

№22(251) -2010.-С.62-63.

14. Швайко, Л.І. Епідеміологічні, діагностичні, клінічні аспекти ХОЗЛ в осіб, які не курять / Л.І. Швайко // Здоров'я України.-темат номер .-2010.-С.10-11.

15. Popper, H.H. Effects of tobacco smoke on the respiratory tract / H.H. Popper // Eur. Resp. Mon.- February 6.-2012.-P.1183.

16. Pinget C. Cost-effectiveness analysis of a European primary-care physician training in smoking cessation counseling / C. Pinget // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. -2007.-№14(3).-№451-455.

17. Behr, J. Tobacco smoke and respiratory disease / J.Behr // Eur. Resp. Mon.- 2002.№21.-P.161-179.

18. Macnair, A. Lung volumes in interstitial lung disease in smokers / A. Macnair // Thorax.- 2012.-№67.-P.48.

19. Jeffrey, R. Smoking-related Lung Disease / R. Jeffrey // Journal of Thoracic Imaging.-November 2009. - Volume 24. - Issue 4 - pp 274-284.

*Варункив А.І., Малофій Л.С., Островський Н.Н., Дельцова Е.І., Савеліхіна І.А., Кулинич-Миськів М.О., Зубань А.Б., Кулинич Г.Б., Корж Г.З., Бондаренко Т.Я., Рація О.В.*

#### **Влияние курения на функционирование органов дыхания и развитие патологии легких**

**Резюме.** В настоящее время в Украине насчитывается почти 9 миллионов активных курильщиков, которые составляют треть всего трудоспособного населения страны. Существенно улучшить здоровье этих людей, возможно, влияя только на один фактор - курение. Курение вызывает 30% всех случаев смерти от онкологических заболеваний и 90% всех случаев заболевания раком легких. Курение увеличивает риск развития других форм

рака: ротовой полости, глотки, гортани, пищевода, поджелудочной железы, почек, мочевого пузыря, шейки матки. Курение табака является одной из наиболее важных причин хронических неспецифических заболеваний легких, среди которых можно выделить хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), хроническим бронхитом, эмфиземой легких, бронхиальной астмой.

**Ключевые слова:** курение, патология легких.

*Varunkiv A.I., Malofiy L.S., Ostrovskyy N.M., Deltsova O.I., Savelikhina I.O., Kulynych-Myskyv M.O., Zuban A.B., Kulynych G.B., Korzh G.Z., Bondarenko T.Ya., Rapiy O.V.*

#### **The Influence of Smoking on Respiratory Function and Lung Pathology Development**

**Summary.** Currently in Ukraine there are nearly 9 million active smokers, who make up one third of the working population. Significantly improve the health of these people may be affecting only one factor - smoking. Smoking causes 30% of all deaths from cancer and 90% of all cases of lung cancer. Cigarette smoking increases the risk of other forms of cancer: oral cavity, pharynx, larynx, esophagus, pancreas, kidney, bladder, cervix. Smoking is one of the most important cause of chronic nonspecific lung diseases, among which are chronic obstructive pulmonary disease (COPD), chronic bronchitis, emphysema of the lungs, bronchial asthma.

**Key words:** smoking, lung pathology.

Надійшла 19.03.2012 року.

УДК : 616.33-006.6 – 085.28

*Івацук О.І.<sup>1</sup>, Сенютович Р.В.<sup>1</sup>, Гонца А.О.<sup>2</sup>, Бізер Л.І.<sup>2</sup>, Ткач І.А.<sup>2</sup>*

#### **Рандомізовані дослідження симптоматичної терапії раку шлунка**

<sup>1</sup> Кафедра онкології та радіології Буковинського державного медичного університету

<sup>2</sup> Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер

**Резюме.** Проведення інтенсивної симптоматичної хіміотерапії подовжує життя хворих з поширеним раком шлунка на 4-6 місяців.

**Ключові слова:** рак, шлунок, симптоматична терапія.

Більш, ніж дві третини з 21700 пацієнтів з встановленим діагнозом раку шлунка в Сполучених штатах Америки в 2011 році мали неоперабельну хворобу [Greenlee et al, 2000]. Навіть для тих хворих, що можуть оперуватися, очікувана медіана виживання складає тільки 24 місяці і 5-річне виживання не перевищує 30 відсотків [Ajani et al, 1998]. Висока частота місцевих та віддалених рецидивів вказує, що навіть локалізована хвороба визначається як системна [Gunderson et al, 1982; Wakatsuki et al, 1989] Для хворих на метастатичну хворобу вибір лікування обмежений

паліативною терапією.

