

відновлення показників периферичної крові (на 14-30-у добу) ймовірно пов'язане з проведенням променевої терапії, на тлі якої проводилося дослідження. У 2-х пацієнтів на 7-у добу реєструвалася поява в периферичній крові ретикулярних і плазматичних клітин. Імунний статус визначався за вмістом ВГЛ в периферичній крові. Вже на 7-у добу абсолютна їх кількість збільшувалася удвічі, а на 30-у добу – ще, приблизно, в 3 рази, тобто вже досягло нормального рівня, не дивлячись на проведення опромінювання.

ВИСНОВОК Всі хворі завершили комбіноване хіміопротерапевтичне лікування за радикальною програмою. У всіх 20 пацієнтів була досягнута повна ремісія. У жодного хворого весь період лікування не спостерігалось пригнічення кровотворення, що дозволило лікування завершити в оптимальні терміни. Сама операція як взяття, так і "повернення" кісткового мозку ані ускладнень, ані навіть побічних ефектів не викликала, що робить її безпечною. Однією з основних переваг даної методики є відсутність необхідності підбирати донора.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кіндзельський Л.П., Губарева А.О., Когут І.І., Глухенька Г.Т. Застосування аутомієлотрансплантації в комплексному лікуванні лімфогранулематозу. IX з'їзд онкологів України – Вінниця 13-15 вересня 1995р. – С. 356-357.

2. Россиев В.А., Александрова И.Я., Паровичникова Е.Н. Высокодозная терапия с аутологичной трансплантацией костного мозга у больных с резистентными формами лимфогранулематоза // Терап. архив, 7. – 1995 С. 80-81.

3. Bogart J.A., Chung C.T., Zamkoff K.W. (1997) Aggressive radiotherapy adjuvant to autologous bone marrow transplant for relapsed Hodgkin's disease. 7th Internat. Congr. on Anti-Cancer Treatment, Febr., 3-6th, Paris, 156.

4. Deag H.J., Urban C.U. (1994) Bone marrow and hemopoietic stem cell transplantation. Acta chir. Austr. 26 (1): 34-42.

5. Nademanee A., O'Donnell M.R., Snyder D.S. et al. (1996) High-dose chemotherapy with or without total irradiation followed by autologous bone marrow and/or peripheral blood stem cell transplantation for patients with relapsed and refractory Hodgkin's disease: Results in 85 patients with analysis of prognostic factors. Blood. 87(2): 563-569.

6. Reed D.E., Barnett M.J., Suhepherd J.D. et al. (1995) High-dose cyclophosphamide, carmustine (BCNU), and etoposide (VP16-213) with or without cisplatin (CBV+P) and autologous transplantation for patients with Hodgkin's disease who fail to enter a complete remission after combination chemotherapy. Blood. 86(2): 451-456.

7. Richel D.J., Van der Wall E., Slepser J. et al. (1993) Peripheral blood stem cell (PBSC) mobilization and transplantation (PSCT) in patients with malignant lymphomas and solid tumors: [Pap.] 6th Nat. Cong. Ital. Soc. Hemapheresis, Montesilvano, June 1-4. 1993. Int. J. Artif. Organs. 16 (5): 71-75.

8. Witz F., Schooneman F., Dorvaux V. et al. (1993) L'autogreffe de moelle osseuse dans le traitement des l'adulte-etude de 67 observations. Ann. Med. Nancy et Est. 32(5-6): 353-357.

Яковець Ю.І., Гончар О.Г., Кондратюк Б.П., Комендант В.В., Чістяков А.А.

КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКУ ЛЕГЕНІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ТРИВАЛОЇ ЕНДОЛІМФАТИЧНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ

Донецький обласний протипухлинний центр

КОНСЕРВАТИВНА ТЕРАПІЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКУ ЛЕГЕНІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ТРИВАЛОЇ ЕНДОЛІМФАТИЧНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ – Розроблений новий спосіб введення хіміопрепаратів при лікуванні неоперабельного раку легень. Цей спосіб дозволяє поліпшити безпосередні і віддалені результати лікування, порівняно з традиційною внутрішньовенною поліхіміотерапією.

