

В комплексному лікуванні хворих, які знаходяться в післяопераційному періоді особливу роль відіграє адекватна антибіотикотерапія. При її проведенні і виборі препаратів необхідно враховувати об'єм проведеного втручання, тривалість операції, її травматичність, крововтрату.

Таким чином, здійснення зазначеного комплексу лікувальних заходів дозволило зменшити частоту тромбемболій легеневої артерії у хворих на рак шлунка в післяопераційному періоді.

Хурані І.Ф., Какаркін А.Я., Печевистий О.Н.

ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯПРОМЕНЕВОГО ФІБРОЗУ ГРУДНИХ М'ЯЗІВ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕТРАЛЕКСУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ВСТУП Післяпроменевий фіброз є однією з основних причин розвитку постмастектомічного синдрому (ПМЕС), характеризується лімфедемою, болям і порушенням функції плечового поясу на стороні операції. Вираженість ПМЕС прямо залежить від ступеня фіброзно-дистрофічних порушень в м'язках тканинах.

Дослідивши в експерименті дію флавоноїду детралексу на постпроменевий фіброз у щурів, і отримавши переконливі результати, ми вирішили застосувати його у хворих з метою попередження склерозування грудних м'язів і профілактики ПМЕС.

Метою нашої роботи було вивчити вплив детралексу на вираженість фібротичних змін в грудних м'язях після комбінованого лікування раку молочної залози.

КЛІНІЧНИЙ МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ Обстежено 172 жінок віком від 40 до 69 років, хворих на рак молочної залози (РМЖ), що пройшли радикальне лікування у Вінницькому ООД з 1996 по 2002 роки. Контрольну групу склали 105 пацієнток, які лікувалися за загальноприйнятою схемою. Дослідну – 67 хворих, які одержували детралекс перорально в дозі 500 мг 2 рази на добу протягом 15 днів, починаючи з першого дня після операції. Використовувалися різні програми променевої терапії. В контрольній групі ТГТ за інтенсивною програмою виконувалася у 22,9 % хворих, дрібно протяжна – у 23,8 %, розщеплений курс – у 43,8 % пацієнток. У дослідній групі інтенсивній ТГТ піддалися 22,4 % хворих, дрібно протяжній – 29,8 % і розщеплений курс отримали 47,8 % жінок. У всіх хворих оцінювалася функція плечового поясу і верхньої кінцівки (ступінь порушення чутливості, біль, об'єм рухів, вираженість набряку, м'язова сила), проводилася денситометрія і морфологічне дослідження великого грудного

м'яза на стороні операції. Статистична обробка даних проводилася за методом Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ Найбільш виражені прояви ПМЕС виявилися у пацієнток, які отримували ТГТ за розщепленою програмою, що було пов'язане з розвитком в м'язах плечового поясу виражених склеротично-фібротичних змін, визначених денситометрично (різниця показників щільності грудного м'яза із здорової і ураженої сторони доходила до 15 дБ і більше) і морфологічно. В біоптаті великого грудного м'яза знаходили виражені дегенеративні зміни від атрофії і дегенерації м'язових волокон до воскоподібного некрозу, міосклерозу і міофіброзу.

Застосування детралексу значно зменшило постмастектомічні і постпроменеві ускладнення як на клінічному, так і на морфологічному рівні. Отримана повна ідентичність в денситограмах грудних м'язів з обох боків і лише в двох спостереженнях відзначали незначне збільшення щільності на стороні операції (на 6 дБ вище ніж із здорової сторони). Гістологічні зміни у великому грудному м'язі на стороні операції і опромінювання у хворих, які отримували детралекс, мало чим відрізнялися від норми. В декількох мікропрепаратах спостерігалася незначна розрідженість саркоплазми, посилена еозинофілія, відсутність поздовжньої міофібрилярності і поперечної смугастості.

