качества жизни и дальнейшей реабилитации.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 5758 больных раком молочной железы, получавших комплексное и комбинированное лечение в ДОПЦ с 1995 года, более чем 1500 больных, оперированных с помощью аппарата электросварки мягких тканей в ДОПЦ с 2004 года.

Результаты и их обсуждение

Медицинская реабилитация – это процесс, направленный на устранение последствий болезни и врачебных воздействий. В лечении больных раком моло-

чной железы мы отдаем предпочтение тем методам, которые имеют наименьшие последствия для пациентов и наилучший результат врачебных воздействий. Мы считаем, что основой реабилитации онкологических больных всех локализаций является адекватное патогенетически обоснованное лечение, в первую очередь хирургическое. Широкое применение функционально-щадящих мастэктомий по Маддену, органосохраняющих операций, применение селективной внутриартериальной и эндолимфатической терапии позволяет не только добиться удовлетворительных ближайших и отдаленных результатов, но и стать основой для улучшения качества жизни и реабилитации онкологических больных. На этапе диспансерного наблюдения, больных, получавших комплексное или комбинированное лечение по поводу рака молочной железы, беспокоит в первую очередь прогноз заболевания, эстетические результаты (особенно у пациентов молодого возраста), и функциональные результаты (наличие и степень выраженности лимфедемы, болей, парестезий, тугоподвижности в руке).

Исходя из этих предпосылок максимально эффективной реабилитации пациентов, в Донецком областном противоопухолевом центре разработаны следующие подходы к хирургическому лечению больных раком молочной железы:

- Выполнение функционально-щадящих мастэктомий (по Маддену) при отсутствии фиксации опухоли к передней грудной стенке, в том числе и у больных с местнораспространенным первично-неоперабельным раком после неоадьювантного комбинированного лечения.

- Выполнение радикальных мастэктомий по Холстеду лишь при условии фиксации опухоли к мышцам передней грудной стенки
- использование кисетного внутрикожного шва
- применение современных методов обработки тканей во время хирургического вмешательства (электросварка тканей), максимальное сохранение сосудисто-нервных структур в зоне операции
- органосохраняющие операции (квадрантэктоми с подмышечно-подключичной лимфаденэктомией) и транспозицией сосково-ареолярного комплекса (по показаниям) у больных с 1-2 стадией, особенно при наружной локализации опухоли; проведение адьювантной внутриартериальной полихимиотерапии у больных после выполнения органосохраняющих операций.

В Таблице 1 представлен характер хирургических вмешательств у больных раком молочной железы в Донецком областном противоопухолевом центре.

Видно, что если в 1995 году количество операций по Холстеду достигало 24,5%, то в 2006 – 0,9%, по Пейти в 1995 и 2006 г.г. – 53,8% и 1,4% соответственно. Наряду с сокращением количества радикальных мастэктомий по Холстеду и Пейти наблюдается резкое увеличение количества квадрантэктоми и радикальных мастэктомий по Маддену – с 9,3% до 18,8% и с 12,6% до 78,7% соответственно. Необходимо отметить, что сокращение объема и травматичности операций не ухудшает результатов лечения.

Таблица 1.
Характер хирургических вмешательств у больных раком молочной железы в Донецком областном противоопухолевом центре.

Годы	Вид вмешательства								Всего
	РМЭ по Холстеду		РМЭ по Пейти		РМЭ по Маддену		Квадрант-эктомии		
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
1995	89	24,5	197	53,8	46	12,6	34	9,3	366
1996-2004	574	14,4	1478	37,1	1470	36,9	463	11,6	3985
2005	24	3,5	89	13,0	482	70,6	86	12,5	681
2006	7	0,9	10	1,4	572	78,7	137	18,8	726
Всего	694	12,0	1774	30,8	2570	44,6	720	12,5	5758

В Табл. 2 представлены результаты 3-х и 5-летней выживаемости больных раком молочной железы в зависимости от стадии. Они сопоставимы с результатами, полученными в ведущих онкологических центрах.

Таблица 2.
Результаты 3-х и 5-летней выживаемости больных раком молочной железы в зависимости от стадии.