Група з ендолімфатичним введенням хіміопрепаратів була представлена 126 первинно неоперабельними пацієнтами. Цим хворим проведена ендолімфатична поліхіміотерапія. Контрольна група (внутрішньовенне введення препаратів) складалася з 115 первинно неоперабельних пацієнтів. Цим хворим проведена внутрішньовенна поліхіміотерапія. Після 3 курсів ендолімфатичної поліхіміотерапії тільки в 14,4 % пацієнтів залишилися ознаки обтураційного пневмоніту. Після внутрішньовенної хіміотерапії таких хворих було 34,7 %. Середня тривалість життя у дослідній групі – 14,0 місяців, а в групі контролю – 9,9 місяців. У групі ендолімфатичної поліхіміотерапії її токсичність складала 0-1 ступінь, що значно краще, ніж у контрольній групі. Таким чином, ендолімфатичне введення хіміопрепаратів є більш ефективним, ніж внутрішньовенне.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ЛЕГКИХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ – Разработан новый способ введения химиопрепаратов при лечении неоперабельного рака легких. Этот способ позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения сравнительно с традиционной внутривенной полихимиотерапией.

Группа с эндолимфатическим введением химиопрепаратов была представлена 126 первично неоперабельными пациентами. Этим больным проведенная эндолимфатическая полихимиотерапия. Контрольная группа (внутривенное введение препаратов) формировалась из 115 первично неоперабельных пациентов. Этим больным проведенная внутривенная полихимиотерапия. После 3 курсов эндолимфатической полихимиотерапии только у 14,4 % пациентов остались признаки обтурационного пневмонита. После внутривенной химиотерапии таких больных было 34,7 %. Средняя продолжительность жизни в опытной группе – 14,0 месяцев, а в группе контроля – 9,9 месяцев. В группе эндолимфатической полихимиотерапии ее токсичность составила 0-1 степень, что значительно лучше, чем в контрольной группе. Таким образом, эндолимфатическое введение химиопрепаратов является более эффективным, чем внутривенное.

CONSERVATIVE THERAPY OF NON-OPERABLE LUNG CANCER WITH APPLICATION OF LONG-TERM ENDOLYMPHATIC POLYCHEMOTHERAPY – New method of introduction of chemopreparations at treatment of non-operable lung

cancer is proposed. This method allows to improve the immediate and remote results of treatment in comparison with the traditional intravenous polychemotherapy.

The group with endolymphatic introduction of chemopreparations consisted of 126 initially non-operable patients. These patients were undergone to endolymphatic polychemotherapy. Control group (intravenous introduction of preparations) consisted of 115 initially non-operable patients. These patients were undergone to intravenous polychemotherapy. After 3 courses of endolymphatic therapy only in 14,4 % patients remained the symptoms of obstructive pneumonitis. After intravenous chemotherapy in 34,7 % patients remained the symptoms of obstructive pneumonitis. The average life-expectancy in the investigated group was 14,0 months. In the control group it was 9,9 months.

In the group of endolymphatic polychemotherapy its toxicity was 0-1 degree. So, it is much more better then in control group. Endolymphatic way of introducing of preparations is more effective then intravenous.

Ключові слова: неоперабельний рак легень, ендолімфатична поліхіміотерапія.

Ключевые слова: неоперабельный рак легких, эндолимфатическая полихимиотерапия.

Key words: non-operable lung cancer , endolymphatic polychemotherapy.