Мета паліативної терапії - подовження життя пацієнтів та покращення його якості. Це може бути досягнуто шляхом використання хіміо- та радіаційної терапії, паліативними хірургічними втручаннями. Комплексне поєднання різних методик дає покращення результатів лікування хворих на метастатичний шлунковий рак, на відміну від простої паліативної хіміотерапії. Незважаючи на розмаїття варіантів та комбінацій, результати хіміотерапії змушують бажати кращого. Середнє виживання хворих на метастатичний рак шлунку залишається в межах 6-9 місяців. Ці результати останніх років практично не відрізняються від даних 1968 року, що представив Мортель [Moertel, 1968].

Комп'ютерна томографія є найбільш ефективним методом дослідження впливу терапії на стан новоутворення

(прогрес або регрес). Варто зазначити, що ендоскопічна ультрасонографія має вищу чутливість, ніж комп'ютерна томографія для виявлення розміру пухлин шлунка в ранніх стадіях [Ajani et al, 1999; Dittler et al, 1993]. В поширених випадках хвороби ендоскопічна ультрасонографія все ж таки менш інформативна [Bergman et al, 1999]. Також обмеженою є роль пухлинних маркерів в оцінці прогресування раку. Маркери (CEA, CA-19-9) у хворих з раком шлунка не виявилися індикаторами відповіді на проведене лікування [Murad et al, 1993].

Досліджують нові маркери перебігу захворювання, як от:  
- фібринопептид-А;  
- тканинний поліпептидний антиген;  
- гастроінтестинальний асоційований з раком антиген.

Для практичного лікування особливе значення мають дослідження хіміотерапії в порівнянні з підтримуючою терапією.

Хоча рак шлунка є злоякісною пухлиною чутливою до хіміотерапії, відповідь на хіміотерапію є короткою і внесок хіміотерапії у виживання хворих – мінімальний. Було проведено чотири рандомізованих дослідження, що вивчали вплив хіміотерапії на виживання і якість життя (QOL), порівняно з покращеною паліативною терапією (BSC). Ці класичні дослідження проведені, на жаль, на невеликих групах хворих. (табл. 1)

Murad та співавтори порівняли виживання хворих, до яких застосовувалась комбінована хіміотерапія 5-ФУ, доxorубіцином і метотрексатом (FAMTX) з контрольною групою хворих, що отримували покращену підтримуючу терапію [Moertel et al, 1979].

Оцінюючи різні показники виживання, можна зазначити, що використання хіміотерапії дає кращі результати. Рандомізація була закінчена тільки у 22 пацієнтів. Медіана виживання 30 хворих, які одержували хемотерапію, склала 9 місяців, порівняно з трьома місяцями у десяти хворих, які одержували підтримуючу терапію ( $p < 0,001$ ). Статистично-значиме покращення виживання в групі хемотерапії було показано в рандомізованому дослідженні, яким керував Pyrhonen з колективом [Pyrhonen et al, 1995].

Хворі одержували 5-ФУ, епірубіцин і метотрексат – схема (FEMTEX).

Медіана виживання склала 12 місяців знову ж таки у хворих з покращеною підтримуючою терапією склала три місяці ( $p < 0,001$ ).

Подібно в німецькому дослідженні, яке охоплювало 37 хворих, медіана виживання хворих в групі підтримуючої терапії склала чотири місяці, у хворих які одержували етопозід, лейковорін та 5-ФУ (ELF) медіана виживання склала 7,5 місяців ( $p < 0,05$ )

Найбільше дослідження – 61 хворий, було проведено Glimelius з колективом [Glimelius et al, 1979]. Хворі були рандомізовані до негайної хіміотерапії разом з покращеною підтримуючою хіміотерапією як єдиним методом лікування. Хворим першої групи хіміотерапія додавалась в тих випадках, коли підтримуюча терапія не давала достатнього ефекту. Хворі старші 60 років, у яких індекс Кар-

новського склав 70% і менше, одержували 5-ФУ з лейковоріном, інші – отримували хіміотерапію за схемою ELF. У цьому дослідженні вивчалось виживання хворих, досліджувалась також якість їхнього життя. У групі хіміотерапії якість життя покращувалась мінімум на чотири місяці, порівняно з 20% хворих, які отримували покращену підтримуючу терапію. Однак медіана виживання в обох групах склала 8 і 5 місяців, що статистично не було достовірно. Аналіз цих чотирьох досліджень ускладнений у зв'язку з невеликою кількістю хворих і різницею в режимах хіміотерапії. Згадані чотири дослідження підтверджують думку, що застосування паліативної хемотерапії покращує якість життя і подовжує тривалість життя у хворих з раком шлунку.

