

УСКЛАДНЕННЯ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА РАК ШИЙКИ МАТКИ ІВ СТАДІЇ

А.Є. Крижанівська

Івано-Франківський національний медичний університет

ОСЛОЖНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НА РАК ШЕЙКИ МАТКИ ІВ СТАДИИ

А.Е. Крижанивская

Івано-Франковський національний медичинський університет

COMPLICATIONS OF THE COMBINED TREATMENT OF THE PATIENTS SUFFERING FROM STAGE ІВ CERVICAL CANCER

A.Ye. Kryzhanivska

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. У статті представлено найбільш часті ускладнення комбінованого лікування, які зустрічалися у хворих на РШМ ІВ стадії. На першому етапі комбінованого лікування анемія І-ІІ ступеня виникла у 67,5% хворих, а лейкопенія І-ІІ ст. – 37,6%, показники негематологічної токсичності зареєстровано у 62,4%, дані ускладнення не мали залежності від виду передопераційного лікування. Загострення хронічного аднекситу (2,6%), променевої цистит (6,8%) чи ректит (3,4%) виникли лише у хворих, які отримували передопераційну ПТ. Основними післяопераційними ускладненнями були заочеревинні лімфатичні кисти, які виникли у 40,2% хворих після хірургічного етапу лікування. 3-х річне загальне виживання у хворих на РШМ ІВ стадії, які отримали комбіноване лікування склало – 85,3%, 5-річне загальне виживання – 71,2%.

Ключові слова: рак шийки матки, комбіноване лікування, променева терапія, неоад'ювантна хіміотерапія, ускладнення.

Резюме. В статье представлены наиболее частые осложнения комбинированного лечения, которые встречались у больных РШМ ІВ стадии. На первом этапе комбинированного лечения анемия І-ІІ степени возникла в 67,5% больных, а лейкопения І-ІІ ст. - 37,6%, показатели негематологической токсичности зарегистрированы в 62,4%, данные осложнения не имели зависимости от вида предоперационного лечения. Обострение хронического аднексита (2,6%), лучевые цистит (6,8%) или ректит (3,4%) возникли лишь у больных, получавших предоперационную ПТ. Основными послеоперационными осложнениями были забрюшинные лимфатические кисты, возникшие в 40,2% больных после хирургического этапа лечения. 3-х летняя общая выживаемость больных РШМ ІВ стадии, которые получили комбинированное лечение составила - 85,3%, 5-летняя общая выживаемость - 71,2%.

Ключевые слова: рак шейки матки, комбинированное лечение, лучевая терапия, неоадьювантная химиотерапия, осложнения.

Summary: The article presents the most frequent complications of the combined treatment, which appear in patients with stage ІВ cervical cancer. At the first stages of combined treatment of class І-ІІ anemia appeared in 67.5% of patients, and leukopenia І-ІІ - 37.6%, indicators of non hematology present toxicity in 62.4%, data of complications do not depend on the preoperative treatment. Exacerbations of chronic adnexitis (2.6%), radiation cystitis (6.8%) or rekyt (3.4%) appeared only in patients, who had taken preoperation radiation therapy. Basic postoperation complications were the retroperitoneal lymphatic cysts, which appeared in 40.2% patients after the surgical stage of treatment. 3-years overall survival in patients with stage ІВ cervical cancer with combined treatment constituted – 85.3%, 5-years overall survival – 71.2%.

Keywords: cervical cancer, combined treatment, radiation therapy, neoadjuvant chemotherapy, complication.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Рак шийки матки (РШМ) займає одне з провідних місць у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) жінок в Україні. Так, в 2000-2005 рр. РШМ займав 5-те місце, в період 2006-2010 рр. РШМ посідає 4-те місце в структурі захворюваності жіночого населення України ЗН. За період 2000-2010 роки в Україні було виявлено 56 224 хворих на РШМ, з них у віці до 30 років зареєстровано 4,3% (2 416) хворих, у віці 30-54 років – 55,3% (31 101) хворих, у віці 55-64 роки – 22,5% (10 066) хворих і група 65+ років – 17,9% (12 641) хворих. Встановлено, що найбільшу частину хворих складають жінки з І-ю стадією (35,9%) і ІІ-ю стадією хвороби (40,3%), 16,9% хворих з ІІІ-ю стадією і лише 5% - це хворі з ІV-ю стадією процесу.

