

2. Лазарев Н.И., Кузнецов В.В., Нечушкин В.М. Современные подходы к лечению сарком матки // Матер. III съезда онкологов и радиологов в СНГ. – Минск – 2004. – Ч.2. – С. 205.
3. Яриніч В.І., Божок М.І., Яриніч К.В., Макарук І.М. Аналіз прогностичних факторів та результати лікування хворих на саркому матки // Матер. Х з'їзду онкологів України. – Крим – 2001. – С. 242-243.
4. Brooks S., Zhan M., Cote T., Baguet C. Surveillance, epidemiology and results analysis of 2677 cases of uterine sarcoma 1989-1999 // Gynecol. Oncol. – 2004. – V.93, №1. – P. 204-208.
5. Sherman M.E., Devesa S.S. Analysis of racial differences in incidence, survival and mortality for malignant tumors of the uterine // Cancer. – 2003. – V.98, №1. – P. 176-186.
6. Morice P., Rodrigues A., Pauterier P. Surgery for uterine sarcoma: review of the literature and recommendations for the standard surgical procedure // Gynecol. Obstet. Fertil. – 2003. – V. 31, №2. – P.147-150.
7. Bodner-Adler B. Prognostic parameters in carcinosarcomas of the uterus: a clinico-pathologic study // Anticancer Res. – 2001. – 4B. – P. 3069-3074.
8. Wand L. The protooncogene c-kit is expressed in sarcomas of the uterus // Gynecol. Oncol. – 2003. – V.90, №2. – P. 402-406.
9. Emoto M., Iwasaki N., Ishiguro M et al. Angiogenesis in carcinosarcomas of the uterus: differences in the microvessel density and expression of vascular endothelial growth factor between the epithelial and mesenchymal elements // Hum. Pathol. – 1999. – V.30, № 10. – P. 1232-1241.
10. Fujii H., Yoshida M., Gong Z. et al. Frequent genetic heterogeneity in the clonal evolution of gynecological carcinosarcoma and its influence on phenotypic diversity // Cancer Res. – 2000. – V.60, №1. – P. 114-120.
11. Jin Z., Ogata S., Tamura G. et al. Carcinosarcomas (malignant mullerian mixed tumors) of the uterus and ovary: a genetic study with special reference to histogenesis // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2003. – V.22, №4. – P.368 – 373.
12. Watanabe M., Shimizu K., Kato M. et al. Carcinosarcoma of the uterus: immunohistochemical and genetic analysis of clonality of one case // Gynecol. Oncol. – 2001. – V.82, №3. – P. 563-567.
13. Лісняк І.О., Алістратов О.В., Вінницька А.Б., Неспрядько С.В. Зв'язок рівня фактору росту ендотеліальних клітин з поширеністю пухлинного процесу у хворих на рак тіла та шийки матки // Онкологія. – 2002. – Т.4, №3. – С. 188-190.
14. Новак О.Є., Лісняк І.О., Чехун В.Ф. Ангіогенез у розвитку злویкісних пухлин: теоретичні та практичні аспекти // Онкологія. – 2002. – Т.4, №4. – С. 244-251.

Ткачук Т.Є.

