

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-бензоксазотин, 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 А₂.

З метою зниження проявів ендотоксикозу та поліпшення структурно-функціонального стану плазматичних мембран при проведенні хіміотерапії також застосовували вітчизняний препарат рослинного походження "Поліфітол-1", який має комплексну антиоксидантну та детоксикуючу дію. Його вплив на плазматичні мембрани реалізується за рахунок вбудовування в ліпідний бішар мембран, що не потребує наявності специфічних білкових рецепторів.

Під час проведення внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії (ВАПХТ) у 94 хворих з місцево-поширеними формами раку шлунка та прямої кишки нами були досліджені зміни структурно-функціонального стану мембран еритроцитів, які вважаються адекватним відображенням загального пулу плазматичних мембран організму, під впливом описаних вище мембранопротекторів різних класів. Визначали такі показники структурно-функціонального стану мембран: активність перекисного окислення ліпідів за змінами рівня

малонового діальдегіду; ступінь антиоксидантного захисту за змінами вмісту відновленого глутатіону, активності супероксиддисмутази та каталази; сорбційну здатність та проникність мембран; сорбційну ємність глікокаліксу; ступінь агрегації еритроцитів; їх середній об'єм, середній вміст гемоглобіну в еритроциті. Структуру ліпідного бішару еритроцитарних мембран досліджували за допомогою флуоресцентних зондів АНС та пірену. В контрольній групі з 56 хворих, аналогічних за діагнозом, статтю та віком, препарати супроводу при ВАПХТ не призначалися.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ВИСНОВКИ Отримані нами дані свідчать, що застосування мембранопротекторів під час ВАПХТ у хворих на місцево-поширені форми раку шлунка та прямої кишки сприяє не тільки покращанню структурно-функціонального стану мембран, але і зростанню медіани виживаності на 2-4 місяці за одночасного покращання якості життя хворих.

Гуніна Л.М., Кабан О.П., Литвиненко О.О., Чорний В.В., Парфенюк Н.С.

АНТИОКСИДАНТНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЦИТОСТАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ ПЕЧІНКИ

Інститут онкології АМН України, м. Київ

ВСТУП Лікування злоякісних пухлин печінки є одним з найбільш складних завдань клінічної онкології. Гепатоцелюлярний рак у 1995 р. займав п'яте місце серед пухлин, що найбільш часто зустрічаються. Метастатичні ураження печінки, залежно від локалізації первинного вогнища, зустрічаються у 20-70 % онкологічних хворих. Комплексне лікування злоякісних пухлин печінки супроводжуються прогресуванням різноманітних гомеостатичних порушень та зниженням функціональних можливостей органів природної детоксикації, що спричиняє розвиток синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ). Клінічні прояви синдрому інтоксикації не тільки не дають змоги довести до кінця курс хіміотерапії, але й відіграють важливу роль у патогенезі ускладнень і тому можуть призводити до погіршення наслідків лікування цієї категорії хворих. Тому застосування препаратів супроводу під час хіміотерапії хворих з новоутвореннями печінки повинні базуватися на урахуванні цих гомеостатичних зрушень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ З урахуванням того, що первинною ланкою в патогенезі СЕІ є порушення на рівні плазматичних мембран клітин, для профілактики ускладнень цитостатичної терапії було обрано препарати з антиоксидантною дією, які здатні попередити гіперактивізацію процесів перекисного окислення ліпідів в мембранах з наступним гальмуванням утворення токсичних речовин та накопичення їх в кровоносному руслі.

Дослідження були проведені у 18 хворих зі злоякісними новоутвореннями печінки (7 – первинний рак печінки, 11 – метастатичне ураження органа) під час застосування ліпо-

доксу. Як препарат супроводу хворим призначали церулоплазмін внутрішньовенно крапельно по 0,5 г на добу на 400,0 мл фізіологічного розчину. В контрольній групі з 10 хворих при цитостатичній терапії специфічних препаратів супроводу не призначали, а проводили стандартну медикamentозно-інфузійну терапію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Встановлено, що в плазматичних мембранах під впливом ліподоксу накопичуються продукти перекисного окислення ліпідів, що призводить до підвищення вмісту в циркуляторному руслі токсичних метаболітів, в першу чергу, середньомолекулярних пептидів (СМП) до $(0,462 \pm 0,015)$ у.о. проти $(0,269 \pm 0,013)$ у.о. до початку лікування ($p < 0,05$). Активність маркерного ферменту γ -глутамілтрансферази, що відображує ступінь деструкції плазматичних мембран клітин печінки, після закінчення хіміотерапії підвищувалась до $(210,5 \pm 15,6)$ U/l проти $(67,8 \pm 4,9)$ U/l до початку лікування. У 7 хворих токсичність хіміотерапії за шкалою ВООЗ склала 1 бал, у 3 – 0 балів.

В основній групі хворих при призначенні як препарату супроводу церулоплазміну зміни біохімічних показників, що досліджувались, були виражені значно менше. Активність γ -глутамілтрансферази не перевищувала $(134,9 \pm 13,4)$ U/l. У 5 хворих токсичність хіміотерапії за шкалою ВООЗ склала 1 бал, у 13 – 0 балів.

ВИСНОВКИ Отримані дані свідчать, що застосування антиоксидантної терапії є патобіохімічно обґрунтованим та дозволяє знизити токсичні прояви цитостатиків, покращити якість життя хворих.

Матвійчук С.Л., Чернявський Г.О., Макидон О.М., Зотов В.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ТРОПІСЕТРОНУ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА У ХВОРИХ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ ХІМІОТЕРАПІЮ З ВИСОКОЮ ЕМЕТОГЕННОЮ АКТИВНІСТЮ

Обласний онкологічний диспансер, м. Чернігів

ВСТУП В теперішній час хіміотерапія займає важливе місце в лікуванні онкологічних хворих. Але введення цитостатиків дуже часто супроводжується появою небажаних побічних ефектів. Найбільш поширеним з них є нудота та блювання. В більшості випадків ці побічні дії викликають

негативну налаштованість хворих до проведення хіміотерапії.

У зв'язку з цим, усунення цих важких симптомів має важливе значення для пацієнтів, які отримують протипухлинну хіміотерапію.