

дньому випадку, недотримання державних стандартів відбувалось за рахунок редукції ад'ювантної поліхіміотерапії та променевої терапії.

Загалом дотримування державних стандартних технологій лікування серед радикально прооперованих хворих на РШ, прямої та ободової кишок відмічено в 53 (27,6%) випадків, тобто менше ніж у третини пацієнтів. Серед хворих, прооперованих паліативно (в об'ємі резекції) аналогічний відсоток складав 24,1. У хворих із занедбанними пухлинами, котрим за станом здоров'я могла бути проведена паліативна хіміопроменева терапія, остання в повному об'ємі здійснена лише в 17 (17,3%) випадків; у всіх інших хворих на фоні проведення спеціального лікування спостерігалось прогресування хвороби з інтоксикаційним синдромом. Слід відмітити, що у пацієнтів, котрі лікувались в спеціалізованих онкологічних закладах, випадків не дотримування державних стандартних технологій було значно менше, ніж у тих, що були під контролем в загальнолікарняній мережі. Дана обставина пояснюється багатоступеністю та тривалістю лікування пацієнтів з онкологічною патологією, а також відсутністю ефективної диспансеризації в цих установах.

Висновки:

1. Незважаючи на усі позитивні сторони впровадження стандартних технологій в онкологічну практику, застосування їх в повному об'ємі при лікуванні хворих на РШ і КРР можливе лише в 27,6% випадків;
2. На заваді впровадження стандартних технологій в лікування хворих на РШ і КРР є висока занедбаність, незадовільний стан вперше виявлених хворих, агресивність сучасних методів ад'ювантної поліхіміо-променевої терапії.
3. Намагання провести стандартне лікування у хворих на РШ і КРР в повному об'ємі "за будь-яку ціну" нерідко супроводжується розвитком стійких ускладнень, в тому числі і прогресуванням злоякісного процесу.

© Скиба М.Я., Гончар С.В., Стеценко І.В., Литвиненко В.Є.

ОПТИМІЗОВАНІ ПІДХОДИ В ОНКОУРОЛОГІЇ ПО ЛІКУВАННЮ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СКЕЛЕТНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Скиба М.Я., Гончар С.В., Стеценко І.В., Литвиненко В.Є.

Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

Мета. Оцінка ефективності застосування бісфосфонатів - клодронової кислоти (бонефос) та золедронової кислоти (зомета - виробник компанія «Новартис», Швейцарія) при лікуванні хворих на рак передміхурової залози (РПЗ), рак нирки (РН) з вперше виявленими кістковими метастазами.

Матеріали і методи

В дослідження було включено 61 хворий з кістковими метастазами. Хворі були поділені на дві групи. В першу групу (n=43) ввійшли хворі, які отримали бонефос по 300 мг 3 курси по 5 вливань, далі по 1600 – 2400 мг на день (повторні курси при відновленні болю в кістках). В другу групу (n=18) ввійшли хворі, які отримали лікування зометою по 4 мг в/в протягом 15 хв. 1 раз в 28 днів, препарати кальцію та вітаміна D на щоденно. Терапія супроводу для хворих на РПЗ – бікалутамід (калумід) (виробник Гедеон Ріхтер) по 50 мг на день, неовастат (виробник Атріум Біотехнологі Дж. Канада), який блокує процес проростання судин в пухлині, знижує здатність пухлинних клітин до метастазування, індукує апоптоз судинних клітин в пухлині, що веде до порушення обміну та апоптозу злоякісних клітин, по 60 – 240 мл щоденно для хворих на РН.

Результати

Частота виникнення кісткових метастазів при раку передміхурової залози (РПЗ) – 65 – 75%, раку нирки (РН) – 20 – 25%. Основна проблема в лікуванні кісткових метастазів в урології для більшості лікарів є те, що ключовий момент для початку лікування – біль в кістках, а профілактика скелетних ускладнень не є спонукаючим фактором для початку лікування, немає чітких критеріїв, як відстежувати ефективність лікування, немає чіткого розуміння мети лікування і чітких комунікацій з пацієнтами на цю тему. Найбільш розповсюджені скелетні ускладнення метастазів є патологічні переломи і тріщини кісток, стиснення спинного мозку, гіперкальціємія на тлі злоякісних пухлин, больовий синдром. Роль бісфосфонатів в лікуванні кісткових метастазів – попередити або відстрочити розвиток скелетних ускладнень, зменшити больовий синдром, покращити якість життя. Саме важливе – зберегти хворому автономність пересування і побутову незалежність від інших людей.