Згідно з клінічною класифікацією РШМ FIGO, критерієм ІВ стадії є втягнення параметрів, які не доходять до стінок тазу. У літературі є дані про хірургічне лікування РШМ ІВ стадії в основному японських, а також деяких європейських авторів. За даними цих авторів, втягнення параметрів при цій стадії є в 21-55% випадків, що говорить про те, що приблизно у 1/2-4/5 пацієнток проходить завищення клінічної стадії [4, 7, 9]. Визначальним фактором прогнозу у операбельних хворих РШМ є метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Так, якщо 5-річне виживання оперованих хворих РШМ ІВ-ІІВ стадій без метастазів у лімфатичні вузли

складає 83-93%, то з метастазами вона знижується до 57-59%, а при ураженні 4 і більше лімфатичних вузлів виживання падає до 24-38,5% (Inoue T., Morita K., 1990; Kawagoe T. et al., 1999). Частота лімфогенних метастазів при РШМ ІІ стадії складає 25-30% (Морхов К.Ю. с соавт., 2005). Частота метастазування в тазові лімфатичні вузли у хворих РШМ ІВ стадії, за даними хірургічного втручання, складає від 35 до 45,8% (Kawagoe T. et al., 1999; Takeda N. et al., 2002), в парааортальні лімфовузли – від 4,5 до 7,2% (Sakuragi N. et al., 1999).

Стандартним лікуванням інвазивного РШМ є комбінований метод, але до цього часу є розбіжності в лікуванні ІВ стадії. Вибір методу лікування хворих на РШМ ІВ стадії складає предмет багаторічних дискусій між онкологами-гінекологами, променевими терапевтами і хірургами.

Метою передопераційного лікування є досягнення оптимальної резектабельності пухлини, підвищення аблястичності операції, що, в кінцевому підсумку, призводить до збільшення загального і безрецидивного виживання хворих. ХТ і ПТ застосовуються в лікуванні хворих, як послідовно, так і одночасно. Недоліками проведення на першому етапі ПТ є виражені фіброзні зміни, склерозування судин і відповідно затруднення поступлення лікарських препаратів у зону опромінення. Частіше застосовується інша послідовність, при якій на першому етапі проводиться ХТ, а потім –

ПТ. Крім вищеперечислених теоретичних обґрунтувань, проведення ХТ на першому етапі повинно зменшити розміри первинної пухлини і полегшити проведення ПТ.

Комплексний метод має ряд переваг: ускладнення, які виникають після хірургічного втручання, швидко і легко регресують, репараційні процеси протікають активніше, немає атрофії епітелію піхви, який знаходиться під впливом ендогенних естрогенів, крім того, є можливість збереження яєчників у молодих жінок. Недоліком ПТ є порушення функцій суміжних органів (цистит, коліт), як результат фіброзних змін з погіршенням васкуляризації органу, та сексуальні дисфункції внаслідок оклюзії і фіброзу піхви, атрофії її епітелію, які виникають після променевого лікування (Семикоз Н.Г., Купрієнко М.В., 2003).

Ускладнення хірургічного етапу лікування розділяють на: гострі (виникають під час хірургічного втручання чи протягом 3-4 діб), підгострі (до 2-х місяців) та хронічні (існують більше 2-х місяців). Також виділяють ускладнення, пов'язані з порушенням з боку сечовивідних шляхів і після лімфаденектомії (утворення заочеревинних лімфатичних кист і лімфостаз нижніх кінцівок) [6, 7]. Грізним ускладненням є приєднання вторинної інфекції і утворення абсцесу заочеревинного простору [7].