Стадия	Выживаемость	
	5-летняя	10-летняя
T1-2N0-1M0	84,6 ± 1,8	67,4 ± 2,8
T1-2N2	63,0 ± 5,3	37,6 ± 3,0
T3N0-2	64,6 ± 3,5	48,7 ± 3,4
T4N0-2	58,1 ± 4,5	31,3 ± 3,8

В Донецком областном противоопухолевом центре расширены показания для выполнения органосохраняющих операций (квадрантэктоми с подмышечно-подключичной лимфаденэктомией) за счет проведения селективной внутриартериальной полихимиотерапии. Применение внутриартериальной полихимиотерапии позволяет значительно (почти в четыре раза) сократить риск развития местных рецидивов – с 9,3% до 2,4%. Необходимо отметить, что развитие местных рецидивов с их последующим компле-

ксным лечением не влияет на отдаленные результаты лечения больных раком молочной железы.

В последнее время нами с целью уменьшения лимфореи и частоты развития плечелопаточного синдрома, особенно у пациентов гиперстенического телосложения и с избыточной массой тела, применяется методика наложения подкожного кисетного шва. Затягивание кисетного шва, расположенного в подкожной жировой клетчатке под внутрикожным косметическим швом, позволяет уменьшить длину раны, сократить площадь раневой поверхности, а также переместить угол раны в медиальном направлении. Это создает хорошие предпосылки для функциональной реабилитации больных после радикальной мастэктомии. По предложенной методике прооперировано 32 больных, получены минимальные нарушения функции руки и удовлетворительные эстетические результаты.

На рис. 1 представлен общий вид послеоперационной раны после наложения подкожного кисетного и внутрикожного косметического шва.



Рис. 1. Вид послеоперационной раны после наложения подкожного кисетного и внутрикожного косметического шва.

В современной онкологии хирургическое вмешательство при раке молочной железы это высокотехнологический процесс, и чем меньше повреждающее воздействие оперативного вмешательства (времени операции, объема кровопотери, степени травмирования окружающих тканей), тем благоприятнее послеоперационный период и меньше количество осложнений. В институте электросварки им. О.Е. Патона НАН Украины разработан уникальный способ электросварки

живых мягких тканей (ЭСЖМТ). В основе принципа работы лежит коагуляция молекул альбумина. С 2004 года в ДОПЦ данная технология нашла применение в различных областях хирургии злокачественных опухолей, в том числе и при раке молочной железы.

В настоящее время с применением ЭСЖМТ выполнено более 1500 радикальных мастэктомий. Были оценены возможности метода (ЭСЖМТ) в ходе выполнения оперативных вмешательств по поводу РМЖ и прослежено его влияние на течение раннего послеоперационного периода.

В контрольной группе хирургическое вмешательство выполнялась электроножом ЭН-57 М1. Оценивались наличие и степень гистологических изменений в сосудах и тканях в местах воздействия электросварки и электроножа, а также изучалась динамика цитологических изменений дренажной жидкости. Впервые при использовании данной методики гистологически выявлено вворачивание эндотелия сосудов внутрь просвета и его склеивание с последующим формированием тромба. Использование ЭСЖМТ сокращает время операции на 15%, кровопотерю до 100-200 мл., снижает частоту появления сером до 5,2%, лимфорей до 7±1,54 дня. Кровотечений, нагноений и краевых некрозов нами не отмечено. В дренажной жидкости обнаружено уменьшение количества элементов воспаления, и клеточного детрита. Кровеносное русло было менее подвержено коагуляционному некрозу (табл. 3)

Таблица 3.
Преимущества применения электросварки живых мягких тканей по сравнению с диатермокоагуляцией у больных при выполнении радикальной мастэктомии.

	Исследуемая группа	Контрольная группа
	ЭСЖМТ	ЭЛЕКТРОНОЖ
Время оперативного вмешательства (мин)	30 +/-5	60 +/-10
Кровопотеря во время операции (мл)	100-150	250-350
Длительность лимфорей (дни)	7+/-1,4	10+/-2,2
Образование сером	5,2%	21%
Краевые некрозы	Нет	4%
Морфологический субстрат тромба	фибриновый	коагуляционный
Глубина повреждения сосуда (мм)	1,47+/-0,53	2,25+/-0,14
Повреждение окружающих тканей (степень коагуляционного некроза)	+	++++

Использование метода ЭСЖМТ позволяет без ущерба принципов онкологического радикализма сократить продолжительность хирургического вмешательства, обеспечивает надежный гемостаз по ходу операции, сокращает объем кровопотери и количество осложнений, связанных с карбонизацией тканей, исключает применение шовного материала, не влияет на процесс заживления раны. Исследуемая технология безопасна в использовании и не увеличивает лучевую нагрузку на медицинский персонал.

