

Бідованець Б.Ю., Бідованець Ю.М.

**БЦЖ ІМУНОТЕРАПІЯ НЕІНВАЗИВНОГО РАКУ СЕЧОВОГО МІХУРА**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Висока ймовірність рецидиву (до 70 %) протягом першого року після проведеного хірургічного лікування неінвазивного раку сечового міхура (PCM) зумовлена переважно дифузним характером неопластичних змін уротелію, вогнищами сарсінома in situ (CIS) та субопераційною імплантацією пухлинних клітин (Фигурин К.М., 1999; H.Rübben, 1994). Окрім того згідно концепції канцерогенезу (Murphy W., 1996), PCM є захворюванням всієї слизової оболонки міхура. Цим пояснюється необхідність проведення ад'ювантної терапії.

Сечовий міхур здатний проявляти імунну контрреакцію уповільненого типу на антигенний подразник. Поверхневий PCM є ідеальною моделлю для неспецифічної БЦЖ імунотерапії, яка на сьогодні є "золотим стандартом" при залишковій пухлині після ендоскопічної резекції, для попередження рецидиву пухлини, а також CIS. (Виняток – PCM на стадії pTa, G<sub>1</sub>, солітарний до 3 см, при якому ризик прогресування 4-6 %, чи рецидиву до 10 % розцінюється як низький). Показник ремісії при лікуванні резидуальних пухлин становить від 42 до 83 %, а частота рецидивів після трансуретральної резекції (ТУР) зменшується на 20-32 % (R. Ackermann und and., 1990; Debruyne, 1994).

Визначаючи умови внутрішньоміхурової BCG-терапії, необхідно пам'ятати, що препарат містить живі мікобактерії. Тому починати інстиляції слід після повного загоєння рани міхура – не раніше 3 тижнів після ТУР та усунення запальних змін сечовивідних шляхів. Перед першим введенням вакцини проводять пробу Манту, при позитивній реакції додаткове обстеження з метою виключення активного процесу. Контрольна цистоскопія можлива через 2-3 тижні після останнього введення препарату.

В клініці онкології Тернопільської державної медичної академії ім.І.Я.Горбачевського застосовано препарат **ОпсоTICE®** у 8 і **уроБЦЖ** у 4 хворих PCM. Процедуру проводили 1 раз на 7 днів протягом 6 тижнів амбулаторно. Препарат вводили на 2-3 години у порожній міхур. За 4 години до та за 2 год. після інстиляції хворим радили не вживати рідини, щоб уникнути передчасного сечовиділення, а також змінювати положення тіла. Почастішання та болючість сечопуску спостерігалися у всіх пацієнтів, переважно після 2-го введення препарату. Трьом хворим із субфебрильною гарячкою, нетривалою гематурією, болями у суглобах, посиленням потовиділенням призначено парацетамол 1,0 г, метиндол 0,1 г та ізоніазид по 0,3 г на добу і відтерміновано наступну процедуру. В одному випадку хворого спостерігали синдром Рейтера.

Контрольні цистоскопії з прицільною біопсією слизової показали відсутність рецидиву у 7 пацієнтів у терміни від 2 місяців до 8 років диспансерного нагляду. Одного хворого у зв'язку з прогресуванням пухлини прооперовано (цистектомія із уретерокутанеостомією). У жодному з 12 випадків не виявлено ознак туберкульозного ураження сечового міхура. Повний основний курс внутрішньоміхурової імунотерапії **ОпсоTICE®** завершили 7 і **уроБЦЖ** – 3 хворих.

Таким чином, внутрішньоміхурова БЦЖ імунотерапія неінвазивного PCM є високоефективним ад'ювантним методом, а правильне визначення показань, дотримання вимог до застосування, технічно щадне виконання дозволяють запобігти можливим ускладненням та побічним проявам.

Дрижак В.І., Назарко Г.І., Туманова О.Р., Костишин Р.Д., Угляр Ю.В., Подолян М.В.

**ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА**

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Тернопільський обласний комунальний клінічний онкологічний диспансер

**ВСТУП** Проблема профілактики тромбоемболічних ускладнень у післяопераційному періоді онкологічних хворих надзвичайно актуальна і далека від свого вирішення. Тому в до- і післяопераційному періодах всі лікувальні заходи повинні бути направлені на: 1) відновлення і стабілізацію функції кровообігу, поліпшення мікроциркуляції; 2) підтримку функції основних систем органів; 3) боротьбу з інтоксикацією; 4) боротьбу з інфекцією; 5) профілактику тромбоутворень.

**МАТЕРІАЛИ** Протягом 2001-03 рр. було прооперовано 112 хворих на рак шлунка. Із них 31 хворому проведено гастректомію, 64 – резекцію шлунка, 12 – гастроентеростомію.

Найчастішими причинами в структурі післяопераційної летальності за 2001-2003 рр. були:

	2001	2002	2003
Тромбоемболія легеневої артерії	1,0 %	4,1 %	2,2 %
Перитоніт	3,8 %	2,0 %	1,8 %
Гостра серцева судинна недостатність	2,7 %	3,5 %	2,0 %
Поліорганна недостатність	2,2 %	1,1 %	1,4 %
Набряк легень	–	0,5 %	1,4 %
Набряк мозку	–	0,5 %	0,7 %

Як видно з даних таблиці, однією з основних причин операційної летальності хворих є тромбоемболія легеневої артерії.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

В клініці онкології ТДМА розроблений комплекс заходів, спрямованих на профілактику венозних тромбоемболічних ускладнень в післяопераційному періоді. В обов'язковому порядку проводяться наступні заходи: 1) адекватна гемодилуція; 2) інтенсивна медикаментозна терапія препаратами, що впливають на реологічні властивості крові (аспірин, курантил, трентал, реололіглюкін); 3) проведення інтенсивної детоксикаційної терапії (АУФОК, лазеротерапії, використання гіпохлориту натрію та форсованого діурезу); 4) застосування серцестимулюючих середників та лікування серцево-судинної патології; 5) профілактика та лікування післяопераційного парезу кишечника (ретельна підготовка шлунково-кишкового тракту, застосування пролонгованої епідуральної анестезії, призначення стимулюючих медикаментів: прозерин, бензогексоній); 6) проведення гепаринотерапії за наступною схемою: введення гепарину в дозі 5 тис Од підшкірно в ділянку крила здухвинної кістки за 2 год до операції; в ургентних випадках – за 40 хв, а в післяопераційному періоді – кожні 8 год в тій же дозі протягом 5-10 діб, або перехід на непрямі антикоагулянти після 3 діб з моменту операції. Все ширше застосовується фраксипарин в якості профілактики тромбоемболічних ускладнень і зручності у використанні: підшкірно по 0,3 мл 1 раз на добу, протягом 7 діб.

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 опроміювання 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 T<sub>4</sub>N<sub>1-2</sub>M<sub>0-1</sub> віком від 40 до 71 року, яким була застосована активна лікувальна тактика. Клінічно у пацієнток відмічались пухлини розмірами в середньому 15х18х20 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,