Крововтрата під час хірургічного втручання, утворення міхурно-піхвових (менше 1%) і сечовідно-піхвових (1-2%) нориць, тромбоемболія легеневої артерії та її гілок (1-2%), кишкова непрохідність (1%), післяопераційні інфекції (25-50%) відносяться до гострих ускладнень [70].

За даними Querleu D. І співавт. [139], сечові нориці виникають у 4,8-5%, гіпотонія сечового міхура в 4% спостережень. За даними Кузнецова В.В. і співавт. (2002), частота розвитку сечовідно-піхвових і міхурно-піхвових нориць складала 0,7%, гіпо- і атонія сечового міхура і сечоводів - 11,8%.

Інтраопераційні ускладнення, пов'язані з пораненням сечового міхура, сечоводів і великих судин виникають в 4,5% випадках. Їх усунення проводиться зразу під час хірургічного втручання. Післяопераційні: атонія сечового міхура в 8,5%, сечовідно-піхвові нориці в 4%, нетримання сечі - 4%, стеноз сечоводів - 3,1%, евентерація - 3,1% і лімфатичні набряки в 0,9% спостережень [73].

Як свідчать наведені дані літератури, до теперішнього часу остаточно не розроблена тактика лікування хворих на РШМ ІІ стадії, а в стандартах діагностики і лікування хворих на РШМ, які прийняті в Україні, існують різні варіанти лікування даної патології, а вибір найбільш оптимального, як правило, залежить від особистого клінічного досвіду онкогінеколога.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати лікування 117 хворих на РШМ ІІВ стадії, які отримали радикальне лікування в Івано-Франківському ООД з 2000 по 2012 роки. Критерієм відбору хворих був плоскоклітинний РШМ ІІВ стадії, який було верифіковано у всіх хворих при морфологічному дослідженні пухлини шийки матки. Діагноз РШМ встановлювали, враховуючи клінічну картину, гінекологічний огляд (розміри первинної пухлини, стан склепінь та параметрів), дані цитологічного і гістологічного досліджень прицільної біопсії пухлини та результати додаткових методів обстеження (цистоскопія, ректороманоскопія, рентгенографія ОГК, УЗД та МРТ органів черевної порожнини і малого тазу).

За схемами лікування пацієнтки були розподілені на 2 групи:

І група (71 пацієнтка) – неoad'ювантна системна ПХТ 2-3 курси кожні 3 тижні (схема ПХТ: CF (цисплатин 75 мг/м², 5-фторурацил 1000 мг/м² з 1-го по 4-й день), ВЕР (блеоміцин, етопозид, цисплатин), оперативне втручання в об'ємі пангістеректомії ІІІ типу, при необхідності післяопераційний курс

ПТ;

2 група (46 пацієнток) – передопераційний курс дистанційної ПТ по 2 гр до сумарної дози 30 гр з потенціюванням цисплатином 40 мг/м² щотижня, оперативне втручання в об'ємі пангістеректомії ІІІ типу, післяопераційний курс ПТ при необхідності;

Результати неoad'ювантного лікування оцінювали за ступенем регресії пухлини (зменшення її розмірів, зникнення симптомів перифокального запалення, некроз пухлинної тканини), УЗД та МРТ даних до і після кожного курсу ХТ та ПТ. Результати оцінювали згідно з критеріями RECIST, оскільки карцинома шийки матки належить до вимірюваних новоутворень, ступінь регресії пухлини можна визначати за допомогою сучасних засобів візуалізації за динамікою найбільших розмірів первинного пухлинного вогнища у зіставленні з клінічними та морфологічними даними. Повна регресія (ПР) передбачає елімінацію пухлинного утворення. Часткова регресія (ЧР) – зменшення найбільшого його діаметрів на 50% і більше. Стабілізація процесу (СП) – регресія менше 50% або відсутність змін у пухлині, достатніх, аби кваліфікувати результат лікування як часткову регресію чи прогресування хвороби (порівнюються максимальні розміри мішеней). Прогресування пухлинного процесу (ПП) діагностується на підставі реєстрації зростання найбільших діаметрів утворення не менше, ніж на 20% та/або появи додаткових новоутворень. Для більш коректної оцінки проти-пухлинної відповіді рахували найбільший поперечний розмір (діаметр) в одному вимірі і зіставляли його з таким до лікування.

