

THE SURVIVABILITY OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER OF IIB STAGE

A. E. Kryzhanivska, I. B. Dyakiv (Ivano-Frankivsk, Ukraine)

Ivano-Frankivsk national medical university, oncology department

To the present tense finally mine-out not tactic of treatment of patients with the cervical cancer (CC) of IIB stage, but in the standards of diagnostics and treatment there are different variants of treatment of this pathology, and choice, most optimum, as a rule, depends on subjective opinion of doctor. Consequently, purpose of our work – to promote efficiency of treatment of patients on CC IIB the stage, by application of neoadjuvant chemotherapy in the combined treatment. The results of treatment are analysed 291 patients on CC IIB stages which got radical treatment in Ivano-Frankivsk OKOD from 1998 to 2013 years. At the use of neoadjuvant chemotherapy index of general 5-years-survival and nonrecurrence survivability made 74,4 % and 70,8 %, and to preoperative chemotherapy – 70,8 % and 68,3 % accordingly. At application of independent chemoradial therapy, to the index of general 5-years-survival and nonrecurrence survivability was 51,1 % and 49,3 %, accordingly. It is not exposed reliable difference ($P < 0,05$) at comparison of indexes of 5-years-survivability of patients which have got the combined methods of treatment, but a reliable difference is exposed when compared to patients which have got independent chemoradial therapy ($P > 0,05$). Consequently, application of the combined methods of treatment of patients of CC IIB stages were improved by indexes general 5-years and to nonrecurrence survivability by comparison to independent cheradial therapy.

Key wods: cervical cancer (CC), IIB stage, chemotherapy, combined treatment, remote results.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ

УДК 616.12–007–053.1–089.1

Надійшла 30.07.2013

О. Д. БАБЛЯК, Т. А. ЯЛИНСЬКА, А. К. КУРКЕВИЧ, А. В. МАКСИМЕНКО,
Н. М. РУДЕНКО, І. М. ЄМЕЦЬ (Київ)

АТРЕЗИЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ З ДЕФЕКТОМ МІЖШЛУНОЧКОВОЇ ПЕРЕГОРОДКИ ТА ВЕЛИКИМИ АОРТОЛЕГЕНЕВИМИ КОЛАТЕРАЛЬНИМИ АРТЕРІЯМИ: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології
та кардіохірургії МОЗ України» <amaximenko@ukr.net>

У статті систематизовано основні принципи діагностики і лікування атрезії легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перегородки та великими аортолегеневими колатеральними артеріями. На матеріалі послідовних 66 хворих описано власний досвід хірургічного лікування даної вади з використанням одно- та багатоетапного методів.

Ключові слова: атрезія легеневої артерії, аортолегеневі колатеральні артерії, уніфокалізація.

Вступ. Атрезія легеневої артерії (АЛА) з дефектом міжшлуночкової перегородки (ДМШП) та великими аортолегеневими колатеральними артеріями (ВАЛКА) є складною вродженою вадою серця. Своєчасна діагностика та правильний вибір оптимальної хірургічної тактики (терміни і методики операцій) є основним завданням в лікуванні даної патології [1, 2–6].

Мета дослідження – аналіз власного досвіду та систематизація наукових даних про оптимізацію діагностики і лікування цієї вродженої вади.

Матеріали і методи. На базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» за 2007–2013 рр. було проліковано 66 послідовних хворих з АЛА, ДМШП та ВАЛКА. Вік хворих на момент першої операції становив від 2 міс до 28 років (медіана – 8 міс). Всього проведено 104 операції.

Основним елементом лікування АЛА, ДМШП та ВАЛКА була операція з уніфокалізації легеневого русла. Втручання полягало у створенні єдиного русла легневих артерій за допомогою анастомозування нативних легневих артерій та ВАЛКА між собою. Для досягнення оптимального результату в кожному випадку нами використано чотири різні підходи одно- та багатоетапного методів лікування: багатоетапний підхід з проведенням уніфокалізації через праву або ліву бокову торакотомію на першому етапі лікування – у 19 (29 %) хворих; центральний легневий анастомоз без уніфокалізації для реабілітації гіпоплазованих центральних легневих гілок – у 3 (5 %); одноетапну уніфокалізацію через серединну стернотомію з формуванням центрального анастомозу – у 24 (36 %); одноетапний підхід з одномоментною повною уніфокалізацією і радикальною корекцією вади – у 20 (30 %) хворих.

При огляді матеріалу визначено основні критерії вибору методу і терміну хірургічного лікування, проаналізовано основні помилки, хірургічну та міжетапну летальність.