Выводы

Таким образом, основа реабилитации пациентов, перенесших лечение по поводу рака молочной железы – применение обоснованных методов лечения, в первую очередь объема хирургического вмешательства. Необходимо широкое применение функционально-щадящих и органосохраняющих операций (РМЭ по Маддену и квадрантэктомий с лимфаденэктомией), при условии проведения адекватного неoadъювантного и адъювантного лечения, в том числе

с использованием методик селективной внутриартериальной и эндолимфатической полихимиотерапии. Использование дополнительных приемов при выполнении хирургического вмешательства (применение подкожного кисетного шва, электросварки мягких тканей, максимально щадящее отношение к сосудисто-нервным структурам) в процессе хирургического вмешательства улучшает эстетические и функциональные результаты лечения.

Литература

1. Г.В.Бондар, В.Г.Шлопов, В.М.Смирнов, Д.В.Трухин, А.В.Хоменко, Д.А.Хилько. Внутрішньоартеріальна регіонарна поліхіміотерапія у хворих на рак молочної залози - Онкологія, т.8, №2, 2006 – С. 116 – 120.
2. Г. В.Бондарь, В.Н.Смирнов, А.И.Фефелов, Д.В.Трухин, А.И.Александров, А.В.Хоменко. Стандартизация комплексного лечения больных с местнораспространенным раком молочной железы. - Архив клинической и экспериментальной медицины, том 14, №2, 2005. – С.165 –167
3. Т.Л.Скочиляс, Я.В.Денисенко. Новые предпосылки для органосохраняющих операций при «раннем» раке мо-

- лочной железы. - Архив клинической и экспериментальной медицины, том 14, №2, 2005. – С. 216-219.
4. Бондарь Г.В., Седаков И.Е., Семикоз Н.Г., Смирнов В.Н., Трухин Д.В., Александров А.И., Хлопушин Е.Ю., Денисенко Я.В., Болобан Г.В. Стандартизация методов комплексного лечения больных раком молочной железы. // Украинский медицинский альманах, 2005, том 8, №3 (додаток), с.30-33.
5. Демидов В.П., Островцев Л.Д., Джубалиев С.К. и др. Реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем лечении. Под ред. В.И.Чиссова. – М., 1995. – С.84-102.
6. Патент 29318 Украина, МКИ А61В 17/00. Бондар Г.В., Седаков И.Е. Спосіб лікування раку молочної залози.
7. Патент Украины № 63156А от 15.01.2004. Бондарь Г.В., Седаков И.Е., Смирнов В.Н., Болобан Г.В. Способ профилактики и лечения рака молочной железы.

Summary

THE ABILITIES OF SURGICAL REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH BREAST CANCER

Sedakov I.E., Truchin D.V., Bondar A.V., Kobec R.A.

Conditions for achievements of functional and psychoemotional rehabilitation of patients with breast cancer after the complex treatment was define. Was shown ability of wide using of breast-sparing surgery, and using of additional methods in surgery (purse-string suture, electric welding), that improved aesthetic and functional results of the treatment.

© Яковец Ю.И.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Яковец Ю.И.

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина.

В последние десятилетия термин «реабилитация» прочно вошел в число обиходных медицинских понятий. В многочисленных публикациях, касающихся реабилитации больных самыми различными заболеваниями, написанных представителями различных медицинских специальностей, присутствует, однако, один общий признак: чрезвычайное разнообразие толкования термина «реабилитация» вообще и "медицинская реабилитация" в частности.

Нами в медицинских публикациях обнаружено около 30 различных определений термина «медицинская реабилитация», что свидетельствует об отсутствии научного определения этого понятия, что в свою очередь приводит к невозможности сравнения эффекта реабилитации, проводимой различными лечебными учреждениями, к отсутствию единых объективных критериев эффективности, к произвольному выбору сроков реабилитации, контингентов больных подлежащих ей, и средств необходимых для осуществления реабилитационных мероприятий.