ВИСНОВКИ Постпроменеві дегенеративні зміни в м'язовій тканині (воскоподібний некроз, міосклероз, міофіброз), які лежать в основі розвитку ПМЕС, прямо корелюють з інтенсивністю і тривалістю ТГТ і найбільш виражені при проведенні її за розщепленою програмою.

Застосування флавоноїду детралексу в дозі 1000 мг протягом 15 днів запобігає променевому пошкодженню грудних м'язів і розвитку ПМЕС.

Дрижак В.І., Туманова О.Р., Бабанли Ш.Р., Костишин Р.Д., Коваль В.П., Багній В.С., Бутов С.В.

ДОСВІД АКТИВНОЇ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ІV СТАДІЇ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

Як правило, лікування з приводу раку молочної залози (РМЗ) ІV ст. носить паліативний або симптоматичний характер.

За 5 років нами простежено 48 хворих на РМЗ у стадії T₄N₁₋₂M₀₋₁ віком від 40 до 71 року, яким була застосована активна лікувальна тактика. Клінічно у пацієнток відмічались пухлини розмірами в середньому 15x18x20 см. з розпадом, кровотоковістю, інфільтрацією шкіри і оточуючих тканин, метастатичним ураженням пахвових та під- і надключичних лімфовузлів. У шести хворих були діагностовані солітарні метастази в легенях. У двох хворих пухлина

проростала в нижній кут лопаткової кістки, а у трьох – у ребра. Морфологічно було підтверджено інфільтруючий протоковий рак у 37 хворих, ангіосаркома – у 8, фібросаркома – у 3.

Лікування носило індивідуальний характер. Дистанційна гаматерапія проведена у 36 хворих в режимі дрібного або середнього фракціонування дози. Сумарна вогнищева доза складала 35-40 Гр. У період 3-тижневої перерви після опромінення 32 хворих отримали курс поліхіміотерапії (ПХТ) за схемою CAF. У 34 хворих виконана операція по типу Холстеда з широким висіченням шкіри й підшкірно-жирової клітковини, а в окремих випадках – резекція ключиці – 5,

резекція ребер – 3, резекція кута лопати – 2. Післяопераційний дефект тканин закривали шляхом місцевої пластики шкірно-жировими лоскутами. У 27 хворих така пластика була успішною, а в 7 хворих після часткового некрозу переміщених лоскутів застосували автодермопластику гранулюючих ран. В післяопераційному періоді 30 хворих отримували променеву терапію в т.ч. на метастатичні вогнища в легенях. Цикли ПХТ протягом 1-2 років отримувало 42 пацієнток. Перерва між циклами становила 1 міс.

В 14 хворих на РМЗ, що характеризувались агресивністю перебігу (маститоподібна, бешихоподібна, набрякова форма) застосовували лише променеву та хіміогормонотерапію. Гормо-

нотерапія полягала у призначенні тамоксифену 20 мг/добу хворим у менопаузальному віці.

Тривалість спостереження за цими хворими від 1 до 5 років.

Із числа лікованих нами хворих померло до 1 року – 8; 2-3 роки прожили 28 хворих, 3-5 роки прожили – 12 хворих. Ускладнення: лімфостаз верхньої кінцівки – 14, контрактура плечового суглобу – 17.

Таким чином, наші клінічні спостереження свідчать про доцільність здійснення активної лікувальної тактики у хворих на РМЗ IV стадії, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів.

Банахевич Н.В., Вельма І.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ТРОПІСЕТРОНУ-КМП ПІД ЧАС ВИСОКОЕМОГЕННИХ КУРСІВ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ (ПХТ)

Київська міська онкологічна лікарня

Протягом березня – червня 2003 року на базі хіміотерапевтичного відділу Київської міської онколікарні 50-и пацієнтам проведено курси ПХТ на тлі прийому ТРОПІСЕТРОНУ-КМП з метою вивчення його ефективності як антиеметику. Для цього ТРОПІСЕТРОН-КМП призначався у дозі 5 мг перорально натще 1 раз на добу зранку протягом 5 днів під час проведення курсу ПХТ.