ВСТУП В усіх економічно розвинутих країнах проблема раку легень є однією з найважливіших у сучасній онкології [1,2,3]. Невпинне зростання захворюваності та смертності від раку легень пов'язане зі складністю діагностики і недостатньою ефективністю лікування. За останнє десятиріччя рак легень (РЛ) став найбільш поширеною формою злоякісних пухлин і в структурі онкологічної захворюваності стійко тримається на першому місці. У 1995 році на території України питома вага РЛ серед онкологічних захворювань складала 15,5 %, що практично в 2 рази вище, ніж двадцять років тому [4,5]. Водночас із зростанням захворюваності на рак легень неухильно підвищується і смертність від цього захворювання, первинна захворюваність досягає в деяких країнах 84,8 випадків на 100 000 населення і має тенденцію до збільшення. По Україні і м. Донецьку ці цифри складають відповідно 41,9 і 50,9 випадків на 100000 населення [6].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Об'єктом нашого дослідження стали 241 пацієнт, в яких був виявлений первинно неоперабельний рак легенів. Неоперабельність хворих була обумовлена поширеністю злоякісного процесу. Усіх хворих ми розподілили на дві групи.

Першу групу, позначену як "дослідна", склали 126 хворих, які в період з 1988 року по 1998 рік одержували три лікувальних курси поліхіміотерапії, проведені ендолімфатично за розробленою нами методикою. Надалі вони одержували підтримуючі курси поліхіміотерапії за стандартними методиками.

До другої групи, позначеної як "контрольна", увійшло 115 хворих, які в період з 1988 року по 1998 рік одержували три лікувальних курси поліхіміотерапії, проведені внутрішньовенно за загальноприйнятою схемою САМ. Надалі вони одержували підтримуючі курси поліхіміотерапії за стандартними методиками.

Вивчивши якісний і кількісний склад обох груп, ми дійшли висновку, що контрольна і дослідна групи практично однакові за кількістю, цілком подібні за статеву і віковою ознаками, частотою і характером супутньої патології. Ідентичні вони і за клінічними проявами пухлинного процесу, гістологічною структурою, поширеністю первинного пухлинного процесу, регіональним і віддаленим метастазуванням.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізувавши ускладнення, викликані токсичною дією поліхіміотерапії в обох групах, нами з'ясовано, що кількість і ступінь вираження ускладнень у дослідній групі хворих були меншими, ніж у контрольній майже вдвічі. Відповідно до класифікації ВООЗ, ми виділили 5 ступенів токсичної дії протипухлинних препаратів. Нульовий ступінь токсичності, коли у процесі лікування не відзначено ніяких змін у самопочутті хворих, у дослідній групі виявлений у 64 пацієнтів (50,7±4,5) %. У контрольній групі таких хворих було 9 (7,7±2,5) % і на (43,0±0,5) % менше, ніж у хворих дослідної групи. З першим ступенем токсичності, коли визначалися мінімальні зміни самопочуття хворих, що не впливають на загальну активність пацієнтів, у дослідній групі було виявлено 30 хворих (24,3±3,8) %. У контрольній групі хворих перший ступінь токсичності був притаманний 57 пацієнтам (49,7±4,7) %, що на (25,4±1,3) % більше, ніж у дослідній групі. Однак третій ступінь токсичності, за якого виражені різкі порушення загального стану й об'єктивного статусу хворих, що потребують адекватного додаткового лікування пацієнтів, у дослідній групі виявлений у 10 пацієнтів (7,9±2,4) %, у контрольній групі таких хворих було 11 (9,3±2,7) %, що на (1,4±0,3) % більше, ніж у дослідній. Четвертий ступінь токсичності виставлявся у хворих, в яких токсичний ефект, викликаний застосуванням хіміопрепаратів, створював ускладнення, небезпечні для життя. У дослідній групі хворих таких пацієнтів не виявлено, тоді як у контрольній групі – 4, що склало (3,7±1,8) %.

У дослідній групі хворих в основному превалювали диспептичні розлади. 6 хворим ми змушені були знизити у два рази дози препаратів, які вводились, у зв'язку з вираженістю токсичних ефектів. Терапевтичне лікування з дезінтоксикаційною і гемостимулювальною метою вимагали 23 хворих (18,2±3,4) %. Гемотрансфузії з замісною метою проводилися 2 хворим (1,3±1,0) %. Смертність, викликана застосуванням ендолімфатичної поліхіміотерапії в дослідній групі, нами не зафіксована.