Между тем, существуют определенные требования, которым должно соответствовать научное определение понятия. Они четко изложены в официальных нормативных документах, таких как "Методика стандартизации научно-технической терминологии", изданной Государственным комитетом стандартов и Всесоюзным НИИ технической информации, классификации и кодирования (М., 1977), "Краткое методическое пособие по разработке и упорядочению научно-технической терминологии (М., 1977, 1979).

Каждое научное определение или понятие, если оно претендует на отнесение к таковому, должно четко соответствовать определенным патентным, правовым и терминологическим нормам, изложенным в вышеперечисленных документах.

Признаки, характеризующие понятие, должны быть существенными, т.е. нести достаточную смысловую и логическую информацию. Кроме этого, понятие должно содержать достаточную для его характеристики полноту совокупности признаков, в полной мере отражать все стороны изучаемого процесса.

Необходимым и обязательным условием для определения понятия является точность и однозначность признаков, его характеризующих. Это условие позволяет, четко выделить данное понятие среди сходных или родственных понятий и исключить возможность различных его толкований.

Таким же обязательным условием является практическая проверяемость характеризующих его признаков. Все признаки, не подлежащие практической проверке, должны быть исключены.

Кроме этого, каждому научному понятию должно быть определено место в совокупности понятий, определяющих сходные или родственные явления и процессы.

Нами проанализировано 21 научное определение понятия "медицинская реабилитация". Отобрано 120 признаков (проведено совместно с Н.И. Кулишом). Формальнологическими и патентными нормами определена их существенность, полнота совокупности, практическая проверяемость, точность и однозначность, что позволило дать отвечающее вышеописанным требованиям определение понятия.

Медицинская реабилитация, как неотъемлемая часть саногенеза, является процессом, направленным на компенсацию или устранение с помощью медицинских средств последствий болезни и врачебных воздействий, результатом которого является достижение больным ранее (до болезни) приобретенного социального статуса.

Определено место медицинской реабилитации в общей системе саногенеза, который, с нашей точки зрения, следует рассматривать как единую систему, включающую в себя профилактику, лечение и реабилитацию, и обеспечивающую в результате физическое здоровье и социальное благополучие личности.

Предложенное нами определение исключает различные толкования, четко разграничивая лечение основного заболевания и мероприятия, направленные на устранение последствий болезни и врачебных воздействий.

Разграничение последствий болезни и врачебных воздействий, с нашей точки зрения, носит принципиальный характер, т.к. в онкопроктологии применяются обширные и травматические оперативные вмешательства, анатомические и функциональные изменения после которых в большинстве случаев значительно превосходят те, которые были вызваны опухолевым процессом и существовали к моменту оперативного вмешательства. Уменьшение доли изменений, зависящих от врача-хирурга, является объективным резервом улучшения показателей реабилитации больных. В связи с этим предложенное нами определение понятия медицинской реабилитации предъявляет конкретные требования к хирургам-онкологам, сосредотачивает их внимание на необходимости разработки и применения таких операций, которые при достаточном радикализме обеспечивали бы наименьшие анатомические и функциональные изменения и возможно более полную их компенсацию.

Тезис об индивидуализации лечения приобретает новое звучание: каждому больному только та операция, которая обеспечивает как максимальные сроки жизни, так и максимальную возможность эффективной реабилитации.

Кроме этого, у определенной части больных сочетанное влияние болезни и врачебных воздействий не приводит к возникновению заметных анатомо-функциональных сдвигов, т.е. к моменту окончания

лечения по поводу основного заболевания они являются физически здоровыми, а в социальном плане - полноценными членами общества. Эта группа больных тоже должна быть исключена из числа подлежащих реабилитации.

Совершенно неправомерно производить оценку эффективности только по нормализации какой-либо одной, пусть даже важной, функции организма. Только достижение больным прежнего социального статуса должно являться критерием эффективности.

Изучение эффективности реабилитации после различных способов оперативного лечения больных раком прямой кишки убедило нас, что в качестве критерия оценки реабилитационного потенциала различных оперативных вмешательств, применяемых в онкологии, целесообразно избрать такой фактор, как возвращение трудовой деятельности в сроки, не превышающие I года после операции, по прежнему месту работы и в прежней должности, без предварительного прохождения ВТЭК. С нашей точки зрения, это наиболее объективный критерий, обеспечивающий практическую проверяемость понятия.

Предложенное определение понятия "медицинская реабилитация" позволяет в определенной мере организовать и конкретизировать врачебную деятельность по реабилитации больных раком прямой кишки.

