

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'язних 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'язах 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 опромінювання 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 T₄N₁₋₂M₀₋₁ 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,