

4. Тюріна Т. Феномен інтуїції. Видання друге, перероблене і доповнене. Книга для педагогів, психологів, філософів. – Львів: СПОЛОМ, 2005. – 120 с.;

5. Шульц Л. Язык интуиции. – М.: Издательство ЭКСМО Прес, 2002 – 448 с.;

#### Інтернет джерела:

1. [www.epochtimes.com.ua](http://www.epochtimes.com.ua);
2. <http://www.iai.dn.ua/u/iai/dtp/CONF/132003/artic...>
3. <http://filosof.com.ua/Jornal/M55/Lutyj.htm>

## Б.Т. БІЛИНСЬКИЙ

### ЛІКУВАННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ПОКАЗНИК МОЖЛИВОСТЕЙ СУЧАСНОЇ ОНКОЛОГІЇ

Рак грудної залози є унікальною патологією, при якій застосовують усі відомі в онкології методи лікування: хірургічний, променеви, цитостатичний, гормональний, імунологічний. Усі ці методи застосовують у різних комбінаціях і підраховано /А.І Гнатишак, 1980 р /, що кількість можливих комбінацій лікувальних методів може досягти 64 000!/. Аналіз можливостей цих методів віддзеркалює успіхи сучасної онкології і є ілюстрацією її досягнень.

Кожен із згаданих методів лікування має свою історію різної тривалості. Хірургічне лікування відоме ще за часів стародавнього Єгипту / папірус Едвіна Сміта 1600 р. Д о Р.Хр./; променева терапія виникла на межі ХІХ і ХХ століть, цитостатична терапія в 40-і роки ХХ століття, а про імунотерапію ми до цього часу говоримо з великою обережністю. Гормонотерапія розвивається в останній час особливо швидко.

Для цього, щоб зрозуміти сучасний стан та тенденції в терапії рака грудної залози, доцільно подивитися на них з історичної перспективи. Хірургічний метод, як найстарший, пройшов найдовший шлях еволюції. Перші операції на грудній залозі проводилися лікарями Вавилону, Єгипту, Індії, Греції. Основи сучасної хірургії рака грудної залози закладали Амброаз Паре, Бартоломей Каброль, М. Сервет та інші класики загальної хірургії. ХІХ століття приносить нові пошуки і в умовах утвердження асептики, антисептики та надійного знечуження розробляються технічні основи сучасних операцій на грудній залозі. Необхідно згадати таких хірургів як Дж.Елліотт, Дж.Педжет, Дж.Сайм, Й.Пенкост, Р.Лістон, Й.Лістер, Е.Мур, Р.Фолькманн і багато інших, що своїми працями створили базу, на якій В.С.Голстед /1894/ чітко сформулював основні засади радикальної мастектомії. Після класичної праці Голстеда намічаються дві тенденції: 1) розширення радикальної операції за рахунок видалення надключичних і парастернальних лімфовузлів /Урбан, Бекер, С.А Холдін/; 2) зменшення об'єму операції без втрати радикалізму і досягнення певного косметичного ефекту. Появилися різні модифікації радикальних мастектомій. Особливо популярною стала операція Пейті, яка починаючи з 70-х років почала витісняти операцію Голстеда. Проведене під керівництвом А.І. Гнатишака кооперативне рандомізоване дослідження в онкологічних диспансерах України показало, що при І і ІІ стадії рака молочної залози віддалені результати після операцій Пейті і Голстеда суттєво не відрізняються. Крім операції Пейті застосовуються і інші "модифіковані радикальні мастектомії", автори яких по-різному підходять до великого і малого м'язів, а також, що більше важливе, до об'єму видалення аксиллярних лімфатичних вузлів. В нашій клініці в останні роки найуживанішою стала модифікація Мадена, при якій видаляється грудна залоза з регіональною клітковиною, але зберігаються обидва грудні м'язи.

