

(Omnic, Omix, Omic, Flomax) може бути рекомендований для лікування пацієнтів з АПЗ.

Література. 1. Abrams P., Schuirman C., Vaage S. European Tamsulosin Study Group// Br.J.Urol.- 1995.-76.- P.325-326. 2. Eri L, Tveter K. Alpha-blockade in the treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia//J.Urol.-1995.-154.- P.923-934. 3.Schon J., Poulsen A.L, Nordling J. The anatomy of a prostate waiting lists a prospective study of 132 consecutive patients// Br.J.Urol.- 1994.- v.74, №1.- P.57-60. 4.Textbook of benign prostatic hyperplasia/ R.Kirby, J.McConnell, J.M.Pitzpatrick et al.-Oxford: Isis, 1996.- 566 p. 5.Yalla S.V., Sullivan M.P., Lecamwasam H.S. et al. Correlation of AUA symptom index with obstructive and nonobstructive prostatism// J.Urol.- 1995.- V.153, 13/2.-P. 674-680.

USAGE OF ADRENOBLOCKER TAMSULOSIN IN PATIENTS WITH LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS

O.F.Vosianov, V.O.Pirogov, V.I.Zaitsev

ABSTRACT. Tamsulosin is the first clinically available prostate selective α_{1A} -locker. A controlled study was performed at the Institute of Urology & Nephrology. These study have emonstrated that tamsulosun 0,4 mg once daily is effective treatment of men with symptomatic benign prostatic hiperplasia with less effect on blood pressure and fewer side effect related to vasodilatation. In addition, dose titration may no longer be necessary.

Key words: lower urinary tract symptoms, adrenergic blocker, treatment.

Institute of Urology & Nephrology (Kyiv).

УДК 616.33-006.6-085.28

*Р. В. Сенютович, В.В.Гусак, А.О. Гонца, В.В. Станкевич,
Д.А. Чумак, В.Д. Бабін, І.О. Олар,
М.Д. Крушницький, Т.Г. Харюк, Л.І. Пахолко*

БЛИЖНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКА ЗА ПРОТОКОЛОМ КОМПЛЕКСНОЇ НЕОАД'ЮВАНТНОЇ ХІМІОПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра онкології, променевої діагностики,
променевої терапії та радіаційної медицини (зав - проф. Р.В. Сенютович)
Буковинської державної медичної академії

Ключові слова: рак шлунка, хіміотерапія, променева терапія.

Резюме. За новим протоколом комплексної неoad'ювантної хіміопрореневої терапії проліковано 37 хворих з раком шлунка. При відсутності хірургічних ускладнень раку (стеноз, кровотечі), анемії (рівень гемоглобіну вище 100г/л, еритроцитів вище $3,0 \times 10^9$) доопераційна променева терапія не ускладнює оперативного втручання. При застосуванні дрібнофракційного опромінення відмічено зменшення

пухлини на 60-70%. Післяопераційне опромінення доцільно застосовувати після курсу реабілітації через 30-40 днів після втручання.

Вступ. Незважаючи на роботи, які свідчать про збільшення резектабельності і 5-річного виживання хворих з раком шлунка, які отримували різні варіанти опромінення, цей спосіб лікування застосовується в поодиноких клініках (Gueisser et al., 1989; Douglass et al., 1988; Черный В.А., 1989).

Розроблений нами протокол комплексного лікування враховує ці аргументи противників доопераційної променевої терапії і передбачає диференційоване застосування як доопераційної, так і післяопераційної променевої терапії з одночасним проведенням інтенсивного реабілітаційного лікування ультрафіолетовим внутрішньосудинним опроміненням крові та фітотерапією.

Матеріал і методи. Протягом 1997 року за новим протоколом проліковано 37 хворих з раком шлунка (схему протоколу наведено в попередній статті).

Рандомізація проводилась методом історичного контролю. У контрольну групу включено 24 хворих, оперованих в 1996 році. В цей час променева терапія в клініці не застосовувалась.

Оцінка результатів лікування проведена за загальними клінічними і загальноприйнятими інструментальними, лабораторними методиками. Для вивчення результатів доопераційної променевої терапії використана КТ.

Результати дослідження. Доопераційне опромінення проведено нами II хворим.

При доопераційному опроміненні застосовували 2 косих передніх поля, які частково захоплювали ліву долю печінки, в поля намагались не захоплювати ниркову паренхіму. Розмітка полів проводилась в лежачому положенні хворого після дачі контрастної суміші і накладення на живіт металічної сітки. Поля планували на 4-5 см від границь контрастованого шлунка. В дослідній групі доопераційна телегаматерапія проведена 7 хворим крупними фракціями (20 Гр за 4-5 днів), 4 - дрібними фракціями (40-45 Гр). Доопераційне опромінення хворі перенесли добре. У 2-х хворих із локалізацією пухлин в пілоричному відділі шлунка з'явилась блювота (вона спорадично виникала і до опромінення). У одного із цих хворих опромінення припинено при дозі 10 Гр, другого-15Гр. Третій хворий одержав три сеанси крупнофракційного опромінення. В зв'язку з появою кашлю і небезпекою пневмонії в неотоплюваному приміщенні, де проводилось опромінення, терапія припинена.