НЕОАД'ЮВАНТНА ПОЛІХІМІОТЕРАПІЯ (НПХТ) ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНИХ КАРЦИНОМАХ ВУЛЬВИ

Волинський обласний онкологічний диспансер, м. Луцьк

НЕОАД'ЮВАНТНА ПОЛІХІМІОТЕРАПІЯ (НПХТ) ЯК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНИХ КАРЦИНОМАХ ВУЛЬВИ – Неoad'ювантна поліхіміотерапія (НПХТ) як компонент комплексного лікування при місцеворозповсюджених карциномах вульви. Представлені дані із обстеження та лікування 43 хворих місцеворозповсюдженим раком вульви віком від 51 до 82 років, які спостерігалися у Волинському ООД за період 1998-2003 р. Пацієнтки з первинно-неоперабельними карциномами перебували у Т2N1M0 – 11 (25,6 %), у Т2N2M0 – 9 (20,9 %), у Т3N1M0 – 15 (34,9 %), у Т3N2M0 – 8 (18,6 %) стадіях процесу. Хворі отримали 94 курси НПХТ, в тому числі лише один курс – 19 (44,2 %), два – 24 (55,8 %), три – 9 (20,9 %). У схему НПХТ були включені наступні препарати в сумарних дозах: циклофосфан – 2400 мг. (лімфотропно), метотрексат – 150-200 мг (лімфотропно), 5-фторурацил – 1,5 г (в/в), блеоцин – 30 мг (інтратуморально). Ефективність лікування оцінювали за клінічними ознаками через 21-24 доби. НПХТ дозволила досягти повної, або часткової регресії пухлини у – 19 (44,2 %) хворих після одного курсу хіміотерапії, у 24 (55,8 %) після двох, у 9 (20,9 %) після трьох курсів НПХТ, що створило умови виконання адекватної хірургічної операції.

НЕОАД'ЮВАНТНА ПОЛІХІМІОТЕРАПІЯ (НПХТ) КАК КОМПОНЕНТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ КАРЦИНОМАХ ВУЛЬВЫ – Неoad'ювантна поліхіміотерапія (НПХТ) как компонент комплексного лечения при местнораспространённых карциномах вульвы. Представлены данные по обследованию и лечению 43 больных местнораспространённым раком вульвы в возрасте от 51 до 82 лет, которые наблюдались в Волинском ООД за период 1998-2003 г. Пациентки с первично-неоперабельными карциномами находились в Т2N1M0 – 11 (25,6 %), в Т2N2M0 – 9 (20,9 %), в Т3N1M0 – 15 (34,9 %), в Т3N2M0 – 8 (18,6 %) стадиях процесса. Больные получили 94 курса НПХТ, в том числе только один курс – 19 (44,2 %), два – 24 (55,8 %), три – 9 (20,9 %). В схему НПХТ были включены следующие препараты в суммарных дозах: циклофосфан – 2400 мг (лимфотропно), метотрексат – 150-200 мг (лимфотропно), 5-фторурацил – 1,5 г (в/в), блеоцин – 30 мг (интратуморально). Эффективность лечения оценивали по клиническим признакам через 21-24 суток. НПХТ позволила достичь полной или частичной регрессии опухоли у – 19 (44,2 %) больных после одного курса химиотерапии у 24 (55,8 %) после двух, у 9 (20,9 %) после трёх курсов НПХТ, что создало условия для выполнения адекватной хирургической операции.

NEOADJUVANT POLYCHEMOTHERAPY (NPCT) AS A COMPONENT OF COMPLEX TREATMENT OF LOCALLY DISSEMINATED VULVA CARCINOMAS – Neoadjuvant polychemotherapy (NPCT) as a component of complex treatment of locally disseminated vulva carcinomas. Presented are the data of examination and treatment of 43 patients aged from 51 to 82 with locally disseminated vulva cancer, who were observed at Volyn Regional Oncologic Dispensary over the period of 1998-2003. Patients with primary inoperable carcinomas were at T2N1M0 – 11 (25,6 %), at T2N2M0 – 9 (20,9 %), at T3N1M0 – 15 (34,9 %), at T3N2M0 – 8 (18,6 %) stages of the process. The patients received 94 courses of NPCT, including only one course – 19 (44,2 %), two courses – 24 (55,8 %), three courses – 9 (20,9 %). The following preparations were included into NPCT scheme in cumulative doses: cyclophosphan – 2400 mg (lymphototically), methotrexate – 150-200 mg (lymphototically), 5-fluorouracil – 1,5 g (intravenously), bleocine – 30 mg (intratumorally). Treatment efficiency was evaluated

by clinical signs in 21-24 days. NPCT allowed reaching either complete or partial involution of tumour of 19 (44,2 %) patients after one course of chemotherapy, 24 (55,8 %) patients after two courses, and 9 (20,9 %) patients after three courses of NPCT, which created the conditions for performing of an adequate surgical operation.