### Висновок

Симптоматична терапія раку продовжує життя хворим на 4-6 місяців. Аналогічні дослідження повинні бути проведені на даний час із застосуванням нових схем хіміотерапії та підтримуючої терапії.

### Література

1. Ajani J.A. Enhanced staging and all chemotherapy preoperatively in patients with potentially resectable gastric carcinoma. / J.A. Ajani, P.F. Mansfield, P.M. Lynch, et al. // J Clin Oncol – 1999. №17. - P.2403-2411.
2. Ajani J.A. Chemotherapy for gastric carcinoma: new and old options. / J.A. Ajani // Oncology (Huntingt). - 1998. №12. -P.44-47.
3. Bergman J.J. Endoscopic ultrasonography in patients with gastroesophageal cancer. / J.J. Bergman, P. Fockens // Eur J Ultrasound 1999. №10. -P.127-138.
4. Dittler H.J. Role of endoscopic ultrasonography in gastric carcinoma. / H.J. Dittler, J.R. Siewert. // Endoscopy - 1993. №25. -P.162-166.
5. Glimelius B. Randomized Moertel CG, Lavin P.T. Phase 11-111 chemotherapy studies in advanced gastric cancer. / B. Glimelius, K. Ekstrom, K. Hoffman, et al. // Eastern Cooperative Oncology Group. Cancer Treat Rep - 1979. №63. -P 1863-1869.
6. Moertel C.C. The natural history of advanced gastric cancer. / C.C. Moertel // Surg Gynecol Obstet 1968. №126. -P 1071-1074.
7. Moertel CG, Lavin P.T. Phase 11-111 chemotherapy studies in advanced gastric cancer. /C.G. Moertel, P.T Lavin// 1979 №63.-P 1863-1869.
8. Murad AM, Santiago FF, Petroianu A. et al. Modified therapy with 5-fluorouracil, doxorubicin, and methotrexate in advanced gastric cancer. / Cancer. A.M. Murad, F.F. Santiago A. Petroianu et al// 1993. №72. -P37-41.
9. Pyrhonen S, Kuitunen T, Nyandoto P, et al. Randomised comparison of fluorouracil, epidoxorubicin and methotrexate (FEMTX) plus supportive care with supportive care alone in patients with non-resectable gastric cancer. / S. Pyrhonen, T. Kuitunen, P. Nyandoto, et al. // Br J Cancer 1995 №71. -P.587-591.
10. Scheithauer W.K., Zeh B. Palliative chemotherapy versus supportive care in patients with metastatic gastric cancer: a randomized trial. / W.K. Scheithauer, B. Zeh // Proceedings of the Second International Conference on Biology, Prevention and Treatment of GI Malignancy. Koln, Germany - 1995. -P 68.
11. Wakatsuki Y, Inada M, Kudo H, et al. Immunological characterization and clinical implication of cobalamin binding protein in human gastric cancer. /Wakatsuki Y, Inada M, Kudo H, et al. // Cancer Res - 1989. №49. -P 3122-3128.

Ивацук А.И., Сенютович Р.В., Гонца А.А., Бизер Л.И., Ткач И.А.

### Рандомизованые исследования палиативной терапии рака желудка

**Резюме.** Проведение палиативной химиотерапии продлевает жизнь больных с распространенным раком желудка на 4-6 месяцев.

**Ключевые слова:** рак, желудок, поддерживающая терапия.

Таблиця 1. Порівняння хемотерапії та покращеної підтримуючої терапії у хворих на рак шлунка

		Виживання в місяцях		
FAMTX/BSC	30/10	9	<0,001	Murad et al 1993
FEMTX/BSC	17/19	12	<0,001	Pyrhonen et al 1995
ELF/ BSC	18/19	7,5	<0,05	Scheithauer et al 1995
ELF,LF/BSC	31/30	8	<0,12	Glimelius et al 1979

Ivaschuk O.I., Seniutovich R.V., Gontsa A.O., Byser L.I. Tkach I.A.

**Randomized Trials of Palliative Nonsurgical Therapy of Advanced Gastric Cancer****Summary.** Palliative chemotherapy prolongs life of patients for

4-6 month as the best supportive therapy.

**Key words:** Cancer, stomach, best supportive therapy.

Надійшла 28.11.2011 року.

УДК 606.33-006.6.

Сенютович Р.В.<sup>1</sup>, Іващук О.І.<sup>1</sup>, Гонца А.О.<sup>2</sup>, Унгурян В.П.<sup>1</sup>**Вживання хворих на рак шлунка**<sup>1</sup> Кафедра онкології та радіології Буковинського державного медичного університету<sup>2</sup> Чернівецький обласний клінічний онкологічний диспансер

**Резюме.** Проаналізовано фактори, що посприяли виживанню 813 хворих в Чернівецькій області на 1 квітня 2011 року. Ад'ювантна хіміотерапія не є фактором, що сприяє виживанню хворих.

