

Дрижак В.І., *Костишин Р.Д., Угляр Ю.В., *Туманова О.Р., *Багній В.С., *Назарко Г.І.
ОСОБЛИВОСТІ ДООПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського
*Тернопільський обласний клінічний онкологічний диспансер

ОСОБЛИВОСТІ ДООПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА – Доопераційна інтенсивна підготовка 141 хворого на рак шлунка була спрямована на корекцію білкового та водно-електролітного обмін, серцево-судинних та дихальних розладів, стимуляцію імунологічної реактивності, профілактику тромбемболічних ускладнень, детоксикацію організму. Впровадження в клініці комплексу заходів доопераційної підготовки хворих на рак шлунка дозволило знизити операційну летальність до рівня 4,9%.

ОСОБЕННОСТИ ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА – Особенности дооперационной подготовки больных раком желудка – Преоперационная интенсивная подготовка 141 больного раком желудка была направлена на коррекцию белкового и водно-электролитного обменов, сердечно-сосудистых и дыхательных нарушений, стимуляцию иммунологической реактивности, профилактику тромбэмболических осложнений, детоксикацию организма. Внедрение комплекса мероприятий преоперационной подготовки больных раком желудка позволило снизить операционную летальность до уровня 4,9 %.

PECULIARITIES OF PREOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH STOMACH CANCER – The authors describe the preoperative management of 141 patients with stomach cancer. The preparation for surgery includes correction of protein and electrolytic disorders, correction cardiac and pulmonary functions, prophylaxis of thromboembolism, and enhances of immune reactions. That kind of preoperative management allow us to decrease the postoperative lethality up to 4,9 %.

Ключові слова: рак шлунка, доопераційна підготовка.

Ключевые слова: рак желудка, дооперационная подготовка.

Key words: stomach cancer, preoperative management.

ВСТУП Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Незважаючи на тенденцію до зниження захворюваності на рак шлунка (РШ) в Україні, у структурі онкозахворюваності ця патологія посідає одне з цільних місць. Рання і своєчасна діагностика РШ залишається незадовільною, оскільки 60-70 % хворих виявляються з поширеними формами, а лише у 13-18 % хворих проводиться радикальне хірургічне лікування [1]. Як правило, здійснюється субтотальна резекція шлунка (дистальна чи проксимальна) або гастректомія (у т.ч. розширена). Самі по собі зазначені оперативні втручання становлять операційний ризик, а, враховуючи похилий і старечий вік хворих, наявність у більшості з них важких супутніх захворювань, цей ризик значно збільшується. Ось чому проблема доопераційної підготовки хворих на РШ залишається актуальною.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ Вивчити вплив інтенсивної доопераційної підготовки хворих на РШ на частоту післяопераційних ускладнень та безпосередні результати хірургічного лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходились 141 хворий на РШ, оперованих в клініці онкології впродовж 2000-2003 рр. Чоловіків було 78, жінок – 63. Вік хворих коливався у межах 38-82 років. Всім хворим проведено загальноклінічне лабораторне, рентгенологічне і/або ендоскопічне обстеження, УЗД, ЕКГ, при необхідності – спірометрія.

Доопераційна інтенсивна підготовка хворих, враховуючи результати обстеження, була спрямована на корекцію білкового та водно-електролітного обмін, серцево-судинних та дихальних розладів, стимуляцію імунологічної реактивності, профілактику тромбемболічних ускладнень, детоксикацію організму. Великого значення надавали психологічній підготовці хворих до операції.

Характер оперативних втручань за роками поданий в таблиці 1.

Необхідно зазначити, що із 101 хворого, яким проведені радикальні операції на шлунку, у 47 (47 %) вони були комбінованими. У цих хворих разом з резекцією шлунка або

гастректомією виконувалась резекція брижі поперекової кишки (18 хв.), резекція підшлункової залози (14 хв.), спленектомія (9 хв.), резекція поперекової кишки (3 хв.), спленектомія і резекція підшлункової залози (4 хв.). Із загального числа оперованих хворих (141) у 82 після операції впродовж року проведено 3-4 цикли системної хіміотерапії 5-фторурацилом в сумарній дозі 3-5 г (по 500-750 мг через день).

Таблиця 1. Характер операцій при раку шлунка

| Назва операції | 2000 р. | 2001 р. | 2002 р. | 2003 р. |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Гастректомія | 6 | 7 | 9 | 10 |
| Субтотальна резекція шлунка | 23 | 12 | 16 | 18 |
| Гастроентероанастомоз | 3 | 2 | 4 | 5 |
| Пробна лапаротомія | 6 | 3 | 9 | 5 |
| Діагностична лапаротомія | 1 | 1 | – | 1 |
| Всього: | 39 | 25 | 38 | 39 |

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані в результаті досліджень дані свідчать, що майже у половини радикально оперованих хворих виявилась ІІІ ст. хвороби ($T_{3-4}N_{1-2}M_0$), що не могло не позначитись на загальному стані хворих та лабораторних показниках (табл. 2).

