

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 покращенню структурно-функціонального стану мембран, але і зростанню медіани виживаності на 2-4 місяці за одночасного покращення 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.

Високий емотогенний потенціал перш за все мають похідні платини (нудота та блювання більш ніж у 90 % хворих); циклофосфан, доксорубіцин (нудота та блювання більш ніж у 50 % хворих); дакарбазин (нудота та блювання більш ніж у 90 % хворих), а тим більше використання комбінацій цих препаратів.

На сьогодні є цілий ряд антиеметиків, які з успіхом використовуються в онкологічній практиці.

Застосування наобану, зофрану дозволяє попередити гостре блювання у 50-70 % пацієнтів, які отримують хіміотерапію в комбінації з вищевказаними препаратами. Але висока ціна імпортованих лікарських засобів не завжди є доступною для більшості онкологічних хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами проведено вивчення антиеметогенної активності тропісетрону виробництва ЗАТ "Біолік", форма випуску – розчин для ін'єкцій, та тропісетрону КМП, форма випуску – капсули.

Дослідження проводилося на 98 хворих (65 жінок і 33 чоловіки) з різними формами злоякісних пухлин, яким проводилась високою – і середньоемотогенна хіміотерапія.

Антиеметогенна терапія проводилася за протоколом: тропісетрон призначався курсами по 6 днів. Добова доза складала 5 мг. За 45 хвилин до введення цитостатиків внутрішньовенно вводився пронісентрон 5 мг струминно протягом 1 хвилини. В наступні 5 дні препарат призначався у середину по 1 капсулі за 1 годину до сніданку.

Оцінка антиеметогенної дії тропісетрону проводилася на основі опитування хворих і записів в історіях хвороби протягом 8 днів, згідно шкали токсичності по 4 бальній системі.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ В ході дослідження встановлено, що в 1 день у 10 хворих (10,2 %) зареєстрована нудота I ступеня, у 17 хворих (17,3 %) блювання I ступеня і у 14 хворих (14,2 %) блювання II ступеня.

На 2 день відмічена нудота I ступеня у 22 хворих (22,4 %), II ступеня у 18 хворих (18,3 %), блювання I ступеня у 14 хворих (14,2 %) і у 2 хворих (2,04 %) блювання II ступеня.

На 3-й день у 27 хворих (27,5 %) спостерігалась нудота I ступеня і у 15 хворих (15,3 %) – II ступеня, блювання I ступеня відмічено у 8 хворих (8,1 %).

На 4 день зареєстровано нудоту I ступеня у 12 хворих (12,2 %), епізодів блювання у жодного хворого не зареєстровано. В подальшому спостереженні за хворими симптомів нудоти та блювання не спостерігалось.

Отримані нами результати не протирічать даним літератури, відповідно до антиеметиків аналогічної хімічної структури.

ВИСНОВКИ На основі проведеного клінічного дослідження тропісетрону виробництва ЗАТ "Біолік" та тропісетрону КМП відмічено їх високу антиеметогенну активність. Не виявлено будь-яких побічних реакцій.

Доступна ціна, ефективність і задовільна переносимість дозволяє рекомендувати їх для широкого застосування хворим, які отримують хіміотерапію.

Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л.

СТАН ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА РАК ТА ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В УКРАЇНІ

Інститут онкології АМН України, м. Київ

Захворюваність на злоякісні новоутворення залишається актуальною проблемою охорони здоров'я України. Аналіз динаміки ураження населення України злоякісними новоутвореннями за 10 років свідчить про зростання рівня захворюваності від 307,4 до 332,9 на 100 тис. населення, або на 8,3 %, тобто щорічний приріст складав 0,8 %.