**Ключові слова:** рак, шлунок, виживаємість.

Захворюваність і смертність на рак шлунка в різних країнах характеризуються значними відмінностями.

За даними Khedmat et al (2011) [5] 5 річне виживання оперованих хворих в Японії на рак шлунка склало 89,4%. У Франції - 32,6%, 26% - в США, 30,5% - в Китаї.

Siemerink et al (2011) [1] на прикладі Голландії вказують на різне виживання в різних соціоекономічних групах.

За даними Dutta et al (2006) [3] з покращенням соціально-економічних умов життя серед емігрантів в Англії зменшилась і смертність від раку шлунка на 31-47%.

В Україні однорічна летальність від раку шлунка складає біля 60%. В Чернівецькій області на рак шлунка в 2010 році захворіло 152 особи, 91 особа померла на 1 квітня 2011 року.

П'ятирічне виживання в Україні при раку шлунка сягає не більше 12%, що нижче від світових показників. До цього не зрозуміла роль ад'ювантної хіміотерапії в лікуванні раку шлунка.

**Мета дослідження.** Вивчити показники, що впливають на виживання хворих, які залишилися живими в Чернівецькій області на 1 квітня 2011 року.

Були поставлені наступні завдання:

- вияснити гендерні та вікові особливості виживання;
- динаміку виживання по окремих десятиріччях;
- залежність виживання від локалізації пухлини та типу операцій;
- вплив ад'ювантної хіміотерапії на виживання хворих.

**Матеріал і методи дослідження**

Основою для роботи послужив аналіз карт №30 813 хворих з раком шлунка, що були живі і знаходились на обліку в ЧООД на 1 квітня 2011 року.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Серед живих виявлено 360 жінок і 453 чоловіків, співвідношення незвичайне, оскільки рак шлунка у чоловіків зустрічається майже в 2 рази частіше, ніж у жінок. Показ-

ник свідчить про більшу смертність серед чоловіків, ніж у жінок.

Розподіл пацієнтів за віком не був несподіваним. Найбільша кількість живих (622 особи) – це люди після 60 років. У віці 51-60 років живими залишилось 132 хворих. До 30 років – 3 осіб, від 31 до 40 років – 8, 41-50 – 41 пацієнт. Це наглядне підтвердження не тільки того, що рак шлунка хвороба людей старшого віку, але й того, що особи старшого віку краще переносять хворобу.

Вивчення виживання залежно від локалізації пухлини не дає можливості зробити якісь певні заключення. По-перше, в канцерреєстрі у 273 осіб вказана «неуточнена локалізація раку». Тіло та антральний відділ шлунка склали відповідно 271 і 213 випадків, кардіальний відділ 63.

Канцерреєстр не передбачає дані про проведені типи операції. Хотіли б однак відзначити, що до 1990 року гас-тректомії в клініці носили спорадичний характер, далі поступово відбувається їх зростання – до 25% і більше відсотків серед оперованих в 2006 – 2010 роках.

Серед тих, що вижили - 106 осіб з першою стадією захворювання і 98 з четвертою. В 2 стадії - 285 хворих, третій стадії - 266 хворих.

Роки захворювання і частка пацієнтів, які залишилися живими. Так, до 1990 року тих, що вижили було всього 87. Це зрозуміло, бо за 20 років люди померли не тільки від раку, але і від інших причин. 70 хворих взято на облік в 1991 – 1995 роках. В період 1996-2000 років і 2001-2005 роках вижили відповідно 137 і 157 пацієнтів. Щорічне виживання склало відповідно (в середніх цифрах) 27 і 31 особа. Рівень виживання, однак за приблизними підрахунками, становив до 2000 року біля 250 чоловік щорічно. Тобто 5-річне виживання в середньому склало 10-12%.

Дані за 2006-2010 роки включають сумарно однорічне і більше років виживання, що при зменшенні захворюваності до 200 осіб в рік складає річне виживання біля 17%.

Найбільший інтерес представив аналіз виживання, залежно від курсів ад'ювантної хіміотерапії. Тут дані абсолютно переконливі. 288 хворих не одержали жодної хіміотерапії. Ще 118 хворих одержали 1-2 курси, що не відповідає стандартам і безумовно не повинно враховуватись як системна ад'ювантна хіміотерапія. Таким чином, 406 хворих (1/2 всіх пацієнтів) практично не одержали