

Поліпшення стану хворих відзначалося вже після 1–2 процедур, проходила сверблячка вульви, поступово зникали білі плями і бляшки, наставала епітелізація екскоріацій і виразок та зникнення інших проявів хвороби. У всіх пролікованих жінок отримано позитивний результат — одужання. Ускладнень під час лікування не було.

При неефективності консервативного лікування, зокрема променевої терапії, використовували оперативний метод лікування: вульвектомію, або паравульварну денервацію, після яких нерідко виникали рецидиви. В цих ситуаціях метод електрогальванохемотерапії виявився ефективнішим.

При спостереженні впродовж 6 міс. — 7 р. у 3 хворих, які отримали по 7 процедур, і у двох хворих із супутнім цукровим діабетом виник рецидив захворювання. Після проведення повторного лікування цим хворим (20 процедур електрогальванохемотерапії) настало одужання. Повторних рецидивів не було.

Отже, можемо зробити такі висновки.

На лейкоплакію і склерозуючий лишай вульви хворіють переважно жінки похилого віку, нерідко захворювання поєднується з цукровим діабетом.

Своєчасно проведена електрогальванохемотерапія 5-фторурацилом в поєднанні з димексидом є ефективним методом лікування лейкоплакії і склерозуючого лишая вульви.

Лікування даним методом не супроводжується ускладненнями, характерними для системної хемотерапії.

### Література

1. Штемберг М.И. Крауроз и лейкоплакия вульвы. — Кишинев, 1980. — 251 с.
2. Малышев Л.Н. // Нейроэндокринные аспекты крауроза вульвы: Тез. докл. республ. науч.-практ. конф. — Казань, 1981. — С. 69–70.
3. Воробьева Л.И. и др. // Лікар. справа. — 1998. — № 6. — С. 82–83.
4. Атрофян Л.А. и др. // Рос. онкол. журн. — 2004. — № 5. — С. 22–25.
5. Лукашенко Н.П., Милянський А.И. // Дерматол. и венерол. — 1990. — Вып. 25. — С. 68–70.
6. Жаров А.В. и соавт. // Акуш. и гинекол. — 1996. — № 6 — С. 39–40.
7. Влахов Н., Парушева Д. и др. // Мед. радиол. — 1990. — Т. 35, № 3. — С. 53.
8. Груздева А.А. // Вісник стоматол. — 2001. — № 2. — С. 5–16.
9. Сенютювич Р.В. и др. Сумісне застосування променевої та електрохемотерапії. // Актуальність питання променевої терапії та лікування онкозахворювань. — 2004. — С. 71–78.
10. Улашик В.С. Теория и практика лекарственно электрофореза. — Минск, 1976.
11. Mahmid N., Murasani T., Gyoloka N. et al. // Asia Oceania J. Obstet. Gynecol. — 1992. — Vol. 18, № 3. — P. 231.

Д.А.Чумак, Л.І.Пахолко, О.П.Пересунько, В.П.Унгуриян, А.В. Саргош

Буковинський державний медичний університет (Чернівці)

### Оптимізація хемопроменевого лікування раку легень в поєднанні із застосуванням антиоксидантних комплексів

### Optimization of lung cancer chemoradiation treatment combined with antioxidant complexes

У хворих на рак легень (РЛ) при застосуванні циклофосфану і променевої терапії (ПТ) в організмі збільшується концентрація продуктів пероксидного окиснення ліпідів, що призводить до інтоксикації. Потужним антиоксидантом та радіопротектором є мелатонін, якому притаманні імуностимулювальні, антипроліферативні, онкостатичні і нейропротекторні властивості [1–4].

Метою дослідження є підвищення ефективності та зменшення токсичних проявів хемопроменевої терапії (ХПТ) у хворих на РЛ із застосуванням мелатоніну, аевіту, настоянки ехінацеї та лаферону.

Упродовж 2004 року у Чернівецькому обласному клінічному диспансері обстежено і проліковано 92 хворих на РЛ. Вони отримали ПТ із застосуванням антиоксидантних комплексів фітотерапії, мелатоніну та лаферону. Позмінно, внутрішньовеново 10 днів 18 хворим за годину до гамма-терапії вводили цитостатик — циклофосфан (200 мг) і мелатонін (6 мг) per os; вранці і ввечері по 3 мг; вітамін А по 100 000 МО тричі на день per os, вітамін Е по 0,1 г 3 рази на день. Дистанційну гамма-терапію проводили на апараті АГАТ-Р1У з 2 зустрічних полів 5 разів на тиждень по 2 Гр до сумарної дози 42–46 Гр. Умови гамма-опромінювання залежали від розмірів та локалізації пухлини, а також поширення процесу на сусідні органи.

Вік хворих коливався від 37 до 78 років. Діагноз був підтверджений цитологічно та гістологічно. Плоскоклітинний рак виявлено у 39 пацієнтів, низькодиференційований — у 26, аденокарциному — у 27. Усі хворі задовільно перенесли лікування, що дозволило закінчити курс ХПТ із застосуванням мелатоніну, вітамінів А та Е, настоянки ехінацеї та лаферону (18 хворих). Оцінка результатів лікування проведена за загальноприйнятою методикою клінічних спостережень за перебігом захворювання, а також на підставі даних рентгенологічних, томографічних, біохімічних, лабораторних та інструментальних методів. Повна регресія пухлини була відзначена в 7 хворих, часткова регресія пухлини і метастазів на понад 50 % — у 53 пацієнтів, у 29 — первинний осередок зменшився на 25–40 % й у 3 осіб виявлено прогресування хвороби (Т4). Комбіноване застосування ХПТ, мелатоніну, антиоксидантних комплексів у хворих на РЛ попереджує виникнення побічних ефектів від ХПТ.