Післяопераційну дистанційну ПТ (до сумарної вогнищевої дози 40 гр) призначали після отримання результатів гістологічного дослідження препарату при наявності метастазів у лімфатичних вузлах, глибокій інвазії пухлини та наявності лімфосудинної інвазії.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакету статистичних програм "Statistica for Windows'98".

Результати та їх обговорення

Характеристика хворих на РШМ ІІВ стадії представлена в таблиці 1. Середній вік хворих І групи 45,6±9,3 років та ІІ групи – 48,1±8,1 років.

Ураження регіонарних лімфатичних вузлів виявлено в післяопераційному матеріалі у 14 (19,7%) хворих І групи та 8 (17,4%) ІІ групи.

Після 3-х курсів ПХТ проведено оцінку ступеня регресії пухлини – ПР наступило у 20 (28,2%) хворих І групи та 14 (30,4%) хворих ІІ групи, ЧР – у 42 (59,1%) хворих та 29 (63,1%) хворих, СП – у 9 (12,7%) хворих та 3 (6,5%) хворих відповідно І і ІІ групи. Клінічна відповідь пухлини в обидвох групах достовірно не відрізнялася.

Проаналізовано ступінь лікувального патоморфозу:

Таблиця 1. Характеристика хворих на РШМ ІІВ стадії

Параметри	І група (n=71)	ІІ група (n=46)
Вік	45,6±9,3 років	48,1±8,1 років
Ураження регіонарних лімфатичних вузлів	14 (19,7%)	8 (17,4%)
Критерії RECIST (оцінка після І етапу лікування)		
ПР	20 (28,2%)	14 (30,4%)
ЧР	42 (59,1%)	29 (63,1%)
СП	9 (12,7%)	3 (6,5%)
Патоморфоз пухлини в операційному матеріалі		
І ступеня	9 (12,7%)	1 (2,2%)
ІІ ступеня	29 (40,8%)	15 (32,6%)
ІІІ ступеня	20 (28,2%)	12 (26,1%)
ІV ступеня	13 (18,3%)	18 (39,1%)

Таблиця 2. Характеристика ускладнень у хворих на РШМ ПІВ стадії

Ускладнення	I група (n=71)	II група (n=46)	Всього (n=117)
Ускладнення після I етапу лікування			
Показники гематологічної токсичності:			
- анемія I ст.	34	23	57
- анемія 2 ст.	15	7	22
всього (анемія)	49 (69%)*	30 (65,2%)*	79 (67,5%)
- лейкопенія I ст.	19	13	32
- лейкопенія 2 ст.	9	3	12
всього (лейкопенія)	28 (39,4%)*	16 (34,8%)*	44 (37,6%)
Показники негематологічної токсичності:			
- нудота/рвота I ст.	39	25	64
- нудота/рвота 2 ст.	7	2	9
Загострення хронічних запальних процесів:			
загострення хронічних аднекситів	-	3 (6,5%)	3 (2,6%)
Променевий цистит		8 (17,4%)	8 (6,8%)
Променевий ректит		4 (8,7%)	4 (3,4%)
Післяопераційні ускладнення	30 (42,2%)*	21 (45,6%)*	51 (43,6%)
Заочеревинні лімфатичні кисти	27	20	47
Внутрішня кровотеча	1	1	2

Примітка: достовірність різниці показників при порівнянні 1-ї і 2-ї групи (* p>0,05)

патоморфоз I ступеня виявлено у 9 (12,7%) хворих I групи і у 1 (2,2%) хворих II групи, патоморфоз II ступеня – у 29 (40,8%) і у 15 (32,6%), III ступеня – у 20 (28,2%) і у 12 (26,1%) та IV ступеня – у 13 (18,3%) і 18 (39,1%) відповідно у I та II групах хворих. З вищенаведених даних видно, що лікувальний патоморфоз був достовірно однаковий (p>0,05) в I та II досліджуваних групах.