Отримала права громадянства проста мастектомія, при якій видаляють всю грудну залозу, включаючи ореолу і пипку, але без видалення аксиллярних лімфовузлів і грудних м'язів. Близько до цієї операції за об'ємом і радикальністю є "субкутанна мастектомія", при якій зберігається ореола і пипка. При цьому залишається 10-15% залозової тканини. Косметичні результати такої операції не є задовільними, а радикалізм недостатній, тому вона виконується рідко. Особливої уваги заслуговують органозберігаючі операції, які стають щораз популярнішими. При органозберігаючій операції, як правило, виконують:

а) висічення пухлини / туморектомія, квадрантектомія разом з фасцією великого грудного м'язу /; б) видалення аксиллярних лімфатичних вузлів в різних об'ємах; в) опромінення залишеної тканини грудної залози

Органозберігаючі операції виконуються в таких випадках:

1. відмова хворої від радикальної операції;
2. вузлова /екзофітна/ форма росту пухлини;

3. рання стадія раку рудної залози - T1 або T2 N0;

4. зовнішньо-верхня локалізація пухлини при віддалі від пупки не менше 5 см.

При збереженні всіх названих умов результати органозберігаючих операцій не відрізняються від результатів радикальних мастектомій.

Окремою главою хірургічного лікування раку молочної залози є реконструктивні операції після мастектомії, але цієї проблеми в даній статті ми не торкаємося.

Променевий метод лікування раку грудної залози був застосований через 2 місяці після наділення рентгенівських променів /Е.Груббе, 1895/. Променева терапія /рентгентерапія, пізніше телегамма терапія/ в основному використовується як додаткова до хірургічного лікування. Критерії призначення доопераційної телегамматерапії є інфільтративна форма росту первинної пухлини, наявність процесу T3 і особливо поразення регіональних лімфатичних вузлів N1 і N2.

У випадках, коли оперативне лікування неможливе, променева терапія застосовується як альтернативний метод. В нашій клініці пройдено шлях від застосування рентгентерапії до телегамматерапії, від перед- і післяопераційного опромінення до переважно передопераційної телегамматерапії, від дрібного фракціонування до переважно інтенсивно-концентрованого методу передопераційного опромінення. Контроль пухлинного процесу забезпечується дозою 50-60 Гр за 5-6 тижнів, або 30 Гр за 4-5 днів. Об'єм тканин, що підлягають опроміненню визначаються стадією захворювання, локалізацією пухлини в залозі, об'ємом хірургічного втручання. Рандомізовані дослідження показали, що суттєвої різниці в перед- і післяопераційному опроміненні не відмічається.

Обидва способи комбінованого лікування раку грудної залози зменшують частоту локальних рецидивів, але не впливають на тривале, особливо 10-літнє виживання. Показання до опромінення периферичних регіональних лімфовузлів /надключичних, парастернальних/ є масове поразення центральних лімфовузлів /більше 20% їх кількості/, пухлини грудної залози більше 5 см в діаметрі, відстань від локалізації, фіксації пухлини до грудної стінки, множинні вогнища інвазивного росту, інвазивна, периневральна, лімфатична інвазія опухових клітин.

Гормонотерапія раку грудної залози викликала суперечливі думки на протязі всього сучасного періоду медицини. В цьому є об'єктивна причина, що зводиться до гормонозалежності пухлини і адекватності ендокринного впливу на пухлину. Тільки у 1/3 хворих раком грудної залози гормонотерапія має шанси на успіх, 2/3 хворих мають гормонезалежні пухлини. Методи хірургічної операції - оваріоектомія, адреналектомія, гіпофізектомія, ведуть до значних порушень функціонального стану організму і тому їх застосування вимагає чітких об'єктивних критеріїв. До них належить визначення гормонального стану організму /гонадотропні гормони і пролактин, андрогени, андрогени, прогестини і глюкокортикоїди крові, екскреція стероїдних гормонів і їх метаболітів з сечею/ і клітинних факторів гормональної залежності раку молочної залози : рецепторів андрогенів і прогестерону, генетичних чинників. Аблятивна гормонотерапія в основному застосовується при розповсюджених пухлинах грудної залози і як ад'ювантний метод майже не має значення. В той же час антиестрогенотерапія - зитозаніум /тамоксифен/ вживається дуже широко і є цікаві дані про можливість його застосування як основного ад'ювантного способу.

