

Бондар Г.В., Борота О.В., Бондаренко М.В., Бондар О.В., Кияшко О.Ю.

## РЕГІОНАРНА ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНА ХІМІОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

## Донецький обласний протипухлинний центр

Не зважаючи на постійну розробку нових методів комплексного лікування хворих на місцеворозповсюджений рак прямої кишки, результати лікування залишаються незадовільними. В зв'язку з цим пошук нових методів лікування цієї групи хворих є актуальним. Метою дослідження стало: підвищення ефективності комплексного лікування хворих з місцеворозповсюдженим раком прямої кишки.

За період з 1993р. по 2003р. в ДОПЦ проліковано 29 хворих на місцеворозповсюджений рак прямої кишки з використанням регіонарної внутрішньоартеріальної хіміотерапії, який забезпечує селективність введення хіміопрепарату у верхню прямокишкову артерію, зменшує елімінації хіміотерапевтичного препарату, забезпечує тривале перебування катетера в артерії, що веде до можливості проведення кількох курсів хіміотерапії. За локалізацією пухлини це були хворі на рак періанальної зони 1 (3,4 %), рак нижньо-ампулярного відділу з переходом на анальний канал 5 (17,2 %), рак нижньо-ампулярного відділу 11 (37,9 %), рак середньо-ампулярного відділу 7 (24,1 %), рак ректо-сигмоїдного відділу 2 (6,9 %). За стадіями: T4N0M0 – 4 (13,8 %), T4N будь-яке M0 – 18 (62,1 %), T4 N будь-яке M1 – 7 (24,1 %). За віком: 30-39 – 1 (3,4 %), 40-49 – 6 (20,7 %), 50-59 – 8 (27,6 %), 60-69 – 8 (27,6 %), 70-79 – 6 (20,7 %). Після лапаротомії і ревізії органів черевної порожнини і органів малого таза, визначення ступеня розповсюдженості раку прямої кишки виконують мобілізацію ректосигмоїдного відділу прямої кишки від підлеглої клітковини, розсікають очеревинний листок брижі сигмоподібної кишки, виділяють і скелетують верхню прямокишкову артерію разом з одноімменною веною. Судини беруть на

тримачі, пересікають нижче відходження останньої сигмоподібної артерії, проксимальний кінець перев'язують. Дистальний кінець вени перев'язують, а в дистальний кінець верхньої прямокишкової артерії вводять внутрішньоартеріальний катетер, фіксують лігатурами і виводять підочеревинно через додатковий розріз у правій клубовій зоні, кінець артерії фіксують до шкіри або товщі передньої черевної стінки. У 7 хворих провели формування кінцевої колостоми з пересіченням сигмоподібної кишки в нижній третині, у 22 сформували у вигляді двостовбурової колостоми у лівій клубовій зоні. Проведення регіонарної внутрішньоартеріальної хіміотерапії розпочинають на 2-3 добу після операції. Введення хіміопрепарату здійснюють 1 раз на добу за допомогою електромеханічного ін'єктора "ДШ-07". Хворим вводять 5-фторурацил у разовій дозі 500-1000 мг протягом 7-10 днів, до сумарної дози 5000-7000 мг. Догляд за внутрішньоартеріальним катетером здійснюють введенням розчину гепарину через кожні 4-6 годин. 19 хворим провели 1 курс хіміотерапії, 7 хворим – 2 курси, 3 хворим – 3 курси. В післяопераційному періоді померло 2 людей, на 1 році життя – 4 людини, на 2 році життя – 5 людей, 3-річне виживання – (26,4±12,1) %, 5-річне виживання (13,2±11,3) %. Усім хворим, крім цього, проводились курси променевої терапії.

Таким чином, застосування внутрішньоартеріальної хіміотерапії дозволяє підвищити ефективність проведеного лікування, дає можливість у проведенні декількох курсів регіонарної внутрішньоартеріальної хіміотерапії і поліпшує віддалені результати лікування хворих на місцеворозповсюджений рак прямої кишки.

Лехан В.М., Зюков О.Л., Сокур І.В.