Характеристика ускладнень після першого етапу лікування (табл. 2) – лейкопенія I-II ступеня виникла у 39,4% пацієнтів I групи та 34,8% хворих II групи, анемія I-II ступеня виникла у 69% та 65,2% відповідно у пацієнтів I і II групи. При анемії I ступеня токсичності проводили лікування даного ускладнення паралельно з основним лікуванням. При лейкопенії I і II ступеня – припиняли ПХТ чи ПТ та призначали препарати, які стимулюють лейкопоез – граноцит, дексаметазон, після нормалізації показників лейкограми, хворі продовжували отримувати ПХТ чи ПТ. При анемії II ступеня токсичності призначали – епрекс, препарати заліза.

Незначна нудота та поодинокі епізоди блювання протягом ПХТ чи ПТ, які не потребували медикаментозної корекції, спостерігалися у 64 хворих (54,7%). Нудота та блювання II ступеня токсичності відзначалися в 9 хворих (7,7%), які отримували ПХТ чи ПТ, дані ускладнення ліквідувалися після призначення зофрану, метоклопраміду.

Таким чином, при порівнянні показників гематологічної і негематологічної токсичності в I та II досліджуваних групах немає достовірної різниці по даних ускладненнях (p>0,05).

Як видно з табл. 2, загострення хронічних запальних процесів та гострі променеві пошкодження відмічалися тільки в II досліджуваній групі. Загострення хронічних аднекситів виникло в 3 (6,5%) хворих, променевий цистит у 8 (17,4%) хворих та променевий ректит у 4 (8,7%) хворих. Пацієнтам, у яких виникали загострення хронічного аднекситу, променевий ректит чи цистит, ПТ припинялася на період лікування даних ускладнень.

Інтраопераційні ускладнення не спостерігали в обидвох групах. Як видно з табл.2, частота виникнення післяопераційних ускладнень у досліджуваних групах відповідно склали: I група – у 30 (42,2%) хворих, II – 21 (45,6%). Основними післяопераційними ускладненнями були заочеревинні лімфатичні кисти. Отже, достовірної різниці в показниках післяопераційних ускладнень не відзначено.

Обстеження хворих на виявлення заочеревинних лімфатичних кист здійснювали, починаючи з 5-7 доби після опе-

рації. Воно полягало в клінічному (скарги, пальпація), лабораторному (загальний аналіз крові, сечі, цитологічний аналіз пунктату), ультразвукове дослідження хворих. Заочеревинні лімфатичні кисти виникли в 27 (38%) хворих I групи, 20 (43,5%) хворих II групи, які були виявлені на 8-14 день після оперативного втручання. При бімануальному вагінальному дослідженні, як правило, в проекції здухвинних судин визначалося пухлиноподібне нерухоме утворення тугоеластичної консистенції. У більшості випадків заочеревинні лімфатичні кисти клінічно нічим себе не проявляли. Лише при досягненні значних розмірів (понад 8 см) та розвитку вторинних ускладнень з'являлися відповідні клінічні ознаки.

При інфікуванні заочеревинних лімфатичних кист, розміщених у правій параметральній ділянці, клінічний перебіг нагадував апендикулярний інфільтрат з ознаками "гострого живота". Ми спостерігали 5 (9,8%) хворих з таким перебігом заочеревинних лімфатичних кист. При цьому в аналізі крові спостерігався лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. Вирішальну роль у диференціальній діагностиці цих захворювань

відігравали ультразвукове дослідження і пункція інфільтрату. Пункцію здійснювали двома доступами – абдомінальним і вагінальним. Абдомінальний спосіб використовувався при високій локалізації кисти, що прилягає до крила здухвинної кістки у вигляді чітко обмеженого інфільтрату. Вагінальним доступом пункцію виконували у тих випадках, коли заочеревинна лімфатична киста досягала купола піхви, а при ректально-вагінальному обстеженні визначалася флюктуація.