Успіхи цитостатичної терапії /хіміотерапії/ раку внесли нові теми для дискусій щодо лікування РМЗ. Історія медикаментозного лікування злоякісних новоутворів людини цитостатиками починається з 40-х років минулого століття. Синтез нових цитостатичних препаратів наростає, спектр їх дії все розширюється, ефективність лікування росте. Хіміотерапевтичні препарати стали важливим елементом комплексної терапії онкологічних хвороб, доповнюючи і розширюючи ефективність хірургічного і, в ряді випадків, променевого лікування. Але до цього часу сучасні цитостатичні препарати мають обмежену вибірккову дію. Терапевтичний індекс їх дуже низький і в середньому випадку не перевершує 5, в той час, коли при хіміотерапії інфекційних хвороб він дорівнює 100.

На основі метааналізу міжнародних рандомізованих досліджень уточнюються оптимальні дози ад'ювантної хіміотерапії (АХТ) РМЗ.

Вивчаються нові протипухлинні препарати.

Дискутується час початку і тривалості АХТ, доцільності комбінації АХТ і ад'ювантної гормонотерапії, роль інтенсивності дози і послідовності АХТ і ад'ювантної променевої терапії. Новим напрямком у лікуванні грудної залози є "таргетна терапія". Це напрямки терапії, що характеризується цілеспрямованим впливом на певні "мішені", пов'язані з рецепторним апаратом.

На сьогодні випробовуються сотні препаратів, дія яких має таргетний характер,

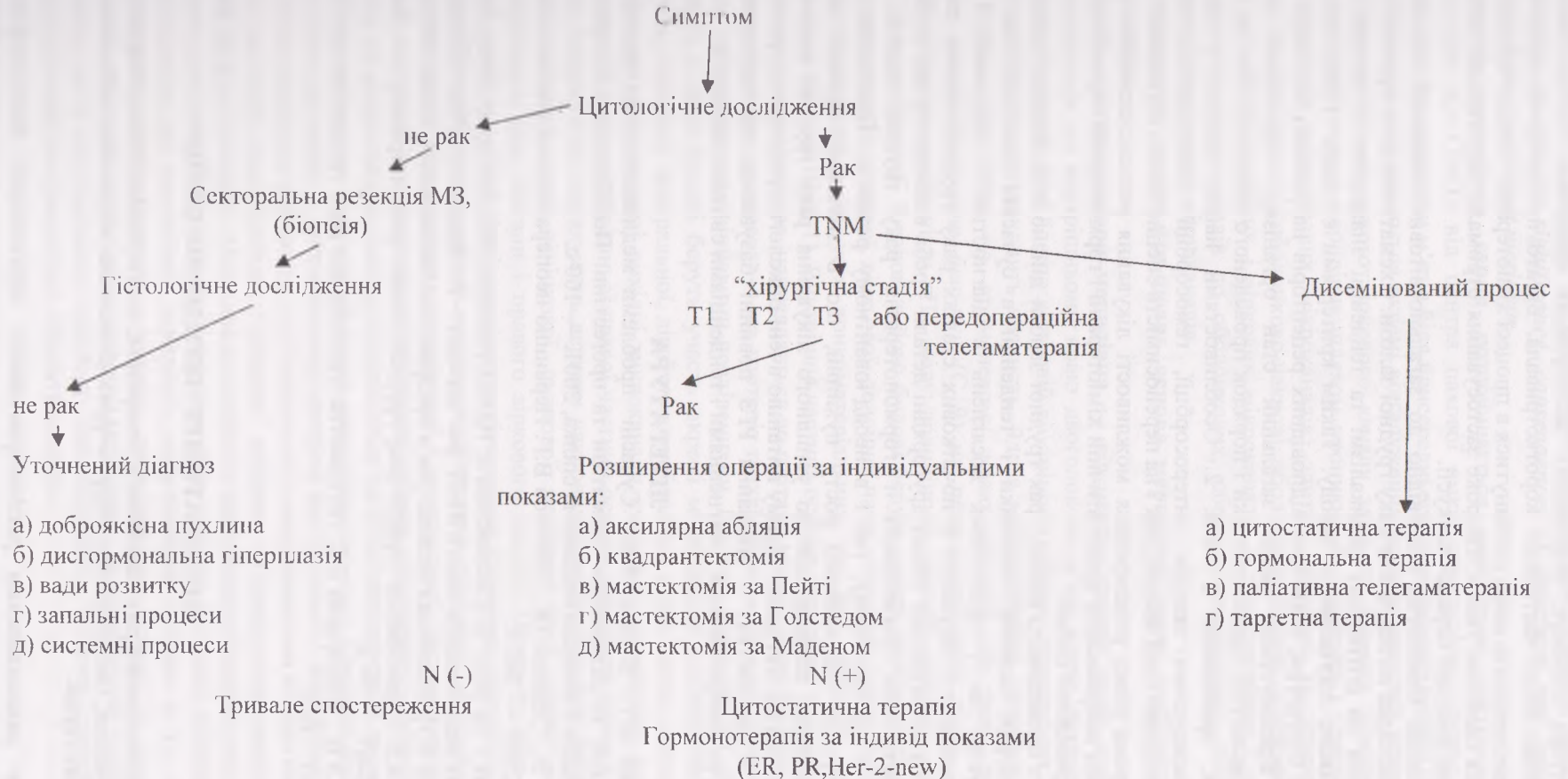
Близько десятка таких препаратів у нас зареєстровано і впроваджено у практику. Це інгібітори сімейства епідермального фактору росту і вони позбавлені негативних рис цитостатиків.