## ДО ПРОБЛЕМИ ВІДМОВЛЕНЬ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ВІД СПЕЦІАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Дніпропетровська державна медична академія  
Херсонський обласний диспансер

**Актуальність проблеми** Особливий розділ у лікуванні онкологічних хворих складають психологічні, етичні, соціальні, економічні проблеми, які з одного боку часто ускладнюють ранню діагностику і збільшують число розповсюджених процесів, з іншого – можуть привести до відмовлення від лікування.

**Метою** проведеного дослідження було визначення проблеми відмовлень хворих із злоякісними утвореннями від спеціального лікування.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ** Проаналізовано дані історій хвороб 566 онкологічних хворих, що знаходились на диспансерному обліку в Херсонському онкологічному диспансері в період 2001-2003 рр. і відмовились від спеціального лікування, в тому числі 92,8 % вперше взятих на облік. Серед них 497 (87,8 %) хворих відмовились до початку будь-якого рекомендованого лікування; 69 (12,2 %) осіб – після проведення окремих курсів хірургічного, променевого, хіміотерапевтичного та інш. лікування.

Дані оброблені методами непараметричної статистики з розрахунком відносних величин. Вірогідність відмінностей оцінювалася за допомогою критеріїв  $\chi^2$ , Ст'юдента, Фішера.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** За даними офіційної статистики МОЗ України, в Херсонській

області, як й в Україні в цілому, в останні роки спостерігається збільшення чисельності контингенту хворих із злоякісними новоутвореннями. У 2001 р. на обліку знаходилося 20383 хворих (в тому числі 4104 нових випадків), в 2002 р. – 20862 і 4015 хворих, відповідно. З числа хворих, взятих на диспансерний облік в поточному році, одержали спеціальне лікування в 2001 р. 62,9 %; в 2002 р. – 60,7 %. Аналіз даних канцер-регістру свідчить про те, що в Херсонській області щорічно біля 150-200 осіб відмовляються від призначеного лікування (4-5 % від числа хворих з вперше встановленим діагнозом).

Проведене дослідження показало, що контингент онкологічних хворих, які відмовились від лікування, має ряд особливостей. Статеві-вікова структура характеризується переважанням чоловіків (55,7 %) та осіб старше 70 років (46,3 %). Слід відмітити, що у віці до 40 років хворі вірогідно частіше ( $p < 0,01$ ) відмовлялись у процесі лікування, після вже проведених курсів.

Мешканці сільської місцевості частіше відмовлялись, не починаючи лікування, ніж жителі міст.

Структура відмовників за стадією злоякісного процесу відповідає даним всього контингенту онкологічних хворих: I-II стадія – 46,8 % хворих; III – 28,1 %; IV – 19,3 %; стадію

не визначено у 5,8 %. 5 хворих з IV стадією (4,7 %) до відмови пройшли курси спеціального лікування.

Основними локалізаціями пухлин у хворих, що відмовились від лікування були: легені, бронхи (17,7 %), грудна залоза (15,0 %), шлунок (14,0 %), кишечник (11,7 %), що співпадає з такими закономірностями в загальній популяції хворих із злоякісними пухлинами.

Серед тих, хто відмовився від лікування, померли протягом року з моменту встановлення діагнозу 309 (58,9 %) хворих, причому 67 % (207 пацієнтів) з I-III стадією онкопро-

цесу. В групі хворих, що до відмови пройшли курс лікування, летальність була в 1,5 раза нижча порівняно з групою пацієнтів, які зразу відмовились від лікування (39,6 % і 61,0 % відповідно,  $p < 0,01$ ).

Результати дослідження дозволили окреслити коло завдань, що потребують вирішення в рамках існуючої проблеми відмовлень хворих із злоякісними новоутвореннями від спеціального лікування, а саме: вивчення основних причин та наслідків відмовлень як в цілому, так й від окремих видів лікування.

Егоров І.В., Кабан О.П.

### ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “НЕФОПАМ” В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Інститут онкології АМН України, м. Київ

**ВСТУП** Понад 70 % хворих онкологічного профілю скаржаться на біль. Хірургічні ж втручання, навіть найменшого об'єму, спричиняють загострення больового синдрому. Одним із препаратів, який може бути використаним для знеболювання, є ненаркотичний анальгетик “Нефопам” (3,4,5,6-тетрагідро-5-метил-1-феніл-1Н-2,5-бензоксазопин, у вигляді гідрохлориду, аналог – оксадол). Нефопам має слабку антихолінергічну, антигістамінну та симпатоміметичну дію, впливає на дофамінові, норадреналінові, серотонінові рецептори головного мозку. Жарознижувального ефекту не виявляє, не викликає звикання та залежності.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Препарат застосовували в ранньому післяопераційному періоді у 57 пацієнтів після втручання з приводу пухлин черевної порожнини. Вік пацієнтів коливався в межах від 36 до 73 років, в середньому (57,0±3,9) років. Нефопам призначали хворим при виникненні больового синдрому внутрішньом'язово по 1 мл (20 мг нефопаму гідрохлориду) 1-3 рази на добу.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Після першого введення нефопаму добрий знеболювальний

ефект відзначено у половини хворих, задовільний – у 30 % пацієнтів. Приблизно у 20 % хворих анальгетичний ефект нефопаму виявився недостатнім, що потребувало додаткового введення наркотичних засобів. У пацієнтів з післяопераційним генералізованим м'язовим тремтінням після введення нефопаму спостерігали повне зникнення ознобу. Тривалість анальгетичного ефекту після першого введення нефопаму складала від 3 до 6 годин. При повторному застосуванні препарату у всіх хворих досягали більш вираженого і тривалого знеболювального ефекту (протягом 8 годин). У жодного пацієнта не спостерігали пригнічення функції дихання. У разі комбінації нефопаму з наркотичними анальгетиками встановлено посилення і пролонгація анальгетичного та седативного ефекту наркотичних засобів.

**ВИСНОВОК** Нефопам – досить ефективний засіб для знеболювання, купірування післяопераційного генералізованого м'язового тремтіння, придатний для застосування в онкологічних хворих у післяопераційному періоді як у вигляді монотерапії, так і в комплексі з наркотичними анальгетиками.

Гуніна Л.М., Кабан О.П., Сорокін Б.В., Гуменюк Р.С., Парфенюк Н.С.

### ЗАСОБИ СУПРОВОДУ ПРИ ХІМІОТЕРАПІЇ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ТРАВНОГО КАНАЛУ

Інститут онкології АМН України, м. Київ

**ВСТУП** Останнім часом змінам біохімічних параметрів і функціональних показників мембран при різноманітних патологічних станах приділяється все більше уваги. Інтерес до вивчення даної проблеми обумовлений тим, що порушення на мембранному рівні лежать в основі подальших метаболічних змін і відіграють велику роль у процесах розвитку багатьох захворювань, в тому числі онкологічних, та ефективності їх лікування. Сучасні методи лікування пухлинних захворювань неможливі без цитостатичної терапії, яка, на жаль, супроводжується виникненням різноманітних ускладнень.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Дослідження щодо зниження токсичності схем хіміотерапії за допомогою препаратів супроводу, які здатні попереджувати розвиток порушень структурно-функціонального стану плазматичних мембран клітинних тканин та органів, що не уражені пухлиною, були проведені у клініці нашого інституту.

В першу чергу, це препарати з прямою мембранопротекторною дією: антиоксидант церулоплазмін, АТФ-лонг. Ці

ж самі препарати можуть бути використані для попередження виникнення токсичної анемії та лейкопенії через покращання структурно-функціонального стану мембран червоних клітин крові. Останні, до речі, є важливою складовою мікроциркуляторних процесів, і тому шляхом впливу на їх поверхневу структуру можна нормалізувати агрегаційні властивості еритроцитарних мембран та попередити розвиток порушень кровотоку в мікроциркуляторному руслі. Як препарати супроводу під час хіміотерапії онкологічних хворих можна використовувати ентеросорбенти (белосорб, ентеросгель та ін.), які шляхом елімінації з поверхні клітин баластних речовин з токсичною дією здатні поліпшувати структуру плазматичних мембран і, таким чином, – функціональну активність органів природної детоксикації організму – печінки та нирок, що приводить до зниження токсичності схем хіміотерапії за шкалою ВООЗ на 1-2 бали. Серед непрямих мембраностабілізаторів інших груп може бути використаний цефрансин, який, крім імуномодуючої дії, уповільнює руйнування мембран шляхом гальмування активності фосфоліпази А<sub>2</sub>.