Отже, було зроблено такі висновки. Застосування ХПТ для хворих на РЛ у поєднанні з мелатоніном, антиоксидантними комплексами та лафероном приводить до зменшення пухлин, токсичності, а також відсутності променевої реакції (пульмоніту, дерматиту та лейкотромбопенії).

Задовільна переносність і більш висока ефективність опромінювання в поєднанні з циклофосфаном, мелатоніном, антиоксидантними комплексами дають підставу для їх використання в паліативному лікуванні хворих на РЛ.

### Література

1. Черновская Н.В., Пишак В.П. Влияние мелатонина и серотонина на суточный ритм функции почек эпифизэктомизированных крыс // Хронобиол. и хронопатол. — М., 1981. — С. 247.
2. Загорський І.І., Пишак В.П., Мецишен І.Ф. // Фізіол. журн. — 1999. — Т. 45, № 4. — С. 69–76.
3. Барчук А., Гельфонд М., Арсеньев А. // Палліативн. мед. и реабилитация. — 2004. — № 1. — С. 29–36.
4. Ганул В.Л. // Лікування та діагностика. — 2004. — № 1. — С. 29–33.

Ю.Л. Шальков, Ю.Г. Федченко,  
Л.М. Герасимова

Харківська медична академія післядипломної освіти,

Харківський обласний клінічний онкологічний диспансер

### Оцінка факторів ризику раку шлунка в системі скринінгу

### Evaluation of risk factors of gastric cancer in screening system

Висока частота раку шлунка (РШ) в III–IV стадіях захворювання (75–82 %) серед тих, хто первинно звернувся по медичну допомогу, не дозволяє задовільно розв'язувати проблему поліпшення результатів і збільшення 5-річної виживаності. Лише своєчасна діагностика раннього РШ є головним критерієм успішної терапії захворювання. Нині це завдання вирішують методом скринінгу, що містить систему організаційних заходів, спрямовану на своєчасне виявлення злоякісних новоутворів.

Існують дві принципи програми скринінгу: масова, що передбачає профілактичне обстеження всього населення, і програма скринінгу груп людей підвищеного ризику захворювання. Перша програма розрахована на обстеження практично всіх віком 40 років і старше (1 раз на 1–2 роки). Незважаючи на низький (0,12 %) відсоток розпізнавання раку, в 75 % випадків виявляється рак першої стадії, тобто обмежений лише слизовою чи підслизовою оболонкою. Однак програма масового скринінгу вимагає дуже високих економічних витрат і тому вона виправдана лише в країнах з високою захворюваністю на РШ (Японія).

Програма скринінгу груп ризику значно економічніша, оскільки спочатку передбачає добір пацієнтів,

у групі яких очікується вища, ніж у загальній популяції захворюваність на РШ. Згідно з даними, отриманими Л.М. Портним (1999), виявлення захворювання у сформованій групі підвищеного ризику значно зростає і складає 1,88 %, що порівняно з програмою масового скринінгу у 15–17 разів вище.

Проте, використовувані програми скринінгу груп ризику багато в чому є недосконалими і значно відрізняються одна від одної. Головний їх недолік полягає в неадекватній, тобто суб'єктивній оцінці факторів, за якими формуються групи хворих. Та В.М. Єфетов основним фактором ризику вважає передракові захворювання шлунка, І.В. Василенко (2003) надає першорядного значення генетичним критеріям; Л.П. Ликов (2003) — стану імунологічного статусу хворих; Н.В. Харченко (2002) — хелікобактерній інфекції.

Зазначені фактори, безперечно, мають місце при РШ, однак, як правило, досить специфічні й у побутові системи скринінгу є неприйнятними. Це поліетіологічне захворювання, у виникненні якого жоден із дослідників не відкидає ролі шкідливих звичок.

### Ранговий розподіл основних факторів ризику РШ

Фактор ризику РШ	Ранговий розподіл
Вік понад 60 років	1,52
Чоловіча стать	0,69
Вік молодше 59 років	0,48
Наявність спадкової онкопатології	0,35
Група крові А (II)	0,10
<b>Фактори харчування і шкідливих звичок:</b>	
Тривале інтенсивне тютюнопаління	1,86
Регулярне вживання міцних алкогольних напоїв	1,58
Підвищене вживання м'ясних продуктів і тваринних жирів	1,32
Підвищене вживання солі	1,09
Перевага смаженої їжі	0,77
Зміщення прийому їжі на вечірній час	0,65
Високий рівень споживання консервованих продуктів	0,40
Перевага гострим спеціям	0,31
Нерегулярний прийом їжі	0,22
<b>Фактори супутньої патології:</b>	
Низька шлункова секреція соляної кислоти (включаючи ахілію)	2,05
Наявність хелікобактерної інфекції	0,42
Хронічні гастрити	0,28
Поліпи шлунка	0,17
Виразкова хвороба шлунка	0,16
Перенесені в минулому операції на шлунку	0,09
Наявність виразки 12-палої кишки	+0,27
Висока шлункова секреція	+0,39