Як показали лабораторні дослідження доопераційне опромінення не впливало суттєвим чином на систему кровотворення, функцію печінки та деякі показники коагулограми.

Доопераційна променева терапія дрібними фракціями, за даними контрольних комп'ютерних томографічних досліджень, може зменшити об'єм ракового ураження шлунка і перигастральних тканин (лімфовузлів).

Не знайдено різниці в ускладненнях операцій у контрольній та дослідних групах.

Післяопераційне опромінення виконано 26 хворим. З них 17 пацієнтам в дозі 40 Гр, 19-дозі 45 Гр.

Планування полів опромінення проводимо під час операції, застосовуючи спеціальні мітки. Для цього звичайні танталові скобки згинаються у вигляді кілець. 4-5 таких кілець нанизуються на голку, і хірург пришиває їх до тканин по периметру зони опромінення - в 4-х точках: верхній, нижній, правій та лівій. Одне кільце виявити рентгенографічне після операції важко.

У 3 хворих зроблені спроби почати опромінення на 12-14 дні після операції. Однак, у зв'язку з післяопераційною астеною, опромінення довелося припинити через 4-5 сеансів.

Тому ми виписуємо хворих на 2-3 тижні додому. Хворі розширюють об'єм їжі, приймають фітопрепарати (пилок квітковий). Через 30-40 днів після операції починається опромінення.

Після проведення реабілітаційного лікування післяопераційне опромінення хворі переносять добре. Не відмічалось появи болей, неприємних відчуттів в животі, не порушувався апетит і стілець.

Показники крові, функція печінки, нирок, за даними звичайних клінічних -аналізів, суттєво не змінювались.

Із 26 хворих, яким проведено післяопераційну променево терапію, один пацієнт помер від генералізації процесу, інші почувають себе добре.

В контрольній групі померли від місцевих рецидивів троє із 24 оперованих хворих.

Обговорення результатів. Застосування доопераційної променевої терапії в широкій клінічній практиці гальмують побоювання можливих ускладнень операції. Наші дослідження показали, що при суворому підборі хворих до опромінення ці побоювання не виправдані.

Післяопераційне опромінення, безумовно, може бути застосовано у всіх хворих. Перевагами його є більш точне планування опромінення.

Остаточна оцінка протоколу лікування раку шлунка можлива через 4-5 років після віддалених спостережень.

Висновки. 1. Диференційоване застосування різних режимів доопераційної променевої терапії згідно розробленого протоколу не ускладнює перебіг післяопераційного періоду. 2. Післяопераційне опромінення доцільно починати через 30 днів після операції та проведення попередньої госпітальної та амбулаторної реабілітації.

Література. 1. Черный В.А. Комбинированное лечение рака желудка с предоперационной телегамматерапией в сочетании с локальной СВЧ- гипертермией. // Клини. хир.-1989.-М 5.-С. 31-32. 2. Douglass H.O., Stablein D.M., Thomas P.R. An organized multiinstitutional interdisciplinary evaluation of role of radiation therapy alone or combined with chemotherapy in treatment of adenocarcinoma of gastrointestinal tract.// Nat. Cancer Inst. Monogr. -1988. Vol. 6. - P. 253-257. 3. Gueisser W., Heim M.E. Combined modality of radiation and chemotherapy for the treatment of gastric carcinomas. A review.// Oncologie.- 1989. - Vol. 12. - P. 156-161.

EARLY RESULTS OF GASTRIC CANCER TREATMENT WITH THE NEW PROTOCOL OF THE NEO-AND ADJUVANT CHEMO-RADIATION THERAPY

R.V. Serjotovitch, V.V. Gusak, A.O. Gontsa, V.V. Stankevich, D.A. Chumak, V.D. Babin, I.O. Olar, M.D. Krushnitsky, T.G. Charyuk, L.I. Pakholko

Abstract. 37 patients with gastric carcinoma were treated according to the new protocol of the neo- adjuvant chemo-radiation therapy.

Preoperative radiation therapy does not complicate operative procedure (subtotal and total gastrectomy) in patients without surgical complications of cancer (stenosis, hemorrhage, level of

hemoglobin >100 g/l, erythrocytes >3,0 x 10¹²/ml).

After radiation 45-50 Grey the decrease of tumor size in 60-70 % was found. Postoperative radiation is recommended to be used after rehabilitation therapy (photomodification of the blood, phytotherapy) in 30-40 days after operation.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi).
