

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Ю.К. Вівчаренко,
І.Ю. Костінський,
І.М. Остап'як

*Івано-Франківська державна
медична академія,
Івано-Франківський обласний
клінічний онкологічний
диспансер*

Спостереження випадку ефективної хемоімунпроменевої терапії при лікуванні метастазуючої злоякісної ліпосаркоми

Observation of a case of effective chemo-
immuno-radiotherapy in metastatic malignant
adipose sarcoma

Ураження жирової клітковини саркоматозним процесом у структурі онкозахворювань трапляється в 5–15 % сарком м'яких тканин. Раніше, за літературними даними, вважалось, що дана пухлина має низьку хеморадіочутливість. Тому переважним, а іноді основним методом лікування даної патології було тільки хірургічне при умовах операбельності пухлинного процесу. Інші методи терапії застосовували рідко. В останні два десятиріччя став поширеним комбінований метод лікування даної патології з використанням променевої терапії (ПТ) як до операції, так і після неї. Нині докорінно переглянуто принципи лікування злоякісної ліпосаркоми. Його проводять у комплексі з поліхемотерапією (антрациклінова група хемопрепаратів), дистанційною ПТ в різних варіантах (доопераційною та післяопераційною), радіохірургічним методом [1–3].

Наводимо власне спостереження ефективного хемоімунпроменевого лікування пацієнтки з поширеною метастазуючою ліпосаркомою. Хвора Ш., 1955 р. нар. уперше звернулася до ОКОД 12.06.2000 року зі скаргами на кашель, задишку, набряк м'яких тканин шиї та грудної клітки, утруднення при проходженні їжі стравоходом, загальну слабкість. З анамнезу відомо, що вона хворіє близько 6 місяців. Обстежувалася в ОКЛ у торакальному відділенні, де було проведено біопсію з надключичного лімфовузла та новоутвору в ділянці груднини. Результат гістологічного дослі-

дження з пухлини в ділянці груднини — переважно круглоклітинна ліпосаркома, лімфоїдна гіперплазія (лімфовузол). При госпіталізації загальний стан хворої був середньої тяжкості через задишку, шкіра та слизові були ціанотичними, спостерігався виражений набряк м'яких тканин шиї та грудної клітки, була розширена підшкірна венозна сітка. В правій надключичній ділянці визначався рубець після біопсії лімфовузла з ущільненням. Збільшені аксілярні лімфовузли — до 1–1,5 см. У ділянці груднини (рукоятка і тіло) пухлинний щільний, нерухомий новоутвір, спаяний зі шкірою, розміром до 5 см, на верхівці — рубець після біопсії. Визначався вторинний лімфостаз обох грудних залоз. При рентгенографії ОГК та груднини відзначалося ураження переднього середостіння пухлинним конгломератом, а також ураження самої груднини на рівні рукоятки та тіла. При проведенні УЗД внутрішніх органів осередкових змін з боку паренхіматозних органів, а також збільшених лімфовузлів виявлено не було. Хворій поставлено діагноз ліпосаркома середостіння з ураженням груднини, синдром стиснення верхньої порожнистої вени (ССВПВ) кл. гр. II. Враховуючи наявність ССВПВ, хворій проведено ПТ дрібним фракціонуванням до СОД 40 Гр. Унаслідок проведеної ПТ ССВПВ було ліквідовано. Повторно пацієнтку госпіталізували через 4 тижні, і вона отримала другий етап ПТ дрібним фракціонуванням до СОД 60 Гр на пухлину

середостіння. Після проведеного лікування пухлина груднини резорбувалася, в середостінні пухлинних новоутворів рентгенологічно виявлено не було. При звертанні в ООД у жовтні відзначено поширення хвороби в ліву грудну залозу (пухлина розміром 4,3 см). Проведено пункційну біопсію новоутвору. Результат цитологічного дослідження від 03.10.2000 р. (цитограма) характеризує М-саркоми. При проведенні УЗД органів черевної порожнини виявлено збільшення заочеревинних лімфовузлів (парааортальних) до 4,2 × 2,6 см. Хворій виконано курс ПХТ за схемою САР (циклофосфан, адриаміцин, цисплатин), зареєстровано регрес пухлини грудної залози до 50 %. У листопаді 2000 р. хворій проведено 2-й цикл ПХТ за схемою САР. Пухлина лівої грудної залози регресувала на 90 %, при контрольному УЗД органів черевної порожнини відзначено регрес заочеревинних лімфовузлів до 50 %. Проявів хвороби в грудній порожнині не відзначено. В грудні 2000 р. хвора отримала 3-й цикл ПХТ за схемою САР. Пухлина в лівій грудній залозі резорбувалася повністю, за даними УЗД заочеревинні лімфовузли регресували на 75 %. При черговому звертанні в ООД у січні 2001 р. скарг пацієнтка не подавала, при об'єктивному огляді пухлинних новоутворів у грудних залозах, збільшених лімфовузлів, проявів захворювання в черевній порожнині (УЗД), у грудній клітці (РТГ) виявлено не було. Хворій призначено курси імунотерапії лафероном по 3 млн од. щоденно протягом 10 днів із місячною перервою, вона отримала 4 таких курси стаціонарно і 2 амбулаторно (з січня по жовтень 2001 р.). При контрольному черговому обстеженні в січні 2002 р. жодних проявів захворювання в пацієнтки (клінічно, рентгенологічно, УЗД, КТ) виявлено не було. Протягом усього періоду лікування та спостереження особливих змін з боку гематологічних та біохімічних показників крові не відзначалося. Після досягнення повної ремісії зареєстровано період виживання 2 роки. Хвора працездатна, виконує роботу в домашньому господарстві.

Наведене спостереження наочно демонструє можливість та доцільність проведення спеціального (інтенсивного хемоімунотерапевтичного) лікування у хворих із поширеними метастазуючими ліпосаркомами, незважаючи на традиційні уявлення про відносну нечутливість даної пухлини до хемотерапевтичного та променевого чинників. Отже, при задовільному стані хворих слід максимально використовувати весь арсенал протипухлинних засобів (поліхемотерапію, гамма-терапію, імунотерапію), з індивідуалізацією певного добору черговості в проведенні того чи іншого (стандарту медичної технології), що дозволить зберегти та продовжити життя хворим і здійснити медико-соціальну реабілітацію.

невого) лікування у хворих із поширеними метастазуючими ліпосаркомами, незважаючи на традиційні уявлення про відносну нечутливість даної пухлини до хемотерапевтичного та променевого чинників. Отже, при задовільному стані хворих слід максимально використовувати весь арсенал протипухлинних засобів (поліхемотерапію, гамма-терапію, імунотерапію), з індивідуалізацією певного добору черговості в проведенні того чи іншого (стандарту медичної технології), що дозволить зберегти та продовжити життя хворим і здійснити медико-соціальну реабілітацію.

Література

1. Комбіноване та комплексне лікування хворих із злоякісними пухлинами / За ред. В.І. Чісова. — М.: Медицина, 1989. — С. 474—497.
2. Трапезніков Н.Н., Книш І.Т., Костриба І.А. Злоякісні пухлини м'яких тканин кінцівок та тулуба. — К.: Здоров'я, 1981.
3. Довідник з онкології / За ред. С.О. Шалімова, Ю.О. Гриневича, Д.В. Мясоедова. — К.: Здоров'я, 2000. — С. 202—213.

Дата надходження: 02.06.2003.

Адреса для листування:

Вівчаренко Юрій Казимирович,
Обласний клінічний онкодиспансер,
вул. Медична, 17, Івано-Франківськ, 76000, Україна