

Можна вважати, що показане у попередній роботі зростання кількості тучних клітин [15] у зоні ФТ, також забезпечувало потрібну концентрацію біологічно активних речовин (гепарин, серотонін, фактори, які активують тромбоцити та ін.) для нормального стану системи гемостазу.

За підсумками виконання цих досліджень можна зробити такі висновки.

При первинному обстеженні хворих на РГЗ ПБ–ІІА стадії визначаються суттєві розлади у системі згортання крові, які мають характер патологічної розбалансованості коагуляційної та фібринолітичної ланок гемостазу, а саме: підвищення коагуляційного потенціалу крові на фоні зниження активності фібринолізу з ознаками проявів ДВЗ-синдрому.

Світлолікування під час проведення ПТ хворих на РГЗ ПБ–ІІА має загальносистемну дію, що позитивно впливає на стан системи гемокоагуляції, істотно знижуючи тромбогенний потенціал крові, відновлюючи фібринолітичну ланку системи гемостазу, а також суттєво знижуючи прояви ДВЗ-синдрому.

Позитивні ефекти були більш виражені при дії синього світла та його комбінації з червоним. Тому дія синього світла, а також застосування комбінованої схеми фототерапії (червоне + синє світло), видаються ефективнішими для хворих даної категорії.

Позитивний вплив оптичного випромінювання на відновлення системи гемостазу визначає доцільність застосування методу фотоматричної терапії під час проведення променевого лікування хворих на РГЗ.

Література

1. Кару Т.И. // *Успехи соврем. биол.* – 2001. – Т. 121. – С. 110–120.
2. Meffert B. // *Biomed. Tech.* – 2000. – Vol. 45, № 4. – P. 98–104.
3. Меньев Ю.А. // *Мед. физ.* – 2006. – № 1. – С. 32–40.
4. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Перов Ю.Ф. *Цветовая светотерапия.* – М.: ИМЕДИС, 2009. – 464 с.
5. Weiss R.A., McDaniel D.H., Geronomus R.G., Weiss M.A. // *Lasers Surg. Med.* – 2005. – Vol. 36. – P. 85–91.
6. Меньев Ю.А., Деон А.Ф. // *Мед. физ.* – 2005. – № 2. – С. 58–69.
7. Меньев Ю.А., Петров Д.А. *Перспективы светодиодной фотоматричной терапии [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.library.mephi.ru/data/scientificsessions/2005/t5/0-1-31.doc>.* – Загол. с экрана.
8. Симонова Л.И., Коробов А.М., Гертман В.З. та ін. // *УРЖ.* – 2010. – Т. XVIII, вип. 1. – С. 59–64.
9. Симонова Л.И., Кулініч Г.В., Гертман В.З. та ін. // *УРЖ.* – 2010. – Т. XVIII, вип. 2. – С. 204–207.
10. Коробов А.М., Коробов В.А., Лесная Т.А. *Фототерапевтические аппараты Коробова серии «Барва».* – Харьков: ИПП «Контраст», 2008. – 176 с.
11. Земляная О.В., Касс И.В. *Об использовании света на различных этапах восстановительного лечения // Применение лазеров в медицине и биологии: Матер. XXII Междунар. науч.-практ. конф. (Ялта, 12–16 окт. 2004 г.)* – Харьков, 2004. – С. 141–143.
12. *Диагностика изменений в системе свертывания крови и фибринолизе методом электрокоагулографии на этапах хирургического и комбинированного лечения онкологических больных для своевременной их коррекции: Метод. рекомендации / Беляков П.Д., Левитэ Е.М., Конюхова О.Н., Георгиева Р.С., Мочалова Г.А.* – М., 1982. – 19 с.
13. Кудряшов Б.А., Ляпина Л.А. // *Лаб. дело.* – 1978. – № 10. – С. 587–588.
14. *Методы определения растворимых комплексов мономеров фибрина (РКМФ) и продуктов деградации фибрина (ПДФ) // Медицинские лабораторные технологии / Под ред. А.И. Карпищенко.* – СПб: Интермедика, 1999. – Т. 2. – С. 268–269.
15. Симонова Л.И., Крапивный А.А., Якимова Т.П. и др. // *Фотобиол. и фотомед.* – 1998. – № 1. – С. 95–100.

І.В. Сокур, В.М. Демченко, М.Л. Ковальський
Комунальна установа Херсонської обласної ради «Херсонський обласний онкологічний диспансер»

Шляхи оптимізації лікування хворих з місцево-поширеним раком прямої кишки

The ways of optimizing the treatment for local rectal cancer

Summary. The treatment of the patients who were administered pre-operative multimodality treatment using two techniques was analyzed.