У хворих, які отримували лікування бонефосом, не відмічалось значне зниження больового синдрому та розвитку ускладнень кісткових метастазів. У хворих, які отримували зомету, відмічалась позитивна динаміка, яка проявлялась значним зниженням больового синдрому, нормалізації рівня кальція крові, та за результатами контрольної томографії та сцинтиграфії кісток скелету відмічалось зменшення деструкції в ділянках ураження. Також позитивним моментом є зручність і швидкість введення та безпечність застосування препарату.

Висновки

Зомета є бісфосфонатом, який максимально ефективний не тільки при остеосклеротичних, але і при остеобластичних метастазах, які частіше за все і утворюються при пухлинах уrogenіталій. Зомета значно зменшує кількість пацієнтів, у яких має розвиток те чи інше кісткове ускладнення, подовжує час до появи першого кісткового

ускладнення та час до прогресії кістково – метастатичної хвороби, від чого залежить показник якості життя хворих на рак з кістковими метастазами.

© Шелешко П.В., Савельев В.Н., Минько Э.А., Бойко И.С., Жукова Т.А., Яровой А.Ю.

К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

**Шелешко П.В., Савельев В.Н., Минько Э.А.,
Бойко И.С., Жукова Т.А., Яровой А.Ю.**

Торакальное отделение Полтавского областного клинического онкологического диспансера

Цель. Выяснение основных причин поздней диагностики рака легкого с обоснованием соответствующих рекомендаций по их устранению на различных уровнях оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы

Статистические данные Полтавского областного клинического онкологического диспансера по заболеваемости раком легкого среди жителей Полтавской области. Ретроспективный анализ 1200 историй болезни больных, находившихся на обследовании и лечении в торакальном отделении областного онкологического диспансера. Анализ протоколов запущенности больных раком легкого.

Результаты

Заболеваемость раком легкого в Полтавской области составляет 50,3 на 100 тыс. населения, ежегодно регистрируется более 800 больных раком этой локализации. Удельный вес запущенных форм приближается к 40% к числу впервые выявляемых больных. Среди 1200 анализируемых нами историй болезни больных было 1050 (87,5%) мужчин и 150 (12,5%) женщин в возрасте от 26 до 82 лет. Средний возраст больных раком легкого равнялся 65,5 годам. Среди этих больных у 510 (42,5%) рак легкого был IV стадии (T_{3-4} , N_{1-2} , M_1), у 610 (50,8%) – опухоль была III стадии (T_3 , N_{1-2} , M_0) и у 80% (6,7%) – рак был II стадии (T_2 , N_0 , M_0). Из 1200 больных у 270 (22,5%) опухоль была выявлена при профилактических осмотрах. У остальных больных рак легкого был диагностирован при обращении их в различные лечебные учреждения с наличием определенной легочной симптоматикой (кашель, повышение температуры тела, кровохаркание, боли в грудной клетке). Среди 1200 больных только 47 (3,9%) находились на диспансерном учете по поводу таких заболеваний легких, как хронический бронхит, рецидивирующие пневмонии, перенесенный туберкулез легких. У 240 (20,0%) больных в анамнезе отмечались профвредности (работа в металлургической, горнодобывающей и обогатительной промышленности, работа газо- и электросварщиками, контакт с ядохимикатами). Из 1200 больных 112 (9,3%) до направления в областной онкологический диспансер лечились от 1 месяца до 1,5 лет по поводу рецидивирующей пневмонии, хронического бронхита и даже туберкулеза легких без тщательного бронхологического обследования. Из 112 больных у 80 (71,4%) правильный диагноз был поставлен только при КТ или МРТ легких с бронхологическим обследованием и забором материала для цито- и гистологического исследования. Из 1200 больных 870 (72,5%) были заядлыми курильщиками со стажем курения от 5 до 40 лет. Из этих больных только 16 (1,8%) находились на диспансерном учете по поводу хронического бронхита. Следует отметить, что 85 (7,1%) больных из 1200 обратившихся за медицинской помощью ставились различные диагнозы только с учетом данных предшествующих флюорограмм и рентгеноскопий имевших давность от 2 до 6 месяцев. У 18 (1,5%) диагностировался плеврит воспалительного генеза с проведение многократного торакоцентеза без консультации торакального хирурга.

Выводы

Таким образом, среди основных причин запоздалой диагностики раком легкого значится:

- 1) недостаточная диспансеризация больных с хроническими заболеваниями легких, а также лиц, имеющих или имевших профвредности, в том числе курильщиков с различным стажем курения;
- 2) лечение больных с симптомами легочных заболеваний без тщательного рентгенологического исследования только на основе данных флюорограмм и рентгеноскопий легких давностью от 1 мес. до 1 года;
- 3) отсутствие бронхологического обследования у большинства больных с неясной клиникой заболевания легких;
- 4) несвоевременность осмотра больных торакальным онкохирургом с сомнительными изменениями в легких, протекающими с клиническими симптомами или без них.