

Чукаріна. Достатньо згадати одностайне рішення кафедри гімнастики ЛДУФК ще в 2008 р. про клопотання щодо присвоєння університету фізичної культури імені Віктора Чукаріна. Такої ж думки притримуються учасники XVI Олімпійських ігор Геннадій Андросов та Віталій Чорнобай, срібний призер XVIII Олімпійських ігор Георгій Прокопенко, чемпіон XXI Олімпійських ігор Петро Король, чемпіон XXII Олімпійських ігор Богдан Макуц, бронзовий призер XXIV Олімпійських ігор Микола Смірнов.

Щира подяка десятому ректору ЛДУФК Є.Приступі, який вперше в університеті урочисто відзначив ювілейну дату видатного випускника Державного університету фізичної культури В. Чукаріна, який на весь світ прославив Україну та Львів!

Я, український вчений азербайджанського походження, понад півстоліття навчав та виховував студентську молодь інституту, 28 олімпійців, серед яких 12 призерів. У той же час 33 роки був завідувачем кафедри, 11 – деканом, 8 – головою профкому інституту, т.в.о. ректора. Це дало мені приємну можливість упродовж 38 років бачити незвичайний ріст цієї великої Людини, пишатися ним.

Я впевнений, що керівництво України має ґрунтовну підставу - величезні та перші в історії олімпійського руху заслуги співвітчизника, семиразового золотого олімпійця Віктора Чукаріна, щоб надати його ім'я вищому навчальному закладу – Львівському державному університету фізичної культури.

У цьому імені університету збережеться величне значення Львова, України та її видатного сина як в історії Олімпійських ігор, так і в історії нашої Батьківщини !

ЛІТЕРАТУРА

1. Джафаров М. Вшановуючи легенду // Суботня пошта. - Львів, 12.09.2009.
2. Джафаров М. Львівські видатні олімпійці за Віктора Чукаріна // Львівська пошта. – Львів, 16.10.2010.
3. Петльований В. Шлях олімпійського чемпіона. Київ, 1952.
4. Чукарин В. Путь к мастерству. – М., 1955.
5. Чукарин В. Большая советская энциклопедия. – М., 1978. – Т. 29. – С. 252.

Б.Т.БІЛИНСЬКИЙ

РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ - СТАРІ ПРОБЛЕМИ І НОВІ МОЖЛИВОСТІ

Стаття присвячена важкій проблемі онкології – раку грудної залози.

Ключові слова: грудна залоза, пухлина, лікування.

Статья посвящена тяжелой проблеме онкологии - рака грудной железы.

Ключевые слова: грудная железа, опухоль, лечение.

This article is devoted to the problem of severe oncology - breast cancer.

Key words: mammary gland, tumor, treatment.

Серед безлічі пухлинних процесів рак грудної залози займає особливе місце як щодо розповсюдженості, постійного зростання, особливостей діагностики так і щодо психологічного впливу на пацієнтку – носія пухлини.

Рак грудної залози є унікальною патологією, при якій застосовують усі відомі в онкології методи лікування: хірургічний, променевиї, цитостатичний, гормональний, імунологічний. Усі ці методи застосовують у різних комбінаціях і за підрахунками А.І.Гнатишака (1980) кількість можливих комбінацій лікувальних методів може досягти 64000! Аналіз можливостей цих методів віддзеркалює проблеми 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. до Р. Хр./; променева терапія виникла на межі XIX і XX століть, цитостатична терапія – в 40-і роки XX століття, а про імунотерапію ми до цього часу говоримо з великою обережністю. Гормонотерапія розвивається в останній час особливо швидко. Появився новий напрям – тангентна терапія.

Для того, 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 Вавілону, Єгипту, Індії, Греції. Основи сучасної хірургії раку грудної залози закладали Амброаз Паре, Бартоломей Каброль, М. Сервет та інші класики загальної хірургії. XIX 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 I і II стадії раку 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, ще більше важливе, до об'єму видалення аксиллярних лімфатичних вузлів.

В нашій клініці в останні роки найуживанішою операцією 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 піпку, 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 шкіри. 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 грудної залози - T1абоT2 "N0";
- 4) зовнішньо-верхня локалізація пухлини при віддалі від пупка не менше 5см.

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.

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

У випадках, коли оперативне лікування неможливе, променева терапія застосовується як паліативний метод. В нашій клініці пройдено шлях від застосування рентгенотерапії до телегамматерапії, від перед- і післяопераційного опромінення до переважно передопераційної гамматерапії, 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 аксиллярних лімфовузлів /більше 20% їх кількості/, пухлини грудної залози більше 5см в діаметрі, незалежно від локалізації, фіксації пухлини до грудної стінки, множинні вогнища інвазивного росту, васкулярна, периневральна, лімфатична інвазія опухових клітин.

Гормонотерапія раку грудної залози викликала суперечливі думки упродовж всього модерного 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 гормоннезалежні пухлини. Методи аблятивної хірургії - оваріоектомія, адреналектомія, гіпофізектомія, вели до значних порушень функціонального стану організму і тому їх застосування в даний час суттєво обмежено і вимагає чітких об'єктивних критеріїв. До них належить визначення гормонального стану організму /гонадотропні гормони і пролактин естрогени, андрогени, прогестини і глюкокортикоїди крові, екскреція стероїдних гормонів і їх метаболітів з сечею/ і клітинних факторів гормональної залежності раку молочної залози: рецепторів естрогенів і прогестерону, генетичних чинників. Аблятивна гормонотерапія в основному застосовується при розповсюджених пухлинах грудної залози і як ад'ювантний метод майже втратила значення. В той же час антиестрогенотерапія – тамоксифен вживається дуже широко і став основним способом гормонотерапії.