Ключові слова: місцеворозповсюджений рак, вульва, резектабельність, неoad'ювантна поліхіміотерапія, ефективність.

Ключевые слова: местнораспространённый рак, вульва, резектабельность, неoad'ювантна поліхіміотерапія, ефективність.

Key words: locally disseminated cancer, vulva, resectability, neoadjuvant polychemotherapy, efficiency.

ВСТУП Злویкісні новоутворення жіночих зовнішніх статевих органів складають 4-8 % всіх злویкісних пухлин жіночих статевих органів, але переважна більшість хворих (до 70-75 %) розпочинає лікування при наявності місцеворозповсюдженого бластоматозного процесу [2, 3]. До місцеворозповсюджених злویкісних новоутворень вульви належать пухлини, які згідно з класифікацією TNM – за розмірами належать до Т3-Т4, а за наявністю метастатичного ураження регіонарних лімфовузлів – до N1-N2. Враховуючи, що 2/3 жінок з карциномами вульви приступають до лікування у III-IV стадіях захворювання, адекватні хірургічні операції на першому етапі лікування переважній більшості хворих виконати неможливо. З метою девіталізації найбільш інвазивних пухлинних клітин, зменшення маси пухлини та досягнення часткової регресії злویкісного новоутворення проводиться неoad'ювантна поліхіміотерапія (НПХТ), яка здійснює максимально ранній системний протипухлинний ефект (ерадикація мікрометастазів), поєднує дію на мікрометастази зі зменшенням маси пухлини, дозволяє визначити індивідуальну чутливість до цитостатиків з метою оптимізації передопераційного лікування [4, 5]. НПХТ може застосовуватися, як передопераційна, коли вона проводиться у операбельних хворих з метою органозберігального лікування та індукційна, коли хворі неоперабельні і мета НПХТ полягає у зменшенні розмірів злویкісної пухлини та створення технічних умов для виконання адекватної хірургічної операції.

При місцевопоширених злویкісних пухлинах жіночих зовнішніх статевих органів НПХТ призначають ендолімфатично та лімфотропно, що сприяє поступленню хіміопрепаратів безпосередньо у пухлинне вогнище та регіонарні лімфатичні вузли і дає можливість зменшити масу пухлини та провести ерадикацію мікрометастазів, що підвищує ефектив-

ність наступних методів лікування [1]. Метою роботи було проаналізувати ефективність проведення НПХТ при місцеворозповсюджених карциномах вульви для досягнення резектабельності злоякісної пухлини.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Обстежено та проліковано 43 хворих віком від 51 до 82 років з місцеворозповсюдженим раком вульви, які спостерігались у Волинському обласному онкологічному диспансері за період 1998-2003 рр. Всім хворим проведено комплексне клінічне обстеження, яке включало клініко-лабораторні методи обстеження, цитологічне, гістологічне, УЗ-дослідження.

Проведене лікування складалося з трьох етапів: 1 – індукційна поліхіміотерапія з послідуною клінічною та морфологічною оцінкою її ефективності; 2 – хірургічна операція як основний етап лікування; 3 – ад'ювантна поліхіміотерапія як заключний етап лікування.