Таблиця 2. Лабораторні показники крові у хворих на рак шлунка

| Показники | Кількість хворих (n=101) |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ШОЕ, > 25 мм/год | 76 (76 %) |
| Еритроцити, < $3,5 \cdot 10^{12}/л$ | 80 (80 %) |
| Лейкоцити, < $4 \cdot 10^9/л$ | 65 (65 %) |
| Гемоглобін, < 100 г/л | 92 (92 %) |
| Альбумін загальний, < 4 г/л | 78 (78 %) |
| Калій, < 3,5 ммоль/л | 67 (67 %) |
| Натрій, < 110 ммоль/л | 73 (73 %) |
| Хлор, < 90 ммоль/л | 78 (78 %) |

Як видно із даних таблиці 2, у більшості хворих на РШ спостерігалась анемія, білковий дефіцит та порушення у водноелектролітному балансі. Корекція білкового обміну здійснювалась за рахунок щоденного (протягом 3-5 днів) внутрішньовенного введення 5 % розчину глюкози та амінокислот (інфезол по 500 мл). Загальна кількість рідини не перевищувала 1,5 л. Доцільним також є застосування харчової суміші "Берламін модулятор" по 100г до 6 разів на добу, яка характеризується збалансованим хімічним складом.

У процесі доопераційної підготовки з метою нормалізації електролітного балансу внутрішньовенно вводили поляризуючу суміш (500 мл), в склад якої входили препарати калію, натрію, хлору.

Порушення кислотно-лужної рівноваги, незначний зсув у бік метаболічного ацидозу чи алкалозу не потребував спеціальної корекції, оскільки після нормалізації мікроциркуляції, білкового та водно-електролітного обмін показники кислотно-лужної рівноваги відновлювались.

У випадках анемії важкого ступеня ($Hb < 70-60$ г/л) здійснювали одноразове переливання еритроцитарної маси в кількості 150-300 мл. З метою стимуляції імунологічної реактивності організму впродовж 5 дів до операції внутрішньом'язово вводили лаферон по 3 млн МО – перший вітчизняний рекомбінантний α -2b інтерферон [2]. Ефективність застосування даного препарату зумовлена його імунomodуючою та антиметастатичною активністю.

Важливою і не вирішеною проблемою залишається профілактика тромбемболічних ускладнень у ранньому післяопераційному періоді. В онкологічних хворих серед причин

операційної летальності тромбемболія легеневої артерії посідає одне з перших місць. В клініці був впроваджений комплекс профілактичних заходів, який включає, зокрема, призначення перед операцією препаратів, що впливають на реологічні властивості крові (аспірін, курантил, трентал), застосування серцевостимулювальних засобів у поєднанні з полівітамінами, введення антикоагулянтів прямої дії (гепарин, фраксипарин) підшкірно в дозі 5 тис. ОД за 2 год до операції, механічна компресія гомілки та стегна за наявності варикозно розширених вен, вправи з дихальної гімнастики тощо.

Беручи до уваги наявність в шлунку високовірulentної патогенної мікрофлори, а також продуктів розпаду пухлини і гниття (ахілія), промивання шлунка фурациліном або слабким розчином соляної кислоти протягом 3-5 днів до операції є важливою та обов'язковою складовою підготовки хворого до операції [3]. Особливо це стосується хворих з ознаками стенозування дистального відділу шлунка. Ретельне очищення товстої кишки та адекватна підготовка шкіри на місці майбутнього розрізу сприяє зменшенню гнійних ускладнень. І, накінець, неабияку роль в кінцевому результаті відіграє психологічна підготовка хворих, оскільки усвідомлення діагнозу раку та майбутня складна операція є надзвичайними стресовими чинниками для пацієнта. Встановлення тісного контакту хірурга з хворим, досягнення довірливих взаємин,

застосування в окремих випадках антидепресивних і заспокійливих препаратів – є важливим компонентом у процесі доопераційної підготовки хворих на РШ. Впровадження зазначених заходів доопераційної підготовки хворих на РШ дозволило звести до мінімуму розвиток післяопераційних ускладнень і значно зменшити операційну летальність. Із 141 оперованих хворих померли 7. Таким чином, операційна летальність склала 4,9 %. Причиною смерті хворих після операції були: тромбемболія легеневої артерії – 4 хворих, гостра серцево-легенева недостатність – 3 хворих.

ВИСНОВКИ 1. Рівень ранньої та своєчасної діагностики РШ залишається незадовільним. Відсоток радикально оперованих хворих, за нашими даними, не перевищує 15,1.

2. Впровадження в клініці комплексу заходів доопераційної підготовки хворих на РШ дозволило зменшити операційну летальність до 4,9 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак в Україні, 1998-2000 рр. Бюлетень Національного канцер-реєстру України / Гол. ред. С.О. Шалімов. – Київ, 2001. – 54 с.
2. Воронцова А.Л., Кудрявцев Ю.П. Интерферон как важный элемент оптимизации лечения онкологических больных // Онкология. – 2002. – Т.1-2. – С.16-20.
3. Щепотин И.Б. Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению рака желудка // Онкология. – 2002. – Т.4.2. – С. 151-158.

Іванкова В.С., Шевченко Г.М., Хруленко Т.В., Гореліна Г.Л., Лялька І.Ю., Отрощенко І.П.