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, діапазон їх дії все розширюється, ефективність лікування росте. Хіміотерапевтичні препарати стали важливим елементом комплексної терапії онкологічних хвороб, доповнюючи і розширюючи можливості хірургічного і, в ряді випадків, променевого лікування. Але до цього часу сучасні протиопухові препарати мають обмежену вибіркочу дію. Терапевтичний індекс їх дуже низький і в кращому випадку не перевершує 5, в той час, коли при хіміотерапії інфекційних хвороб він дорівнює 100.

На основі метааналізу міжнародних рандомізованих досліджень уточнюються оптимальні схеми 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.

Цікавим новим напрямком у лікуванні грудної залози є "таргетна терапія". Це напрямок терапії, що характеризується цілеспрямованим впливом на певні "мішені", пов'язані з рецепторним апаратом. На сьогодні випробовуються сотні препаратів, дія яких має таргетний характер. Близько двох десятків таких препаратів у нас зареєстровано і впроваджено у практику. Це інгібітори сімейства епідермального фактору росту і вони, в основному, позбавлені негативних рис цитостатиків. Теоретичною базою цього напрямку є сучасні відкриття в галузі молекулярної онкології.

Завдяки розшифруванню певних механізмів канцерогенезу стало можливо синтезувати новий клас протипухлинних препаратів, що не проявляють канцероцидного чи цитостатичного ефекту, а впливають на окремі ланки канцерогенезу, блокуючи безупинний ріст пухлини, стимулюючи апоптоз і здійснюючі інші регуляторні впливи на молекулярному рівні, що призупиняють канцерогенез. Об'єктом дій таргетних препаратів є рецептори до епідермальних факторів росту (рецептор ангіогенезу, білки, що здійснюють мітотичні сигнали, апоптоз-контролюючі молекули). Зараз вивчаються і використовуються 4 різні

типи таргетних препаратів: 1) химерні або гуманізовані моноантитела; 2) препарати з малих синтетичних молекул, що проникають у середину клітини і блокують внутрішньоклітинний тирозинкіназний домен, 3) антисмислові нуклеотиди – лікувальні препарати з коротких синтетичних відрізків ДНК, що зв'язуються з РНК, 4) природні сполуки, що пригнічують матриксні металопротеїнози.

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 революцію в своїх поглядах на лікування раку грудної залози. Зараз ми зупинилися на розумному радикалізмі та тенденції знаходити об'єктивні критерії для призначення будь-якого лікувального заходу. Такими 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 вміщається в логічний алгоритм. Для лікування ракового токсикозу (паранеопластичних синдромів) застосовують детоксикуючі заходи 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.

Як витікає з проведеного огляду, рак грудної залози дійсно є особливою локалізацією, що 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 загально признаними, 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 неад'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.

Лікування раку грудної залози з одного боку базується на міжнародних і національних стандартах, з другого - застосовуються принципи індивідуалізації,

основаної на стадії, клініці, морфології пухлини та інших загальноприйнятих показниках. В останній час мова іде про заміну принципу індивідуалізації, принципом персоніфікації, що базується на нових досягненнях генетики і молекулярної біології і включає нові показники для прогнозування перебігу процесу і планування лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білинський Б.Т.: Лікування раку грудної залози як показник можливостей сучасної онкології // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Вип.22. - Львів 2007. – С.10-14.
2. Білинський Б.Т., Шпарик Я.В. Сучасні проблеми медикаментозної терапії раку грудної залози: Антрацикліни, інактиватори ароматази та прогестіни. Посібник для лікарів (ЛНМУ ім.Д.Галицького. – Львів. Галицька видавнича спілка, 2001. – 160ст.)
3. Боднар Г.В., Седаков І.Є., Шломов В.Г. Первинно неоперабельний рак молочної залози. – Донецьк: Каштан, 2005. – 340с.
4. Онкологія /За ред. Б.Т.Білинського, Онкологія /За ред. Б.Т.Білинського, Ю.М.Стернюка, Я.В.Шпарика. Вид.3-є. Підручник для студентів вищих мед. Закладів освіти III-IV акредит. – К.: Здоров'я, 2004. – 528 с.
5. Тарутинов В.И. Молочная железа: рак и передраковые заболевания. – Киев, 2006.
6. Шпарик Я.В. Гормональна терапія раку грудної залози: роль летрозолу. – Львів: Галицька видавнича спілка, 2001. – 94 с.
7. Шпарик Я.В., Білинський Б.Т. Ад'ювантна хіміотерапія раку грудної залози. Посібник для лікарів –Львів, 1997. – 64 ст.

А.Л. ВАСИЛЬЧУК

РОЗВИТОК, ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА СТРУКТУРНІ З'ЄДНАННЯ ОСНОВНИХ ЧАКР

(Еніоанатомія основних чакр)

Вперше у світі дається еніоанатомічна характеристика основних чакр

Ключові слова: інформаційно-енергетичні взаємобміни; високоспецифічний автономний та інтегральний інформаційно-енергетичний взаємобмін; багаторівневі інтегральні взаємобміни; розвиток, функціонування, структурні з'єднання, інтеграції чакр.

Впервые в мире представлена эниоанатомическая характеристика основных чакр

Ключевые слова: информационно-энергетические взаимодействия; высокоспецифический автономный и интегральный информационно-энергетический обмен; развитие, функционирование, структурные соединения; интеграции чакр.