Статистичний аналіз проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Вирогідними вважалися дані $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ
Обстежені хворі за віком розподілились таким чином: 51-60 р. – 8 (18,6 %); 61-70 р. – 24 (55,8 %); 71-82 р. – 11 (25,6 %). Отже, переважна більшість хворих (81,2 %) були старші 60 років. Стадії злоякісних новоутворень вульви визначали за класифікацією TNM (1997) (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих з місцеворозповсюдженим раком вульви, які отримали НПХТ за класифікацією TNM та стадіями злоякісного процесу

Стадія	TNM	Кількість хворих	
		абс.	%
III	T2N1M0	11	25,6
IVA	T2N2M0	9	20,9
III	T3N1M0	15	34,9
IVA	T3N2M0	8	18,6
Всього		43	100

При обстеженні виявлено наступну соматичну патологію: гіпертонічна хвороба – 17 (39,5 %), ожиріння – 15 (34,9 %), посттромбофлебійний синдром – 13 (30,2 %), вузлуватий зоб – 5 (16,7 %), деформуючий поліартрит – 3 (6,9 %). При морфологічному дослідженні біопсійного матеріалу в усіх випадках виявлено плоскоклітинний рак, в тому числі у 27 (62,8 %) – з ороговінням, у 7 (16,3 %) – зі слабвираженням ороговінням, у 9 (20,9 %) хворих – без ороговіння. Пацієнтки отримали 94 курси НПХТ, в тому числі один курс – 19 (44,2 %), два – 24 (55,8 %), три – 9 (20,9 %) (табл. 2).

Таблиця 2. Ефективність лікування місцеворозповсюдженого раку вульви залежно від кількості курсів НПХТ

Кількість хворих	Ефективність лікування			
	ПР	ЧР	СП	ПП
43 (1 курс)	8 (18,6 %)	11(25,6 %)	17(39,5 %)	7(16,3 %)
24 (2 курси)	5(20,8 %)	10(41,7 %)	9(37,5 %)	–
9 (3 курси)	–	7(77,8 %)	2(22,2 %)	–

НПХТ проводили за схемою: циклофосфан – 0,6-1,2 г/кв.м., метотрексат – 60-80 мг/кв.м., 5-фторурацил – 1 г/кв.м. Циклофосфан та метотрексат вводили лімфотропно, сумарні дози становили відповідно 2400-2800 мг та 150-200 мг, 5-фторурацил вводили в/в, сумарна доза на курс становила – 1,5-2,0 г. При лімфотропній хімотерапії всі препарати вводяться на внутрішній поверхні верхньої третини гомілки підшкірно з інтервалом 24 години. Перед введенням препарату на нижню третину стегна накладається манжетка і створюється тиск 40 мм.рт.ст., який утримується 1,5-2,0 години. Для лімфотропної НПХТ застосовуються препарати, які дозволені для внутрішньотканинного введення. Отже, метотрексат та циклофосфан можливо вводили лімфотропно, а 5-фторурацил пацієнтки отримували парентерально. Ефективність лікування оцінювали за клінічними ознаками через 21-24 дня після закінчення курсу лікування згідно з класифікацією BOO3

за такими показниками: повна регресія пухлини (ПР), часткова регресія пухлини (ЧР) – регресія більше ніж 50 % маси пухлини, стабілізація процесу (СП) – відсутність змін розмірів пухлини, або регресія менше 50 %, прогресування злоякісного процесу (ПП) (табл. 3).

Таблиця 3. Ефективність лікування місцевопоширеного раку вульви після першого курсу НПХТ

TNM	Ефективність лікування			
	ПР	ЧР	СП	ПП
T2N1M0(n=11)	6	5	–	–
T2N2M0 (n=9)	2	3	4	–
T3N1M0(n=15)	–	3	8	4
T3N2M0 (n=8)	–	–	5	3
Всього (n=43)	8(18,6 %)	11(25,6 %)	17(39,5 %)	7(16,3 %)