ПРОФІЛАКТИКА ПІЗНІХ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ХІМІОПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Інститут онкології АМН України, м. Київ

ПРОФІЛАКТИКА ПІЗНІХ ПРОМЕНЕВИХ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ХІМІОПРОМЕНЕВІЙ ТЕРАПІЇ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ – В статті представлена методика хіміопроменевої терапії у хворих на місцевопоширені форми раку шийки матки (РШМ) з використанням комплексу превентивних заходів запобігання вираженим проявам токсичності лікування. Об'єктом дослідження було 78 хворих на РШМ Т3N0-1M0. До 1-ої (досліджуваної) групи входило 43 пацієнтки, що отримували поєднану променеву терапію на тлі капецитабіну в радіомодифікуючих дозах, та контрольна група – 35 хворих, яким проводилась тільки променева терапія. З метою профілактики променевих циститів, ректитів хворі досліджуваної групи отримували етіол рег гестум і в сечовий міхур у дозі 500 мг у вигляді водного розчину (50 мг/мл) на 3 хвилини за півгодини до кожного сеансу променевої терапії, а після опромінення вводили мікроклізми з лікувальними сумішами. Отримані результати свідчать про те, що застосування системних профілактичних заходів в процесі хіміопроменевої терапії хворих на РШМ дає змогу знизити частоту ранніх та пізніх променевих реакцій та уникнути ушкоджень, що призводять до каліцтва.

ПРОФІЛАКТИКА ПОЗДНІХ ЛУЧЕВИХ ПОВРЕЖДЕНЬ ПРИ ХІМІОЛУЧЕВОЇ ТЕРАПІЇ РАКА ШИЙКИ МАТКИ – В статті представлена методика хіміолучевої терапії у больових раком шийки матки (РШМ) з використанням комплексу превентивних методів предупредження виражених проявлених токсичності лічення. Об'єктом дослідження були 78 больових РШМ Т3N0-1M0. Исследуемая группа – 43 пациентки, получавшие сочетанную лучевую терапию на фоне капецитабина в радиомодифицирующих дозах и контрольная группа – 35 больових, которым проводилась только лучевая терапия. С целью профилактики лучевых циститов, ректитов больовые I группы получали этиол рег rectum и в мочевоу пузырь по 500 мг в виде водного раствора (50 мг/мл) на 3 минуты за полчаса до каждого сеанса лучевой терапии, а после облучения вводили микроклизмы с лечебными смесями. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение системных профилактических мероприятий в процессе химиолучевой терапии больових РШМ дает возможность снизить частоту ранних и поздних лучевых реакций и избежать калечащих повреждений.

PROPHYLACTICS OF LATE RADIAL DAMAGES AT CHEMORADIOTHERAPY OF CERVICAL CANCER – Article describes methodic of chemoradiotherapy for cervical cancer patients (OC). Complex of preventive methods were used to prevent undesired side effects of toxic therapy. 76 OC patients T3N0-1M0 were tested. First group consisted of 42 patients were given combinational radiation therapy and capecytabine at radiomodifying doses additionally. Second (control) group of

34 patients were given combinational radiation therapy only. Prophylactics of radial cystitis, rectitis patients of the first group were given ethiol per rectum – 500 mg and intro bladder 500 mg of water solution (50 mg/ml) for 3 min duration half an hour prior to radial therapy. After the treatment these patients were treated with admixture microclyster as well. Results shows that the usage of prophylactics during the chemoradiotherapy course of OC patients makes possible to lower frequency of early and late radial reactions and eliminate cripple damages.

Ключові слова: поєднана променева терапія, капецитабін, етіол, токсичність лікування.

Ключевые слова: сочетанная лучевая терапия, капецитабин, этиол, токсичность лечения.

Key words: combinatory radiation therapy, capecytabine, ethiol, toxic therapy.

ВСТУП Поєднана променева терапія (ППТ) як самостійний засіб лікування застосовується у 75 % хворих на поширені форми раку шийки матки (РШМ) [1-4]. Радикальні програми ППТ передбачають підведення до пухлинного осередка та шляхів лімфогенного метастазування максимальних канцероцидних доз іонізуючого опромінення. Дозолімітуючим фактором ППТ є толерантність оточуючих пухлину "критичних органів". Променеві ушкодження прямої кишки та сечового міхура складають основу пізньої променевої патології у цього контингенту хворих і визначають якість їх подальшого життя [3, 5-8]. Частота пізніх променевих реакцій вказаних суміжних органів за даними різних авторів коливається від 5-10 % до 45-50 % [9-11]. Частота виразкових та фістульних променевих ушкоджень даних органів у різних клініках складає від 0,4-5,5 % до 9-11 % [12-14]. Визначальними параметрами пізніх променевих ускладнень є величини сумарних поглинальних доз, режими їх фракціонування, об'єм опромінюваної мішені, супутня екстрагенітальна патологія, а також індивідуальна радіочутливість [1, 7, 14-16]. Профілактика променевих ускладнень повинна здійснюватись в таких напрямках:

– удосконалення засобів візуалізації пухлини, її топографо-анатомічних особливостей;