Таблиця 1.

## ЕВОЛЮЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ РГЗ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОНКОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

	Перед 1950р.	50-ті рр.	Перед 1966р.	70-ті рр.	80-ті рр.	Сучасний стан
Хірургія	Мастектомія за Голстедом	Мастектомія за Голстедом	Мастектомія за Голстедом	Мастектомія за Голстедом, Холдіним-Урбаном	Мастектомія за Пейті або Голстедом	Органозберігаючі операції, модифіковані мастектомії, абляції аксиллярної ділянки, тотальні мастектомії
Гормонотерапія	Аднексектомія, тестостерон	Аднексектомія, тестостерон	Аднексектомія, тестостерон	Аднексектомія, тестостерон, преднізолон	Аднексектомія, опромінення гіпофізу, тестостерон, преднізолон, тамоксифен. Індивідуалізація за СХ	Індивідуалізація за гормональними і HER-2 new рецепторами, тамоксифен, інгібітори протеаз
Променева терапія		Рентгенотерапія	Рентгенотерапія	Телегаматерапія, рентгенотерапія	Телегаматерапія (крупне і дрібне фракціонування)	Перед- і післяопераційна, дрібно і крупно фракціоноване за індивід показами
Хіміотерапія			Монотерапія (ТіоТЕФ)	Поліхіміотерапія (схема Купера)	Полі хіміотерапія за різними схемами (CMF, CAF, CAFNP) Імунотерапія (аутомієлотрансплантація)	Сучасні схеми ПХТ і гормонотерапії, таргетна терапія згідно “доказової медицини”, нео- і ад’ювантна терапія

## АЛГОРИТМ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ РІЗ



Токсична дія протипухлинних хіміопрепаратів на важливі органи і тканини, зокрема кровотворення, суттєво обмежує можливості застосування класичних цитостатиків. Дія їх в основному паліативна, тобто частинна і короткотривала. Багато пухлин резистентні до сучасних хіміопрепаратів, резистентність може розвинути в процесі хіміотерапії, тому до методів проведення лікування ставляться особливі умови. Широке застосування отримала хіміотерапія, як ад'ювантний засіб, що представляє предмет окремої дискусії.