Лікування заочеревинних лімфатичних кист було консервативним в 26 (51%) хворих, решта хворим проведено пункцію. Після пункції у хворих зникали больові відчуття, дизуричні явища, набряки, покращувалося самопочуття.

У двох (3,9%) хворих була вторинна кровотеча через 8-12 годин після завершення оперативного втручання. Цим хворим проведено повторну лапаротомію і гемостаз. Після операційної летальності в обох групах не було.

У хворих I групи: 3-х річне загальне виживання склало 87,5%, 5-річне загальне виживання – 77,8%. У хворих II групи: 3-х річне загальне виживання склало 83,3%, 5-річне загальне виживання – 65,6%. Отже, 3-х річне загальне виживання у хворих на РШМ ПІВ стадії, які отримали комбіноване лікування склало 85,3%, а 5-річне загальне виживання – 71,2%.

Висновки

На першому етапі комбінованого лікування анемія I-II ступеня виникла у хворих на РШМ ПІВ стадії у 67,5%, а лейкопенія I-II ст. – 37,6%, показники негематологічної токсичності зареєстровано у 62,4%, дані ускладнення не мали достовірної різниці, залежно від виду передопераційного лікування. Загострення хронічного аднекситу (2,6%), променевий цистит (6,8%) чи ректит (3,4%) виникли лише у хворих, які отримували передопераційну ПТ. Основними післяопераційними ускладненнями були заочеревинні лімфатичні кисти, які виникли у 40,2% хворих після хірургічного етапу лікування. 3-х річне загальне виживання у хворих на РШМ ПІВ стадії, які отримали комбіноване лікування склало – 85,3%, 5-річне загальне виживання – 71,2%.

Література

1. Рак в Україні, 2009-2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби (2011) Бюл. Нац. Канцер-реєстру України, № 12: 57-58.
2. Воробйова Л.І., Гончарук І.В., Лук'янова Н.Ю., Чехун

- В.Ф. Клініко-морфологічні та молекулярні-біологічні фактори прогнозу у хворих на рак шийки матки// Онкологія.- 2008.- Т.10.,№ 4.- С. 382-388.
3. Коломиєц Л.А., Важенін А.В., Чуруксаєва О.Н. и др. Местно-распространенный рак шейки матки: возможности химиолучевого лечения// Совр. Онкология.- 2005.- Т.7.,№ 4.- С. 231-238.
4. Морхов К.Ю., Нечушкина В.М., Кузнецов В.В. Актуальные вопросы хирургического лечения рака шейки матки// Практик. онкология.- 2009.- Т.10.,№ 2.- С. 93-100.
5. Сухіна О.М., Міхновський О.А., Сухін В.С. та ін. Порівняльний аналіз ефективності різних схем комбінованого лікування хворих на рак шийки матки// Ядерна медицина, променева терапія.- 2006.- № 2.- С. 71-74.
6. Тюляндін С.А., Марьина Л.А. Химиолучевая терапия местно-распространенного рака шейки матки// Тезисы VII рос. Онколог. конфер.- Москва.- 2003.- С. 86-92.
7. Gadducci A., Teti G., Barsotti C. Et al. Clinicopathological variables predictive of clinical outcome in patients with FIGO stage Ib2-Iib cervical cancer treated with cisplatin-based neoadjuvant chemotherapy followed by radical hysterectomy// Anticancer research.- 2010.- Vol. 30.- P. 201-208.
8. Gonzales-Martin A., Gonzalez-Cortijo L., Carballo N. Et al. The current role of neoadjuvant chemotherapy in the management of cervical carcinoma. Gynecol. Oncol. 110 (3 Suppl. 2): S36-40, 2008.
9. Lissoni A., Colombo N., Pellegrino A. et al. A phase II, randomized trial of neoadjuvant chemotherapy comparing a three-drug combination of paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin (TIP) versus paclitaxel and cisplatin (TP) followed by radical surgery in patients with locally advanced squamous cell cervical carcinoma: the SNAP-02 Italian Collaborative Study. Ann. Oncol. 20: 660-665, 2009.
10. Peter G., Rose M., Brian N. et al. Concurrent cisplatin-based radiotherapy and chemotherapy for locally advanced cervical cancer// The new England Journal of medicine.- 1999.- Vol. 340, № 15.- P. 1144-1153.
11. Rose PG: Concurrent chemoradiation for locally advanced carcinoma of the cervix: where are we in 2006? Ann. Oncol. 17 (Suppl. 10): 224-229, 2006.
12. Vale C., Tierney J., Stewart L. Et al. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-Analysis. Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis of individual patient data from 18 randomized trials. J. Clin. Oncol. 26: 5802-5812, 2008.
13. Chemoradiotherapy for Cervical Cancer Meta-analysis Collaboration (CCCMAC). Reducing uncertainties about the effects of chemoradiotherapy for cervical cancer: individual patient data meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008285. DOI: 10.1002/14651858.CD008285.
14. Neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel and cisplatin or carboplatin for patients with locally advanced uterine cervical cancer. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2011 Aug;33(8):616-20.

