

ДІАГНОСТИЧНЕ І ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ВИЯВЛЕННЯ ПУХЛИННИХ МІКРОМЕТАСТАЗІВ У ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛАХ ШИЇ ТА ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ

Одеський державний медичний університет,
ЛОР клініка міської клінічної лікарні № 11, Одеса

Вступ

Злоякісні захворювання є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я України, актуальність якої визначається постійним ростом захворюваності, труднощами своєчасної діагностики, високим рівнем інвалідизації та летальності хворих. Хвороби серцево-судинної системи і злоякісні новоутворення характеризують рівень здоров'я нації. Ці захворювання зумовлюють 25 % інвалідизації населення, питомою є вага раку як причини смерті хворих працездатного віку — 14 % серед чоловіків і 29 % — серед жінок. В Одеській області онкологічна захворюваність на 100 тис. населення за стандартизованим показником на 2000 р. становила: загальний рівень — 332,9; у чоловіків 409,5; у жінок — 293,2 [1; 2; 4].

Відомо, що частота випадків раку гортані дорівнює 1–8 % від загальної онкологічної захворюваності. Рак гортані становить 60 % від усіх злоякісних пухлин ЛОР-органів, і з них 70 % — особи працездатного віку. За останні 10–15 років кількість хворих в Україні на рак гортані збільшилася в 1,6 разу [2; 3; 7].

Проблема лікування первинного раку гортані та рецидиву залишається актуальною, оскільки більшість хворих вмирає від рецидиву пухлини, а середня тривалість життя дорівнює 18–20 міс [1; 5; 6; 8; 9].

Діагностувати рак гортані на ранніх стадіях можна за допо-

могою простих, загальновідомих і доступних методів дослідження: анамнезу, дзеркальної ларингоскопії, фібрларингоскопії з прицільною біопсією [1].

Встановлено, що рецидиви раку гортані є головною причиною смерті хворих. Показник п'ятирічної виживаності хворих дорівнює близько 32 %. Несприятливий прогноз є наслідком несвоєчасної діагностики через пізні звертання хворих, відсутності діагностичних тестів на доклінічному етапі [1; 5; 9]. Навіть в операбельних хворих із Т3, кількість яких не перевищує 40 %, середня виживаність становить у середньому 18 міс, а показник п'ятирічної виживаності після розширених екстирпацій гортані ледь сягає 28 % [4; 5; 8].

Такі невтішні результати лікування зумовлюються раннім регіонарним метастазуванням раку гортані в лімфовузли шії, щитоподібну залозу і ранніми віддаленими метастазами в легені.

Сьогодні відсутні вірогідні критерії для виявлення хворих із високим ризиком розвитку метастазів після видалення первинного осередку. Найбільш часто використовуваний метод визначення в сироватці крові білкових фракцій хворого не задовольняє онкологів, тому що їх вміст може бути підвищеним при запальних захворюваннях або порушенні функції печінки [1; 3; 6; 8].

Завдяки досягненням гістохімічної та молекулярно-біологічної техніки сьогодні можна

виявляти так звані мікрометастази (окулярні метастази) у лімфатичних вузлах шії, пунктатах лімфовузлів, лімфі грудної протоки. Детальне дослідження лімфатичної системи шії, щитоподібної залози із застосуванням доступних ультразвукових методів також допомагає виявити їх ураження. Втім, ці методи малоінформативні на доклінічному етапі [1; 6; 9].

Нами вивчалися лімфатичні вузли з клітковиною шії і щитоподібної залози на ураженому боці у хворих на рак гортані з Т3-4 і з ендоефітною формою росту пухлини Т1-2.

Матеріали та методи дослідження

Вивчали лімфатичні вузли і щитоподібні залози у 20 хворих з екзофітною формою росту пухлини на ураженому боці з Т3-4 стадією захворювання, а у 10 хворих — з ендоефітною формою росту пухлини Т1-2 стадії. Застосовували традиційний гістологічний метод. Взяття матеріалу здійснювали під час розширених й органозберігаючих операцій на боці ураження гортані, виділяли підодрілі ділянки тканин, які потім вивчали.

Результати дослідження та їх обговорення

Гістологічне дослідження показало: у 7 хворих із 20 у лімфатичних вузлах і у 4 — у щитоподібній залозі було виявлено мікрометастази. З-поміж 10 хворих з ендоефітною формою росту у 2 було виявлено



метастази у щитоподібну залозу. У цих хворих коректували стадію захворювання, тактику і компоненти лікування.