Зростання захворюваності характерно для раку ротової порожнини, ободової та прямої кишки, шкіри, молочної залози, шийки та тіла матки, яєчника, передміхурової залози, сечового міхура, щитоподібної залози, лімфатичної та кровотворної тканини. У структурі захворюваності чоловічого населення провідні 5 місць займають злоякісні новоутворення легені, шлунка, шкіри, передміхурової залози, прямої кишки, що становить 54 % від усіх злоякісних пухлин, у жіночого населення – рак молочної залози, шкіри, тіла матки, шлунка, шийки матки, або 53,4 % від усіх злоякісних пухлин.

Найвищі рівні захворюваності (за українським стандартом) зареєстровано в м. Києві і Севастополі (413,7 – 443,2 на 100 тис. населення) Миколаївській, Одеській областях та АР Крим (377,4 – 380,3 на 100 тис. населення), найнижчі – в Закарпатській, Волинській, Тернопільській, Чернівецькій та Чернігівській областях (273,1 – 286,1 на 100 тис. населення).

В онкологічних закладах України на обліку перебуває понад 800 тис. хворих, порівняно з 1993 р. кількість їх зросла на 25,5 %. За останні 10 років спостерігається тенденція до зниження смертності від раку: від 199,8 до 191,8 на 100 тис. населення, відповідно, або на 4,2 %. Серед окремих форм раку слід відзначити зменшення внеску у формування онкологічної смертності раку стравоходу, шлунка, легені, гортані, кісток та сполучної тканини, шийки матки, яєчника, лімфатичної та кровотворної тканини.

Головними показниками, що характеризують діяльність онкологічної служби, є охоплення онкологічних хворих спеціальним лікуванням та летальність до року. Детальний аналіз цього показника за уточненими даними Національного канцер-реєстру показав, що в 2002 р. було зареєстровано 159982 хворих на злоякісні новоутворення, з них спеціальне лікування було надано 98347 тисяч хворих (62,0 %). Серед проліко-

ваних хворих 35,3 % отримали тільки хірургічне лікування, 29,5 % – комбіноване або комплексне. Разом з тим, 61 635 захворівших (38,5 %) спеціального лікування не отримали, серед них 33,4 % хворих мали I-II стадію хвороби (20582 осіб), III стадія – 20,0 % (12335), а 30,5 % (18645 осіб) – IV стадію. Найбільш висока питома вага нелікованих хворих зареєстрована в Запорізькій, Закарпатській, Полтавській та Рівненській областях (45,8-50,1 %), а найменша – в Сумській, Чернігівській областях та м. Києві (28,3-31,5 %).

Серед хворих, що не отримали спеціального лікування, за даними регіональних канцер-реєстрів найбільшу питому вагу складають особи похилого та старечого віку (41181, або 66,5 %). Встановлено також, що не отримали спеціального лікування 14461 хворий (23,3 %) працездатного віку, що неприпустимо як з медико-біологічної, так і з соціально-економічної точки зору.

За даними Національного канцер-реєстру в Україні протягом року з моменту встановлення діагнозу помирає близько 60 тис. хворих, тобто понад 38 % від всіх вперше хворих. Зареєстровано високу летальність до року серед хворих з візуальними локалізаціями пухлин при I-II стадії злоякісного процесу (від 6,3 % при ЗН молочної залози до 20,7 % при ЗН вульви).

Таким чином, стан онкологічної захворюваності населення України зберігає сталу тенденцію до зростання, зареєстроване за 10 років зниження рівня смертності від злоякісних новоутворень, відповідає світовим тенденціям цього процесу. Проте, актуальною проблемою вітчизняної онкології залишається стан організації лікувально-діагностичного процесу, оскільки лише за рахунок своєчасної діагностики та адекватного лікування можна досягти 5-річної виживаності 80-90 % пацієнтів при раці шийки матки, молочної залози, товстого кишечника. При злоякісних пухлинах легені, шлунка, кісток, лімфатичної і кровотворної тканини комбіноване і комплексне лікування з використанням хіміо- та променевої терапії дозволяє поліпшити якість життя онкологічних хворих і значно збільшити її тривалість.