Результати та їх обговорення. Наводимо аналіз виживаності та летальності. Сумарне виживання 66 послідовних хворих за 6-річний термін хірургічного лікування становило 94 %; 3 хворих померло в ранньому післяопераційному періоді, 1 – раптово, між етапами хірургічного лікування. Післяопераційна летальність на матеріалі 104 послідовних операцій становила 2,9 %. Згідно з даними аналізу, дві смерті (на 2-й і 10-й післяопераційні дні) можна пов'язати з неправильно вибраною тактикою щодо проведення одномоментної одноетапної уніфокалізації з радикальною корекцією. В обох випадках в ранньому післяопераційному періоді був зафіксований супрасистемний тиск в системі легеневої артерії з подальшим розвитком синдрому низького серцевого викиду. Причиною третього летального випадку (7-й післяопераційний день) була пневмонія у 12-місячної дитини із синдромом Ді-Джорджа. Таким чином, вибір оптимальної хірургічної тактики (термін та методика операцій) залишається найскладнішим питанням в лікуванні даної патології [2, 5, 6]. Неправильний вибір призвів до 2 з 3 летальних випадків.

Таким чином, на серії послідовних хворих отримано низьку післяопераційну летальність і високу виживаність хворих, що збігається з результатами міжнародних клінік [1–6]. Також у 39 із 62 хворих (63 %), які вижили, на даний час проведено повну анатомічну корекцію вади.

Систематизація основних принципів діагностики та хірургічного лікування є основою для досягнення стабільних результатів лікування. Нами розроблено основні положення, що використовують протокольно в діагностиці та хірургічному лікуванні АЛА з ДМШП і ВАЛКА. Положення, що стосуються діагностики, такі:

- комплекс інструментальних діагностичних обстежень при цій ваді повинен обов'язково включати ехокардіографію, комп'ютерну томографію (або магнітно-резонансну томографію), зондування серця з рентгенангіографією;
- діагностика вади повинна бути вичерпною щодо всіх анатомічних особливостей центральних та дистальних нативних легневих гілок і ВАЛКА та їхнього функціонального навантаження;
- для нативних легневих гілок необхідно визначити наявність або відсутність центральних гілок легеневої артерії, ступінь їхньої гіпоплазії, поєднання між собою, з ВАЛКА кількість сегментів легень, які кровопостачаються нативними гілками легеневої артерії;

- для ВАЛКА необхідно визначити їх розміри в зоні кореня легень, кількість сегментів, що кровопостаються даною ВАЛКА, місце відходження та особливості ходу ВАЛКА, вираженість та локалізацію стенозів ВАЛКА, віддаленість від центральних легеневи́х гілок та наявність і значимість анастомозів з ними, наявність, рівень легеневої гіпертензії в сегментах, що кровопостаються ВАЛКА;
- під час комп'ютерної томографії (або магнітно-резонансної томографії) з просторовою реконструкцією слід оцінювати анатомічні просторові співвідношення магістральних судин, ВАЛКА, трахеї, бронхів і стравоходу;
- ВАЛКА при АЛА можна діагностувати пренатально;
- вищезазначені діагностичні заходи слід проводити в перші місяці життя, щоб визначити необхідність і забезпечити можливість виконання операції уніфокалізації у віці 3–6 міс.

Ґрунтуючись на власному оперативному досвіді та даних інших авторів [2–6], ми визначали такі положення хірургічного лікування даної вади:

- вибір одно- чи багатоетапного методів корекції залежить від можливості проведення повної адекватної уніфокалізації легеневого кровотоку через серединну стернотомію [6];
- уніфокалізацію легеневи́х артерій слід проводити до розвитку незворотної легеневої гіпертензії в тих сегментах, які кровопостаються ВАЛКА з необмеженим кровотоком, а також до розвитку оклюзій по ходу ВАЛКА, що є наслідком дегенеративних змін стінки ВАЛКА і призводить до втрати легеневи́х сегментів;
- при етапному лікуванні вибір сторони уніфокалізації у випадку збідненого або збалансованого легеневого кровообігу слід надавати в першу чергу стороні з більш вираженим стенозом, а у випадку збільшеного легеневого кровообігу – стороні з більшою загрозою легеневої гіпертензії;
- виражена гіпоплазія або відсутність центральних легеневи́х гілок збільшує технічну складність одномоментної уніфокалізації та радикальної корекції і свідчить про етапний метод лікування;
- вибір хірургічного доступу для операції (серединна стернотомія, ліва або права торакотомія) залежить від технічних можливостей проведення адекватної повної уніфокалізації, що визначається анатомічними характеристиками ВАЛКА;
- анастомози на малих артеріях (при операції в перші місяці життя) мають більший ризик стенозування у віддаленому періоді, що свідчить про відтермінування уніфокалізації при збалансованому типі легеневого кровообігу не менше 3–6 міс;
- необхідність уніфокалізації кожної конкретної ВАЛКА визначається доопераційно з урахуванням вищезазначених даних, отриманих за допомогою рентгеноангіографії, комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії з просторовою реконструкцією [6];
- уніфокалізація легеневого русла повинна бути максимально повною, щоб забезпечити залучення максимальної кількості легеневи́х сегментів у реконструйоване легене́ве русло [2, 4, 6];
- уніфокалізацію необхідно проводити без використання штучних матеріалів, оскільки вони не ростуть, а, навпаки, мають тенденцію до звуження [4];
- більшість хворих після проведення повної анатомічної корекції потребують додаткових хірургічних або ендovasкулярних втручань, імовірність яких збільшується з часом, тому всі пацієнти повинні протягом життя знаходитися під спостереженням кваліфікованого кардіолога з метою оптимізації лікування та запобігання виникненню ускладнень [1–6].