Перша група хворих (n=13), у яких виявлено метастази, одержала лікування за комбінованою програмою. На другому етапі застосовували променево-терапію з профілактичною метою на лімфатичний апарат шийї сумарною дозою 45 Гр при динамічному режимі та класичному фракціонуванні. Цій групі проведено додаткову лікувальну терапію внутрішньовенним введенням церулоплазміну дозою 0,2 г на 200,0 мл 5%-го розчину глюкози протягом 10 днів, під час післяопераційного періоду, через 3 та 6 міс.

Другій групі хворих (n=17), у яких не виявлено під час операції метастазів, було проведено тільки хірургічне лікування за радикальною програмою.

Динамічне спостереження показало наявність рецидиву у 3 хворих 1-ї групи та 9 хворих — другої. Вдалося домогтися

клінічного вилікування протягом 3 років у 10 хворих першої та у 8 — другої групи.

Висновки

1. Спостереження за 30 хворими підтвердило наше переконання, що у хворих зі стадією раку Т3-4 необхідно проводити операції за розширеним варіантом, тобто з обов'язковим видаленням щитоподібної залози і перешийка, а також клітковини бічного трикутника шийї на ураженому боці.

2. Виявлення мікрометастазів у 13 хворих було фактором, що дав можливість скоректувати стадію захворювання і, найголовніше, — визначити вибір тактики і компоненти лікування. Це враховувалось також при визначенні прогнозу у хворих на рак гортані Т3-4 стадії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абизов Р. А. Онкоотоларингологія. — К.: Книга-плюс, 2001. — С. 51-78.
2. Аксель Е. М. Обобщенные показатели состояния онкологической

помощи и эффективности противораковой борьбы: Автореф. дис. ... д-ра биол. наук. — М., 1991. — 39 с.

3. Бойков В. П. Рак гортани (клинико-морфологические особенности, эффективность и индивидуальный прогноз): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1989. — 33 с.

4. Довідник онколога. — Львів., 2000. — С. 5-95.

5. Євчев Ф. Д., Пеньковський Г. М., Гасвський В. В. Тривалість першого безрецидивного періоду у хворих на рак ротоглотки та гортаноглотки після радикального лікування // Зб. наук. праць. — Вип. 5. — К., 2003. — С. 69-70.

6. Розенфельд Л. Г., Колотилов Н. Н. Некоторые проблемы лечебного и диагностического алгоритмов в современной лорингологии // ЖВНГХ. — 1993. — № 4. — С. 6-10.

7. Шпарик Я. В. Злоякісна мезотеліома // Медицина світу. — 1998. — № 5 (6). — С. 356-361.

8. Angiogenesis prognostic significance in laryngeal cancer / T. Beatrice, R. Cammarota, C. Giordano et al. // Anticancer Res. — 1998. — Vol. 18. — P. 4737-4740.

9. Стронг Е. В., Касдвеш Х., Ханк И. М. Плоскоклеточный рак головы и шеи // Факторы прогноза в онкологии: Пер. с англ. / Под ред. В. Е. Кратенка. — Минск: Бел. Центр науч. мед. информации, 1999. — 332 с.

УДК 616.12-008.46-053.9

Л. А. Ковалевська

ВПЛИВ КАНДЕСАРУ НА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ І ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВУ ГЕМОДИНАМІКУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Одеський державний медичний університет

Проведені останнім часом епідеміологічні дослідження свідчать про те, що в Україні відзначається найвищий в Європі рівень смертності від захворювань серцево-судинної системи [1]. Прогностично несприятливими ускладненнями цих захворювань, як і раніше, залишається хронічна серцева недостатність (ХСН), головними причинами якої є ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ). Сьогодні ос-

новною концепцією ХСН є нейрогормональна активація. На ранніх етапах розвитку ХСН активація нейрогормонів у плазмі та тканинах має адаптаційний характер, але надмірна активація призводить до зриву компенсаторних механізмів, розвитку ремоделювання органів-мішеней і прогресування декомпенсації. Ремодювання міокарда, зниження фракції викиду також є одним з предикторів раптової коронарної смер-

ті [2]. Тому нині перед лікарем стоїть завдання не лише зменшувати вираженість симптомів ХСН, але й намагатися сповільнити прогресування хвороби.

Оскільки одним з основних механізмів прогресування ХСН є гіперактивація нейрогормонів, логічно спробувати сповільнити прогресування хвороби за допомогою блокади двох найбільш активних нейрогормональних систем — симпато-адреналової та ренін-ангіотен-

