

ЧАСТОТА МИЕЛОТОКСИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Таблица 1

Частота гематологической токсичности и стоматита у больных на фоне АПХТ, в %

Показатель	Курс полихимиотерапии						Через 1 месяц
	1	2	3	4	5	6	
Лейкопения	--	1,7	3,3	11,7	13,3	13,3	11,7
Тромбоцитопения	--	--	--	1,7	3,3	5,0	3,3
Анемия	1,7	3,3	3,3	3,3	6,7	6,7	5,0
Стоматит	--	1,7	1,7	8,3	13,3	16,7	11,7

Ю.В. Солнцева

Тюменский ООД, г. Тюмень

Рак молочной железы (РМЖ) относится к одному из самых часто встречаемых злокачественных новообразований у женщин [15, 22], заболеваемость которым неуклонно растет, как в целом по стране, так и отдельных регионах [6, 8], в том числе в Тюменской области [14, 17, 20]. В этой связи вопросы ранней диагностики [1, 2, 7], лечения и реабилитации данной категории пациентов имеют большую медико-социальную значимость [16, 21].

Радикальная мастэктомия остается ведущим методом лечения РМЖ [19, 22]. Важнейшим компонентом комплексной терапии наряду с лучевыми методами является лекарственное лечение – химиотерапия и гормонотерапия [5, 18]. Однако выполнение полной программы лечения в установленные сроки возможно не во всех случаях [4, 9, 10]. Высокая агрессивность и значительное повреждающее действие многих современных химиопрепаратов нередко вызывают ряд нежелательных побочных эффектов [11, 12], среди которых наиболее частым является миелотоксичность [3, 13, 18].

Цель исследования: оценить частоту гематологических осложнений у радикально оперированных больных РМЖ, получающих курсы адъювантной полихимиотерапии по схеме FAC.

Материал и методы: обследовано 60 радикально оперированных больных РМЖ (возраст – от 26 до 60 лет, средний – 46,8±7,4 лет) без сопутствующей соматической патологии. Во всех случаях диагноз был подтвержден морфологически. В структуре гистотипов опухоли доминировал инфильтрирующий протоковый рак (65,4%). Всем женщинам проведено 6 курсов адъювантной полихимиотерапии (АПХТ) по схеме FAC (Фторурацил 500 мг/м² в/в в 1 день, Доксорубин 50 мг/м² в/в в 1 день, Циклофосфамид 500 мг/м² в/в в 1 день) на фоне традиционного сопроводительного лечения.

Гематологические (ОАК) и биохимические (АсТ, АлТ, билирубин, креатинин) показатели, клинические признаки (стоматит) оценивались при проведении каждого курса АПХТ, а так же через 1 месяц по окончании спешечения.

Результаты и обсуждение.

Клинические наблюдения и данные лабораторных исследований показали, что соматическая сохранность женщин позволили избежать большого числа явления гематологической токсичности (табл. 1).

Тем не менее, проведенный анализ свидетельствовал о росте числа осложнений по мере проведения курсов АПХТ. Количество регистрируемых случаев лейкопении с 0% перед 1-м курсом значительно повысилось перед 4-м курсом (11,7%), до 13,3% – перед 6-м курсом. Число случаев анемии за тот же период увеличилось с 1,7% до 6,7%, тромбоцитопении с 0% до 5,0%.

Среди осложнений химиотерапии у 8,3% женщин так же наблюдалось транзиторное повышение уровня трансаминаз; у 2 пациенток – повышение уровня билирубина (на фоне хронической описторхозной инвазии); в 1 случае – повышение уровня креатинина. Других клинически значимых токсических явлений, в том числе кардиотоксичных осложнений адъювантной полихимиотерапии в исследуемой группе больных выявлено не было.

Таблица 2

Частота развития лейкопении и стоматита у больных на фоне ПХТ, в %

Осложнение	Курс ПХТ					
	1	2	3	4	5	6
Лейкопения	--	1,7	3,3	11,7	13,3	13,3
Стоматит	--	1,7	1,7	8,3	13,3	16,7

Частота развития лейкопении и стоматитов находилась примерно на одном и том же уровне и неуклонно увеличивалась протяжении курсов химиотерапии (p<0,001), (табл. 2). Так, после проведения 1-го курса ПХТ стоматит не регистрировался ни у одной женщины. В дальнейшем, несмотря на обязательное проводимые мероприятия по профилактике стоматита (полоскания; жадающий, не травмирующий характер пищи и др.), рекомендуемые больным, как до начала, так и в процессе лекарственной терапии эти нарушения возникали чаще. После проведенных трех, к началу 4-го курса воспаление слизистых полости рта выявлялось в 8,3%; перед 6 курсом – в 16,7% случаев. Следует так же отметить, что выраженные симптомы стоматита с болью, нарушением питания не наблюдались ни у одной женщины. В большинстве случаев эти признаки выявлялись активно, лишь при целенаправленном осмотре ротовой полости. То есть при адъювантом режиме лечения данный симптом не оказывал выраженного негативного влияния на самочувствие больных.

Обобщая результаты комплексного обследования больных группы сравнения, можно сделать выводы о том, что частота миелотоксичности увеличивается по мере проведения курсов АПХТ. Эти результаты обосновывают необходимость повышения эффективности сопроводительной терапии и профилактики лейкопении и стоматита.

Литература:

1. Дигай А.К., Сайдахметов А.С., Дигай Л.К., Крикус Л.К. Особенности диагностики узловых образований молочной железы у женщин повышенного питания // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 3-4. – С. 17-18.