Львівська школа онкологів, відповідно до загальносвітових тенденцій, пройшла складну еволюцію в своїх поглядах на лікування раку грудної залози. Схематично це зображено на таблиці 1. Зараз ми зупинилися на розумному радикалізмі та тенденції знаходити об'єктивні критерії для призначення будь-якого лікувального заходу. Таким критеріями є стадія /TNM/ пухлини, форма росту, гістологічна структура, наявність відповідних рецепторів на ракових клітинах, особливості біології пухлин. Враховується також загальний стан організму, перенесені захворювання, гормональні та імунологічні характеристики і порядок проведеного лікування. Все це вміщується в логічний алгоритм, приведений в табл. 2. Особливостями нашої тактики є також широке застосування детоксикуючих заходів: ентеросорбції, гемосорбції, лімфосорбції, які позитивно впливають як на загальний стан хворих, так і на переносимість специфічного лікування.

В останні роки різко розширилися можливості лікування розповсюдженого раку грудної залози завдяки новим напрямкам в цитостатичній хіміотерапії і гормональній терапії. Але ці питання виходять за межі приведеної схеми.

Як витікає з проведеного огляду, рак грудної залози дійсно є особливою локалізацією, яка найяскравіше відтворює основні напрямки і тенденції в сучасній онкології як під оглядом теоретичних пошуків, так і практичних досягнень в діагностиці і лікуванні. Покази щодо хірургічного і променевого лікування в початкових стадіях раку грудної залози стали загальнопризнаними, і зараз узгоджуються тільки другорядні деталі. Треба відзначити, що особливо швидко розвивається цитостатична хіміотерапія і гормонотерапія раку грудної залози. Ці методи застосовуються як в ад'ювантному, так і в неоад'ювантному режимах. Практичне застосування цитостатиків ґрунтується на кінетиці росту пухлини, що в значному ступені визначає дозу хіміопрепаратів. Значною перешкодою до успішного лікування раку грудної залози є розвиток резистентності пухлини до лікування. Цьому питанню вчені-онкологи приділяють прискіпливу увагу. Усі нововведення в діагностику і лікування РГЗ повинні базуватися на принципах доказової медицини, тобто бути синхронними з досягненнями і тенденціями світової онкології.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Білінський Б.Т., Шпарик Я.В. Сучасні проблеми медикаментозної терапії раку грудної залози: Антрацикліни, ін активатори ароматази та прогестіни: Посібник для лікарів / ЛНМУ ім. Д.Галицького. — Львів: Галицька видавнича спілка, 2001. — 160 с.
2. Бондар Г.В., Седаков І.Є., Шломов В.Г. Первинно неоперабельний рак молочної залози. — Донецьк: Каштан, 2005. — 340 с.
3. Онкологія / За ред.. Б.Т.Білінського, Ю.М.Стернюка, Я.В.Шпарика. Вид. 3-є. Підручник для студентів вищих мед. закладів освіти ІІ-ІУ рів. акредит. - К.: Здоров'я, 2004. - 528 с.
4. Тарутинов В.И. Молочная железа: рак и предраковые заболевания, Киев, 2006. -.
5. Шпарик Я.В. Гормональна терапія раку грудної залози: роль летрозолу. — Львів: Галицька видавнича спілка, 2001. — 94 с.
6. Шпарик Я.В., Білінський Б.Т. Ад'ювантна хіміотерапія раку грудної залози. Посібник для лікарів. - Львів, 1997. - 64 с.

А. Л. ВАСИЛЬЧУК

## ЕНІОАНАТОМІЯ МЕРИДІАНІВ СЕРЦЯ

*З позиції еніоанатомії розглядаються утворення, топографія, будова, структура, функції, терапевтичні значення, наслідки структурно-функціональних порушень, надлишок і недостача енергій у меридіанах серця.*

*С позиции ениоанатомии рассматриваются образование, топография, строение, структура, функции, терапевтическое значение, последствия структурно-функциональных нарушений, излишек и недостаток энергий в меридианах сердца.*