Клінічними ознаками регресії пухлини були зменшення розмірів новоутворення та метастазів у лімфатичних вузлах, відсутність набряку та інфільтрації шкірно-слизових покривів вульви по периферії новоутвору. Ознаками прогресування злоякісного процесу були: збільшення розмірів пухлини, поява нових та збільшення розмірів вже існуючих метастазів у регіонарних лімфовузлах. Отже, після першого курсу НПХТ хворих з первинно-неоперабельними злоякісними новоутвореннями вульви резектабельність пухлини була досягнута у 19 (44,2 %) випадках, в тому числі у 8 (18,6 %) пацієнток досягнута повна регресія пухлини, а в 11 (25,6 %) – часткова регресія, тобто пухлина зменшилась більше, ніж на 50 %. Проведена НПХТ дозволила виконати цим хворим адекватне оперативне лікування в об'ємі розширеної вульвектомії. При морфологічному дослідженні видаленого операційного матеріалу за резектованим краєм на відстані 1-1,5 см злоякісних клітин не виявлено. При наявності стабілізації процесу у другій та третій курси включали хворим в схему НПХТ – блеоцин, який вводили інтратуморально, що забезпечувало збільшення концентрації цитостатика у пухлинному вогнищі, не підвищуючи загальної токсичної дії на організм. Разова доза блеоцину складала 15 мг, сумарна 30 мг. Після інтратуморального введення хіміопрепарату зменшувалися розміри пухлини та паратуморальна інфільтрація, в місцях введення виникали ділянки некрозу, пізніше поступово дно виразкових дефектів очищувалося і заповнювалося грануляційною тканиною. У таблиці 4 наведена ефективність лікування хворих, коли у другий курс НПХТ до стандартної схеми включали блеоцин (СД=30мг).

Таблиця 4. Ефективність лікування місцеворозповсюдженого раку вульви після другого курсу НПХТ

TNM	Ефективність лікування			
	ПР	ЧР	СП	ПП
T2N2M0 (n=4)	3	1	–	–
T3N1M0(n=12)	2	4	6	–
T3N2M0 (n=8)	–	5	3	–
Всього (n=24)	5(20,8 %)	10(41,7 %)	9(37,5 %)	–

Таким чином, у 15 (62,5 %) з 24 хворих, що отримували таке лікування, була досягнута резектабельність пухлини. При морфологічному дослідженні операційного матеріалу за резектованим краєм на відстані 1-1,5 см злоякісних клітин не виявлено. У 9 (37,5 %) хворих констатована стабілізація процесу. Ці хворі отримували третій курс НПХТ, поєднуючи стандартну схему НПХТ (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил) з інтратуморальним введенням блеоцину (СД 30 мг). У всіх випадках констатована часткова регресія пухлини (від 60 до 80 %), що дало можливість виконати адекватне хірургічне лікування. Отже, НПХТ створила умови для виконання хірургічного лікування тим пацієнткам, у яких попередньо, внаслідок місцевопоширеного процесу, були відсутні технічні можливості для здійснення оперативного лікування.

При проведенні НПХТ всі хворі отримували супровідне лікування у вигляді терапії супутньої патології, антикоагу-

лянтів (фраксипарин, аспірин), імуномодуляторів (лаферон, декарис), препаратів заліза (глобінрон, ранферон), при лейкопеніях – лейкомакс, граноцит.

Разом з тим, у 3 (6,9 %) спостерігалась алопеція, у 5 (11,6 %) – міелосупресія, у 11 (25,6 %) – ознаки стоматиту. В зоні лімфотропного введення хіміопрепаратів у 4 (9,3 %) хворих виник локальний некроз шкіри.

ВИСНОВКИ 1. НПХТ сприяє регресії пухлини, зменшенню лімфатичних вузлів при їх метастатичному ураженні, зменшенню паратуморальної інфільтрації, очищенню дна виразкових дефектів та появі грануляційної тканини по периферії.