In group 1, 18 patients were treated using open fields with intracavitary therapy on the first stage. In group 2, all 9 patients were administered 3-field treatment. In all patients from group 1 the tumor was transferred to an operable form.

Key words: local rectal cancer, radiation therapy, modification, intracavitary therapy.

Резюме. Проаналізовано лікування больних, котрым проведена предоперационная сочетанно-лучевая терапия по двум методикам.

В 1-й группе из 18 пациентов на I этапе проведено лечение открытыми полями в сочетании с внутрисполостной терапией. Во 2-й группе все 9 пациентов получили лечение 3-польной методикой. При первой методике практически у всех пациентов опухоль переведена в резектабельную форму.

Ключевые слова: местно-распространенный рак прямой кишки, лучевая терапия, модификация, внутрисполостная терапия.

Ключові слова: місцево-поширений рак прямої кишки, модифікація, променева терапія, внутріпорожнинна терапія.

Лікування хворих на місцево-поширений рак прямої кишки (МПРПК) залишається дуже складною проблемою і постійно викликає чимало дискусій.

Захворюваність на рак прямої кишки (РПК) по Херсонській області залишається високою. Так, у 2010 році вона становила 19,7 на 100 тис. населення; не прожили 1 року з моменту встановлення діагнозу 33,9%.

Високий відсоток складають хворі зі стадією Т3–Т4 N0–N1, при яких, заданими МРТ, КТ і УЗД, пухлина щільно фіксована в порожнині таза, найчастіше поширюється не тільки на параректальну клітковину, але і вростає у сусідні органи (піхву, шийку і тіло матки, стінку сечового міхура, простату). Відповідно до сучасних стандартів, основним методом у лікуванні РПК визначено хірургічний, який дозволяє кардинально знизити частоту розвитку рецидивів після радикально проведених операцій. Отже для переведення захворювання в операбельну форму призначають різні види променевої терапії (ПТ).

Мета дослідження — оптимізація методів ПТ у хворих на МПРПК для переведення нерезектабельної форми пухлини в операбельну; збільшення тривалості життя і безрецидивного періоду.

З квітня 2010 по квітень 2011 року було проаналізовано лікування хворих на МПРПК, яким проведена передопераційна поєднана ПТ за двома методиками. В усіх випадках включали внутріпорожнинний компонент опромінення на апараті «Multisource» з високою потужністю дози.

У першій групі 18 пацієнтам було проведено лікування відкритими протилежними полями 16×16, 18×18 (залежно від конституціональних особливостей) дрібними фракціями РОД 1,8–2,0 Гр, СОД 30–36 Гр, поєднано з внутріпорожнинною терапією в дозі: РОД 4,6–5,0 Гр, СОД 9,2–10,0 Гр.

Основним показанням до призначення внутріпорожнинної терапії на початку лікування було купірування вираженого больового синдрому, усунення явищ часткової кишкової непрохідності, а також застосування з гемостатичною метою.

Лікування проводили з різними варіантами модифікації:

1. Ірнокан 40 мг/м², цисплатина 40 мг/м² 1 раз на тиждень протягом 3 тижнів.

2. Оксаліплатина 30 мг 1 раз на тиждень, разом — 90 мг, капецитабін 1500 мг/м² (протягом усього курсу ПТ).

3. Цисплатина 75 мг/м² (1-й день), 5-фторурацил 750 мг/м² (з 2-го по 5-й день), мітоміцин 10 мг/м² (1-й день).

Усім пацієнтам з першого дня лікування призначали медикаментозну терапію для профілактики променевої реакції.

Друга група, 9 пацієнтів, одержала лікування 3-пільною методикою опромінення дрібними фракціями в 2 етапи: РОД 2–3 Гр, СОД 60–65 Гр (104–108 Од. за ЧДФ). Радіомодифікація проводилася 5-фторурацилом у стандартних дозах.

Три тижні потому пацієнтів двох груп оглядав онкохірург. Ефективність лікування оцінювали на підставі динаміки зміни розмірів пухлини, її рухливості (рухлива пухлина, часткова фіксація, повна фіксація) для вирішення питання про оперативне лікування.

У першій групі після проведеної терапії було прооперовано 16 (88,8%) з 18 пацієнтів.

У більшості випадків операції були комбінованими й одномоментно проводилася екстирпація матки, резекція піхви та резекція сечового міхура. Одному пацієнтові в оперативному лікуванні відмовлено через важку соматичну патологію. В іншого пацієнта пухлина не відреагувала адекватно на проведений курс лікування, і тому було продовжено курс ПТ.