У контрольній групі превалювали диспептичні, інфекційні і гематологічні ускладнення. Так, 32 хворим (27,9±4,2) %

нам довелося знизити дози препаратів, які вводились, у два рази, а в 4 пацієнтів (3,8±1,8) % хіміотерапію довелося припинити через розвиток ускладнень, небезпечних для життя. Додаткової інфузійної терапії з дезінтоксикаційною метою вимагали 32 хворих (27,7±4,2) %, а 7 хворим (5,8±2,2) % проводилися гемотрансфузії з замісною метою. Від ускладнень, викликаних внутрішньовенною поліхіміотерапією і обумовлених токсичною дією хіміопрепаратів, померло 2 хворих (1,9±1,3) %.

Місцеві ускладнення, зумовлені введенням ендолімфально хіміопрепаратів, спостерігалися в 11 % пацієнтів, вони виражались набряком та інфільтрацією за ходом лімфатичних судин вище катетеризації і зникали після застосування напівспиртових компресів.

Вищевикладене вказує на перевагу ендолімфатичного способу введення хіміопрепаратів порівнянно з внутрішньовенним, оскільки ендолімфатична поліхіміотерапія набагато легше переноситься хворими, викликає меншу кількість і більш легкий ступінь токсичних реакцій організму хворого після проведення хіміотерапії.

За ступенем регресії повна і часткова (зменшення розмірів пухлини в 2 та більше разів) ремісія у дослідній групі спостерігалася в 116 пацієнтів (92,2±2,4) %. У контрольній групі таких хворих було 71 (61,7±4,5) %. Стабілізація і прогресування пухлинного процесу в дослідній групі відзначені у 10 пацієнтів (7,8±2,4) %, у контрольній групі – у 44 хворих (38,3±4,5) %.

Тривалість безрецидивного періоду в дослідній групі була більшою і склала (6,9±2,4) місяці, у контрольній групі безрецидивний період дорівнював (4,9±0,5) місяців. Середня тривалість життя була також вищою у дослідній групі і вираховувалася (15,4±3,7) місяцями, а у хворих контрольної групи вона вимірювалася (8,3±1,3) місяцями і була меншою, ніж у дослідній, на 7,1 місяць.

У контрольній групі більше трьох років не прожив жоден хворий, у дослідній групі більше трьох років прожило 12 (10,5±2,7) % пацієнтів.

Таким чином, ми довели більш високу ефективність ендолімфатичної поліхіміотерапії при лікуванні неоперабельного раку легень порівнянно з традиційними схемами загальної поліхіміотерапії.

ВИСНОВКИ 1. Доведена менша токсичність хіміотерапії, проведеної ендолімфатично, що підтверджується основними результатами роботи.

2. Викладено клінічний доказ більш високої ефективності ендолімфатичної поліхіміотерапії порівнянно з внутрішньовенною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Агамова К.А., Тихомирова Е.Е. Современные достижения и перспективы развития цитологической диагностики в легочной патологии // Диагностика и лечение рака легкого. – М., 1984. – С. 58-63.
2. Стариков В.И. Рак легкого. – Харьков, 2002. – 212 с.
3. Ахмедов Б.П. Метастатические опухоли. – М.: Медицина, 1984. – 186 с.
4. Друкин Э.Я. Первичная множественность рака легкого // Вопросы онкологии. – 1983. – № 1. – С. 63-68.
5. Касьяненко И.В., Аслаев Л.А. и др. Комбинированная химиотерапия с цисплатином неоперабельных больших немелкоклеточным раком легкого // Вопросы онкологии. – 1992. – № 6. – С. 736-743.
6. Федоренко З.П., Гулак Л.О., Горох Є.Л. та ін. Рак в Україні 1998-2000. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. бюлетень національного канцер-реєстру України. – Київ, 2001. – 57 с.