У клінічному випробовуванні взяли участь 50 пацієнтів: 33 жінки та 17 чоловіків. Середній вік пацієнтів 53,9 р. (мін. 38 р. – макс. 69 р.); у жінок 53,3 р. (мін. 39 р. – макс. 69 р.), а у чоловіків 55,1 р. (мін. 38 р. – макс. 68 р.).

ВИСНОВКИ 1. ТРОПІСЕТРОН-КМП слід вважати високоефективним антиеметиком, котрий здатний контролювати блювання у 84 % хворих під час курсів ПХТ з найбільш емогеновими препаратами.

2. Більш, ніж у половини пацієнтів (54 %) ТРОПІСЕТРОН-КМП повністю попереджує навіть нудоту при застосуванні комбінацій найбільш емогеновних схем ПХТ.

3. Призначення ТРОПІСЕТРОНУ-КМП попереджує епізоди нестримного блювання, котре вимагає інтенсивної терапії, – жодного епізоду серед 50 хворих.

4. Жодних достовірних симптомів побічної дії ТРОПІСЕТРОНУ-КМП не зафіксовано.

5. Пероральна форма препарату значно легша для застосування як для самого пацієнта, так і для медичного персоналу.

6. Слід зазначити, що низька ефективність препарату спостерігалася лише у жінок, причому середній вік в цій групі хворих достовірно нижчий.

7. На ефективність ТРОПІСЕТРОНУ практично не впливає поширеність процесу: відсоток пацієнтів, яким проводилося ад'ювантне лікування (практично здорові люди), найвищий саме в групі В.

8. Найбільш важкими для пацієнта є 2-й та 3-й дні курсу ПХТ, коли спостерігали найбільшу кількість епізодів нудоти чи блювання.

В цілому, ТРОПІСЕТРОН-КМП настільки добре зарекомендував себе, що більше половини пацієнтів, котрі взяли участь у випробовуваннях, вимагають його призначення при повторних курсах ПХТ.

Какар'їн О.Я., Мацшевська І.В., Шнайдерман П.Ю., Одарченко Н.Я.

ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ “ТРИ-ВІ ПЛЮС” ТА “СИЛАРД” НА ТОКСИЧНІСТЬ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер

ВСТУП Стандартні схеми поліхіміотерапії ЦМФ та ЦАФ, є найбільш вживаними в терапії раку молочної залози (РМЗ), але їх застосування супроводжують прояви ендогенної інтоксикації та низка побічних ефектів, таких, як цитопенія, мукозити, ураження печінки та сечовивідних шляхів. Схема ЦАФ, яка включає адриаміцин, до того ж високо емогеновна та кардіотоксична. Тому застосування антиоксидантного препарату “Три-Ві плюс” та сорбенту “Силард” при хіміотерапії РМЗ, на наш погляд, сприяло б підвищенню ефективності лікування хворих.

Метою нашої роботи було вивчити вплив антиоксидантно-сорбентного комплексу (АОСК) на побічні ефекти хіміотерапії у хворих на РМЗ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Обстежено 137 жінок у віці від 35 до 70 років, хворих на РМЗ, які отримували поліхіміотерапію за схемами ЦМФ та ЦАФ. 50 пацієнток, які склали дослідну групу, додатково отримували АОСК (препарат “Tri-V Plus” фірми Health life (США), в складі якого хворі щоденно отримували 10000 МО вітаміну А, 120 мг вітаміну С, 60 мг вітаміну Е, 80 мкг селену, 80 мг цинку та 4 мг міді, ентеросорбцію Силардом проводили в дозі 3г/м² на добу в 3-4 прийоми, між прийомом їжі та інших медикаментів). З них за схемою ЦМФ лікувались 32 хворих, а за схемою ЦАФ – 18 хворих. Контрольну групу склали 69 пацієнток, що лікувались за схемою ЦМФ та 18 – за схемою ЦАФ. Токсичність хіміотерапії визначали за рекомендаціями ВООЗ (1986).