Одержано 17.06.2013 року.

УДК 615.851: [616.831-009.7+617.53

ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Р.А. Левандовський

Буковинський державний медичний університет

ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Р.А. Левандовский

Буковинский государственный медицинский университет

ANXIOUS AND DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DEFECTS OF MAXILLOFACIAL AREA

R.A. Levandovskyi

Bukovyna State Medical University

Резюме. Відомо, що реабілітація онкологічних хворих, особливо з локалізацією злоякісних пухлин у щелепно-лицевій ділянці, має ряд особливостей і є одним із найважливіх завдань медицини. Пацієнтів, які втратили в результаті операції частини обличчя, зуби, щелепи, і, з цієї причини, не можуть повноцінно вживати їжу, розмовляти, приймати ліки тощо, відчувають стан емоційного стресу. В останні роки спостерігається тенденція до збільшення кількості таких хворих і разом з нею необхідність комплексного підходу до лікування та реабілітації цих хворих із залученням фахівців у галузі психології та психіатрії. Метою дослідження було вивчити особливості симптомів тривоги і депресії у пацієнтів з дефектами щелепно-лицевої ділянки після операції з приводу видалення злоякісної пухлини та її вплив на процес реабілітації ортопедичних хворих. **Матеріал і методи.** За період з грудня 1999 року по лютий 2013 нами досліджено 38 пацієнтів (18 чоловіків і 20 жінок) віком від 30 до 74 років, яким були проведені консультації разом з психіатром в період від одного місяця до операції і 4,5 років після операції. Психічний стан прооперованих хворих вивчали за шкалою депресії Гамільтона. **Результати та обговорення.** В результаті психіатричної експертизи у всіх пацієнтів без винятку, на будь-якому етапі обстеження реєструвалися неспсихотичні розлади. До операції і після неї такі пацієнти потребували ретельного обстеження у медичних психологів та психіатрів. Крім того, це завжди важке завдання для лікаря-ортопеда-стоматолога, тому нормалізація психічного стану протягом часу ортопедичної реабілітації та подальшого життя цих пацієнтів сприяє якісному виготовленню і повноцінному функціонуванню резекційної ортопедичної апаратури.

Ключові слова: деформації щелепно-лицевої ділянки, пухлини щелепно-лицевої ділянки, тривожні та депресивні розлади.

Резюме. Известно, что реабилитация онкологических больных, особенно с локализацией злокачественных опухолей в челюстно-лицевой области, имеет ряд особенностей, и является одной из самых трудных задач медицины. Пациентов, которые потеряли в результате операции части лица, зубы, челюсти, и, по этой причине, не могут полноценно употреблять пищу, разговаривать,