Висновки. Систематизація основних принципів діагностики і хірургічного лікування дозволяє вибрати та обґрунтувати індивідуальну хірургічну тактику й досягти оптимальних хірургічних результатів.

Список літератури

1. D'Udekem Y., Alphonso N., Nørgaard M. A. et al. Pulmonary atresia with ventricular septal defects and major aortopulmonary collateral arteries: Unifocalization brings no long-term benefits // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2005. – Vol. 130. – P. 1496–502.
2. Duncan D. W., Mee R. B., Prieto L. R. et al. Staged repair of tetralogy of Fallot with pulmonary atresia and major aortopulmonary collateral arteries // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2003. – Vol. 126. – P. 694–702.
3. Griselli M., Barron D. J., Brawn W. J. et al. The influence of pulmonary artery morphology on the results of operations for major aortopulmonary collateral arteries and complex congenital heart defects // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2004. – Vol. 127. – P. 251–258.
4. Ishibashi N., Shin'oka T., Ishiyama M. et al. Clinical results of staged repair with complete unifocalization for pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aortopulmonary collateral arteries // Eur. J. of Cardiothoracic Surgery. – 2007. – Vol. 32. – P. 202–208.
5. Lofland G. An overview of pulmonary atresia, ventricular septal defect, and multiple aortopulmonary collateral arteries // Progress in Pediatric Cardiology. – 2009. – Vol. 26. – P. 65–70.
6. Malhotra S. P., Hanley F. L. Surgical management of pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aortopulmonary collaterals: a protocol-based approach // Semin. Thorac. Cardiovasc Surg. Pediatr. Card. Surg. Ann. – 2009. – Vol. 12. – P. 145–151.

АТРЕЗИЯ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ И БОЛЬШИМИ АОРТОЛЁГОЧНЫМИ КОЛЛАТЕРАЛЬНЫМИ АРТЕРИЯМИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А. Д. Бабляк, Т. А. Ялинская, А. К. Куркевич, А. В. Максименко,
Н. Н. Руденко, И. Н. Емец (Киев)

В статье систематизированы основные принципы диагностики и лечения атрезии лёгочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки и большими аортолёгочными и коллатеральными артериями. На материале 66 последовательных больных описан собственный опыт хирургического лечения данного порока с использованием одно- и многоэтапного методов.

Ключевые слова: атрезия лёгочной артерии, аортолёгочные коллатеральные артерии, унифокализация.

PULMONARY ATRESIA WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT AND MAJOR AORTO-PULMONARY COLLATERAL ARTERIES: DIAGNOSIS AND TREATMENT

O. D. Bablyak, T. A. Yalynska, A. K. Kurkevych, A. V. Maksymenko,
N. M. Rudenko, I. M. Yemets (Kiev, Ukraine)

The scientific-practical children's cardiac center

The basic principles of diagnosis and management of pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aorto-pulmonary collateral arteries are systematized in this paper. The personal experience of surgical treatment of consecutive 66 patients with this disease is analyzed, including one-stage and multistage approaches.

Key words: Pulmonary atresia, aorto-pulmonary collateral arteries, unifocalization.

СТАН НЕЙРОНАЛЬНОГО ТА СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТІВ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ

Кафедра патоморфології (зав. – проф. І. С. Давиденко)
Буковинського державного медичного університету <besedinska@ukr.net>

Досліджено структурні зміни нейронального та стромального компонентів великого-м'язового нерва при цукровому діабеті (ЦД). Встановлено, що при ЦД розвиваються склероз ендо-, пери- та епіневрію, аксоно- й мієлінопатія.

Ключові слова: цукровий діабет, аксонопатія, мієлінопатія.