2. НПХТ – важливий компонент протипухлинного лікування при місцеворозповсюджених злоякісних новоутвореннях вульви, яка дозволяє створити умови для виконання адекватних хірургічних операцій у 19 (44,2 %) хворих після одного курсу хіміотерапії, у 24 (55,8 %) після двох, у 9 (20,9 %) після трьох курсів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Thomas G.M., Dembo A.J., Bryson S.P. et al. Review Changing Concepts in the Management of Vulvar Cancer //J. Gynecol. Oncol. – 1991. – №42.– P. 9-21.
2. Воробйова Л.І., Ткачук Т.Є. Діагностика та лікування фонових і передракових захворювань вульви //Лікарська справа. – 1999. – №3. – С.134-137.
3. Bryson S.C., Dembo A.J., Colgan T.J. Thomas G.M., et al. Invasive squamous cell carcinoma of the vulva: Defining low and high risk groups for recurrence, Int. J. Gynecol. Cancer – 1991. – I. – P. 25-31.
4. Балашова О.И., Ливин И.В., Потоцкий Ю.Д., Хоменко А.В. Непосредственные результаты неоадьювантного лечения при местно-распространённом раке молочной железы с применением различных схем химиотерапии //Мат. Х з'їзду онкологів України. – Київ. 2001. – С. 171-172.
5. Воробьёва Л.И., Винницкая А.Б., Доценко Ю.С., Євтушенко Г.В. Злокачественные новообразования женских половых органов // В кн. Цитостатическая терапия злокачественных новообразований. – Киев, – 2000 – С. 99-101.

Гребеник М.В.

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ, БРОНХІАЛЬНА ОБСТРУКЦІЯ – КОНКУРЕНТНІ СТАНИ ЧИ КЛІНІЧНІ МАСКИ ОНКОПАТОЛОГІЇ?

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ, БРОНХІАЛЬНА ОБСТРУКЦІЯ – КОНКУРЕНТНІ СТАНИ ЧИ КЛІНІЧНІ МАСКИ ОНКОПАТОЛОГІЇ? – Проаналізовано катамнез хворих, які були госпіталізовані з діагнозом гострого коронарного синдрому (ГКС) впродовж 5 років. В структурі віддаленої смертності переважали кардіальна патологія (59,8 %) та злоякісні пухлини (6,4 %). У 0,72 % госпіталізованих з приводу ГКС виявлено злоякісні новоутвори, що склали 39,3 % усіх хворих, які померли від онкопатології в наступні 1-60 місяців. Серед злоякісних утворів переважали пухлини органів дихання та системи травлення. Середня тривалість життя вказаної категорії після виписки з кардіологічного відділу складала (16,2±3,3) міс., з них 39,3 % прожили від 1 до 5 міс., 53,6 % – від 1 до 3 років і 7,1 % – до 5 років. Наявність спільних факторів ризику (вік, паління і ін.), микст-форм патології, фонових станів, зокрема – часто бронхіальної обструкції, подібність клінічної симптоматики спричинили значні диференційно-діагностичні труднощі. З метою виявлення ініціальних форм ракового захворювання доцільно ретельно аналізувати симптоми і проводити планове поглиблене дообстеження, особливо органів дихання та шлунково-кишкового тракту у пацієнтів госпіталізованих ургентно з ГКС.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ – КОНКУРЕНТНЫЕ СОСТОЯНИЯ ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЕ МАСКИ ОНКОПАТОЛОГИИ? – Проанализирован катамнез больных, госпитализированных с диагнозом острого коронарного синдрома (ОКС) в течении 5 лет. В структуре отдаленной смертности преобладала кардиальная патология (59,8 %) и злокачественные опухоли (6,4 %). У 0,72 % госпитализированных с ОКС были выявлены злокачественные новообразования, что составило 39,3% больных умерших от онкопатологии в последующие 1-60 мес. Среди злокачественных новообразований преобладали опухоли органов дыхания и пищеварения. Средняя продолжительность жизни указанной категории после выписки с кардиологического отделения составила (16,2 ± 3,3) мес., из них 39,3 % прожили от 1 до 5 мес., 53,6 % – от 1 до 3 лет и 7,1 % – до 5 лет. Наличие общих факторов риска, микст-форм патологии, фоновых состояний, в частности – бронхиальной обструкции, сходство клинической симптоматики создали значительные дифференциально-диагностические трудности. С целью выявления инициальных форм ракового заболевания целесообразно тщательно анализировать симптомы и проводить плановое углубленное дообследование, особенно органов дыхания и пищеварительного тракта у пациентов, госпитализированных ургентно с ОКС.