2. Жандарова Л.Ф., Горячева В.С., Калмыкова О.А. Информативность цитологического метода при непальпируемых опухолях молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 39-40.
3. Жукова Г.В., Михайлов Н.Ю., Зинькович С.А., и др. Использование системных показателей в комплексном противоопухолевом лечении // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 3. – С. 35-36.
4. Зотов П.Б., Сиянков А.Г. Эмтогенная детерминанта и её клинико-anamnestические предикторы у больных раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 13-14.
5. Камалетдинов Р.Ш., Хасанов Р.Ш., Шаймуратов И.М. и др. Стационаросберегающие технологии в лечении рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 71-72.
6. Коробкова Т.Н. Показатели онкопомощи больным РМЖ в Амурской области за период с 2007 по 2011 г. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 19-20.
7. Мажарова Е.С., Лысенко О.В., Коробкова Т.Н. Сравнительный анализ основных диагностических методик в постановке диагноза рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 29-30.
8. Никитина М.В. Рак молочной железы: региональный эпидемиологический аспект // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 14-15.
9. Платинский Л.В., Брюзгин В.В., Соколов Ю.Н. Комбинированная химиотерапия диссеминированного рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 74-75.
10. Петкау В.В., Демидов С.М. Качество жизни (КЖ) пациенток с местно-распространенным раком молочной железы при проведении полихимиотерапии // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 85-86.
11. Петрова О.Ю., Суханов В.А. Профилактика тромботических и геморрагических осложнений у онкологических пациентов, получающих химиотерапию // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 87-88.
12. Ральченко К.В. Астенические нарушения у больных злокачественными новообразованиями после химиотерапии // Тюменский медицинский журнал. – 2004. – № 1. – С. 46.
13. Сафронова А.Ж., Бурханова Л.Г. Оценка динамики развития лейкопении при полихимиотерапии в Тюменском областном онкологическом диспансере за последние 6 лет // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 2. – С. 78-79.
14. Сиянков А.Г., Зотов П.Б., Наумов М.М., Гайсин Т.А. Онкологическая ситуация в Тюменской области в 2005-2012 гг. и факторы, влияющие на ее улучшение // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-8.
15. Сиянков А.Г., Царев О.Н., Васильев Л.А., Сидоров Е.В. Оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 12-13.
16. Ткаченко Г.А., Воротников И.К. Современные подходы к реабилитации больных раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 48-49.
17. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
18. Умарова К.Р., Сыздыков К.З., Кулакеев О.К. и др. Результаты неoadьювантной химиотерапии рака молочной железы по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 91-92.
19. Федоров Н.М., Наумов М.М., Павлова В.И., Царев О.Н. Об организации кабинета реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 4. – С. 61-63.
20. Федоров Н.М., Царев О.Н., Чижик А.В., Муктубаева А.Ж. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 26-27.
21. Царев О.Н., Гайсин Т.А., Сидоров Е.В. Совершенствование диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 4. – С. 22-24.
22. Silva O.E., Zurriddia S. Breast cancer. A practical guide. – Toronto: Novartis oncology, 2005. – P.41-43.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

В.В. Третьяков, Т.А. Боровкова, В.С. Мякотных

Уральский ГМУ, г. Екатеринбург

СОКПН госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

E-mail авторов: vmaykotnykh@yandex.ru

Лечение пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих патологией предстательной железы (ПЖ), остается трудной проблемой в силу самых разных причин. И дело даже не в частоте заболеваемости, которая среди лиц в возрасте старше 60 лет составляет от 55 до 90%, а в определенной ограниченности возможностей как консервативного, так и хирургического лечения из-за множественной сопутствующей патологии, частота которой в пожилом и старческом возрасте достигает практически 100%.

С целью широкой клинической апробации разработанного и защищенного патентами РФ авторского метода консервативного лечения с использованием препарата «Гизоль» наблюдались 160 пациентов в возрасте от 61 до 81 года с диагнозом доброкачественной гиперплазии предстательной железы, хронического простатита в стадии активного воспаления. Пациенты были подразделены на 2 сравниваемые группы по отношению к используемым методам лечения. Представителям 1-й группы (n=80) был проведен курс лечения по авторской методике, включавшей 10 ежедневных сеансов трансректального фонофореза 60% раствора препарата «Гизоль» в сочетании с 100 мг диклофенака натрия. Фонофорез проводился с помощью ультразвукового излучателя ИУТ-0,88-1,05Ф (аппарат УЗТ-103У; частота колебаний 880 кГц) с площадью излучающей поверхности 1 см², в импульсном режиме (10 мс), интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см² по лабильной методике, длительностью 3 мин. Представители 2-й группы (n=80) получали стандартную терапию с использованием массажа простаты и трансректального плацебо-воздействия введенным в прямую кишку ультразвуковым излучателем, но при выключенном физиотерапевтическом оборудовании. Сравнивалась динамика результатов следующих клинико-инструментальных и клинико-лабораторных показателей: трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ, урофлоуметрия; уровень простатспецифического антигена (ПСА), микроскопического и микробиологического исследования секрета ПЖ. Качество жизни пациентов и степень выраженности симптомов нижних мочевых путей (СНМП) оценивались с помощью международной шкалы I-PSS в баллах.

У представителей 1-й группы при проведении им ТРУЗИ ПЖ выявлена отчетливая позитивная динамика в плане объема ПЖ (с 37,75±0,87 до 33,89±0,78 см³) и объема аденомы (с 18,48±0,43 до 16,07±0,37 см³). Позитивно изменились показатели урофлоуметрии (с 11,92±0,27 до 14,58±0,34 мл/сек), значительно уменьшился объем остаточной мочи (с 95,0±2,185 до 50,0±1,15 мл), снизилось число лейкоцитов в секрете ПЖ (с 88,81±2,04 до 47,94±1,1). При этом никак не из-