У другій групі в усіх пацієнтів після опромінювання пухлина залишилася малорухомою і з частковою регресією, внаслідок чого призначено 3-й курс опромінення внутріпорожнинним методом: РОД 4,6–5,0 Гр, СОД 18,4–20,0 Гр. Після проведеного лікування тільки в одній пацієнтки пухлина визнана резектабельною і зроблена передня резекція прямої з накладенням трансверзостоми. У 8 (88,8%) пацієнтів відмічена часткова відповідь на повний курс поєднаної ПТ за даною методикою і пухлина не стала операбельною. Крім того, застосування внутріпорожнинного методу на III етапі лікування переносилося тяжче через виражені променевої реакції за рахунок сумарно отриманої високої дози від двох попередніх етапів лікування.

Таким чином, лікування МПРПК методом поєднаної ПТ має безсумнівні переваги. Опромінення малого таза відкритими протилежними полями дало можливість додержуватися принципу абластики в майбутньому операційному полі, оскільки в зону опромінення включається як первинна пухлина, так і параректальна, параметральна клітковина, шляхи регіонарного метастазування в малому тазі, а також лімфатичні вузли пахово-стегнового трикутника.

Підключення внутріпорожнинного компонента на першому етапі лікування приводить до більш швидкого зменшення розмірів пухлини, робить її рухливою. Застосування полірадіомодифікації в різних режимах підсилює дію ПТ і прискорює девіталізацію пухлинних клітин.

В.М. Рижик, Т.Л. Ленчук

Івано-Франківський національний медичний університет

Порівняльна ефективність ортопантомографії та спіральної комп'ютерної томографії в діагностиці остеонекрозу щелепи у хворих на мієломну хворобу

Comparative efficacy of orthopantomography and helical computed tomography in diagnosis of the jaw osteonecrosis in patients with myeloma disease

Summary. The purpose of the work was to investigate informativity and efficacy of radiation diagnosis of osteonecrosis of jaw bones in patients with myeloma disease treated with bisphosphonates (BP), using orthopantomography and helical computed tomography (HCT) of the jaws.

The study involved 53 patients with MD who together with chemotherapy were administered bisphosphonates (31 women, 58.5% and 22 men, 41.5%). Mean duration of therapy was from 6 to 57 months. The state of the lower jaw was investigated using orthopantomography and helical computed tomography.

Orthopantomography allowed to reveal the foci of osteonecrosis in the lower jaw, HCT allowed visualizing various grade manifestations of osteonecrosis.

Key words: myeloma disease, bisphosphonates, orthopantomography, helical computed tomography, jaw osteonecrosis.

Резюме. Целью исследования было изучение информативности и эффективности лучевой диагностики остеонекроза челюстных костей у больных миеломной болезнью (МБ), получающих терапию бисфосфонатами (БФ), на основе использования ортопантомографии и спиральной компьютерной томографии (СКТ) челюстей.

Обследованы 53 больных с МБ, которые вместе с курсами химиотерапии получали лечение бисфосфонатами, — 31 женщина (58,5%) и 22 мужчины (41,5%). Средняя продолжительность терапии БФ составляла от 6 до 57 месяцев. Состояние нижней челюсти исследовалось с помощью ортопантомографии и спиральной компьютерной томографии.

Ортопантомография позволила обнаружить очаги остеонекроза нижней челюсти различной выраженности. СКТ позволила визуализировать разной степени проявления остеонекроза.

Ключевые слова: миеломная болезнь, бисфосфонаты, ортопантомография, спиральная компьютерная томография, остеонекроз челюсти.

Ключові слова: мієломна хвороба, бисфосфонати, ортопантомографія, спіральна комп'ютерна томографія, остеонекроз щелепи.

Мієломна хвороба (МХ) — невиліковне захворювання крові, основні клінічні виявлення якого гіперкальціємія, біль у кістках та патологічні переломи кісток, що знижує якість і тривалість життя хворих [1]. Згідно з сучасними уявленнями, інгібіцію кісткової резорбції слід проводити в двох напрямках: проведенням протипухлинної терапії та направленим впливом на активність остеокластів та інші гуморальні механізми порушеного обміну в кістках. Найефективнішими препаратами для лікування є бисфосфонати (БФ). Потенційним ускладненням у терапії БФ є остеонекроз щелепи. Під цим терміном розуміють деструктивне ураження однієї чи обох щелеп, яке зберігається впродовж 8 тижнів, при відсутності попереднього опромінення чи метастатичного ураження даної ділянки [2–5]. Вперше виникнення даного ураження при лікуванні БФ описали R. Marx та D. Stern у 2002 році [6]. Статистичні дані щодо поширеності ускладнення суперечливі. Відповідно даним