ACUTE CORONARY SYNDROME, BRONCHIAL OBSTRUCTION ARE THE COMPETITION STATES OR CLINICAL MASKS OF NEOPLASM? – Catamnesis is analysed patients which were hospitalized with the diagnosis of acute coronary syndrome (ACS) during 5 years. Cardiovascular diseases (59,8 %) and malignant tumours (6,4 %) prevailed in the structure of remote death rate. It is found out malignant mass in 0,72 % hospitalizing on an occasion ACS, that made 39,3 % all patients which died from tumour in next 1-60 months. The tumours of organs of breathing and system of digestion prevailed among malignant educations. Mean time of life of the indicated category after the extract from a cardiologic department made (16,2±3,3) a month, from them 39,3 % lived from 1 to 5 months, 53,6 % – from 1 by 3 years and 7,1 % – to 5 years. Presence of general factors of risk (age, smoking and other), background states, in particular – often bronchial obstruction, similarity of clinical symptoms was entailed by considerable differential-diagnostic difficulties.

Ключові слова: гострий коронарний синдром, бронхіальна обструкція, злоякісні пухлини, діагностика.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, бронхиальная обструкция, злокачественные новообразования, диагностика.

Key words: acute coronary syndrome, bronchial obstruction, malignant tumours, diagnostics.

ВСТУП Друга половина ХХ століття ознаменувалась значним зростанням неінфекційних захворювань. Серед причин смерті, особливо людей середнього і старшого віку впевнено лідирують серцева-судина патології та злоякісні новоутвори. Якщо у більшості розвинутих країн за рахунок глобальних профілактичних програм вдалось частково стабілізувати показники кардіocereбральної патології, то за останнє десятиріччя ХХ століття захворюваність на злоякісні пухлини і смертність від них у світі зросли на 23 % [2]. В 2000 році доля злоякісних новоутворів серед усіх причин смерті досягла у чоловіків старше 65 років 25 %, а у жінок понад 60 років – 30 % [3].

Нажаль, в Україні показники смертності від зазначених форм патології залишаються високими. Так стандартизований по віку коефіцієнт смертності (СКС/100000 населення) від захворювань системи кровообігу в 2002 році склав 799,7 (в Європі – 469,0), від злоякісних новоутворів, відповідно, 166,9 і 179,2. [1]. Не краще вирішуються і проблеми раннього виявлення та адекватного лікування раку. Значна поширеність даних захворювань, наявність спільних факторів ризику, демографічні показники, зокрема зростання частки людей старшого і літнього віку, поєднання захворювань, спільність клінічних ознак створюють проблеми своєчасної діагностики.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – оцінити онконастороженість лікарів в умовах роботи спеціалізованого (не онкологічного профілю) відділення, де концентруються переважно однорідні за патологією хворі, встановити особливості клінічної семіотики і перебігу онкопатології, яка маніфестувала проявами гострого коронарного синдрому (ГКС), в ряді випадків ускладненого бронхіальною обструкцією.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для аналізу використано комп'ютерний банк даних кардіологічної клініки факультетської терапії, базу даних смертності по області статуправління. З комп'ютерної бази реєстру гострого коронарного синдрому кардіологічної клініки відібрано дані за 5 років (1999-2003 рр.) на хворих, які були госпіталізовані в блок інтенсивної терапії (БІТ) з приводу кардіальної патології і, які в межах зазначеного терміну померли від злоякісних пухлин, згідно звітів облстатуправління. Проведено також ретроспективний